

Modeling Suicidal Ideation based on Body Image and Rumination with the mediation of Social Phobia in Individuals with Gender Dysphoria Disorder

Mousavi, *S.M., Narimani, M., Asgari, S.S.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to model suicidal ideation based on body image and rumination with the mediation of social phobia in individuals with gender dysphoria disorder.

Method: The present study is practical and correlational-descriptive. The statistical population was all individuals with gender boredom disorder and members of transsexuals before and after gender reassignment surgery of the Iranian association for the support of patients with gender boredom in 2021. Using availability sampling, 200 people were selected from them and completed the beck suicide scale ideation (BSSI), body image concern inventory (BICI), rumination response scale (RRS), and social phobia scale (SPS). Data were analyzed by structural equation modeling and SPSS26 and Lisrel8.8 software.

Results: The results showed that the variables of rumination ($T=3.96$), body image concern ($T=5.50$), and social anxiety ($T=3.83$) have a direct positive and significant effect on suicidal ideation. also, social phobia mediated the relationship between rumination and body image concern with suicidal ideation.

Conclusion: According to the research findings, it can be concluded that rumination, body image concern, and social phobia can affect suicidal ideation.

Keywords: Social Phobia, Suicidal Ideation, Body Image, Gender Dysphoria, Rumination.

مدل‌یابی افکار خودکشی بر اساس تصویر بدنی و نشخوار فکری با میانجی‌گری هراس اجتماعی در افراد با اختلال ملال جنسیتی

سیده مهسا موسوی^۱، محمد نریمانی^۲، سیده سحر عسگری^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۰۶

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش مدل‌یابی افکار خودکشی بر اساس تصویر بدنی و نشخوار فکری با میانجی‌گری هراس اجتماعی در افراد با اختلال ملال جنسیتی است.

روش: پژوهش از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش توصیفی از نوع طرح همبستگی است. جامعه آماری کلیه افراد دارای اختلال ملال جنسیتی و عضو ترنس سکسوال‌های قبل و بعد از جراحی تغییر جنسیت انجمن حمایت از بیماران ملال جنسیتی ایران در سال ۱۴۰۰ بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۰۰ نفر انتخاب شدند و پرسشنامه‌های افکار خودکشی (BSSI)، نگرانی از تصویر بدنی (BICI)، نشخوار فکری (RRS) و هراس اجتماعی (SPS) را تکمیل کردند. داده‌ها با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزارهای SPSS-26 و Lisrel-8.8 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد متغیرهای نشخوار فکری ($T=3/96$)، نگرانی از تصویر بدنی ($T=5/50$) و هراس اجتماعی ($T=3/83$) بر افکار خودکشی اثر مستقیم مثبت و معنادار دارند. همچنین، هراس اجتماعی میانجی روابط بین نشخوار فکری و نگرانی از تصویر بدنی با افکار خودکشی بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت نشخوار فکری، نگرانی از تصویر بدنی و هراس اجتماعی می‌توانند بر افکار خودکشی تأثیرگذار باشند.

واژه‌های کلیدی: هراس اجتماعی، افکار خودکشی، تصویر بدنی، ملال جنسیتی، نشخوار فکری.

m.mousavi@uma.ac.ir

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

جمعیت اقلیت تراجنسیتی اغلب تعصب، قربانی شدن و انگ اجتماعی دریافت می‌کنند(۱). رنج بردن از سوءاستفاده و قربانی شدن، خطر ابتلا به اختلالات روانی را در آن‌ها افزایش می‌دهد(۲). در نتیجه، بر اساس نظریه استرس اقلیت، جمعیت تراجنسیتی نسبت به جمعیت عمومی در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات روانی است(۳). هر فرد به‌عنوان یک زن یا مرد تصویری از خود دارد و می‌آموزد با توجه به این تصویر، به شیوه خاصی بیندیشد و احساس و رفتار خاصی داشته باشد. این تصویر شکل‌گرفته در افراد را هویت جنسیتی^۱ می‌گویند(۴). هویت جنسیتی انسان تحت تأثیر دو مؤلفه اکتسابی و غیر اکتسابی شکل می‌گیرد. جنس^۲ یک عامل غیر اکتسابی و شامل ویژگی‌های جسمانی، زیستی و کروموزومی است که زن و مرد را از هم جدا می‌کند، اما جنسیت^۳ به‌عنوان یک عامل اکتسابی زن و مرد را به لحاظ اجتماعی - فرهنگی از هم جدا می‌سازد و بر اساس ویژگی‌هایی که غالباً خصوصیات ویژه دو جنس محسوب می‌شود، شکل می‌گیرد. معمولاً مختصات جنسی و جنسیتی افراد با هم هماهنگ است، اما گاهی این مختصات با هم ناسازگارند(۵). هنگامی که این ناسازگاری دارای ویژگی‌های خاصی می‌شود، متخصصان علوم رفتاری از اختلالی تحت عنوان ملال جنسیتی^۴ صحبت می‌کنند(۶). تعریفی که فرد مبتلا به اختلال ملال جنسیتی از خود ارائه می‌دهد هویت روانشناختی است که با جنس کالبدشناختی قابل مشاهده او متفاوت است. این عدم هماهنگی و احساس تعلق به جنس مخالف شامل جنبه‌های مختلفی از جمله ادراک خویشتن، تصویر بدنی، روابط بین فردی، به‌کارگیری مکانیسم‌های دفاعی و سازگاری اجتماعی می‌شود(۷).

عدم سازگاری بین خصوصیات اکتسابی و غیر اکتسابی در افراد با اختلال ملال جنسیتی در جنبه‌های مختلف، منجر به یکی از شایع‌ترین مشکلات این افراد یعنی افکار خودکشی^۵ می‌شود(۸) که به‌صورت دامنه‌ای از یک میل مبهم، اما بانفوذ برای مردن تا نقشه کامل برای خودکشی تعریف می‌شود.

این افکار به‌صورت خودگزارش‌دهی ارائه می‌شوند (۸). خودکشی ابراز خشم که نسبت به خود است و یک رفتار واحد نیست، بلکه رفتارهای شامل صحبت در مورد افکار خودکشی، رفتارهای خودکشی‌گرا، قصدمندی، اقدام به خودکشی و... است(۹). افکار خودکشی پیش‌گام فوری خودکشی است و منظور از آن وجود افکار درگیر کننده مرتبط با متمایل بودن به رفتار پایان دهنده زندگی فرد است (۱۰). در پژوهش‌ها نشان داده شده است که بیش از نیمی از افراد با اختلال ملال جنسی، به خودکشی فکر می‌کنند(۱۱). (۱۲) و حاکی از آن است که فشارهای روانی و محدودیت‌های متعددی که این افراد با آن مواجه‌اند به‌اندازه‌ای است که در حداقل نیمی از آن‌ها انگیزه دست کشیدن از زندگی به‌طور جدی وجود دارد. به طوری که نشان داده شده است در گروه ترانسسکشوال با و بدون تغییر جنسیت، افکار خودکشی به میزان متوسط وجود دارد، ولی افراد ترانسسکشوال بدون تغییر جنسیت دارای افکار خودکشی بیشتر هستند(۱۳).

