

اعتبارسنجی نسخه فارسی پرسشنامه بحران خودکشی-۲ (SCI-2) در جمعیت غیربالینی ایران

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۷/۲۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۰۳/۰۱

چکیده

هدف این پژوهش تعیین روایی سازه، روایی همگرا و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه بحران خودکشی-۲ در نمونه‌ای از جمعیت غیربالینی ایرانی بود. این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بود و بر روی ۶۵۱ نفر از افراد بالای ۱۸ سال ساکن استان تهران انجام شد که به روش دردسترس انتخاب شدند. فرایند بومی‌سازی شامل ترجمه، بازترجمه، بررسی محتوایی متخصصان و اجرای آزمایشی بود. ابزارهای پژوهش شامل SCI-۲، پرسشنامه افکار خودکشی بک، پرسشنامه سلامت بیمار (PHQ-۹) و مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-۷) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، تحلیل عاملی تأییدی، میانگین واریانس استخراج شده و ضرایب پایایی انجام شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی از برازش مناسب مدل پنج‌عاملی حمایت کرد ($GFI \approx 0.89$, $TLI \approx 0.90$, $RMSEA \approx 0.05$). ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها بسیار بالا گزارش شد ($\alpha = 0.98$). مقدار AVE بزرگ‌تر از ۰.۵۰ و پایایی ترکیبی بالاتر از ۰.۷۰ به‌دست آمد که نشان‌دهنده روایی همگرا و انسجام درونی مطلوب ابزار بود. نسخه فارسی پرسشنامه بحران خودکشی-۲ دارای ساختار عاملی معتبر، روایی همگرا و پایایی بسیار مطلوب است و می‌تواند به‌عنوان ابزاری قابل اعتماد در غربالگری، پژوهش‌های بالینی و برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در ایران مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌گان: خودکشی؛ بحران خودکشی؛ پرسشنامه SCI-۲؛ روان‌سنجی؛ تحلیل عاملی تأییدی

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

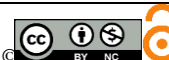
فاطمه شیاسی^۱، حمید یعقوبی^{۱*}، روح‌الله عباسی^۱

۱. گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

Yaghubi@Shahed.ac.ir

شیوه استناددهی: شیاسی، فاطمه، یعقوبی، حمید، و عباسی، روح‌الله. (۱۴۰۵). اعتبارسنجی نسخه فارسی پرسشنامه بحران خودکشی-۲ (SCI-2) در جمعیت غیربالینی ایران. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*, ۴(۲), ۱-۱۶.



Validation of the Persian Version of the Suicide Crisis Questionnaire-2 (SCI-2) in an Iranian Non-Clinical Population

Submit Date: 2025-10-20

Revise Date: 2026-02-08

Accept Date: 2026-02-13

Publish Date: 2026-05-22

Abstract

This study aimed to examine the construct validity, convergent validity, and reliability of the Persian version of the Suicide Crisis Questionnaire-2 in an Iranian non-clinical sample. This descriptive-correlational study was conducted on 651 individuals aged over 18 years living in Tehran Province, selected through convenience sampling. The localization process included translation, back-translation, expert content review, and a pilot study. Participants completed the SCI-2, Beck Scale for Suicide Ideation, Patient Health Questionnaire-9, and Generalized Anxiety Disorder-7. Data were analyzed using descriptive statistics, confirmatory factor analysis, average variance extracted, and reliability coefficients. Confirmatory factor analysis supported the five-factor structure of the SCI-2, showing acceptable model fit indices (CFI \approx 0.89, TLI \approx 0.90, RMSEA \approx 0.05). Internal consistency was excellent for the total scale and subscales (overall α =0.98). AVE values exceeded 0.50 and composite reliability indices were above 0.70, indicating strong convergent validity and internal coherence. The Persian version of the Suicide Crisis Questionnaire-2 demonstrates robust psychometric properties and can be confidently used as a valid and reliable instrument for suicide crisis assessment, psychological screening, and preventive research in Iranian populations.

Keywords: *Suicide; Suicide Crisis Questionnaire-2; Psychometrics; Confirmatory Factor Analysis*

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

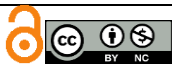


Fatemeh Shiasi¹, Hamid Yaghubi^{1*},
Ruhollah Abbasi¹

1. Department of Psychology, Shahed university,
Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email:
Yaghubi@Shahed.ac.ir

How to cite: Shiasi, F., Yaghubi, H., & Abbasi, R. (2026). Validation of the Persian Version of the Suicide Crisis Questionnaire-2 (SCI-2) in an Iranian Non-Clinical Population. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(2), 1-16.



در دهه‌های اخیر، خودکشی به‌عنوان یکی از پیچیده‌ترین و چندبعدی‌ترین پدیده‌های حوزه سلامت روان، توجه گسترده پژوهشگران، درمانگران و سیاست‌گذاران اجتماعی را به خود جلب کرده است. این پدیده نه‌تنها یک رفتار فردی، بلکه بازتابی از تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی است که در یک بستر زمانی خاص به اوج می‌رسد. متون کلاسیک روان‌پزشکی، خودکشی را در طیفی پیوسته از افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی کامل مفهوم‌سازی می‌کنند و بر این نکته تأکید دارند که گذار از فکر به عمل، اغلب نتیجه انباشت فشارهای روانی و شکست مکانیسم‌های تنظیم هیجان است (Kaplan & Sadock, 2015). از این منظر، تمرکز صرف بر تشخیص‌های بالینی سنتی مانند افسردگی اساسی، اگرچه ضروری است، اما برای درک دقیق خطر قریب‌الوقوع خودکشی کافی نیست.

