

Original Article

Familial and Personal Psychiatric Correlates of Suicide Attempt: A Case–Control Study Using a Brief Family History Screening Tool

Nazanin Parhizgar¹ , Leila khabir¹ , Siamak Samani¹ , Farzaneh Hooman¹ 

¹ Department of Psychology, Shi. C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran

✉ Corresponding author:

Department of Psychology,
Shi. C., Islamic Azad
University, Shiraz, Iran

Email: Leila.khabir@iau.ac.ir

Tel: +98 9177202713

Postal Code: 1-71993

Received: October 06, 2025

Revised: May 30, 2026

Accepted: June 09, 2026

Citation:

Parhizgar N, khabir L, Samani S, Hooman F. Familial and Personal Psychiatric Correlates of Suicide Attempt: A Case–Control Study Using a Brief Family History Screening Tool. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2026; 34(4): 10120-133.

Introduction: Suicide is a leading cause of death worldwide. Both individual psychopathology and family history are robust of suicide behavior, and they often interact with one another.

Methods: In this case–control study (n = 60 informants), we administered a 12-item Persian screening version of the Family History Screen (FHS). The instrument demonstrated strong content/face validity (I-CVI 0.80–1.00; S-CVI/Ave = 0.95) as well as acceptable test–retest reliability (Cohen's $\kappa \geq 0.60$). Data were analyzed using SPSS version 16. Group comparisons were conducted using Chi-square and Fisher's exact tests, odds ratios were estimated from 2×2 contingency tables, and multivariate logistic regression (enter method) was applied to control for demographic variables.

Results No significant differences were observed between cases and controls regarding their sociodemographic features. Cases reported elevated levels of both familial and personal psychopathology—specifically, maternal major depressive disorder (66.7% vs. 26.7%, $p = 0.002$), participant impulse-control deficits (43.3% vs. 6.7%, $p < 0.001$), and paternal substance-use problems (53.3% vs. 13.3%, $p < 0.001$). In adjusted models, significant associations included maternal MDD (aOR = 7.47, 95% CI = 2.14–26.05, $p = 0.002$), maternal panic disorder (aOR = 6.17, 95% CI = 1.28–30.45, $p = 0.025$), participant impulse-control traits (aOR = 37.91, 95% CI = 3.68–390.56, $p = 0.002$), and participant substance-use problems (aOR = 23.63, 95% CI = 2.34–238.64, $p = 0.007$); furthermore, paternal externalizing behavior were also associated with case status.

Conclusion: Suicide risk is notably associated with family mood disorders as well as externalizing problems in both individuals and parents. Concise family history screening tools can help in the identification of high-risk individuals within clinical and healthcare settings, providing a framework for targeted prevention and intervention programs.

Keywords: suicide attempt, family characteristics, impulsive behavior, substance-related disorders, major depressive disorder.

مقاله پژوهشی

همبستگی‌های روان پزشکی فردی و خانوادگی با اقدام به خودکشی: مطالعه مورد-شاهد با استفاده از ابزار کوتاه غربالگری تاریخچه خانوادگی

نازنین پرهیزگار^۱ , لیلا خبیر^۲ , سیامک سامانی^۲ , فرزانه هومن^۲ 

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

^۲ گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

✉ نویسنده مسئول:

لیلا خبیر

گروه روانشناسی، واحد شیراز،
دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

پست الکترونیک:

Leila.khabir@iau.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۷۷۲۰۲۷۱۳

صندوق پستی: ۱-۷۱۹۹۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۷/۱۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۳/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۳/۱۹

ارجاع:

پرهیزگار نازنین، خبیر لیلا، سامانی سیامک، هومن فرزانه. همبستگی‌های روان پزشکی فردی و خانوادگی با اقدام به خودکشی: مطالعه مورد-شاهد با استفاده از ابزار کوتاه غربالگری تاریخچه خانوادگی عنوان خلاصه: «بررسی ارتباط اختلالات روان پزشکی فردی و خانوادگی با اقدام به خودکشی». مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۵؛ ۳۴ (۴): ۱۳۳-۱۰۱۲۰.

مقدمه: خودکشی از علل برجسته مرگ‌ومیر در سطح جهان است. آسیب‌شناسی روانی فردی و خانوادگی پیش‌بینی‌کننده‌های قوی و متعامل رفتار خودکشی هستند.

روش بررسی: مطالعه مورد-شاهدی با نسخه فارسی ۱۲ آیتمی ابزار غربالگری تاریخچه خانوادگی (با ۶۰ اطلاع‌دهنده) اجرا شد. این ابزار اعتبار محتوایی و صوری قوی ($S-CVI/Ave=0/95$; $I-CVI=0/8_1/00$) و قابلیت اعتماد آزمون-بازآزمون قابل‌قبولی داشت (ضریب کوهن $0/60 \leq K$). برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS version 16 استفاده شد. برای مقایسه گروه‌ها از آزمون‌های کای‌دو و دقیق فیشر، برای برآورد نسبت شانس از جداول توافق 2×2 و برای کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی از رگرسیون لجستیک چندمتغیره به روش همزمان استفاده گردید.

نتایج: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بین گروه مورد و شاهد تفاوت معناداری نداشتند. گروه مورد سطوح بالاتری از آسیب‌شناسی خانوادگی و فردی گزارش کردند. اختلال افسردگی عمده در مادران ($66/7\%$ در مقابل $26/7\%$ ، $p = 0/002$)، ضعف در کنترل تکانه در فرد ($43/3\%$ در مقابل $6/7\%$ ، $p < 0/001$)، و مشکلات مصرف مواد در پدران ($53/3\%$ در مقابل $13/3\%$ ، $p < 0/001$) به‌طور معناداری بیشتر بود. ارتباط معنادار میان اختلال افسردگی ($aOR=7/47$ ، 95% CI $26/05$ ، $14/2=CI$ ، $p=0/002$) و پانیک در مادران ($aOR=6/17$ ، 95% CI $30/45$ ، $28/1=CI$ ، $p=0/025$)، ضعف در کنترل تکانه ($aOR=37/91$ ، 95% CI $390/56$ ، $68/3=CI$ ، $p=0/002$) و مصرف مواد در فرد ($aOR=23/63$ ، 95% CI $238/64$ ، $34/2=CI$ ، $p=0/007$) و مشکلات بیرونی‌شده در پدران با احتمال اقدام به خودکشی مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: اختلالات خلقی خانوادگی و مشکلات بیرونی‌شده در فرد و والدین با احتمال اقدام به خودکشی ارتباطی معنادار دارند. استفاده از ابزار کوتاه غربالگری تاریخچه خانوادگی می‌تواند در شناسایی افراد پرخطر در مراکز درمانی و مراقبت‌های بهداشتی مؤثر باشد و بستری برای آموزش و طراحی برنامه‌های پیشگیرانه هدفمند فراهم آورد.

واژه‌های کلیدی: تلاش برای خودکشی، ویژگی‌های خانوادگی، رفتار تکانشی، اختلالات مرتبط با مصرف مواد، اختلال افسردگی عمده