مطالعه نشان می‌دهد که این افراد مسائل روانشناختی قابل توجهی از جمله بیزاری از جسم و ظاهر فیزیکی خود دارند که منجر به نگرانی از تصویر بدنی‌شان^۶ است(۱۴). تصویر بدنی یک ساختار چندبعدی است که شامل دو بخش مستقل ادراکی (تخمین اندازه بدن) و نگرشی (شناخت و احساس فرد نسبت به بدن) است(۱۵). افرادی که احساس خوبی به خود دارند، معمولاً احساس خوبی نیز نسبت به زندگی خواهند داشت، اما تصویر ذهنی که مورد پذیرش فرد نباشد، منجر به تغییراتی در احساس ارزشمند بودن فرد می‌شود و ممکن است زمینه‌ساز افکار خودکشی باشد(۱۶). افراد با اختلال ملال جنسیتی علاوه بر اینکه به خاطر شکل ظاهری از محیط و جامعه تحت فشار هستند، اشتغال فکری زیادی نسبت به بدن خود دارند و به‌صورت وسواس‌آمیز به کاوش جسم خود می‌پردازند(۱۷، ۱۸). منتشلو و همکاران(۶) در پژوهش خود نشان دادند که در دو بین گروه با و بدون اختلال ملال جنسیتی تفاوت معنادار در مقیاس‌های تصویر بدنی وجود دارد. افکار خودکشی با نارضایتی و اختلال در تصویر بدن (به‌عنوان مثال، نارضایتی از تصویر بدنی پوستی، اختلال بدشکلی بدن) مرتبط است(۱۹). مطالعات نشان داده

1. gender identity
2. sex
3. sexuality
4. gender dysphoria disorder
5. suicidal ideation

6. body image

است هم نگرش منفی نسبت به بدن خود و هم تجربیات منفی بدن با خودکشی در مردان و زنان با یا بدون سابقه اختلال روان‌پزشکی مرتبط است. بر این اساس، افرادی که امتیاز بالاتری در نارضایتی از بدن دارند، حتی پس از کنترل سایر عوامل خطر، مانند افسردگی، رفتار خودکشی در گذشته و ناامیدی، احتمال بیشتری دارد که افکار خودکشی داشته باشند (۲۰). توضیح احتمالی ارتباط بین اختلال در تصویر بدن و خودکشی این است که دیدگاه‌های ناکارآمد از خود، مانند نارضایتی از بدن، خطر رفتارهای خودیرانگر را افزایش می‌دهد. توضیح دیگر این است که علائم اختلال در تصویر بدن ممکن است جداسازی درک شده از خود فیزیکی را تسهیل کند که در نتیجه رفتارهای خودآزاری و افکار خودکشی را تسهیل می‌کند (۲۱). تجربه خودآزایی بدنی منفی حالتی از خود بی‌اعتنایی به بدن را تشدید می‌کند که در آن بدن در مقایسه با خود جسمی مجزا در نظر گرفته می‌شود. به‌نوبه خود، این خط فکری رفتار آسیب رساندن به خود را تسهیل می‌کند. گزارش‌های زیادی از افکار خودکشی در بین افرادی که نگرش‌ها، احساسات و انحرافات منفی را نسبت به بدن خود تجربه می‌کنند، وجود دارد (۲۲).

یکی دیگر از مسائل روانشناختی در گروه افراد با اختلال ملال جنسیتی نشخوار فکری است (۲۳). فکر کردن تکرارشونده‌ای که اغلب کنترل ناپذیر و با محتوای فکری خام است؛ به‌عبارتی دیگر افکار منفی و تکرارشونده‌ای که معمولاً درباره رویدادهای گذشته یا استرسورهای زمان حال است (۲۴). نشخوار فکری اغلب موجب واکنش‌های هیجانی نامطلوب شده و استفاده فرد از راهبردهای مقابله‌ای روانشناختی را مختل می‌کند (۲۵). شرایط روانی - اجتماعی بسیار پر استرس تجربه شده توسط افراد با اختلال ملال جنسیتی از جمله خشونت فیزیکی/کلامی و طرد اجتماعی، آن‌ها را در برابر توسعه توانایی‌های عاطفی ناسازگارانه، مانند نشخوار فکری، اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند (۲۶). نتایج پژوهش سیلوا و همکاران (۲۳) نشان داد ۴۷ درصد از شرکت‌کنندگان افکار خودکشی را تجربه کرده‌اند و ۳۱ درصد در مقطعی در گذشته اقدام به خودکشی کرده‌اند؛ بدین معنی که افراد با اختلال ملال جنسیتی بالاترین نمرات تفکر نشخوارکننده را داشتند و معمولاً نشخوار فکری ساز و کارهایی را ایجاد می‌کند که منجر به عوامل خطر آفرین برای

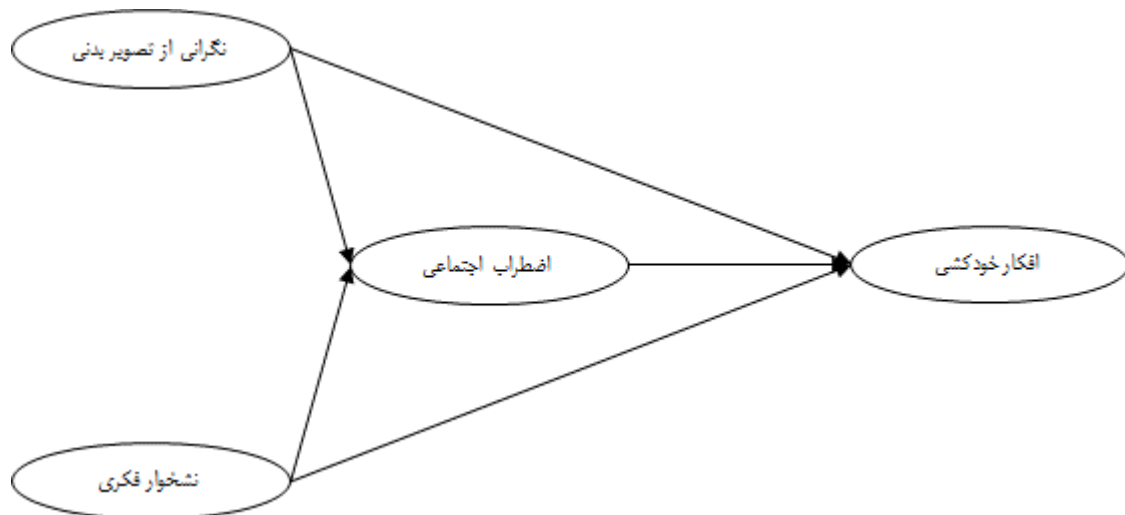
افسردگی و افکار خودکشی می‌شود. در مطالعات اسمیت و همکاران (۲۷)، چان و همکاران (۲۸)، اشون و همکاران (۲۹)، میراندا و نولن-هوکسما (۳۰) افکار خودکشی به طور قابل توجهی با نشخوار فکری مرتبط است. وانگ و همکاران (۳۱) نیز نتایج مشابهی هنگام تجزیه و تحلیل نشخوار فکری به‌عنوان یک جزء میانجی رویدادهای منفی زندگی و افکار خودکشی گزارش کردند.