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که رابطه میان افسردگی و خودکشی رابطه‌ای خطی و ساده نیست و حتی در سطوح پایین‌تر افسردگی نیز خطر اقدام به خودکشی می‌تواند بالا باشد، به‌ویژه زمانی که افکار خودکشی مزمن و احساس بن‌بست روانی وجود دارد (Rogers et al., 2018). این یافته‌ها اهمیت تمایز میان نشانه‌های خلقی پایدار و وضعیت‌های حاد بحرانی را برجسته می‌سازند. در همین راستا، ابزارهای کلاسیک سنجش مانند پرسشنامه افسردگی بک، با وجود اعتبار و پایایی بالای روان‌سنجی، عمدتاً شدت نشانه‌های افسردگی را می‌سنجند و برای پیش‌بینی دقیق بحران خودکشی طراحی نشده‌اند (Beck et al., 1988). بنابراین، نیاز به ابزارهایی که بتوانند وضعیت‌های پیش‌خودکشی و تجربه ذهنی بحران را به‌طور اختصاصی ارزیابی کنند، به‌طور فزاینده‌ای احساس می‌شود.

در سال‌های اخیر، رویکرد «بحران خودکشی» به‌عنوان یک چارچوب مفهومی نوین مطرح شده است که خودکشی را نه صرفاً پیامد یک اختلال، بلکه نتیجه ورود فرد به یک حالت روانی حاد، ناپایدار و اضطراری می‌داند. در این حالت، فرد احساس به‌دام‌افتادگی، آشفتگی عاطفی شدید، از دست دادن کنترل شناختی و فوریت روانی را تجربه می‌کند؛ وضعیتی که می‌تواند به‌سرعت به اقدام منجر شود (Galyunker, 2023). این رویکرد بر اهمیت ارزیابی پویای خطر خودکشی تأکید دارد و معتقد است که شناسایی دقیق این حالت بحرانی، کلید مداخلات پیشگیرانه مؤثر است.

بر مبنای این چارچوب نظری، پرسشنامه بحران خودکشی بازنگری‌شده (SCI-2) طراحی شد تا تجربه ذهنی بحران خودکشی را به‌صورت چندبعدی اندازه‌گیری کند. این ابزار با تمرکز بر مؤلفه‌هایی فراتر از افکار خودکشی ساده، توانسته است در پژوهش‌های مختلف اعتبار پیش‌بین بالاتری برای پیامدهای خودکشی در بازه‌های زمانی کوتاه‌مدت نشان دهد (Bloch-Elkouby et al., 2021). مطالعات طولی نشان داده‌اند که نمرات بالاتر در این ابزار با افزایش خطر اقدام به خودکشی در پیگیری‌های یک‌ماهه و کوتاه‌مدت مرتبط است، حتی زمانی که اثر افسردگی کنترل می‌شود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که SCI-2 می‌تواند شکاف موجود میان سنجش نشانه‌های عمومی و ارزیابی خطر قریب‌الوقوع را پر کند.

اعتبار ساختاری و روان‌سنجی SCI-2 در بافت‌های فرهنگی مختلف نیز مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش‌های انجام‌شده در جمعیت‌های آسیای شرقی نشان داده‌اند که ساختار عاملی چندبعدی این ابزار از ثبات قابل‌قبولی برخوردار است و مؤلفه‌های آن به‌طور معناداری با متغیرهای مرتبط با خودکشی همبستگی دارند (Ji Yoon et al., 2022; Park et al., 2022). به‌طور مشابه، مطالعات انجام‌شده در آمریکای لاتین نیز از پایایی درونی بالا و روایی همگرایی مناسب این پرسشنامه حمایت کرده‌اند (Peper-Nascimento et al., 2024). این شواهد بین‌فرهنگی نشان می‌دهد که مفهوم بحران خودکشی، اگرچه ممکن است جلوه‌های فرهنگی متفاوتی داشته باشد، اما دارای هسته‌ای مشترک است که می‌توان آن را به‌صورت روان‌سنجی معتبر سنجید.

در کنار پیشرفت‌های ابزارمحور، پژوهش‌های معاصر بر نقش عوامل خطر و محافظت‌کننده در بروز خودکشی تأکید دارند. مطالعات جمعیتی نشان می‌دهد که تجربه اقدام به خودکشی در دوستان یا اعضای خانواده در دوران نوجوانی، می‌تواند خطر افکار و رفتارهای خودکشی را در بزرگسالی افزایش دهد (Liu & Wang, 2024). همچنین، اختلالات خواب، به‌ویژه زمانی که به‌صورت مزمن وجود دارند، با افزایش افکار و

تلاش‌های خودکشی در نوجوانان و جوانان مرتبط هستند (Liu et al., 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهد که خودکشی نتیجه تعامل پیچیده عوامل فردی و محیطی است و ابزارهای سنجش باید توانایی انعکاس این پیچیدگی را داشته باشند.