مقدمه

خودکشی همچنان یکی از عوامل اصلی مرگومیر در سطح جهانی به‌شمار می‌رود و حاصل تعامل پیچیده‌ای از عوامل خطر متعدد است. شواهد گسترده حاکی از آن است که آسیب‌شناسی روانی در سطح فردی، به‌ویژه اختلالات افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات خلقی، از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اقدام به خودکشی محسوب می‌شوند (۱). در کنار این عوامل فردی، سابقه خانوادگی اختلالات روان پزشکی نیز به‌عنوان یکی از شاخص‌های برجسته خطر شناخته می‌شود. وجود اختلالات خلقی و اضطرابی در والدین، از طریق مسیرهای ژنتیکی، الگوبرداری رفتاری و قرار گرفتن در معرض فشارهای مزمن خانوادگی، آسیب‌پذیری فرزندان را نسبت به اختلالات روانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان افزایش می‌دهد (۲). این مشکلات شامل اختلالات درون‌گرایانه نظیر افسردگی و اضطراب و اختلالات برون‌گرایانه مانند اختلال سلوک (Conduct Disorder) و تکانشگری (Impulsivity) هستند. اختلال سلوک با رفتارهای تهاجمی به افراد و نقض حقوق دیگران، به دلیل ارتباط با رفتارهای پرخطر و تضاد اجتماعی، به‌عنوان یک عامل تشدیدکننده مطرح شده است. تکانشگری نیز به‌عنوان ناتوانی در مهار پاسخ‌های آنی، کوتاه‌مدت و اغلب نامطلوب، یک عامل خطر شناخته‌شده برای طیف گسترده‌ای از آسیب‌شناسی‌های روانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان محسوب می‌شود. این اختلالات از طریق مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم می‌توانند خطر رفتارهای خودکشی را در نسل بعدی تشدید کنند (۳). حتی نشانه‌های زیرآستانه‌ای (Subthreshold Phenotypes) آسیب‌شناسی روانی در بستگان درجه اول (یعنی مجموعه‌ای از علائم بالینی جزئی‌تر که به آستانه تشخیصی کامل یک اختلال روان پزشکی نرسیده‌اند اما بیانگر یک پتانسیل ژنتیکی یا محیطی بالقوه هستند) نیز با پیامدهای منفی مشخصی در نسل بعدی همراه است؛ به‌طوری‌که این نشانه‌ها با کاهش عملکرد فردی، تشدید نشانه‌های روان پزشکی و افت تاب‌آوری روانی در فرزندان مرتبط بوده‌اند (۲،۴). هم‌زمانی آسیب‌شناسی روانی والدین با آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی فرد (نظیر نشانه‌های افسردگی، نشخوار ذهنی یا اضطراب)، یک پروفایل خطر هم‌افزا ایجاد می‌کند که احتمال بروز رفتارهای خودکشی را به‌طور چشم‌گیری افزایش می‌دهد. تحلیل این عوامل متعامل، نه‌تنها برای شناسایی افراد در معرض خطر بالا اهمیت دارد، بلکه در جهت‌دهی به

طراحی و اجرای راهبردهای پیشگیرانه در سطوح فردی و خانوادگی نیز نقش کلیدی ایفا می‌کند (۵). ارزیابی هم‌زمان آسیب‌شناسی روانی والدین و نشانه‌های روان پزشکی فرد مورد مطالعه، چارچوبی مؤثر برای شناسایی افرادی فراهم می‌آورد که در معرض بیشترین خطر اقدام به خودکشی قرار دارند. با وجود آنکه ارزیابی دقیق آسیب‌شناسی خانوادگی معمولاً نیازمند مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته (مانند WHO-CIDI و KSADS) است، این روش‌ها غالباً مستلزم صرف منابع گسترده و زمان‌بر هستند و در بسیاری موارد، به‌ویژه زمانی که بستگان در دسترس نباشند، غیرقابل اجرا هستند (۶،۷). با در نظر گرفتن محدودیت‌های عملی، نیاز به ابزاری کوتاه، معتبر و با قابلیت اجرا در محیط بالینی احساس می‌شود؛ ابزاری که بتواند به‌طور هم‌زمان نشانه‌های روان پزشکی فرد مطالعه‌شونده و آسیب‌شناسی روانی والدین را شناسایی کند. پرسش‌نامه Family History Screen (FHS) یکی از ابزارهای رایج در این زمینه است؛ این مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و مختصر، با تمرکز بر آیتم‌های کلیدی هر اختلال و ارزیابی هم‌زمان کلیه بستگان مرتبط، زمان اجرا را کاهش داده و امکان استفاده مؤثر در محیط‌های بالینی و پژوهشی را فراهم می‌سازد و در تسهیل شناسایی خطر خانوادگی نقش مؤثری ایفا می‌کند (۸،۹). پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی ابزار کوتاه غربالگری تاریخیچه خانوادگی (FHS) که با معیارهای تشخیصی DSM-5 هم‌راستا شده، در شناسایی دقیق همبستگی‌های چندگانه میان اختلالات روان پزشکی فردی (به‌ویژه مولفه‌های رفتاری-برون‌ریزی همچون تکانشگری و سوءمصرف مواد) و سوابق آسیب‌شناسی روانی والدین با اقدام به خودکشی در یک طراحی مطالعه مورد-شاهد انجام شد؛ این مطالعه با ارائه برآوردهای خطر قوی‌تر (ORهای تعدیل‌شده بالاتر از حد انتظار در ادبیات)، تلاش می‌کند تا نقش محوری و اغلب نادیده گرفته‌شده آسیب‌شناسی روانی بیرونی‌شده والدین در مسیر بروز رفتارهای خودکشی را به‌طور مشخص ترسیم کند. با شناسایی مؤثر و دقیق شاخص‌های خطر فردی و خانوادگی مرتبط با رفتارهای خودکشی ضمن حفظ اعتبار روان‌سنجی، امکان اجرای آن در محیط‌های بالینی و مطالعات اپیدمیولوژیک نیز فراهم می‌شود.

روش بررسی

شرکت‌کنندگان و محل انجام مطالعه: در فاصله زمانی خرداد تا شهریور ۱۴۰۴، تعداد ۶۰ شرکت‌کننده از مراکز سرپایی

روان‌پزشکی (از جمله بیمارستان لقمان حکیم تهران) و مراکز اجتماعی (شامل مراکز سازمان بهزیستی و سرای محلات مناطق ۱۵ و ۱۶ شهرداری تهران) برای مشارکت در مطالعه جذب شدند. نمونه شامل ۳۰ اطلاع‌دهنده در گروه مورد با سابقه مستند تلاش برای خودکشی در یک سال گذشته و ۳۰ اطلاع‌دهنده در گروه شاهد بدون هرگونه سابقه تلاش برای خودکشی در طول زندگی بود. دو گروه مورد و شاهد به صورت تطبیق‌یافته ۱:۱ بر اساس سن (با دامنه ± 5 سال)، جنس، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۱۸ سال و بالاتر، توانایی خواندن زبان فارسی و سکونت در شهر تهران بود. در مقابل، معیارهای خروج شامل ناتوانی در ارائه رضایت‌نامه آگاهانه و وجود تشخیص بالینی اختلال شخصیت مرزی (BPD) بودند. حذف اختلال شخصیت مرزی، تصمیمی روش‌شناختی برای حفظ تمرکز پژوهش بر متغیرهای هسته‌ای تکانشگری و مصرف مواد بود، زیرا BPD علاوه بر این فاکتورها، مجموعه‌ای از علائم متمایز دیگر (نظیر بی‌ثباتی مزمن در روابط و تصویر خود) را نیز در بر می‌گیرد که مکانیسم‌های خودکشی متفاوتی دارند؛ این حذف به کنترل متغیرهای مزاحم کمک می‌کند، زیرا در پژوهش‌های پیشین (۱۰) مشاهده شده است که پس از کنترل برای افسردگی و سوءمصرف مواد تنها تکانشگری در BPD به طور مستقل با تلاش برای خودکشی مرتبط است. با این حال، وجود تشخیص کامل BPD به عنوان یک «سندرم» با رفتارهای خودآسیب‌رسان مزمن (که لزوماً اقدام به خودکشی نیستند) و متغیرهای مداخله‌گر دیگر، می‌تواند قدرت تفکیک‌پذیری تحلیل را کاهش دهد. در نتیجه، این اقدام برای اطمینان از اندازه‌گیری دقیق‌تر عوامل خطر مستقل در طیف وسیع‌تری از اختلالات روان‌پزشکی انجام پذیرفت و یک اقدام کنترلی برای افزایش اعتبار درونی مطالعه است.

ابزار: پرسش‌نامه غربالگری اصلاح‌شده در این مطالعه، از نسخه‌ای بومی‌سازی شده و ۱۲ آیتمی ابزار غربالگری (FHS) با پاسخ‌های باینری (بله/خیر) استفاده شد که برای ارزیابی علائم و ویژگی‌های اصلی در حوزه‌های کلیدی روان‌پزشکی در فرد اطلاع‌دهنده و والدین او طراحی شده بود. آیتم‌های این ابزار بر اساس طبقه‌بندی‌های تشخیصی DSM-5 تدوین شده‌اند و دامنه‌ای از اختلالات روان‌پزشکی را پوشش می‌دهند؛ از جمله اختلال افسردگی عمده (MDD)، اختلالات دوقطبی (BD) به‌ویژه نوع I

و II (شامل اپیزودهای شیدایی و نیمه‌شیدایی)، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و سایر اختلالات مرتبط با تروما و فشار روانی، اختلال هراس (PD)، اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، اختلال شخصیت ضداجتماعی (ASPD) به‌عنوان نماینده‌ای از اختلالات شخصیت خوشه B، اختلال وسواس-جبری (OCD)، طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی (SSPD)، اختلال جدانشدگی شخصیت (DPD) به‌عنوان زیرگروهی از اختلالات تجزیه‌ای، غیرواقع‌نمایی (DR) نیز در همین دسته، اختلالات کنترل تکانه (ICDs) یا ویژگی‌های مرتبط با ADHD، و اختلالات مصرف مواد (SUDs). برای تسهیل گزارش‌دهی، عبارت‌بندی آیتم‌ها ساده‌سازی شد و با بهره‌گیری از روش ترجمه رفت و برگشت به زبان فارسی منتقل گردید تا همسانی مفهومی و دقت روان‌سنجی حفظ شود.