مسائل روانشناختی از قبیل نارضایتی از تصویر بدنی و نشخوار فکری در افراد با ملال جنسیتی، این افراد را مستعد اختلالات اضطرابی به‌ویژه اختلال هراس اجتماعی^۱ می‌کند (۱۳، ۳۲). بنا بر تعریف DSM-IV-R هراس اجتماعی ترس مشخص و مداوم از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا انجام کار است (۳۳). فرد با هراس اجتماعی نسبت به تعاملات اجتماعی و موقعیت‌هایی که ممکن است توسط دیگران زیر نظر قرار گرفته و قضاوت شود، مضطرب و بیمناک است و از آن‌ها پرهیز می‌کند (۳۴). پژوهش‌ها گویای این است که در افراد با اختلال ملال جنسیتی، اختلال هراس اجتماعی بسیار شایع است (۱۳، ۳۵) و این اختلال با تصویر بدنی (۳۶)، نشخوار فکری (۳۷) و افکار خودکشی (۱۳) ارتباط دارد. عوامل شناختی و رفتاری مرتبط با اختلال تصویر بدن ممکن است هراس اجتماعی را در این جمعیت تشدید کند. عدم رضایت و خجالت کشیدن از بعضی از قسمت‌های بدن در افراد با اختلال ملال جنسیتی ممکن است به افکار و احساساتی همچون ناامیدی، خود را به‌عنوان باری بر دوش خانواده دانستن، ارزش قائل شدن برای مرگ نسبت به زندگی، احساس بیگانگی و بدتر شدن ارتباط با گروه‌های اجتماعی منجر شده و آستانه افکار خودکشی را در این جمعیت کاهش دهد (۳۸). ارزیابی منفی از خود ممکن است به دلیل ترس از قضاوت دیگران باعث کناره‌گیری اجتماعی و قربانی شدن تعهدات اجتماعی شود. در این افراد معمولاً قبل از خودکشی انزجار فیزیکی و رفتاری از خود و در طول زمان، همزمانی عوامل روانشناختی اضافی مانند تنهایی، افسردگی (۳۹) و همچنین، انزجار بیرونی شامل کناره‌گیری قابل توجهی از تمام جنبه‌های زندگی، فراتر از تعامل اجتماعی، مشاهده می‌شود؛ بنابراین انزوای مداوم ممکن است کانون انزجار بیرونی را به دیگران/جهان (به‌عنوان منبع سرزنش) تغییر

1. social phobia

از جمله احساس گناه، شرم، خشم و ناامیدی خودگردان و انزجار از خود در این افراد وجود داشته است (۳۸).

دهد و در نهایت به کناره‌گیری کامل از زندگی و افکار خودکشی کمک کند. پیش از افکار خودکشی و خودآزاری غیرخودکشی، گزارش‌هایی در مورد احساسات خودآگاه



شکل ۱) مدل مفهومی پژوهش

متخصصان، سازمان‌های بهزیستی و ورزش و جوانان می‌توانند از نتایج حاضر بهره‌مند گردند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مدلیابی افکار خودکشی بر اساس تصویر بدنی و نشخوار فکری با میانجی‌گری هراس اجتماعی در افراد با اختلال ملال جنسیتی انجام شد.

روش

طرح پژوهش: این مطالعه از نظر هدف کاربردی و نحوه گردآوری داده‌ها همبستگی از نوع توصیفی بود. افکار خودکشی به‌عنوان متغیر درون‌زاد، تصویر بدنی و نشخوار فکری به‌عنوان متغیرهای برون‌زاد و هراس اجتماعی به‌عنوان متغیر واسطه‌ای لحاظ شدند.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش کلیه افراد دارای اختلال ملال جنسیتی و عضو ترنس - سکسوال‌های قبل و بعد از جراحی تغییر جنسیت انجمن حمایت از بیماران ملال جنسیتی ایران در سال ۱۴۰۰ بود که ۲۰۰ نفر از افراد دچار ملال جنسیتی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با توجه به اپیدمی کرونا و محدودیت‌هایی برای حضور مردم در جامعه، پرسشنامه‌ها به‌صورت الکترونیکی تهیه شد و با کمک مدیر مسئول انجمن حمایت از بیماران ملال جنسیتی در اختیار جامعه هدف قرار گرفت. حدود ۳۰۰ پرسشنامه میان شرکت‌کنندگان توزیع شد. پس از سه بار پیگیری ۲۳۵ پرسشنامه از آزمودنی‌ها دریافت شد. از میان

پژوهش‌های مختلفی درباره افکار خودکشی انجام گرفته است، اما در حال حاضر پژوهش‌های اندکی در مورد نقش برخی عوامل مرتبط با افکار خودکشی افراد با اختلال ملال جنسیتی وجود دارد؛ به‌خصوص اینکه پژوهشی که به بررسی نقش تصویر بدنی و نشخوار فکری با میانجی‌گری هراس اجتماعی در افراد با اختلال ملال جنسیتی پردازد، تاکنون انجام نگرفته است. بنابراین، پژوهشگران درصدد بودند با انجام پژوهشی، درک عمیقی از عوامل مرتبط با افکار خودکشی افراد با اختلال ملال جنسیتی به دست آورند تا با استفاده از این نتایج بتوانند بینش‌های مفیدی را برای متخصصان سلامت‌روان در مورد برنامه‌ریزی اقدامات درمانی برای افراد با اختلال ملال جنسیتی به‌ویژه در افرادی با سابقه افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، افسردگی، اضطراب و استرس فراهم کنند. همچنین، بر اهمیت گسترش خدمات تخصصی سلامت‌روان در سلامت ترنس‌ها به‌ویژه در پیشگیری و درمان اختلالات روان‌پزشکی، علاوه بر پیشگیری از خودکشی و آسیب‌پذیری کمتر آن‌ها در برابر موقعیت‌های بد اجتماعی تأکید کنند. بدین ترتیب نتایج حاضر در زمینه افزایش اطلاعات در این حوزه و درک بیشتر نقش تصویر بدنی، نشخوار فکری و هراس اجتماعی در افراد با اختلال ملال جنسیتی مؤثر است. همچنین علاوه از دانشگاه‌ها و سایر مؤسسات آموزش کشور، درمانگران،

و روایی همزمان آن با مقیاس افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش شده است. در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۸۲ به دست آمد.

۲. پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی (BICI): این پرسشنامه توسط لیتلتون و همکاران در سال ۲۰۰۵ طراحی شده است (۴۲) که با ۱۹ آیتم به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره ظاهرش می‌پردازد. این ابزار دو عامل دارد که عامل اول نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خودارسی کردن و مخفی کردن نقایص ادراک‌شده و عامل دوم میزان تداخل نگرانی درباره ظاهر را در عمل کرد اجتماعی فرد را بررسی می‌کند. طیف مورد استفاده در پرسشنامه بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت است (هرگز (۱)، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه (۵)). پایایی این پرسشنامه توسط لیتلتون و همکاران (۴۲) به روش همسانی درونی بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است. ضریب همبستگی هر یک از سوالات با نمره کل پرسشنامه ۰/۳۲-۰/۷۲ (میانگین ۰/۶۲) بوده است. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل، ۰/۶۹ گزارش شده است. علاوه بر این، در مطالعه‌ای که توسط محمدی و سجادی‌زاد (۴۳) روی دختران نوجوان شهر شیراز صورت گرفت، میزان آلفای کرونباخ کلی ۰/۸۴ به دست آمد و در مجموع از ۱۹ سؤال مقیاس ۲ عامل (نارضایتی از بدن و تداخل درباره عملکرد اجتماعی) شناسایی شد (۴۳). پوراوری و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های نارضایتی - خجالت به دلیل ظاهر و عملکرد ضعیف فرد به دلیل نگرانی از ظاهر را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۷ گزارش کردند (۴۴). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای نگرانی از تصویر بدنی ۰/۹۵ به دست آمد.

۳. پرسشنامه نشخوار فکری (RRS): پرسشنامه نشخوار فکری توسط نولن هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱ برای سنجش نشخوار فکری طراحی و تدوین شده است (۴۵). این پرسشنامه دارای ۲۲ سؤال است و بر اساس طیف چهار گزینه‌ای لیکرت به سنجش نشخوار فکری می‌پردازد. حداقل نمره این مقیاس ۲۲ و حداکثر آن ۸۸ است. نمرات بالاتر، نشان‌دهنده نشخوار فکری بالاتر است و بالعکس. نولن هوکسما و مارو (۴۵)، روایی محتوایی این مقیاس را مطلوب و

۲۳۵ پرسشنامه ۲۰۰ پرسشنامه مناسب و کامل برای تحلیل مورد استفاده قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل ۱. همه تراجنسی‌های در بازه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال؛ ۲. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش ۳- تشخیص اختلال ملال جنسی توسط روان‌پزشک، معیارهای خروج شامل ۱. تمایل نداشتن به تکمیل پرسشنامه‌ها و مخدوش بودن پرسشنامه‌ها ۲. دارای اختلال مبدل پوشی، بدشکل انگاری بدن، سایکوزها یا اسکیزوفرنی بود.