از سوی دیگر، رفتارهای خودآسیب‌رسان غیر خودکشی و الگوهای اعتیادگونه، به‌عنوان عوامل همبسته مهم با بحران خودکشی مطرح شده‌اند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در نوجوانان دارای اختلالات مرتبط با مصرف مواد، خودآسیب‌رسانی غیر خودکشی می‌تواند نقش دروازه‌ای به‌سوی رفتارهای خودکشی ایفا کند (Muradian et al., 2025). همچنین، مواجهه زودهنگام با بدرفتاری‌های دوران کودکی و الگوهای دلبستگی ناپایمن، خطر خودآسیب‌رسانی و افکار خودکشی را در جوانی افزایش می‌دهد (Zheng et al., 2025). این شواهد اهمیت ارزیابی هم‌زمان بحران روانی و زمینه‌های رشدی را برجسته می‌سازد.

در بافت جوانان و نوجوانان، تغییرات سبک زندگی دیجیتال نیز به‌عنوان یک عامل نوظهور مورد توجه قرار گرفته است. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که الگوهای استفاده اعتیادگونه از صفحه‌نمایش و رسانه‌های دیجیتال با افزایش افکار خودکشی و مشکلات سلامت روان در جوانان مرتبط است (Xiao, 2025). هم‌زمان، تلاش‌های نوآورانه‌ای برای استفاده از فناوری‌های هوشمند، مانند تحلیل گفتار و چالش‌های تشخیص مبتنی بر هوش مصنوعی، در شناسایی خطر خودکشی در حال انجام است (Wu et al., 2025). با این حال، حتی این فناوری‌ها نیز نیازمند ابزارهای معتبر مرجع برای آموزش و اعتبارسنجی هستند.

در ایران نیز خودکشی به‌عنوان یک مسئله رو به رشد سلامت عمومی مطرح است و پژوهش‌های داخلی افزایش شیوع افکار خودکشی در گروه‌های مختلف، از جمله دانشجویان و افراد مبتلا به افسردگی، را گزارش کرده‌اند (Hemmati Kheirabadi, 2021; Taramian et al., 2018). مطالعات مداخله‌ای نشان داده‌اند که درمان‌های شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت می‌توانند افکار خودکشی را کاهش دهند، اما تأکید کرده‌اند که تشخیص به‌موقع وضعیت بحرانی نقش کلیدی در اثربخشی مداخلات دارد (Rostami et al., 2021). همچنین، پژوهش‌های داخلی به نقش صفات شخصیتی، شرم و گناه، و سیستم‌های مغزی-رفتاری در پیش‌بینی افکار خودکشی اشاره کرده‌اند (Ghaderi Bage, 2025; Jan et al., 2022; Vashaghani Farahani & Safari, 2025).

با وجود این پیشینه، خلأ قابل‌توجهی در زمینه ابزارهای بومی‌شده برای سنجش بحران خودکشی در ایران وجود دارد. ابزارهای رایج مانند پرسشنامه رفتارهای خودکشی بازنگری‌شده، اگرچه برای غربالگری مفید هستند، اما تمرکز اصلی آن‌ها بر تاریخچه رفتار و افکار خودکشی است و کمتر به تجربه ذهنی لحظه‌ای بحران می‌پردازند (Osman et al., 2001). در مقابل، SCI-2 با تأکید بر وضعیت روانی حاد، می‌تواند اطلاعات ارزشمندی برای پیشگیری اولیه و ثانویه فراهم آورد. مطالعات بین‌المللی اخیر نیز بر اهمیت ارتقای سواد خودکشی، کاهش انگ و بهبود نگرش‌های کمک‌جویی در کنار استفاده از ابزارهای دقیق سنجش تأکید کرده‌اند (O'Donnell et al., 2025; Patra, 2025).

افزون بر این، مرورهای نظام‌مند و چتری نشان می‌دهند که عوامل مؤثر بر رفتار خودکشی در نوجوانان و جوانان در سطوح فردی، خانوادگی، اجتماعی و ساختاری عمل می‌کنند و ارزیابی جامع خطر نیازمند ابزارهایی است که بتوانند این سطوح را به‌طور غیرمستقیم منعکس کنند (Prades-Caballero et al., 2025). همچنین، پژوهش‌های اخیر در حوزه جوانان بستری‌شده به دلیل بحران‌های روانی حاد، شیوع بالای خودکشی مزمین را گزارش کرده‌اند که ضرورت شناسایی دقیق وضعیت‌های بحرانی را دوچندان می‌کند (Morelli et al., 2025). این شواهد همگی بر اهمیت توسعه و اعتبارسنجی ابزارهایی مانند SCI-2 در بافت‌های فرهنگی مختلف دلالت دارند.

با توجه به مجموع این یافته‌ها، می‌توان گفت که ارزیابی بحران خودکشی به‌عنوان یک وضعیت روانی پویا و چندبعدی، گامی اساسی در جهت پیشگیری مؤثر از خودکشی است. با این حال، استفاده بالینی و پژوهشی از هر ابزار مستلزم برخورداری آن از شواهد روان‌سنجی معتبر در بافت فرهنگی مورد نظر است. در ایران، با وجود افزایش مطالعات نظری و مداخله‌ای، هنوز ابزار استاندارد و بومی‌شده‌ای که به‌طور اختصاصی بحران خودکشی را بسنجد، به‌طور گسترده در دسترس نیست. از این رو، بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی SCI-2 می‌تواند نقش مهمی در ارتقای پژوهش‌های بومی، غربالگری روان‌شناختی و طراحی مداخلات پیشگیرانه ایفا کند.