توسعه و اعتبارسنجی ابزار: فرایند توسعه و اعتبارسنجی ابزار با ارزیابی اعتبار محتوایی و ظاهری توسط پانلی متشکل از ۱۰ روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک آغاز شد؛ در این مرحله، هر آیتم از نظر میزان ارتباط با مفهوم مورد نظر و وضوح بیان بررسی گردید و شاخص‌های اعتبار محتوایی آیتمی (I-CVI) و نسبت‌های اعتبار محتوایی (CVR) محاسبه شدند. بازبینی‌های تخصصی و اجرای آزمون پایلوت منجر به برآورد میانگین شاخص اعتبار محتوایی در سطح مقیاس (S-CVI/Ave) شد. هم‌چنین، برای سنجش میزان قابل فهم بودن آیتم‌ها، بازخورد شناختی از ۱۰ اطلاع‌دهنده پایلوت از جمعیت هدف جمع‌آوری گردید و آیتم‌ها بر اساس میزان وضوح در سه دسته «واضح»، «نیازمند اصلاح جزئی» و «نیازمند اصلاح عمده» طبقه‌بندی شدند. قابلیت اعتماد ابزار از طریق آزمون-بازآزمون در یک زیرنمونه ۲۰ نفره بررسی شد؛ به این صورت که شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه (FHS) را در دو نوبت با فاصله زمانی دو هفته تکمیل کردند و ضریب توافق کوهن (Cohen's κ) برای هر آیتم به‌منظور سنجش ثبات زمانی محاسبه شد. در مواردی که تعداد پاسخ‌ها در خانه‌های جدول اندک بود، از تصحیح پیوستگی یا روش‌های آماری دقیق برای تحلیل‌های قابلیت اعتماد و استنباطی استفاده گردید تا دقت نتایج حفظ شود.

طراحی مطالعه و رویه‌های جمع‌آوری داده‌ها: این پژوهش از نوع مورد-شاهدی طراحی شده است. شرکت‌کنندگان در یک جلسه، پرسش‌نامه خوداظهاری (FHS) و یک پرسش‌نامه کوتاه جمعیت‌شناختی/بالینی را تکمیل کردند. مدت زمان اختصاص یافته برای تکمیل مجموعه ابزارها

برای هر شرکت کننده به طور میانگین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بود؛ در طول جلسه، یک دستیار پژوهشی آموزش دیده حضور داشت تا در صورت نیاز، توضیحات لازم درباره آیت‌ها را ارائه دهد و از کامل بودن پاسخ‌ها اطمینان حاصل کند. محیط اجرای جلسات، مراکز سرپایی روان پزشکی و مراکز اجتماعی شهر تهران بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، بالاترین سطح تحصیلات (زیر دیپلم تا دکتری) و وضعیت اشتغال شرکت کنندگان گردآوری شد. همچنین، آیت‌های بالینی به ثبت سابقه روان پزشکی فرد و وضعیت درمان روان پزشکی فعلی او اختصاص داشتند. پس از اتمام جلسه، داده‌ها توسط دستیار پژوهشی از نظر تکمیل بودن بررسی شدند؛ داده‌های ناقص به آن دسته از پاسخ‌هایی اطلاق می‌شد که در بخش‌های اصلی FHS یا سوابق جمعیت‌شناختی/بالینی، پاسخ داده نشده بودند؛ پاسخ‌های کاملاً نامعتبر (مانند پاسخ‌های تصادفی یا متناقض شدید) بر اساس دستورالعمل‌های استاندارد داده‌کاوی این ابزار، شناسایی و به طور کامل از تحلیل حذف شدند.

تجزیه و تحلیل آماری

در این مطالعه، آمار توصیفی برای متغیر پیوسته به صورت میانگین به همراه انحراف معیار (SD) و برای متغیرهای طبقه‌ای به صورت فراوانی گزارش شد. سن به دلیل ماهیت کمی و قابلیت اندازه‌گیری دقیق، به عنوان تنها متغیر پیوسته در نظر گرفته شد. همچنین، سن به عنوان متغیر کنترلی و به عنوان یک متغیر مخدوش کننده بالقوه در مدل‌های رگرسیون لجستیک وارد شد تا اثر متغیرهای روان پزشکی فردی و خانوادگی مستقل از تفاوت‌های سنی بررسی شود. به منظور مقایسه گروه‌های مورد و شاهد، از آزمون کای-دو استفاده گردید و در مواردی که تعداد مورد انتظار در خانه‌های جدول پایین بود، آزمون دقیق فیشر به کار گرفته شد. نسبت شانس‌های تعدیل نشده (OR) برای بررسی ارتباط آیت‌ها از طریق جداول توافق ۲×۲ محاسبه شد. همچنین، روابط تعدیل شده با استفاده از مدل‌های رگرسیون لجستیک دودویی چندمتغیره به روش ورود هم‌زمان (Enter method) برآورد گردید و کلیه متغیرهای پیش‌بین از پیش تعیین شده به همراه متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال) به طور هم‌زمان در مدل وارد شدند و از روش‌های گام به گام استفاده نشد. انتخاب این رویکرد مبتنی بر ملاحظات نظری و بالینی بوده است؛ به این معنا که متغیرهای وارد شده به مدل، بر اساس

شواهد پیشین و فرضیه‌های مشخص پژوهش انتخاب شدند و نه بر اساس معیارهای آماری خودکار. بدین ترتیب، از حذف یا ورود متغیرها صرفاً بر اساس تغییرات نمونه‌محور جلوگیری شد و پایداری و تفسیرپذیری برآوردهای نسبت شانس تعدیل شده (Adjusted Odds Ratio) (aOR) حفظ گردید. همچنین، در مواردی که برخی پیش‌بینی کننده‌ها منجر به جداسازی کامل داده‌ها یا عدم همگرایی مدل می‌شدند، مطابق با اصول استاندارد رگرسیون لجستیک از مدل چندمتغیره حذف شدند و تنها نسبت‌های شانس تعدیل نشده برای آیت‌هایی که در جداول توافق ۲×۲ دارای خانه‌های صفر بودند، با استفاده از اصلاح پیوستگی هالدان-آنزکامب (Haldane-Anscombe) محاسبه شد (۱۱). در این روش، با افزودن مقدار ۰.۵ به هر خانه جدول، امکان برآورد نسبت شانس‌ها و بازه‌های اطمینان ۹۵٪ فراهم می‌شود. در گزارش نتایج، نسبت شانس‌های تعدیل شده (aOR)، بازه‌های اطمینان ۹۵٪ و مقادیر p ارائه گردید. در تحلیل رگرسیون لجستیک، پیش‌بینی کننده‌هایی که موجب جداسازی کامل داده‌ها (وجود خانه صفر) می‌شدند، از مدل حذف شدند، زیرا در این موارد الگوریتم برآورد حداکثر درست‌نمایی استاندارد قادر به همگرایی نبود. سطح معناداری آماری در این تحلیل‌ها $\alpha = 0.05$ (دوطرفه) در نظر گرفته شد و کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 انجام پذیرفت. نتایجی که با استفاده از اصلاح ۰/۵ به دست آمده‌اند، در جداول مربوطه ارائه شده است.

نتایج

ویژگی‌های شرکت کنندگان و اعتبارسنجی ابزار: در این مطالعه، تعداد ۶۰ اطلاع‌دهنده پرسش‌نامه غربالگری اصلاح شده را تکمیل کردند؛ شامل ۳۰ نفر در گروه مورد با سابقه مستند تلاش برای خودکشی در سال گذشته و ۳۰ نفر در گروه شاهد که به صورت تطبیق یافته انتخاب شدند. نمونه از نظر جنسیت متوازن بود (۵۰٪ زن) و دو گروه از نظر سن (میانگین کلی = ۳۳/۵۳ سال، انحراف معیار = ۱۰/۰۵)، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل با یکدیگر قابل مقایسه بودند؛ به طوری که در هیچ یک از این متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد. همان‌طور که در (جدول ۱) ارائه شده است، بررسی اعتبار محتوایی و ظاهری توسط متخصصان بالینی منجر به تولید شاخص‌های قوی اعتبار محتوایی آیت‌ها (S-CVI/Ave) میانگین ۰/۸۰ تا ۱/۰۰ و میانگین I-CVI بین ۰/۸۰ تا ۱/۰۰ و میانگین S-CVI/Ave برابر

- سابقه اختلال افسردگی عمده در مادر با وضعیت مورد ارتباط قابل توجهی داشت ($aOR=7/47$ ، 95% CI=2/14_26/05، $p=0/002$).