ابزار

در این پژوهش برای دست‌یابی به اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه‌های افکار خودکشی بک^۱ (BSSI)، پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی^۲ (BICI)، پرسشنامه نشخوار فکری^۳ (RRS) و پرسشنامه هراس اجتماعی^۴ (SPS) استفاده شد.

۱. پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI): این پرسشنامه به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها و رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب خودکشی توسط بک و استیر در سال ۱۹۹۱ تهیه شده است (۴۰) که یک ابزار خودسنجی نوزده سؤالی است. هر مقیاس بر اساس ۳ درجه نقطه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد. سوالات مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافع، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در آزمون افکار خودکشی بک، ۵ سؤال غربالگری وجود دارد. اگر پاسخ‌ها نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافع باشد، آزمودنی باید ۱۴ سؤال بعدی را نیز پاسخ دهد. در این مقیاس، نمره ۰-۵ نبود افکار خودکشی، نمره ۶-۹ داشتن افکار خودکشی و نمره ۲۰-۳۸ قصد اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ (همسانی درونی) و پایایی هم‌زمان این مقیاس توسط بک و استیر (۴۰) به ترتیب بین ۰/۸۹-۰/۹۶ و ۰/۸۳ بوده است و همبستگی معناداری با مقیاس افسردگی و ناامیدی بک دارد. پایایی این پرسشنامه توسط انیسی و همکاران (۴۱) از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵

1. Beck suicide scale ideation
2. body image concern inventory
3. Rumination Response Scale
4. social phobia scale

گزارش شد. اعتبار محتوایی این پرسشنامه هم مورد تأیید سه نفر از استادان روانشناسی قرار گرفته است. در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۷۹ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: در پژوهش حاضر، داده‌های به دست آمده در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌هایی چون میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی، و در بخش استنباطی از تحلیل همبستگی (پیرسون) و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-26 و Lisrel-8.8 انجام شد.

یافته‌ها

تعداد افراد نمونه در این پژوهش ۲۰۰ نفر با اختلال ملال جنسیتی هستند که ۷۶ درصد (۱۵۲ نفر) آن‌ها دختر و ۲۴ درصد (۴۸ نفر) پسر، ۷۷/۵ درصد (۱۵۵ نفر) مجرد و ۲۲/۵ درصد (۴۵ نفر) متأهل، ۱۴ درصد (۲۸ نفر) زیر دیپلم، ۵۰ درصد (۱۰۰ نفر) دیپلم، ۲۶ درصد (۵۲ نفر) کاردانی، ۸ درصد (۱۶ نفر) کارشناسی و ۲ درصد (۴ نفر) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. میانگین سنی ۲۵/۹۶ و انحراف معیار ۴/۳۸ در بازه سنی ۲۰ تا ۳۶ سال است.

پایایی آن را به شیوه بازآزمایی از ۰/۴۸ تا ۰/۸۲ گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس توسط منصور و همکاران (۴۶) ۰/۹۰ به دست آمده است. همچنین، در مطالعه فرخی و همکاران (۴۷) به منظور تعیین روایی مقیاس نشخوار فکری از روش روایی سازه و تحلیل عامل استفاده شد. ضریب اعتبار بازآزمایی مقیاس ۰/۸۵ و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۵ بود. در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۹۴ به دست آمد.

۴. پرسشنامه هراس اجتماعی (SPS): این پرسشنامه را کانور در سال ۲۰۰۰ به منظور ارزیابی اختلال هراس اجتماعی ساخته است (۳۳). این ابزار یک مقیاس خودسنجی ۱۷ سؤالی است که سه مقیاس فرعی ترس، پرهیز و ناراحتی فیزیولوژیک دارد. هر سؤال بر پایه مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل در دامنه ۰ تا ۶۸ قرار می‌گیرد. پایایی این مقیاس توسط کانور (۳۳) به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۸۹-۰/۷۸، همسانی درونی یا ضریب آلفا کرونباخ در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، پرهیز ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک برابر ۰/۸۰ گزارش شده است. همسانی درونی کامل مقیاس توسط عبدی و همکاران (۴۸) به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ و پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۸۳

جدول (۱) میانگین، انحراف استاندارد، چولگی، کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
افکار خودکشی	۱۵/۱۵	۴/۳۳	۰/۷۱	۰/۶۰
بروز دادن	۱۳/۳۸	۳/۶۳	۰/۱۴	-۰/۷۶
در فکر فرورفتن	۱۳/۸۴	۳/۷۹	۰/۱۰	-۰/۸۹
افسردگی	۳۲/۴۵	۷/۸۴	۰/۴۳	-۰/۵۲
نشخوار فکری	۵۹/۶۶	۱۴/۳۸	۰/۳۸	-۰/۶۴
نارضایتی ظاهری	۳۵/۴۵	۷/۴۸	۰/۱۹	-۰/۸۱
تداخل در عملکرد اجتماعی	۲۵/۸۹	۵/۷۰	۰/۰۱	-۰/۸۱
نگرانی از تصویر بدنی	۶۱/۳۴	۱۲/۹۶	۰/۱۱	-۰/۸۴
ترس	۱۱/۳۸	۲/۷۹	-۰/۳۶	۰/۰۱
پرهیز	۱۳/۲۴	۳/۲۷	-۰/۵۶	۰/۵۸
ناراحتی فیزیولوژیک	۷/۸۴	۲/۳۶	-۰/۳۵	۰/۰۴
هراس اجتماعی	۳۲/۱۷	۷/۳۰	-۰/۳۴	-۰/۵۸

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای افکار خودکشی، نشخوار فکری، نگرانی از تصویر بدنی و هراس اجتماعی نشان داده شده است. با توجه به نتایج به دست آمده مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیرهای پژوهش در بازه (۲، ۲-) قرار دارد؛ یعنی از لحاظ کجی متغیرهای افکار خودکشی، نشخوار فکری، نگرانی از تصویر بدنی و هراس

اجتماعی اخلاقی نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. همچنین مقدار کشیدگی آن‌ها نیز در بازه (۲، ۲-) قرار دارد؛ این نشان می‌دهد توزیع متغیرهای پژوهش از کشیدگی نرمال برخوردار است. نمرات جدول ۲، همبستگی پیرسون میان متغیرهای تحقیق را مورد بررسی قرار داده است.