هدف این پژوهش تعیین روایی سازه، روایی همگرا و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه بحران خودکشی-۲ در یک نمونه غیربالینی ایرانی است.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی-همبستگی است که با هدف اعتبارسنجی پرسشنامه بحران خودکشی ۲ در ایران انجام شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش دربرگیرنده‌ی کلیه افراد بالای ۱۸ سال ساکن استان تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ می باشد. در خصوص حجم نمونه مطابق دیدگاه کلاین، حداقل تعداد آزمودنی برای تحلیل عاملی باید به ازای هر متغیر ۵ تا ۱۰ نفر باشد (کلاین، ۱۳۸۱). با توجه به تعداد سوالات آزمون اصلی که ۶۱ سوال است حداقل تعداد آزمودنی ۳۰۵ و حداکثر ۶۱۰ نفر است که در این پژوهش ۶۵۱ نفر به سوالات پرسشنامه پاسخ دادند. نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. پرسشنامه در پرس لاین طراحی شد و لینک آن از به صورت حضوری و مجازی در اختیار افرادی که داوطلب بودند، قرار داده شد.

معیارهای ورود به مطالعه:

- سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال
- تسلط به زبان فارسی
- سکونت در تهران در زمان پژوهش
- عدم ابتلا به اختلال روان‌پزشکی تشخیص داده‌شده بر اساس خودگزارشی
- تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش

معیارهای خروج از مطالعه:

- داشتن سابقه بستری روان‌پزشکی در سال گذشته
- پاسخ‌دهی ناقص به بیش از ۲۰ درصد آیتم‌ها

پرسشنامه سنجش بحران خودکشی-۲ (SCI-2): پرسشنامه بحران خودکشی نسخه دوم، ابزاری خودگزارشی است که توسط ایگور گالینکر او همکاران در سال ۲۰۲۰ طراحی شده و شامل ۶۱ گویه است. این ابزار برای ارزیابی شدت تجربه بحران روانی پیش از خودکشی طراحی شده و به عنوان مکملی برای ارزیابی خطر خودکشی، توجه ویژه‌ای به شاخص‌های ذهنی اضطراب روانی دارد. آیتم‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۰ (اصلاً) تا ۴ (بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌شوند. پرسشنامه بحران خودکشی شامل پنج جزء است: احساس به دام افتادگی، آشفتگی عاطفی عمیق، از دست دادن کنترل شناختی، برانگیختگی بیش از حد، کناره‌گیری اجتماعی. نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت روانی بحرانی‌تر و احتمال بالاتر برای تجربه حالت پیشا خودکشی است و این آزمون دارای سازگاری درونی عالی با آلفای ۰٫۹۷ و همچنین اعتبار همزمان قوی (در تحقیقات مطرح شده در سوابق پژوهی خارج از کشور) بوده است (پارک جی یون، ۲۰۲۲).

جدول ۱. نمره‌گذاری مولفه‌های پرسشنامه بحران خودکشی

مولفه‌ها	سوالات
احساس به دام افتادگی	۲، ۴، ۱۵، ۱۹، ۲۵، ۲۷، ۳۵، ۳۹، ۵۶، ۵۸
آشفتگی عاطفی عمیق	۱، ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۸، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۸، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۵۰، ۵۴
از دست دادن کنترل شناختی	۵، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۶، ۳۳، ۳۴، ۳۷، ۴۸، ۵۱، ۵۷، ۵۹، ۶۱
برانگیختگی بیش از حد	۷، ۱۶، ۲۰، ۲۱، ۲۹، ۳۲، ۳۶، ۴۱، ۴۲، ۴۷، ۴۹، ۵۳، ۶۰
کناره‌گیری اجتماعی	۲۳، ۳۱، ۴۰، ۴۲، ۵۵