- اختلال هراس مادری نیز به طور معناداری با وضعیت مورد مرتبط بود ($aOR=6/17$ ، 95% CI=1/28_30/45، $p=0/025$).

- ویژگی‌های خودگزارشی مرتبط با کنترل تکانه و مصرف مواد در شرکت کنندگان، بیشترین اثرات را نشان دادند:

- ویژگی‌های کنترل تکانه ($aOR=37/91$ ، 95% CI=3/68_390/56، $p=0/002$).

- مشکلات مصرف مواد ($aOR=23/63$ ، 95% CI=2/34_238/64، $p=0/007$).

- همچنین، ویژگی‌های کنترل تکانه در پدر ($aOR=7/83$ ، 95% CI=1/39_44/10، $p=0/002$) و مشکلات مصرف مواد پدری ($aOR=12/37$ ، 95% CI=2/77_55/13، $p<0/001$) نیز به طور مستقل با افزایش احتمال وضعیت مورد ارتباط داشتند. چندین ارتباط مشاهده شده در سطح آیتم که در تحلیل‌های بدون تعدیل از نظر آماری معنادار بودند، پس از کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی در مدل‌های تعدیل‌شده، معناداری خود را از دست دادند. به عنوان نمونه، افسردگی خودگزارشی شده ارتباط آماری غیرمعناداری با وضعیت مورد نشان داد ($aOR=2/37$ ، 95% CI=0/73_7/07، $p=0/152$). افزون بر این، آیتم‌هایی با فراوانی پایین (مانند برخی شاخص‌های مرتبط با طیف روان‌پریشی و اختلالات تجزیه‌ای) منجر به تولید بازه‌های اطمینان گسترده و برآوردهای آماری ناپایدار شدند که تفسیر نتایج را با محدودیت مواجه ساخت. این مسئله نشان‌دهنده نیاز به نمونه‌های بزرگ‌تر یا ابزارهای با حساسیت بالاتر برای بررسی دقیق‌تر این حوزه‌هاست. در این مطالعه، پیش‌بینی‌کننده‌هایی که منجر به جدایی کامل داده‌ها شده بودند (یعنی جدول‌های 2×2 با خانه‌های صفر) از مدل رگرسیون لجستیک چندمتغیره حذف شدند، زیرا الگوریتم برآورد حداکثر درست‌نمایی استاندارد در این شرایط قادر به همگرایی نبود. برای محاسبه نسبت‌های شانس تعدیل‌نشده در چنین جدول‌هایی، از اصلاح پیوستگی هالدین-آنزکامب استفاده شد؛ به این صورت که مقدار $0/5$ به هر خانه جدول افزوده شد تا از بروز بی‌نهایت در نسبت شانس جلوگیری شود و امکان محاسبه بازه‌های اطمینان 95% فراهم گردد. این رویکرد به حفظ ثبات آماری در تحلیل‌های توصیفی کمک کرده و نتایج حاصل از آن در جداول گزارش شده‌اند.

با $0/95$ هم‌چنین، ارزیابی قابلیت اعتماد آزمون-بازآزمون در یک زیرنمونه نشان داد که ضریب توافق کوهن (Cohen's κ) برای اکثر آیتم‌ها در محدوده قابل قبول تا تقریباً کامل قرار دارد ($\kappa \geq 0/60$) که بیانگر ثبات زمانی مناسب ابزار است.

الگوهای توصیفی تأیید علائم بر اساس یافته‌های (جدول ۲)، گروه‌های مورد و شاهد از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اصلی به خوبی با یکدیگر تطبیق داشتند، اما در میزان تأیید علائم روان‌پزشکی تفاوت‌های قابل توجهی مشاهده شد. هر گروه شامل ۳۰ شرکت‌کننده (۱۵ زن و ۱۵ مرد) با میانگین سنی تقریباً برابر بود (گروه مورد: $10/05 \pm 33/60$ سال؛ گروه شاهد: $10/21 \pm 33/47$ سال) و توزیع متغیرهایی نظیر وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال نیز بین دو گروه مشابه بود. در مقابل، تأیید علائم روان‌پزشکی در گروه مورد به طور معناداری بیشتر بود؛ به عنوان نمونه، ۲۰ نفر از افراد گروه مورد ($66/7\%$) سابقه اختلال افسردگی عمده در مادر را گزارش کردند، در حالی که این رقم در گروه شاهد تنها ۸ نفر ($26/7\%$) بود. هم‌چنین، ویژگی‌های مرتبط با ضعف در کنترل تکانه به صورت خودگزارشی توسط ۱۳ نفر در گروه مورد و تنها ۲ نفر در گروه شاهد تأیید شد؛ مشکلات مصرف مواد در خود فرد در گروه مورد ۱۰ نفر و در گروه شاهد ۱ نفر گزارش شد؛ و مشکلات مصرف مواد در پدران نیز در گروه مورد ۱۶ نفر در برابر ۴ نفر در گروه شاهد بود. به طور کلی، گروه مورد فراوانی بالاتری از علائم مرتبط با اختلالات خلقی، اضطرابی، مشکلات کنترل تکانه و مصرف مواد را در خود و یا والدینشان نشان داد که این الگوی توصیفی در (جدول ۳، ۲) به تفصیل ارائه شده است. ارتباط‌های آسیب شناسی روانی خانوادگی/فردی با وضعیت مورد نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون لجستیک، اعم از مدل‌های بدون تعدیل و چندمتغیره، در (جدول ۴) ارائه شده‌اند. پس از کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات اطلاع‌دهنده، چندین رابطه همچنان از نظر آماری معنادار و قوی باقی ماندند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که برخی از شاخص‌های روان‌پزشکی فردی و خانوادگی، مستقل از عوامل جمعیت‌شناختی، با وضعیت تلاش برای خودکشی ارتباط قابل توجهی دارند و می‌توانند به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مؤثر در ارزیابی خطر مورد استفاده قرار گیرند.

جدول ۱: اعتبارسنجی پرسش‌نامه تاریخچه خانوادگی (FHS) نسبت اعتبار محتوایی آیتمی (CVR)، شاخص اعتبار محتوایی آیتمی (I-CVI)، شاخص اعتبار محتوایی در سطح مقیاس (S-CVI/Ave) و ضریب کوهن آزمون-بازآزمون (Cohen's κ)