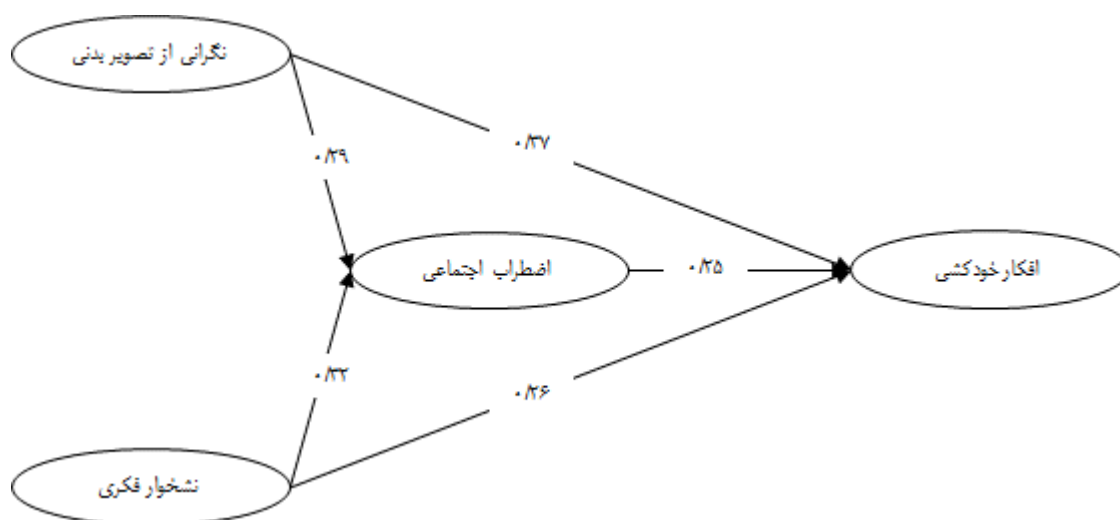
جدول ۲) ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
افکار خودکشی	۱			
نشخوار فکری	۰/۵۳**	۱		
نگرانی از تصویر بدنی	۰/۵۶**	۰/۷۷**	۱	
هراس اجتماعی	۰/۴۱**	۰/۴۴**	۰/۴۳**	۱

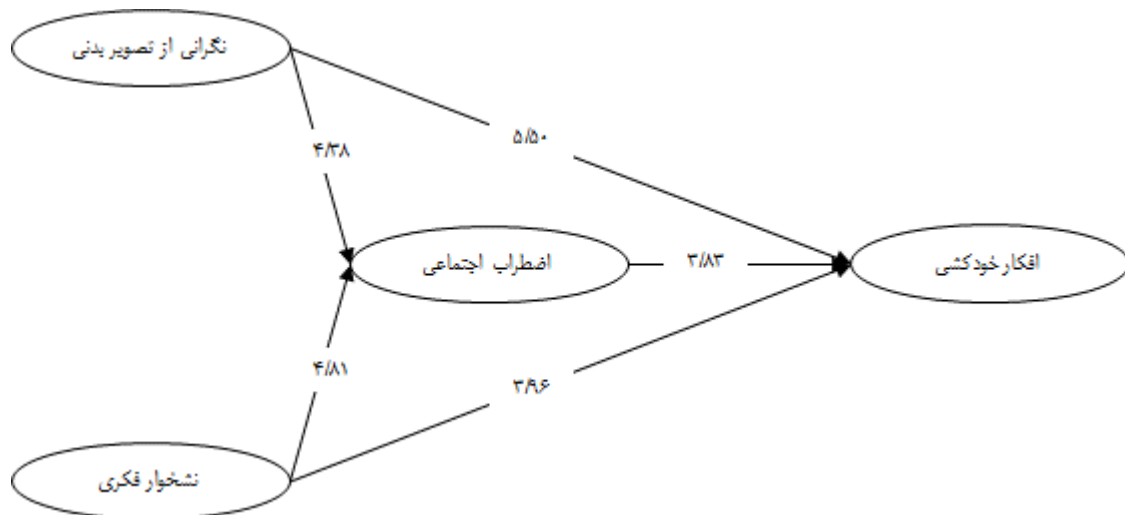
**معناداری در سطح ۰/۹۹

بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم نشخوار فکری و نگرانی از تصویر بدنی با میانجی‌گری هراس اجتماعی بر افکار خودکشی پرداخته شده است.

با توجه به نتایج جدول ۲، بین افکار خودکشی با نشخوار فکری ($r=0.53; P<0.01$)، نگرانی از تصویر بدنی ($r=0.56; P<0.01$) و هراس اجتماعی ($r=0.41; P<0.01$) در سطح ۹۹ درصد ارتباط مثبت و معنی‌دار برقرار است. در ادامه تحقیق با استفاده از معادلات ساختاری به



نمودار ۱) مدل تحلیل مسیر در حالت استاندارد نشخوار فکری و نگرانی از تصویر بدنی بر افکار خودکشی با میانجی‌گری هراس اجتماعی



نمودار ۲) مدل تحلیل مسیر در حالت T-Value نشخوار فکری و نگرانی از تصویر بدنی بر افکار خودکشی با میانجی‌گری هراس اجتماعی

جدول ۳) شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری نشخوار فکری و نگرانی از تصویر بدنی بر افکار خودکشی با میانجی‌گری هراس اجتماعی

شاخص	حدمطلوب	مقدار برازش شده	نتیجه
کای اسکوئر تقسیم بر درجه‌آزادی	۳ < خوب؛ ۵ < متوسط	۲/۱۷	خوب
شاخص برازندگی تطبیقی	۰/۹۵ > عالی؛ ۰/۹۰ > خوب	۰/۹۲	خوب
شاخص برازندگی	۰/۹۰ > عالی	۰/۸۶	خوب
شاخص نرم شده برازندگی	۰/۹۰ > عالی	۰/۹۳	عالی
ریشه دوم برآورد واریانس خطا	۰/۰۵ < عالی؛ ۰/۰۵ تا ۰/۱ خوب	۰/۰۷۷	خوب

اثر مستقیم متغیر هراس اجتماعی بر افکار خودکشی، مثبت معنادار است.

جهت بررسی اثر غیرمستقیم متغیرهای نشخوار فکری و نگرانی از تصویر بدنی بر افکار خودکشی با میانجی‌گری هراس اجتماعی از آزمون تست سوبل و برای تعیین شدت اثر غیرمستقیم از طریق میانجی از آماره‌ای به نام VAF (Variance accounted for) استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردیده است.

بر اساس شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش، نسبت کای اسکوئر بر درجه‌آزادی^۱ برابر ۲/۱۷، شاخص برازندگی تطبیقی^۲ برابر ۰/۹۲، شاخص برازندگی^۳ برابر ۰/۸۶، شاخص نرم شده برازندگی^۴ برابر ۰/۹۳ و شاخص ریشه دوم برآورد واریانس خطا^۵ برابر ۰/۰۷۷ است که با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که مدل تحقیق از نظر شاخص‌های معنی‌داری و برازش مورد تأیید است.

با توجه به جدول ۴ اثر مستقیم متغیرهای نشخوار فکری و نگرانی از تصویر بدنی بر افکار خودکشی مثبت معنادار است. همچنین اثر مستقیم متغیرهای نشخوار فکری و نگرانی از تصویر بدنی بر هراس اجتماعی مثبت معنادار است؛ درنهایت

1 Chi-square/df (cmin/df)

2 Comparative fit index (CFI)

3 Goodness-of-fit statistic (GFI)

4 Normed-fit index (NFI)

5 Root mean square error of approximation (RMSEA)

جدول ۴) نتایج تحلیل اثرات مستقیم متغیرهای نشخوار فکری و نگرانی از تصویر بدنی بر افکار خودکشی با میانجی‌گری

هراس اجتماعی

معنی‌داری	خطای استاندارد	مقدار T	ضریب مسیر	متغیرها	
				←	نشخوار فکری
معنی‌دار	۰/۰۹۲	۳/۹۶	۰/۲۶	←	افکار خودکشی
معنی‌دار	۰/۰۸۶	۴/۸۱	۰/۳۲	←	هراس اجتماعی
معنی‌دار	۰/۰۸۱	۵/۵۰	۰/۳۷	←	افکار خودکشی
معنی‌دار	۰/۰۸۹	۴/۳۸	۰/۲۹	←	هراس اجتماعی
معنی‌دار	۰/۰۹۳	۳/۸۳	۰/۲۵	←	افکار خودکشی