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): این مقیاس توسط اسپیتزر و همکاران در سال ۲۰۰۶ ساخته شده است. این مقیاس دارای هفت سؤال اصلی و یک سؤال اضافی است که میزان دخالت اختلال در کارکردهای فردی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی مبتلایان را می‌سنجد. هفت سؤال این آزمون شامل اضطراب، نگرانی، نگرانی در مورد امور مختلف، حفظ آرامش، بیقراری، بدخلقی، رخ دادن اتفاق ناگوار است. در پژوهشی که برای بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر توسط نائینیان و همکاران او در سال ۱۳۹۰ منتشر شده است، اعتبار و پایایی این تست بررسی شده است که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰,۸۵ به دست آمده است و به معنای آن است که تست ضریب همسانی درونی مطلوبی دارد. همچنین ضریب بازآزمایی قابل قبولی نیز داشته است. گزینه‌های سوالات این مقیاس از هیچ وقت تا تقریباً هر روز آورده شده است و هر سؤال در یک طیف لیکرت از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل این آزمون از ۰ تا ۲۱ است که هرچه نمره بالاتر باشد اضطراب فرد شدیدتر است (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰). آلفای کرونباخ مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر در این پژوهش ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت بیمار (PHQ-9): از مقیاس‌های پرکاربرد در حوزه غربالگری، تشخیص و پایش درمان افسردگی است که توسط کروئنگه، اسپیتزر و ویلیامز در سال ۲۰۰۱ تهیه و اعتباریابی شده است. پاسخدهی به پرسشنامه سلامت بیمار روی یک مقیاس چهارنقطه‌ای از صفر تا ۳ بوده و از فرد خواسته می‌شود به پرسش‌ها بر اساس وضعیت خود در دو هفته گذشته پاسخ دهد. دامنه نمرات از صفر تا ۲۷ است و اجرای آن کمتر از ۵ دقیقه طول میکشد. در سال ۱۴۰۰ در یک پژوهشی که توسط فرهی و همکاران برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نه آیتی سلامت بیمار در جمعیت دانشجویی انجام شده است. پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سلامت بیمار از دو شیوه همسانی درونی و بازآزمایی با فاصله دو هفته استفاده شده است. همچنین اعتبار سازه آن، با استفاده از تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تأییدی مورد ارزیابی قرار گرفت. طبق نتایج این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ ۰,۸۵ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ۰,۸۶ به ترتیب نشان دهنده همسانی درونی و پایایی بازآزمایی بالا بودند. میتوان نتیجه گرفت که پرسشنامه سلامت بیمار به عنوان ابزاری کوتاه این قابلیت را دارد که در حوزه‌های بالینی و پژوهشی به منظور غربالگری، تشخیص و پایش درمان افسردگی بالینی و یا زیربالینی در جمعیت دانشجویی مورد استفاده قرار گیرد. آلفای کرونباخ پرسشنامه سلامت بیمار در این پژوهش ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه سنجش افکار خودکشی بک (BSSI): پرسشنامه سنجش افکار خودکشی بک توسط بک و همکاران (۱۹۷۹) طراحی شده و یکی از معتبرترین ابزارهای خودگزارشی برای ارزیابی شدت و ویژگی‌های افکار خودکشی در افراد است. این ابزار شامل ۱۹ گویه است که ۵ سؤال اول به صورت سه گزینه‌ای (نمره‌گذاری ۰ تا ۲) طراحی شده است و به بررسی تمایل به مرگ، افکار خودکشی، میزان برنامه‌ریزی، کنترل، و عوامل بازدارنده می‌پردازند. که نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات به دست می‌آید که از ۰ تا ۳۸ است. در این آزمون ۵ سؤال غربالگری وجود دارد که اگر پاسخ‌ها نشان دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافع باشد، سپس آزمودنی ۱۴ سؤال بعدی را پاسخ می‌دهد. در پژوهشی که توسط انیسی و همکاران در سال ۱۳۸۴ برای سنجش افکار خودکشی در میان سربازان انجام شده است اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک سنجیده شده است و به این نتیجه رسیدند که پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰,۹۵ است. آلفای کرونباخ پرسشنامه سنجش افکار خودکشی بک در این پژوهش ۰/۹۴ به دست آمد.

روش بومی‌سازی پرسشنامه

۱. ترجمه اولیه: پرسشنامه SCI-2 ابتدا به‌طور مستقل به زبان فارسی ترجمه شد.

۲. **بازترجمه:** نسخه فارسی حاصل، توسط یک مترجم مستقل که به زبان انگلیسی تسلط کامل داشت و با مفاهیم علمی آشنا بود، بدون دسترسی به نسخه اصلی، بازترجمه گردید.
۳. **بررسی تطابق مفهومی:** نسخه بازترجمه شده با نسخه اصلی توسط تیم پژوهش بررسی و اختلاف‌های مفهومی و زبانی برطرف شد. سپس، نسخه نهایی فارسی توسط سه نفر از اساتید متخصص در حوزه روان‌شناسی بالینی و روان‌سنجی از نظر روایی صوری و محتوایی مورد تأیید قرار گرفت.
۴. **اجرای آزمایشی:** نسخه نهایی پرسشنامه پس از ترجمه و بازترجمه، بر روی یک گروه ۳۰ نفره از دانشجویان (۱۵ زن و ۱۵ مرد) به صورت آزمایشی اجرا شد. هدف از این مرحله، بررسی وضوح و فهم‌پذیری گویه‌ها، تناسب فرهنگی، و زمان تقریبی پاسخ‌دهی بود. نتایج نشان داد که به طور میانگین تکمیل پرسشنامه حدود ۱۲ دقیقه زمان برد. در بررسی‌های اولیه، حدود ۵ نفر از شرکت‌کنندگان (سه زن و دو مرد) بیان کردند که پرسش نخست برایشان ابهام دارد و نیازمند بازنویسی است. پس از اصلاح نگارشی این گویه و بازاجرای آن بر روی سایر شرکت‌کنندگان، گزارش شد که تمامی آیتم‌ها به خوب وضوح لازم را دارا هستند. همچنین، از نظر تناسب فرهنگی و حساسیت‌های زبانی، نکته خاصی گزارش نشد. بر اساس این بازخوردها، تغییرات لازم اعمال گردید و نسخه نهایی پرسشنامه بدون مشکل مورد تأیید قرار گرفت.
۵. **بررسی پایایی بازآزمایی:** پرسشنامه فارسی بر روی یک نمونه ۱۵۳ نفره از دانشجویان اجرا شد و پس از گذشت یک ماه، همان نمونه دوباره به پرسشنامه پاسخ دادند تا پایایی زمانی (بازآزمایی) مورد ارزیابی قرار گیرد.
۶. **اجرای نهایی:** در مرحله اصلی، پرسشنامه نهایی بر روی یک نمونه ۶۵۱ نفره از ساکنین بالای ۱۸ سال استان تهران اجرا شد. داده‌های گردآوری شده پس از بررسی و پاک‌سازی، وارد تحلیل‌های آماری جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی از جمله تحلیل عاملی، همسانی درونی، و روایی همگرا شدند.
- در این پژوهش، برای اعتبارسنجی پرسشنامه بحران خودکشی دو، از تحلیل‌های آماری متنوعی استفاده شد. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و AMOS انجام گرفت. روش‌های تحلیل به شرح زیر است:
- تحلیل توصیفی:** ابتدا شاخص‌های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی برای بررسی توزیع نمرات و شناسایی داده‌های پرت محاسبه شد.
- تحلیل عاملی تأییدی (CFA):** برای تأیید ساختار عاملی پیشنهادی، تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از روش برآورد حداکثر درستنمایی (ML) انجام شد. شاخص‌های برازش از جمله CFI، TLI، RMSEA، SRMR و χ^2/df برای ارزیابی مدل استفاده شدند.