حوزه‌ها	شرح آیتم‌ها (سؤالات از خود فرد، مادر و پدر او پرسیده می‌شود؛ پاسخ به صورت بلی/خیر است)	روایی صوری	CV R	I- CVI	ضریب کاهن (Cohen's κ) برای آیتم مربوط به		
					خودش	مادر	پدر
اختلال افسردگی عمده (اختلالات خلقی) MDD	آیا کسی دوره‌ای از افسردگی یا پریشانی شدید را به مدت بیش از دو روز تجربه کرده است که با فقدان علاقه، خستگی یا کاهش انرژی همراه باشد و ناشی از بیماری جسمی، دارو، مصرف مواد یا سوگ نباشد؟	واضح	۱	۱	۰/۷۸۰	۰/۸۵	۰/۶۴۳
(اختلالات دوقطبی) به‌ویژه نوع I یا II دوره‌های مانیا/هیپومانیا BD	آیا کسی دچار نوسانات ناگهانی خلقی شده است، به‌گونه‌ای که ابتدا احساس شادی و سپس به سرعت احساس خشم یا ناراحتی کرده باشد، همراه با افزایش انرژی و رفتارهای پرخطر یا تکانشی؟	واضح	۱	۱	۰/۶۲۵	۰/۶۹	۰/۷۷۳
اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) اختلالات مرتبط با تروما و استرس	آیا کسی یک رویداد آسیب‌زا را تجربه کرده و پس از آن دچار اضطراب، کابوس یا یادآوری‌های مزاحم درباره آن شده است؟	واضح	۱	۱	۰/۶۸۱	۱	۱
اختلال هراس (اختلالات اضطرابی) PD	آیا کسی دچار حملات ناگهانی هراس (پانیک) همراه با علائمی مانند تعریق، لرزش، تپش قلب، تنگی نفس یا احساس از دست دادن کنترل شده است؟	واضح	۱	۱	۰/۷۵۳	۰/۸۶	۱
اختلال اضطراب فراگیر (GAD) اختلالات اضطرابی	آیا کسی نگرانی مفرط و مداوم درباره مسائل روزمره داشته که موجب بی‌قراری، مشکلات تمرکز، تنش عضلانی یا اختلال خواب شده است؟	واضح	۰/۸	۱	۰/۷۰۰	۰/۷۳	۰/۶۴۳
اختلال شخصیت ضدا اجتماعی اختلالات شخصیت - خوشه ASPD(B)	آیا کسی بی‌توجهی به حقوق یا احساسات دیگران نشان داده، برای سوءاستفاده دروغ گفته یا در رفتارهای غیرقانونی یا ظالمانه شرکت کرده است؟	واضح	۰/۸	۰/۹	۰/۸۴۳	۰/۶۴	۰/۷۳۷
اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) اختلالات وسواس و اختلالات مرتبط	آیا کسی افکار مزاحم و تکراری داشته یا احساس اجبار به انجام رفتارهای تکراری برای کاهش اضطراب یا پیشگیری از وقوع یک اتفاق هولناک را تجربه کرده است؟	بازنگری جزئی	۱	۱	۰/۶۰۰	۰/۶۰	۰/۶۴۳
طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی SSPD	آیا کسی باورهای غلط و انعطاف‌ناپذیر داشته یا دچار توهمات مانند شنیدن صدا یا دیدن چیزهایی که دیگران تجربه نمی‌کنند شده است؟	بازنگری جزئی	۱	۰/۸	۰/۶۰۸	۰/۸۴	۱
دی‌پرسونالیزاسیون (زیرنوعی از اختلالات تجزیه‌ای) DPD	آیا کسی احساس جدایی از بدن خود داشته یا افکار و احساساتش را غیرواقعی تجربه کرده است؟	واضح	۰/۸	۰/۹	۰/۶۴۳	۰/۷۰	۰/۶۴۳
دی‌رنالیزاسیون (هم‌چنین تحت اختلالات تجزیه‌ای) DR	آیا کسی احساس کرده که دنیای اطرافش غیرواقعی، دور، تحریف‌شده یا شبیه به رویا است؟	واضح	۰/۸	۰/۸	۰/۶۰۸	۰/۶۴	۱

اختلالات کنترل تکانه
ADHD یا ICDs

آیا کسی مکرراً به صورت تکنانشی عمل کرده، به خود
آسیب رسانده یا در به تعویق انداختن خواسته‌هایش
مشکل داشته است؟

۱ ۰/۸۴۳ ۱ ۰/۷۰۰

اختلالات مصرف مواد
SUDs

آیا کسی سابقه مصرف الکل یا مواد (تریاک، حشیش،
هروئین، مت‌آمفتامین، ماری‌جوانا، کوکائین، کانابیس،
علف یا مواد مشابه) داشته است، به گونه‌ای که نتوانسته
آن را کنترل کند یا باعث مشکلات اجتماعی، شغلی،
تحصیلی یا خانوادگی شده باشد؟

۱ ۱ ۱ ۱ ۱

میانگین شاخص اعتبار محتوایی در سطح مقیاس $(S-CVI/Ave) = 0.95$

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شاخص‌های خلاصه (به‌صورت تعداد(درصد) یا انحراف معیار ± میانگین)							
مقدار p	آزمون آماری	کنترل		مورد		متغیر	
		مرد	زن	کل مورد/کنترل	زن	مرد	
		۱۵	۱۵	۳۰	۱۵	۱۵	تعداد
۰/۸۹	t-test	۳۱/۶۷±۱۱/۹۸	۳۵/۲۷±۸/۱۰	۳۳/۶۰±۱۰/۰۵ ۵۳۳/۴۷±۱۰/۲۱	۳۲/۲۰±۱۱/۶۱	۳۵/۰۰±۸/۳۸	سن(انحراف معیار ± میانگین)
۰/۹۷	۰/۰۰=χ²	وضعیت تاهل					
		۱۲(۸۰٪)	۵(۳۳/۳٪)	۱۷(۵۶/۷٪)	۱۲(۸۰٪)	۵(۳۳/۳٪)	• مجرد
		۳(۲۰٪)	۱۰(۶۶/۷٪)	۱۳(۴۳/۳٪)	۳(۲۰٪)	۱۰(۶۶/۷٪)	• متاهل
۰/۹۴	Fisher	تحصیلات					
		۴(۲۶/۷٪)	۲(۱۳/۳٪)	۶(۲۰٪)	۴(۲۶/۷٪)	۲(۱۳/۳٪)	• زیر دیپلم
		۴(۲۶/۷٪)	۵(۳۳/۳٪)	۹(۳۰٪)	۴(۲۶/۷٪)	۵(۳۳/۳٪)	• دیپلم
		۰(۰٪)	۱(۶/۷٪)	۱(۳/۳٪)	۰(۰٪)	۱(۶/۷٪)	• فوق دیپلم
		۶(۴۰٪)	۵(۳۳/۳٪)	۱۱(۳۶/۷٪)	۶(۴۰٪)	۵(۳۳/۳٪)	• لیسانس
		۰(۰٪)	۲(۱۳/۳٪)	۲(۶/۷٪)	۰(۰٪)	۲(۱۳/۳٪)	• فوق لیسانس
		۱(۶/۷٪)	۰(۰٪)	۱(۳/۳٪)	۱(۶/۷٪)	۰(۰٪)	• دکتری
۰/۹۶	Fisher	وضعیت شغل					
		۵(۳۳/۳٪)	۰(۰٪)	۵(۱۶/۷٪)	۵(۳۳/۳٪)	۰(۰٪)	• بیکار
		۰(۰٪)	۹(۶۰٪)	۹(۳۰٪)	۰(۰٪)	۹(۶۰٪)	• خانه دار
		۴(۲۶/۷٪)	۲(۱۳/۳٪)	۶(۲۰٪)	۴(۲۶/۷٪)	۲(۱۳/۳٪)	• دانشجو
		۶(۴۰٪)	۴(۲۶/۷٪)	۱۰(۳۳/۳٪)	۶(۴۰٪)	۴(۲۶/۷٪)	• شاغل

داده‌ها به صورت فراوانی (درصد) یا انحراف معیار $\pm$ میانگین گزارش شده‌اند. برای مقایسه سن بین دو گروه از آزمون t-test و برای مقایسه متغیرهای طبقه‌ای از آزمون کای دو (χ^2) یا آزمون دقیق فیشر (Fisher) (در صورت کوچک بودن تعداد مورد انتظار) استفاده شده است. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است. همه متغیرهای جمعیت‌شناختی بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت معناداری نداشتند ($p > 0.05$ برای همه مقایسه‌ها).

جدول ۳: فراوانی تأییدهای مثبت برای علائم/ویژگی‌های روان پزشکی در اطلاع‌دهندگان و والدین آنها

متغیر	شاخص‌های خلاصه (به صورت فراوانی)					
	مورد			کنترل		
تعداد	مرد	زن	کل	مرد	زن	کل
	۱۵	۱۵	۳۰	۱۵	۱۵	۳۰
علائم و ویژگی‌های مثبت اصلی اختلالات روان پزشکی عمده						
MDD	۱۲	۱۰	۲۲	۷	۱	۸
BD	۳	۱	۴	۲	۲	۴
PTSD	۵	۱	۶	۴	۲	۶
PD	۵	۵	۱۰	۱	۱	۲
GAD	۹	۶	۱۵	۸	۷	۱۵
ASPD	۰	۰	۰	۲	۱	۳
OCD	۲	۳	۵	۲	۳	۵
SSPD	۱	۱	۲	۱	۱	۲
DPD	۰	۰	۰	۱	۱	۲
DR	۰	۰	۰	۳	۱	۴
/ICDs	۲	۰	۲	۳	۱	۴
ADHD	۲	۰	۲	۳	۱	۴

MDD: Major Depressive Disorder؛ BD: Bipolar Disorder؛ PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder؛ PD: Panic Disorder؛ GAD: Generalized Anxiety Disorder؛ ASPD: Antisocial Personality Disorder؛ OCD: Obsessive-Compulsive Disorder؛ SSPD: Schizophrenia Spectrum and other Psychotic Disorders؛ DPD: Depersonalization Disorder؛ DR: Derealization Disorder؛ ICDs/ADHD: Impulse Control Disorders / Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