جدول ۵) نتایج تحلیل اثرات غیرمستقیم متغیرهای نشخوار فکری و نگرانی از تصویر بدنی بر افکار خودکشی با میانجی‌گری

هراس اجتماعی

نتیجه آزمون	آماره VAF	ضریب مسیر استاندارد	تست سوبل	فرضیه پژوهش		
				←	←	←
تأیید	۰/۲۴	۰/۰۸	۲/۱۷	←	هراس اجتماعی	←
تأیید	۰/۱۶	۰/۰۷	۲/۰۳	←	هراس اجتماعی	←

می‌شود؛ بنابراین ملال جنسیتی رویداد آغازگر نشخوار فکری خواهد بود و نشخوار فکری درباره این تجربه و هیجان‌های منفی مرتبط، شدت آشفتگی روانشناختی را افزایش می‌دهد. همچنان که شدت هیجان‌های منفی افزایش می‌یابد، فرد بر تجربه منفی تمرکز بیشتری می‌کند و هدایت توجه سخت‌تر و سخت‌تر می‌شود و در نتیجه، شکستن این چرخه با استفاده از راهبردهای عادی حواس‌پرتی غیر مؤثر خواهد بود و فرد به راهبردهایی چون خودکشی متوسل می‌شود (۸). افراد با ملال جنسیتی مدام به اینکه چقدر احساس تنهایی، دردمندی و خستگی می‌کنند، فکر می‌کنند، به اینکه چکار کرده‌اند به این حالت دچار شده‌اند و چرا مشکلاتی دارند که دیگران ندارند و ای کاش اوضاع بهتر از این بود. اغلب به همه نقاط ضعف، شکست‌ها، کاستی‌ها و اشتباهات خود فکر می‌کنند. از آنجایی که معمولاً بی‌حوصله و بی‌انگیزه، غمگین هستند، نمی‌توانند بهتر از عهده اداره کردن امور برآیند و می‌دانند اگر نتوانند جلوی این احساساتشان را بگیرند، دیگر قادر به تمرکز و انجام وظایفشان نخواهند بود. در نتیجه آشفتگی روانشناختی آن‌ها افزایش یافته و به خودکشی متوسل می‌شوند.

یافته دیگر پژوهش نشان‌دهنده وجود رابطه میان تصویر بدنی و افکار خودکشی است که نشان می‌دهد اشتغال ذهنی زیاد افراد با اختلال ملال جنسیتی به تصویر بدنشان می‌تواند پیش‌بینی کننده افکار خودکشی در آنان باشد. این یافته همسو با پژوهش‌های میلانو و همکاران (۱۴)، گروگان (۱۶)،

با توجه به میزان آماره تی غیرمستقیم (تی سوبل) بین متغیرهای بالا که خارج از بازه (۱/۹۶ تا -۱/۹۶) است؛ لذا فرضیه اثر غیرمستقیم نشخوار فکری و نگرانی از تصویر بدنی بر افکار خودکشی پذیرفته می‌شود؛ بنابراین متغیرهای نشخوار فکری و نگرانی از تصویر بدنی علاوه بر اثر مستقیم، به طور غیرمستقیم و از طریق هراس اجتماعی نیز بر افکار خودکشی تأثیر می‌گذارند.

با توجه به میزان به‌دست‌آمده برای آماره VAF مشاهده می‌شود که ۲۴ درصد تأثیر نشخوار فکری و ۱۶ درصد تأثیر نگرانی از تصویر بدنی بر افکار خودکشی از طریق هراس اجتماعی می‌تواند تبیین گردد.

بحث

این پژوهش با هدف مدل‌یابی افکار خودکشی بر اساس تصویر بدنی و نشخوار فکری با میانجی‌گری هراس اجتماعی در افراد با اختلال ملال جنسیتی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که نشخوار فکری به صورت مستقیم و مثبت با افکار خودکشی مرتبط است؛ بنابراین نشخوار فکری به‌طور معناداری قادر به پیش‌بینی افکار خودکشی در افراد با اختلال ملال جنسیتی است. این یافته همسو با پژوهش‌های زورکر (۵)، گارسیا وگا و همکاران (۱۱)، بیگز (۱۲) و محمودی و همکاران (۱۳) است. در تبیین این رابطه می‌توان از الگوی آبشار هیجانی استفاده کرد. طبق این الگو حالت‌های هیجانی نامطلوب از چرخه دائم و معیوب بیش‌ازاندازه نشخوار فکری، عاطفه منفی و تلاش برای سرکوبی افکار منفی ناشی

همکاران (۳۵) بود. این پژوهش‌ها معتقدند فرد با هراس اجتماعی نسبت به تعاملات اجتماعی و موقعیت‌هایی که ممکن است توسط دیگران زیر نظر قرار گرفته و قضاوت شود، مضطرب و بیمناک است و از آن‌ها پرهیز می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت احساس خجالتی بودن یا احمق به نظر رسیدن از جمله ترس‌های جدی افراد با اختلال ملال جنسیتی است. مهمانی‌ها و گردهمایی‌ها این افراد را می‌ترساند؛ زیرا زمانی که با مردم هستند از اینکه جلو مردم سرخ شوند، لرزش دست و تپش قلب داشته باشند ناراحت می‌شوند و عرق کردن در برابر دیگران آن‌ها را آشفته می‌کند. ترس از دستپاچه شدن موجب می‌شود تا از انجام کارها یا صحبت کردن با افرادی که نمی‌شناسند اجتناب کنند، بنابراین از رفتن به مهمانی‌ها و صحبت در حضور جمع اجتناب می‌کنند. از آنجایی که مورد انتقاد قرار گرفتن خیلی آن‌ها را می‌ترساند، همه کار انجام می‌دهند تا مورد انتقاد قرار نگیرند، اما از فعالیت‌هایی که در آن‌ها مرکز توجه باشند، اجتناب می‌کنند چون وقتی دیگران آن‌ها را زیر نظر دارند از انجام کارها دچار ترس می‌شوند. بافت فرهنگی کشور ما، رفتارهای مبتلایان به اختلال ملال جنسیتی را نوعی اعمال بزهکارانه و گمراهی به شمار می‌آورد و به‌علاوه پذیرش اجتماعی رفتارهای این افراد را بسیار سخت می‌کند. این مسئله برای این افراد فرآیند استرس‌آوری است که می‌تواند توانایی عملکردشان را کاهش دهد و منجر به مشکلاتی در مدرسه، محل کار و جامعه شود و در برقراری ارتباط با دیگران نیز اختلال ایجاد کند. مسئله دیگری که سبب هراس اجتماعی در این افراد می‌شود، تغییر پوشش است. دسترسی به لباس مناسب، خرید لباس جنس مخالف و پرو آن در مغازه‌ها و سازگاری با پوشش جدید، همه و همه، سبب افزایش فاصله و ترس آن‌ها از جامعه و افراد می‌شود (۱۳). مجموع این عوامل سبب تغییر در احساس ارزشمند بودن و افزایش آشفتگی روانشناختی این افراد می‌شود که ممکن است زمینه‌ساز افکار خودکشی باشد.