یافته‌ها

در ابتدا آمار توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های غیربالینی بررسی شد. نمونه پژوهش شامل ۶۵۱ نفر بود که از این میان ۲۱۲ نفر (۳۲٫۶ درصد) مرد و ۴۳۹ نفر (۶۷٫۴ درصد) زن بودند و بدین ترتیب سهم زنان در نمونه بیشتر از مردان بود. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۸ تا ۶۵ سال قرار داشت و میانگین سن کل نمونه ۳۶٫۱۸ سال با انحراف معیار ۱۲٫۲۵ گزارش شد؛ به طوری که میانگین سن مردان ۳۷٫۲۰ سال و میانگین سن زنان ۳۵٫۶۸ سال بود. از نظر وضعیت تأهل، اکثریت آزمودنی‌ها متأهل بودند، به گونه‌ای که ۴۸۵ نفر (۷۴٫۵ درصد) متأهل و ۱۶۶ نفر (۲۵٫۵ درصد) مجرد گزارش شدند؛ همچنین نسبت افراد مجرد در میان زنان بیشتر از مردان بود. از نظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به افراد دارای مدرک کارشناسی یا دانشجویان مقطع کارشناسی با ۲۳۶ نفر (۳۶٫۳ درصد) بود، پس از آن افراد با تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم با ۲۱۷ نفر (۳۳٫۳ درصد)، سپس مقطع کارشناسی ارشد با ۱۶۷ نفر (۲۵٫۷ درصد) و در نهایت کمترین فراوانی مربوط به افراد دارای مدرک دکتری یا دانشجویان دکتری با ۳۱ نفر (۴٫۸ درصد) بود.

شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به شرح زیر است.

جدول ۲. آمار توصیفی مربوط به پرسشنامه‌ها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	چولگی	کشیدگی
اختلال اضطراب فراگیر	۵/۴۶	۴/۴۰	۰	۲۱	۱/۰۷	۰/۹۴
سلامت بیمار	۶/۸۳	۵/۵۷	۰	۲۷	۱/۱۰	۱/۰۱
افکار خودکشی	۱/۶۹	۴/۳۰	۰	۳۱	۴/۰۵	۱۸/۱۹
بحران خودکشی	۶۶/۴۸	۴۷/۳۹	۰	۲۴۳	۰/۹۴	۰/۲۷
احساس به دام افتادگی	۹/۴۵	۹/۷۲	۰	۴۰	۱/۱۸	۰/۶۷
آشفته‌گی عاطفی عمیق	۲۰/۰۲	۱۲/۷۳	۰	۷۱	۱/۰۲	۰/۷۱
از دست دادن کنترل شناختی	۱۸/۴۴	۱۲/۰۴	۰	۶۰	۰/۶۴	-۰/۲۹
برانگیختگی بیش از حد	۱۳/۸۰	۱۱/۰۶	۰	۵۲	۰/۹۰	۰/۱۳
کناره‌گیری اجتماعی	۴/۷۵	۴/۴۸	۰	۲۰	۱/۰۰۶	۰/۳۹

در جدول ۲ آمار توصیفی مربوط به پرسشنامه‌های پژوهش ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، متغیر افکار خودکشی دارای بالاترین میزان چولگی (۴,۰۵) و کشیدگی (۱۸,۱۹) است که نشان‌دهنده توزیع غیرنرمال و تراکم بالای نمرات در سطح پایین می‌باشد. همچنین میانگین بسیار پایین این متغیر (۱,۶۹) نیز این موضوع را تأیید می‌کند. در مقابل، سایر متغیرهای پژوهش دارای مقادیر چولگی و کشیدگی نسبتاً پایین و نزدیک به دامنه قابل قبول هستند که نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها در این متغیرها است. تنها استثنا متغیر افکار خودکشی است که الگوی توزیع آن به‌طور معناداری با سایر متغیرها تفاوت دارد.

همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. برای ارزیابی همسانی درونی پرسشنامه‌ها و زیرمقیاس‌های آن‌ها، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج این بررسی در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۳: ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه‌ها و مؤلفه‌ها

پرسشنامه/مؤلفه	تعداد سوالات	آلفای کرونباخ
بحران خودکشی	۶۱ سوال	۰/۹۸
احساس به دام افتادگی	۱۰ سوال	۰/۹۵
آشفته‌گی عاطفی عمیق	۱۸ سوال	۰/۹۱
از دست دادن کنترل شناختی	۱۵ سوال	۰/۹۱
برانگیختگی بیش از حد	۱۳ سوال	۰/۹۲
کناره‌گیری اجتماعی	۵ سوال	۰/۸۵

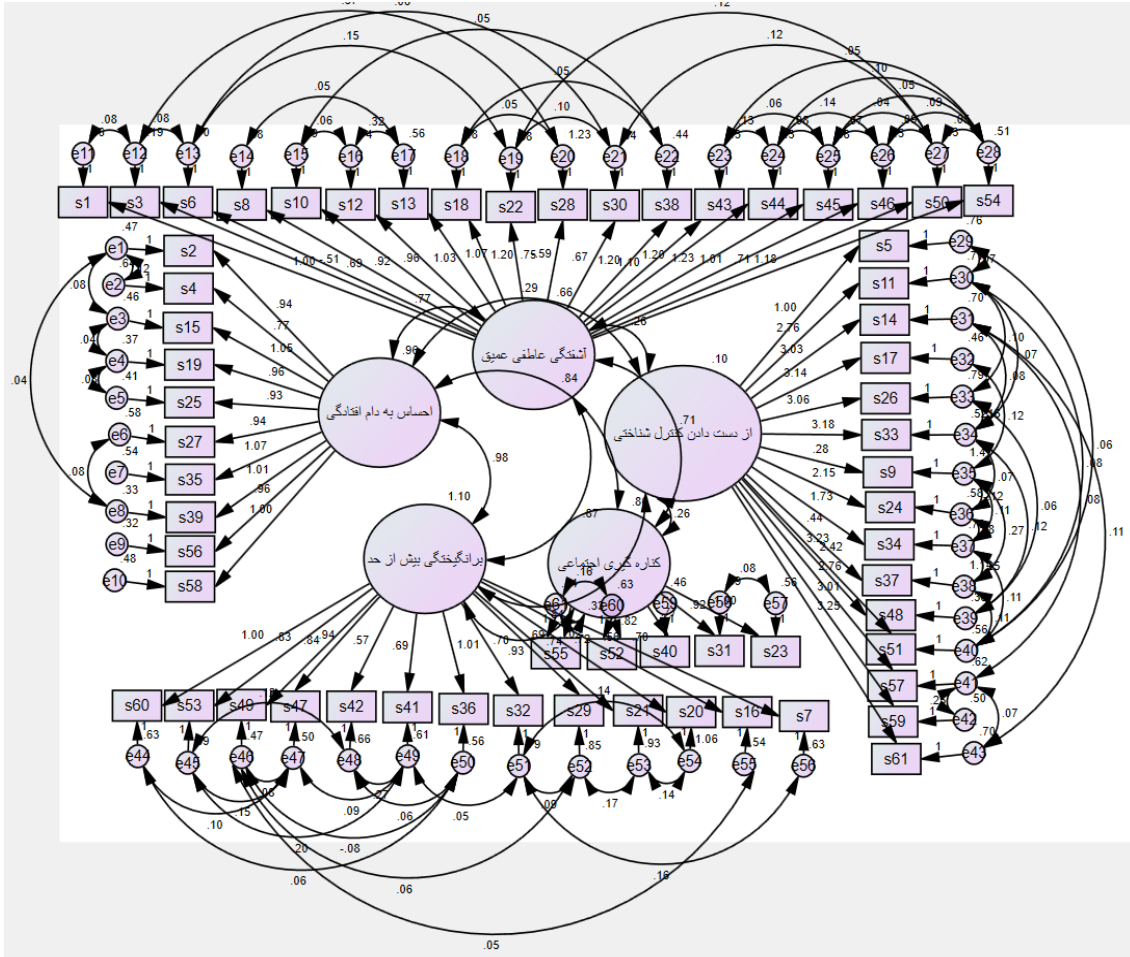
بر اساس جدول ۳، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌ها و مؤلفه‌های پرسشنامه‌ها نشان‌دهنده همسانی درونی بسیار مناسب اکثر مقیاس‌هاست. پرسشنامه بحران خودکشی با ۶۱ آیت‌م دارای ضریب آلفای بسیار بالا (۰/۹۸) است که نشان‌دهنده همسانی درونی فوق‌العاده آن است. همچنین تمام مؤلفه‌های آن دارای ضرایب بالای ۰/۸۵ هستند که بیانگر اعتبار بالای مقیاس در سنجش ابعاد مختلف بحران روانی پیش از خودکشی است، بنابراین همسانی درونی پرسشنامه در سطح قابل قبولی تأیید شد.

برای اعتبارسنجی پرسشنامه ساختار عاملی پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی (CFA) مورد بررسی قرار گرفت. اعتبار مدل تأییدی از طریق شاخص‌های نیکویی برازش ارزیابی شد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقادیر شاخص‌های TLI, IFI, NFI, GFI و CFI همگی در حدود یا بالاتر از ۰,۸۰ قرار دارند که نشان‌دهنده برازش نسبتاً مطلوب مدل است. همچنین مقدار نسبت CMIN/DF برابر ۳,۱۰ است که در محدوده قابل قبول برازش مدل قرار دارد. مقدار RMSEA برابر ۰,۰۵ نیز نشان‌دهنده برازش خوب مدل است. بنابراین، نتایج بیانگر تأیید ساختار عاملی مقیاس بحران خودکشی-۲ در نمونه‌های غیربالینی ایرانی است.