جدول ۴: نسبت‌های شانس غیرتعدیل‌شده و تعدیل‌شده برای ارتباط بین ویژگی‌های روان پزشکی خانوادگی/فردی و تلاش برای خودکشی

حوزه ها	مورد		کنترل		نسبت شانس تعدیل نشده (95% CI)	P	نسبت شانس تعدیل شده (95% CI)/p-value
	بله	خیر	بله	خیر			
MDD							
• خود	۲۲	۸	۱۷	۱۳	۲/۱۰ (۰/۷۱-۶/۲۱)	۰/۱۷۶	۲/۳۷ (۰/۷۳-۷/۷۰)/۰/۱۵۲
• مادر	۲۰	۱۰	۸	۲	۵/۵۰ (۱/۸۲-۱۶/۶۹)	۰/۰۰۲	۷/۴۷ (۲/۱۴-۲۶/۰۵)/۰/۰۰۲
• پدر	۷	۲۳	۴	۲۶	۱/۹۸ (۰/۵۱-۷/۶۴)	۰/۳۱۷	۲/۲۵ (۰/۵۱-۹/۹۶)/۰/۲۸۴
BD							
• خود	۷	۲۳	۵	۲۵	۱/۵۲ (۰/۴۲-۵/۴۷)	۰/۵۱۹	۱/۶۲ (۰/۴۱-۶/۴۱)/۰/۴۸۸
• مادر	۴	۲۶	۳	۲۷	۱/۳۸ (۰/۲۸-۶/۷۹)	۰/۶۸۸	۱/۴۳ (۰/۲۷-۷/۶۵)/۰/۶۳۷
• پدر	۵	۲۵	۶	۲۴	۰/۸ (۰/۲۲-۲/۹۷)	۰/۷۳۹	۰/۷۸ (۰/۲-۳/۱۳)/۰/۷۳۲
PTSD							
• خود	۸	۲۲	۱۳	۱۷	۰/۴۸ (۰/۱۶-۱/۴۱)	۰/۱۷۶	۰/۴۲ (۰/۱۳-۱/۳۷)/۰/۱۵۰
• مادر	۲	۲۸	۶	۲۴	۰/۲۹ (۰/۰۵-۱/۵۵)	۰/۲۵۴	۰/۲۳ (۰/۰۴-۱/۴۳)/۰/۱۱۵
• پدر	۲	۲۸	۶	۲۴	۰/۲۹ (۰/۰۵-۱/۵۵)	۰/۲۵۴	۰/۲۲ (۰/۰۴-۱/۳۹)/۰/۱۰۸
PD							
• خود	۹	۲۱	۵	۲۵	۲/۱۴ (۰/۶۲-۷/۳۸)	۰/۲۲۲	۲/۵ (۰/۶۵-۹/۷۳)/۰/۱۸۳
• مادر	۱۱	۱۹	۴	۲۶	۳/۷۶ (۱/۰۴-۱۳/۶۳)	۰/۰۳۷	۶/۱۷ (۱/۲۸-۳۰/۴۵)/۰/۰۲۵

۱/۰۱ (۰/۰۵-۱۹/۵۱)/۰/۹۹۳	۱	۱ (۰/۰۶-۱۶/۷۴)	۲۹	۱	۲۹	۱	پدر	•
GAD)								
۱/۲ (۰/۳۷-۳/۸۳)/۰/۷۶۳	۰/۷۹۵	۱/۱۴ (۰/۴۱-۳/۱۶)	۱۴	۱۶	۱۳	۱۷	خود	•
۳/۹۲ (۰/۹۷-۱۵/۷۷)/۰/۰۶	۰/۱۲۱	۲/۲۶ (۰/۸-۶/۳۶)	۱۹	۱۱	۱۳	۱۷	مادر	•
۰/۴۴ (۰/۰۳-۵/۹۱)/۰/۵۳۶	۱	۰/۴۸ (۰/۰۴-۵/۶۲)	۲۸	۲	۲۹	۱	پدر	•
ASPD								
۳/۷۸ (۰/۳۲-۴۴/۲۶)/۰/۲۸۹	۰/۶۱۲	۳/۲۲ (۰/۳۲-۳۲/۸۶)	۲۹	۱	۲۷	۳	خود	•
‡	۰/۲۳۷	۰/۱۳ (۰/۰۰۶-۲/۶۱)	۲۷	۳	۳۰	۰	مادر	•
۱ (۰/۲۱-۴/۶۶)/۰/۹۹۸	۰/۶۳۵	‡ ۱ (۰/۲۶-۳/۸۹)	۲۵	۵	۲۵	۵	پدر	•
OCD								
۰/۲۵ (۰/۰۶-۱/۰۲)/۰/۰۶	۰/۰۸۰	۰/۳۵ (۰/۱-۱/۱۶)	۱۹	۱۱	۲۵	۵	خود	•
۱ (۰/۲۹-۳/۵۴)/۰/۹۹۳	۱	۱ (۰/۳-۳/۳۰)	۲۳	۷	۲۳	۷	مادر	•
۲/۰۶ (۰/۳۸-۱۱/۰۹)/۰/۳۹۹	۰/۷۰۶	۱/۸۰ (۰/۳۹-۸/۳۲)	۲۷	۳	۲۵	۵	پدر	•
SSPD								
۲/۷۳ (۰/۵۲-۱۴/۲۷)/۰/۲۳۶	۰/۴۷۲	۲/۲۵ (۰/۵۱-۹/۹۹)	۲۷	۳	۲۴	۶	خود	•
۰/۴۳ (۰/۰۳-۶/۰۹)/۰/۵۳۰	۱	۰/۴۸ (۰/۰۴-۵/۶۲)	۲۸	۲	۲۹	۱	مادر	•
۹/۱۴ (۰/۹۳-۸۹/۸۹)/۰/۰۶	۰/۱۰۳	۷/۲۵ (۰/۸۲-۶۴/۶)	۲۹	۱	۲۴	۶	پدر	•
DPD								
۶/۳۲ (۰/۵۴-۷۳/۶۲)/۰/۱۴۱	۰/۳۵۳	۴/۴۶ (۰/۴۷-۴۲/۴۵)	۲۹	۱	۲۶	۴	خود	•
‡	۱	۰/۳۲ (۰/۰۱۳-۸/۲۲)	۲۹	۱	۳۰	۰	مادر	•
۰/۴۲ (۰/۰۳-۶/۰۵)/۰/۵۲۲	۱	‡ ۰/۴۸ (۰/۰۴-۵/۶۲)	۲۸	۲	۲۹	۱	پدر	•
DR								
۲/۳۱ (۰/۳۷-۱۴/۲۶)/۰/۳۶۸	۰/۷۰۶	۱/۸۰ (۰/۳۹-۸/۳۲)	۲۷	۳	۲۵	۵	خود	•
‡	۰/۴۹۲	۰/۱۹ (۰/۰۰۹-۴/۰۶)	۲۸	۲	۳۰	۰	مادر	•
‡	1	‡ ۳/۱۰ (۰/۱۲-۷۹/۲)	۳۰	۰	۲۹	۱	پدر	•
(ICDs) ADHD/								
۳۷/۹۱ (۳/۶۸-۰/۰۰۱)	۱۰/۷۱ (۲/۱۵-۵۳/۳)	۲۸	۲	۱۷	۱۳	خود	•	
۳۹۰/۵۶)/۰/۰۰۲								
۰/۹۹ (۰/۱-۹/۶)/۰/۹۹۵	۱	۱ (۰/۱۳-۷/۵۹)	۲۸	۲	۲۸	۲	مادر	•
۷/۸۳ (۱/۳۹-۴۴/۱۰)/۰/۰۲	۰/۰۲۸	۴/۵۰ (۱/۰۹-۱۸/۴۹)	۲۷	۳	۲۰	۱۰	پدر	•
SUDs								
۲۳/۶۳ (۲/۳۴-۰/۰۰۳)	۱۴/۵ (۱/۷۲-۱۲۲/۳)	۲۹	۱	۲۰	۱۰	خود	•	
۲۳۸/۶۴)/۰/۰۰۷								
‡	۱	۳/۱۰ (۰/۱۲-۷۹/۲)	۳۰	۰	۲۹	۱	Mother	•
‡		‡						
۱۲/۳۷(۲/۷۷-۵۵/۱۳)/<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۷/۴۳ (۲/۰۸-۲۶/۵۷)	۲۶	۴	۱۴	۱۶	Father	•