یافته بعدی پژوهش که حاصل اجرای مدل است نشان داد که متغیر هراس اجتماعی بین متغیرهای نشخوار فکری و افکار خودکشی و تصویر بدنی و افکار خودکشی در افراد با اختلال ملال جنسیتی نقش میانجی ایفا می‌کند. این یافته همسو با پژوهش‌های خوزه و همکاران (۳۷)، محمودی و

بکر و همکاران (۱۷)، سیمبار و همکاران (۱۸) و منتاشلو و همکاران (۶) است که این ارتباط را مورد تأکید قرار می‌دهند. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد با اختلال ملال جنسیتی از برخی از ویژگی‌های ظاهری خود ناراضی هستند و به همین دلیل تمایلی به شرکت در فعالیت‌های گروهی و اجتماعی ندارند و از خانه خارج نمی‌شوند. از آنجایی که از بعضی از قسمت‌های بدن خود خجالت می‌کشند، بعضی از فعالیت‌ها و موقعیت‌های شغلی و اجتماعی را به خاطر این طرز فکر درباره ظاهرشان از دست می‌دهند. این افراد یا زمان زیادی را صرف بررسی خود در آینه می‌کنند یا برخی از آن‌ها از دیدن ظاهر خود در آینه اجتناب می‌کنند. آن‌ها همواره ظاهرشان را با مدل‌های مد یا دیگران مقایسه می‌کنند و احساس می‌کنند دیگران از نظر فیزیکی خیلی جذاب‌تر از آن‌ها هستند. مدام به دنبال کسب اطمینان و جلب نظر دیگران درباره ظاهرشان هستند و احساس می‌کنند اطرافیان صحبت‌های منفی درباره ظاهرشان می‌کنند؛ بنابراین تمایل دارند تا برخی ویژگی‌های ظاهری خود را تغییر دهند. از اینکه دیگران نقایص ظاهری آن‌ها را کشف کنند می‌ترسند، به همین دلیل اغلب لباس‌هایی خریداری می‌کنند تا بخش‌های خاصی از ظاهرشان را بپوشانند. به عبارت بهتر از آنجایی که تصویر ذهنی افراد با اختلال ملال جنسیتی مورد پذیرش خودشان نیست، همین امر منجر به تغییراتی در احساس ارزشمند بودن فرد می‌شود که ممکن است زمینه‌ساز افکار خودکشی باشد. افراد با اختلال ملال جنسیتی، برای قضاوت اطرافیان و جامعه درباره ظاهر و قیافه خود ارزش بیش از اندازه قائل هستند تا جایی که ترس از ارزیابی منفی موجب نارضایتی شدید بدنی، اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی، انزوای اجتماعی و در نتیجه گرایش به افکار خودکشی می‌شود (۱۵). همچنین از آنجایی که فرد با اختلال ملال جنسیتی بین ایده‌آل خود و ظاهر واقعی شکاف مشاهده می‌کند، این شکاف منجر به نارضایتی از فیزیک بدنی شده و زمینه را برای گرایش به رویدادهای آسیب‌زا از جمله افکار خودکشی فراهم می‌کند (۶).

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان‌دهنده ارتباط میان هراس اجتماعی با افکار خودکشی در افراد با اختلال ملال جنسیتی بود. این یافته همسو با پژوهش‌های محمودی و همکاران (۱۳)، هپ و همکاران (۳۲) و برزرو-میگل و

گران‌بها در پیشبرد اهداف جامعه و رسیدن بیش‌ازپیش به جامعه آرمانی استفاده شود. عدم کنترل متغیرهای جمعیت شناختی مانند میزان تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان خانواده و... که می‌تواند اعتبار تحقیق را خدشه‌دار کند، از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی تا حد ممکن این متغیرها کنترل شوند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی مدل‌ها بر اساس تفکیک جنسیت ارائه شود تا امکان مقایسه پسر و دختر در افکار خودکشی فراهم شود. همچنین، از محدودیت‌های این پژوهش، روش نمونه‌گیری در دسترس است که دلیل آن محدودیت زمانی پژوهشگران و عدم همکاری سازمان‌ها برای ارتباط با جامعه هدف پژوهش بود. تشکر و قدردانی: در پایان از تمامی کارکنان محترم و اعضا انجمن حمایت از بیماران ملال جنسیتی ایران به جهت همکاری تشکر می‌گردد.

منابع

1. Reisner SL, Greytak EA, Parsons JT, Ybarra ML. Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *The Journal of Sex Research*. 2015 Mar 24;52(3):243-56.
2. Bos H, Sandfort T. Gender nonconformity, sexual orientation, and Dutch adolescents' relationship with peers. *Archives of sexual behavior*. 2015 Jul;44(5):1269-79.
3. Bergero-Miguel T, García-Encinas MA, Villena-Jimena A, Pérez-Costillas L, Sánchez-Álvarez N, de Diego-Otero Y, Guzman-Parra J. Gender dysphoria and social anxiety: an exploratory study in Spain. *The journal of sexual medicine*. 2016 Aug 1;13(8):1270-8.
4. Griffin L, Clyde K, Byng R, Bewley S. Sex, gender and gender identity: A re-evaluation of the evidence. *BJPsych Bulletin*. 2021 Oct;45(5):291-9.
5. Zucker KJ. Adolescents with gender dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues. *Archives of Sexual Behavior*. 2019 Oct;48(7):1983-92.
6. Mantashloo S, Shairi MR, Heydarinasab L, Izadi Dehnavi S. Comparison of depression, anxiety and body image in patients with gender dysphoric disorder and non patients. *Quarterly Journal of Health Breeze*. 2016 Feb 20;4(3):42-50. [Persian]
7. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläjäarvi M, Frisén L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2018;9:31.
8. Jobes DA, Joiner TE. Reflections on suicidal ideation. 2019.

همکاران(۱۳) و هافمن و فنگ(۳۶) است که بر رابطه این متغیرها با هم تأکید کرده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان گفت عدم رضایت و خجالت کشیدن از بعضی از قسمت‌های بدن در افراد با اختلال ملال جنسیتی آن‌ها را از فعالیت‌های گروهی و اجتماعی و در نتیجه خارج شدن از خانه بازمی‌دارد؛ زیرا آن‌ها مدام به دنبال کسب اطمینان و جلب نظر دیگران درباره ظاهرشان هستند، اما از مرکز توجه بودن نیز دچار ترس می‌شوند؛ چون هراس دارند که دیگران نقایص ظاهری آن‌ها را کشف کند. عدم شرکت در مهمانی‌ها و گردهمایی‌ها سبب می‌گردد، آن‌ها مدام به اینکه چقدر احساس تنهایی، دردمندی و خستگی می‌کنند و همچنین، نقاط ضعف، شکست‌ها، کاستی‌ها و اشتباهات خود فکر کنند که همین احساس با ارزش نبودن و افکار منفی سبب گرایش به خودکشی این افراد می‌شود.

با توجه به مطالب فوق‌الذکر وجود افکار خودکشی در افراد با اختلال ملال جنسیتی که در نهایت منجر به اقدام به خودکشی می‌شود، انکارناپذیر است؛ اما مسئله مهم علت به وجود آمدن این افکار است که مطمئناً به‌خودی‌خود نیست. تبعیض‌های موجود، طرد شدن از سمت خانواده، اخراج از مدرسه یا محل کار و به‌طور کلی هراس اجتماعی و تصویر بدنی در به وجود آمدن این افکار نقش دارند(۸). پُر واضح است که در جامعه ما به دلیل نگرش‌های منفی به افراد با اختلال ملال جنسیتی و فقدان بسترسازی مناسب فرهنگی و اجتماعی، اغلب این بیماران دچار افکار خودکشی می‌شوند و برای جلوگیری از پیامدهای ناشی از عدم‌حمایت و افکار خودکشی در این افراد، لزوم استفاده از درمان‌های روانشناختی جهت کاهش نشخوار فکری و بهبود تصویر بدنی آنان و آگاه‌سازی افراد جامعه درباره این موضوع جهت کاهش هراس اجتماعی در افراد با اختلال ملال جنسیتی احساس می‌شود.