بحث

این مطالعه مورد-شاهدی، با بهره‌گیری از یک ابزار غربالگری کوتاه و بومی‌سازی‌شده در حوزه تاریخچه خانوادگی، به بررسی همبستگی‌های روان‌پزشکی فردی و خانوادگی مرتبط با تلاش برای خودکشی پرداخت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که هم آسیب‌شناسی روان‌پزشکی والدین و هم ویژگی‌های بیرونی‌شده فردی، به‌ویژه تکانشگری و مشکلات مصرف مواد، به‌طور مستقل با وضعیت اقدام به خودکشی ارتباط دارند. باقی ماندن این ارتباط‌ها پس از کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی کلیدی (سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و اشتغال) نشان می‌دهد که اثرات مشاهده‌شده صرفاً بازتاب تفاوت‌های جمعیت‌شناختی نیستند، بلکه به مسیرهای روان‌پزشکی و رشدی اختصاصی‌تری اشاره دارند. این یافته‌ها با شواهد گسترده‌ای که نقش عوامل فردی و خانوادگی را به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های قوی رفتار خودکشی مطرح می‌کنند، هم‌راستا است (۵،۶). یکی از نتایج برجسته مطالعه، ارتباط قوی اختلال افسردگی عمده (MDD) (OR تعدیل‌شده = ۷/۴۷) و اختلال هراس (OR تعدیل‌شده = ۶/۱۷) در مادر با وضعیت اقدام به خودکشی در فرزندان بود. این الگو با مطالعات پیشین درباره انتقال بین‌نسلی خطر خودکشی همخوانی دارد که نشان داده‌اند اختلالات خلقی و اضطرابی والدین (به‌ویژه مادران) با افزایش خطر افکار و همکاران نشان داده‌اند که افسردگی والدین یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قدرتمند افکار و رفتارهای خودکشی در فرزندان محسوب می‌شود (OR=۳/۲، ۹۵٪ CI=۲/۶-۴/۰). هم‌چنین در مورد اختلال هراس، مطالعاتی در بریتانیا (۳/۰۴ OR=، ۹۵٪ CI=۲/۱۹-۴/۲۱، ۱۲)، ساووپائولو (OR=۳/۱، ۹۵٪ CI=۱/۹-۴/۷، ۱۳) و دانمارک (OR گزارش‌شده در حدود ۲/۹۳) (۱۴) افزایش خطر تقریباً سه‌برابری پیامدهای خودکشی در فرزندان را گزارش کرده‌اند. از منظر نظری، این ارتباط می‌تواند از طریق ترکیبی از عوامل ژنتیکی، الگوهای تنظیم هیجانی، سبک‌های دلبستگی و قرار گرفتن مزمن در معرض محیط‌های خانوادگی پرتنش تبیین شود (۴،۶). نقش برجسته‌تر مادران در این یافته‌ها احتمالاً بازتاب جایگاه محوری آن‌ها در تعاملات هیجانی اولیه و اجتماعی‌سازی هیجان در فرزندان است، به‌ویژه در بافت‌های فرهنگی که رابطه مادر-فرزند نقش پررنگ‌تری دارد (۱۲). در کنار عوامل درون‌ریزی‌شده والدینی، بزرگ‌ترین اندازه اثرهای مشاهده‌شده

در این مطالعه مربوط به ویژگی‌های بیرونی‌شده فردی، یعنی ضعف در کنترل تکانه (OR تعدیل‌شده = ۳۷/۹۱) و مشکلات مصرف مواد (OR تعدیل‌شده = ۲۳/۶۳) بود. این یافته‌ها با بدنه وسیعی از ادبیات که تکانشگری و مصرف مواد را از قوی‌ترین عوامل خطر نزدیک (proximal risk factors) برای اقدام به خودکشی می‌دانند، همسو است (۲۰-۱۵). مدل‌های معاصر رفتار خودکشی پیشنهاد می‌کنند، در حالی که آسیب‌پذیری‌های خانوادگی و خلقی زمینه خطر را فراهم می‌کنند، ویژگی‌هایی مانند تکانشگری و سوءمصرف مواد می‌توانند به‌عنوان محرک‌های فوری، گذار از افکار خودکشی به اقدام واقعی را تسهیل کنند (۲۰-۱۷). شواهد تجربی نیز نشان داده‌اند که تکانشگری می‌تواند نقش واسطه‌ای کلیدی در ارتباط بین ناملایمات دوران کودکی و رفتارهای خودکشی در بزرگسالی ایفا کند (۴،۲۰). اندازه نسبت شانس‌های تعدیل‌شده در این مطالعه، به‌ویژه برای متغیرهای بیرونی‌شده، بزرگ‌تر از بسیاری از مطالعات مبتنی بر جمعیت است. این تفاوت احتمالاً به چند عامل روش‌شناختی مرتبط است: طراحی مورد-شاهد با تمرکز بر افراد دارای اقدام مستند به خودکشی، که ذاتاً منجر به برآوردهای خطر بالاتر می‌شود؛ حجم نمونه نسبتاً کوچک که باعث ایجاد بازه‌های اطمینان گسترده‌تر می‌گردد و استفاده از ابزار غربالگری کوتاه مبتنی بر گزارش اطلاع‌دهنده به‌جای مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته، که می‌تواند شدت فنوتیپ‌های بالینی را برجسته‌تر نشان دهد (۸،۹). با این حال، تداوم معناداری آماری این روابط پس از تعدیل متغیرهای مخدوش‌کننده نشان می‌دهد که جهت و ماهیت ارتباط‌ها با یافته‌های پیشین همخوان بوده و احتمالاً حتی در مطالعات بزرگ‌تر نیز پابرجا خواهند ماند (۵،۱۴). یافته‌های مربوط به مشکلات بیرونی‌شده پدر، به‌ویژه مصرف مواد و ضعف در کنترل تکانه، بُعد مهم دیگری به تفسیر نتایج می‌افزاید. مطالعات پیشین، برای نمونه مطالعات سلامت روان جهانی World Mental Health (WMH) (OR=۲/۲، ۹۵٪ CI=۱/۹-۲/۷، ۱۵)، دانمارک (OR=۲/۹۳، ۹۵٪ CI=۲/۸۴-۳/۰۱، ۱۶) و ساووپائولو (OR=۱/۷، ۹۵٪ CI=۱/۰-۲/۷، ۱۳) نشان داده‌اند که اختلالات مصرف مواد و سایر مشکلات برون‌ریزی‌شده والدین، به‌ویژه در پدران، با افزایش خطر رفتارهای خودکشی در فرزندان همراه است. این الگو با مدل‌های اکولوژیک رشد و انتقال بین‌نسلی آسیب‌پذیری هم‌راستا است که در آن‌ها تعامل

فردی و والدینی مرتبط با تکنانگاری و مصرف مواد، با وضعیت تلاش برای خودکشی ارتباطی قوی دارد. اگرچه به دلیل طراحی مقطعی و حجم نمونه محدود نمی‌توان این ارتباطها را به صورت علیتی تفسیر کرد، اما آن‌ها اهداف بالقوه قابل مداخله‌ای را برای غربالگری بالینی برجسته می‌سازند. پرسش‌های سیستماتیک درباره اختلالات خلقی والدین، مشکلات خانوادگی و مصرف مواد، و ارزیابی دقیق رفتارهای تکانشی در بیماران می‌تواند در شناسایی افراد در معرض خطر بالا مؤثر باشد. برای تأیید این یافته‌ها و روشن‌سازی مسیرهای زمانی و علیتی، مطالعات آینده با طراحی طولی، حجم نمونه بزرگ‌تر، و اعتبارسنجی چندمنبعی از جمله سوابق پزشکی ضروری است. در این میان، ادغام پرسش‌نامه‌های کوتاه و هدفمند تاریخچه خانوادگی در ارزیابی‌های بالینی می‌تواند ابزار عملی و مؤثری برای ارتقاء شناسایی و پیشگیری از رفتارهای خودکشی باشد.

سپاس‌گزاری

مطالعه حاضر منتج از رساله دکتری روانشناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز می‌باشد. نویسندگان مقاله خود را ملزم می‌دانند از کلیه افراد شرکت کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی نمایند.

حامی مالی

ندارد.

تعارض در منافع

وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این مطالعه، توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، مورد تأیید قرار گرفته است (IR.IAU.SHIRAZ.REC.1404.169).

مشارکت نویسندگان

-طراحی ایده: نازنین پرهیزگار، لیلا خبیر، سیامک سامانی، فرزانه هومن

-روش کار: نازنین پرهیزگار، لیلا خبیر

-جمع‌آوری داده‌ها: نازنین پرهیزگار

-تجزیه و تحلیل داده‌ها: نازنین پرهیزگار، لیلا خبیر

-نظارت: نازنین پرهیزگار، سیامک سامانی، فرزانه هومن

-مدیریت پروژه: لیلا خبیر

-نگارش - پیش نویس اصلی: نازنین پرهیزگار، لیلا خبیر

-نگارش - بررسی و ویرایش: نازنین پرهیزگار، لیلا خبیر

بین ویژگی‌های فردی، والدینی و محیطی (نظیر بی‌ثباتی خانوادگی، تعارض و دسترسی به مواد) مسیرهای رشدی پرخطرتری را برای فرزندان شکل می‌دهد (۴، ۵، ۷). در مجموع، استفاده از ابزارهای کوتاه غربالگری تاریخچه خانوادگی، علی‌رغم محدودیت‌های ذاتی، می‌تواند نقش عملی و مؤثری در شناسایی افراد پرخطر در محیط‌های بالینی و پژوهشی ایفا کند (۸، ۹). یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که ارزیابی خطر خودکشی نباید صرفاً بر نشانه‌های درون‌ریزی‌شده فرد متمرکز باشد، بلکه لازم است ویژگی‌های بیرونی‌شده فردی و سابقه روان‌پزشکی والدین (به‌ویژه در حوزه‌های مصرف مواد، تکنانگاری و اختلالات خلقی) به‌طور نظام‌مند مورد توجه قرار گیرند. یافته‌ها، اهمیت طراحی مداخلات پیشگیرانه را برجسته می‌سازد و بر نقش کلیدی غربالگری خانوادگی در تشخیص زودهنگام و مدیریت خطر تأکید می‌کند.

محدودیت‌ها

این مطالعه با وجود ارائه یافته‌هایی مهم درباره عوامل خطر خانوادگی و فردی مرتبط با تلاش برای خودکشی، با محدودیت‌هایی همراه است که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. حجم نمونه کوچک (۳۰ نفر در هر گروه) توان آماری را کاهش داده، بازه‌های اطمینان وسیعی ایجاد کرده و در برخی تحلیل‌ها منجر به خانه‌های کم‌تعداد یا صفر شده است؛ اگرچه اصلاحات پیوستگی اعمال شد، برخی مدل‌های تعدیل‌شده به دلیل عدم همگرایی قابل اجرا نبودند. هم‌چنین، اتکا به گزارش یک اطلاع‌دهنده از طریق روش تاریخچه خانوادگی بدون اعتبارسنجی مستقل در برابر مصاحبه‌های تشخیصی یا سوابق پزشکی، احتمال سوگیری حافظه و گزارش‌دهی را افزایش می‌دهد. طراحی مقطعی مورد-شاهد نیز امکان استنتاج علیتی را محدود کرده و احتمال آشفتگی ناشی از متغیرهای اندازه‌گیری‌نشده را باقی می‌گذارد. افزون بر این، انتخاب نمونه از یک محیط شهری خاص ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج به جمعیت‌های دیگر را محدود کند. با این حال، یافته‌های مطالعه نشان‌دهنده الگوهای بالقوه مهمی از خطر هستند که ارزش بررسی مجدد در مطالعات بزرگ‌تر، طولی و با ابزارهای سنجش معتبرتر را دارند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که سابقه خانوادگی اختلالات خلقی (به‌ویژه افسردگی عمده و اختلال هراس مادری) همراه با ویژگی‌های

References:

1. Michelini G, Perlman G, Tian Y, Mackin DM, Nelson BD, Klein DN, Kotov R. *Multiple Domains of Risk Factors for First Onset of Depression in Adolescent Girls*. Journal of Affective Disorders 2021; 283: 20-9.
2. Taylor JH, Asabere N, Calkins ME, Moore TM, Tang SX, Xavier RM, Merikangas AK, Wolf DH, Almasy L, Gur RC, Gur RE. *Characteristics of Youth with Reported Family History of Psychosis Spectrum Symptoms in the Philadelphia Neurodevelopmental Cohort*. Schizophrenia Research 2020; 216: 104-10.
3. Rangan M, Banting M, Favotto L, Schmidt LA, Saigal S, Van Lieshout RJ. *Maternal Mental Health and Internalizing and Externalizing Psychopathology in Extremely Low Birth Weight Adults*. Journal Of Developmental Origins of Health and Disease 2020; 11(6): 632-9.
4. O'Reilly LM, Kuja-Halkola R, Rickert ME, Class QA, Larsson H, Lichtenstein P, et al. *The Intergenerational Transmission of Suicidal Behavior: An Offspring of Sibling's Study*. Translational psychiatry 2020; 10(1): 173.
5. Goodday SM, Shuldiner J, Bondy S, Rhodes AE. *Exposure to Parental Psychopathology and Offspring's Risk of Suicide-Related Thoughts and Behaviours: A Systematic Review*. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2019; 28(2): 179-90.
6. Gureje O, Oladeji B, Hwang I, Chiu WT, Kessler RC, Sampson NA, et al. *Parental Psychopathology and the Risk of Suicidal Behavior in their Offspring: Results from the World Mental Health Surveys*. Molecular Psychiatry 2011; 16(12): 1221-33.
7. Ortin-Peralta A, Schiffman A, Malik J, Polanco-Roman L, Hennefield L, Luking K. *Negative and Positive Urgency as Pathways in the Intergenerational Transmission of Suicide Risk in Childhood*. Front Psychiatry 2024; 15: 1417991.
8. Milne BJ, Caspi A, Crump R, Poulton R, Rutter M, Sears MR, Moffitt TE. *The Validity of The Family History Screen for Assessing Family History of Mental Disorders*. Am J Med Genet 2009; 150B (1): 41-9.
9. Weissman MM, Wickramaratne P, Adams P, Wolk S, Verdeli H, Olfson M. *Brief Screening for Family Psychiatric History: The Family History Screen*. Arch Gen Psychiatry 2000; 57(7): 675-82.
10. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. *Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated with Suicidal Behavior*. Am J Psychiatry 1997; 154(12): 1715-9.
11. Lawson R. *Small Sample Confidence Intervals for the Odds Ratio*. Communications in Statistics-Simulation and Computation 2004; 33(4): 1095-113.
12. Hammerton G, Zammit S, Mahedy L, Pearson RM, Sellers R, Thapar A, Collishaw S. *Pathways to Suicide-Related Behavior in Offspring of Mothers with Depression: The Role of Offspring Psychopathology*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2015; 54(5): 385-93.
13. Santana GL, Coelho BM, Borges G, Viana MC, Wang YP, Andrade LH. *The Influence of Parental Psychopathology on Offspring Suicidal Behavior Across the Lifespan*. PLoS One 2015; 10(7): e0134970.

14. Mok PL, Pedersen CB, Springate D, Astrup A, Kapur N, Antonsen S, et al. *Parental Psychiatric Disease and Risks of Attempted Suicide and Violent Criminal Offending in Offspring: A Population-Based Cohort Study*. JAMA psychiatry 2016; 73(10): 1015-22
15. Kelly LM, Rash CJ, Alessi SM, Zajac K. *Correlates and Predictors of Suicidal Ideation and Substance Use among Adults Seeking Substance Use Treatment with Varying Levels of Suicidality*. J Subst Abuse Treat. 2020; 119: 108145.
16. Conner KR, Bridge JA, Davidson DJ, Pilcher C, Brent DA. *Metaanalysis of Mood and Substance Use Disorders in Proximal Risk for Suicide Deaths*. Suicide Life Threat Behav 2019; 49(1): 278-92.
17. Beach VL, Gissandaner TD, Schmidt AT. *The UPPS Model of Impulsivity and Suicide: A Systematic Literature Review*. Arch Suicide Res 2022; 26(3): 985-1006.
18. Bruno S, Anconetani G, Rogier G, Del Casale A, Pompili M, Velotti P. *Impulsivity Traits and Suicide Related Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis Using the UPPS Model*. J Affect Disord 2023; 339: 571-83.
19. McHugh CM, Lee RS, Hermens DF, Corderoy A, Large M, Hickie IB. *Impulsivity in the Self-Harm and Suicidal Behavior of Young People: A Systematic Review and Meta-Analysis*. J Psychiatr Res 2019; 116: 51-60.
20. Pérez-Balaguer A, Peñuelas-Calvo I, Alacreu-Crespo A, Baca-Garcia E, Porrás-Segovia A. *Impulsivity as a Mediator Between Childhood Maltreatment and Suicidal Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis*. J Psychiatr Res 2022; 151: 95-107