درمجموع با توجه به یافته‌های این پژوهش، توجه بیش از پیش به نقش هراس اجتماعی، تصویر بدنی و نشخوار فکری در افزایش افکار خودکشی در افراد با اختلال ملال جنسیتی، پیشنهاد می‌شود که این مهم از طریق آموزش‌های تحصیلی، مدرسه و والدین، برنامه‌های تلویزیونی و سیاست‌های جامعه مورد توجه قرار گیرد تا این‌گونه با کاهش افکار خودکشی در افراد با اختلال ملال جنسیتی از این سرمایه‌های انسانی و

21. Orbach I, Stein D, Shani-Sela M, Har-Even D. Body attitudes and body experiences in suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001 Sep 1;31(3):237-49.
22. Akram U, Allen S, Stevenson JC, Lazarus L, Ypsilanti A, Ackroyd M, Chester J, Longden J, Peters C, Irvine KR. Self-disgust as a potential mechanism underlying the association between body image disturbance and suicidal thoughts and behaviours. *Journal of affective disorders*. 2022 Jan 15;297:634-40.
23. Silva DC, Salati LR, Villas-Bôas AP, Schwarz K, Fontanari AM, Soll B, Costa AB, Hirakata V, Schneider M, Lobato MI. Factors associated with ruminative thinking in individuals with gender dysphoria. *Frontiers in Psychiatry*. 2021 May 25;12:799.
24. Scaini S, Palmieri S, Caselli G, Nobile M. Rumination thinking in childhood and adolescence: a brief review of candidate genes. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Feb 1;280:197-202.
25. Bowman SJ, Casey LJ, McAloon J, Wootton BM. Assessing gender dysphoria: A systematic review of patient-reported outcome measures. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2021 Jul 1.
26. Timmins L, Rimes KA, Rahman Q. Minority stressors, rumination, and psychological distress in lesbian, gay, and bisexual individuals. *Archives of Sexual Behavior*. 2020 Feb;49(2):661-80.
27. Smith JM, Alloy LB, Abramson LY. Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: Multiple pathways to self-injurious thinking. *Suicide and Life-threatening behavior*. 2006 Aug;36(4):443-54.
28. Chan S, Miranda R, Surrence K. Subtypes of rumination in the relationship between negative life events and suicidal ideation. *Archives of Suicide Research*. 2009 Apr 15;13(2):123-35.
29. Eshun S. Role of gender and rumination in suicide ideation: A comparison of college samples from Ghana and the United States. *Cross-cultural research*. 2000 Aug;34(3):250-63.
30. Miranda R, Nolen-Hoeksema S. Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. *Behaviour research and therapy*. 2007 Dec 1;45(12):3088-95.
31. Wang S, Jing H, Chen L, Li Y. The influence of negative life events on suicidal ideation in college students: the role of rumination. *International journal of environmental research and public health*. 2020 Jan;17(8):2646.
32. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005 Mar 1;58(3):259-61.
33. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN):
9. Babaee Z, Sabet M, Mansoobifar M, Borjali M, Mashayekh M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness therapy on anxiety tolerance and suicidal ideation in adolescents with suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*. 2022 Feb 20;13(4):41-52. [Persian]
10. dDadashian P, Rajabi M, Jafari H. Suicidal ideation in patients with multiple sclerosis: a systematic review. *Clinical Excellence*. 2021 Mar 10;10(4):1-1. [Persian]
11. García Vega E, Camero García A, Fernández Rodríguez M, Villaverde González A. Suicidal ideation and suicide attempts in persons with gender dysphoria. *Psicothema*. 2018.
12. Biggs M. Puberty blockers and suicidality in adolescents suffering from gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*. 2020 Oct;49(7):2227-9.
13. Mahmoodi H, Mohammad Bagheri F, Sufi S. Comparison of depression, suicidal ideation and social support between transsexual people with and without gender change. *Scientific Journal of Forensic Medicine*. 2019 Sep 10;25(3):131-8. [Persian]
14. Milano W, Ambrosio P, Carizzone F, De Biasio V, Foggia G, Capasso A. Gender dysphoria, eating disorders and body image: An overview. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-Immune, Endocrine & Metabolic Disorders)*. 2020 May 1;20(4):518-24.
15. Tylka TL. Overview of the field of positive body image. *Body positive: Understanding and improving body image in science and practice*. 2018 Jul 19:6-33.
16. Grogan S. *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. Routledge; 2021 Nov 11.
17. Becker I, Auer M, Barkmann C, Fuss J, Möller B, Nieder TO, Fahrenkrug S, Hildebrandt T, Richter-Appelt H. A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*. 2018 Nov;47(8):2335-47.
18. Simbar M, Nazarpour S, Mirzababaie M, Emam Hadi MA, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Quality of life and body image of individuals with gender dysphoria. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2018 Aug 18;44(6):523-32.
19. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2016 Nov 1;49:55-66.
20. Rufino KA, Viswanath H, Wagner R, Patriquin MA. Body dissatisfaction and suicidal ideation among psychiatric inpatients with eating disorders. *Comprehensive psychiatry*. 2018 Jul 1;84:22-5.

- of the persian version of the positive and negative belief rumination scale and rumination response scale. *Journal of New Advances in Psychology*. 2017;14(2):21-37. [Persian]
- Abdi R, Birashk B, Mahmood Am, Asgharnezhad FA. Interpretation bias in social phobia disorder. 2007. [Persian].
- New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*. 2000 Apr;176(4):379-86.
34. Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *The Lancet*. 2008 Mar 29;371(9618):1115-25.
35. Bergero-Miguel T, García-Encinas MA, Villena-Jimena A, Pérez-Costillas L, Sánchez-Álvarez N, de Diego-Otero Y, Guzman-Parra J. Gender dysphoria and social anxiety: An exploratory study in Spain. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016 Aug 1;13(8):1270-8.
36. Fang A, Hofmann SG. Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology Review*. 2010 Dec 1;30(8):1040-8.
37. Jose PE, Wilkins H, Spindelov JS. Does social anxiety predict rumination and co-rumination among adolescents?. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2012 Jan 1;41(1):86-91.
38. Akram U, Ypsilanti A, Drabble J, Lazuras L. The role of physical and behavioral self-disgust in relation to insomnia and suicidal ideation. *Journal of clinical sleep medicine*. 2019 Mar 15;15(3):525-7.
39. Ypsilanti A, Lazuras L, Powell P, Overton P. Self-disgust as a potential mechanism explaining the association between loneliness and depression. *Journal of affective disorders*. 2019 Jan 15;243:108-15.
40. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1991;63.
41. Anisi J, Fathi AA, Salimi S, Ahmadi NK. Validity and reliability of Beck suicide scale ideation among soldiers. 2005; 33-7. [Persian]
42. Littleton HL, Axsom D, Pury CL. Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*. 2005 Feb 1;43(2):229-41.
43. Mohammadi NE, Sajadinezhad MA. The Evaluation of psychometric properties of body image concern inventory and examination of a model about the relationship between body mass index, body image dissatisfaction and self-esteem in adolescent girls. 2007;3(1):85-101. [Persian]
44. Pooravari M, Habibi M, Parija HA, Tabar SH. Psychometric properties of body image concern inventory in adolescent. *Pajoohandeh Journal*. 2014 Oct 10;19(4):189-99.
45. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991 Jul;61(1):115.
46. Mansouri A, Bakhshipour RA, Mahmoud AM, Farnam A, Fakhari A. The comparison of worry, obsession and rumination in individual with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, major depression disorder and normal individual. 2012. [Persian]
47. Farrokhi H, Seyedzadeh A, Mostafa Pour V. Investigating reliability, validity and factor structure