جدول ۴: نتایج شاخص‌های برازش مدل در پرسشنامه بحران خودکشی-۲

شاخص	CM N	DF	CM N/DF	GFI	NFI	IFI	TLI	CFL	RMSEA
مقدار	۵۲۳۲/۵۱۰	۱۶۸۴	۳/۱۰	۰/۸۰۱	۰/۸۳۹	۰/۸۹۹	۰/۹۰۰	۰/۸۸۹	۰/۰۵

بنابراین، با توجه به نتایج شاخص‌های برازش، ساختار عاملی مقیاس بحران خودکشی-۲ در نمونه‌ی غیربالینی ایرانی تأیید شد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش بسیار مناسبی برخوردار است. به‌طور خاص، مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۸ و مقدار CFI، GFI، IFI و TLI همگی نزدیک به ۰/۹۰ بودند که این مقادیر، نشان‌دهنده‌ی برازش خوب مدل با داده‌ها هستند. بنابراین، مدل نهایی می‌تواند ساختار عاملی پرسشنامه بحران خودکشی-۲ را به‌خوبی تأیید کند.



شکل ۱: تحلیل عاملی تأییدی استاندارد شده پرسشنامه بحران خودکشی-۲

به منظور بررسی روایی همگرای پرسشنامه بحران خودکشی-۲، شاخص میانگین واریانس استخراج‌شده (AVE)، پایایی ترکیبی (CR) و آلفای کرونباخ محاسبه شد. همان‌طور که در جدول زیر مشاهده می‌شود، مقدار AVE برابر با ۰/۸۱۴ است که بالاتر از حد معیار ۰/۵۰ بوده و نشان می‌دهد هر سازه سهم قابل‌توجهی از واریانس گویه‌های خود را تبیین می‌کند. علاوه بر این، مقدار بالای پایایی ترکیبی (۰/۹۵۶) و آلفای کرونباخ (۰/۹۸) بیانگر انسجام درونی مطلوب سازه است.

جدول ۵: میانگین واریانس استخراج شده، پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ

متغیر	AVE	CR	Cronbach's al pha
بحران خودکشی-۲	۰/۸۱۴	۰/۹۵۶	۰/۹۸

برای بررسی روایی همگرا از شاخص میانگین واریانس استخراج شده استفاده شد. همچنین، برای ارزیابی پایایی همسانی درونی، از پایایی ترکیبی و ضریب آلفای کرونباخ بهره گرفته شد. نتایج نشان داد که مقادیر واریانس استخراج شده برای همه مؤلفه‌ها بالاتر از حد آستانه ۰/۵۰ هستند که نشان‌دهنده‌ی روایی همگرایی مطلوب می‌باشد. همچنین، مقادیر آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی نیز همگی بالاتر از ۰/۷۰ بودند که بیانگر پایایی مناسب و همسانی درونی خوب گویه‌ها در هر مؤلفه است.

برای بررسی روایی واگرا، بر اساس معیار فورنل و لارکر (۱۹۸۱)، مقدار ریشه دوم AVE بزرگ‌تر از ضرایب همبستگی میان سازه‌ها به دست آمد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روایی واگرای مقیاس نیز در سطح مطلوب قرار دارد و سازه بحران خودکشی-۲ توانسته است تمایز خود را از سایر سازه‌ها حفظ کند.

تحلیل‌های آماری لازم به‌منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه بحران خودکشی-۲ انجام گرفت. تحلیل عاملی تأییدی (CFA) برای تأیید مدل عاملی استخراج شده مورد استفاده قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش بسیار مطلوبی با داده‌ها برخوردار است. شاخص‌های نیکویی برازش شامل CFI، GFI، IFI و TLI همگی مقادیری نزدیک به ۰/۹۰۰ داشتند و مقدار RMSEA نیز برابر با ۰،۰۵ بود که نشان‌دهنده‌ی برازش عالی مدل می‌باشد.

علاوه بر این، روایی همگرایی سازه‌ها از طریق محاسبه میانگین واریانس استخراج شده (AVE) ارزیابی شد و نتایج نشان دادند که تمامی مؤلفه‌ها دارای AVE بالاتر از ۰،۵۰ هستند. این یافته‌ها مؤید روایی همگرایی قابل قبول پرسشنامه است. همچنین، مقادیر پایایی ترکیبی (CR) و آلفای کرونباخ برای سازه‌ها به ترتیب بالاتر از ۰،۷۰ و ۰،۹۰ گزارش شدند که بیانگر پایایی و همسانی درونی مناسب ابزار می‌باشند.

در مجموع، نتایج به دست آمده در این فصل بیانگر آن است که نسخه فارسی پرسشنامه بحران خودکشی-۲ از ساختار عاملی معتبر، روایی همگرایی قابل قبول و پایایی مطلوب برخوردار است و می‌تواند به‌عنوان ابزاری مناسب برای سنجش بحران خودکشی در جامعه هدف مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به نتایج تحلیل پایایی (بازآزمایی و همسانی درونی) و تحلیل عاملی تأییدی، می‌توان نتیجه گرفت که پرسشنامه بحران خودکشی-۲ در نمونه‌های غیربالیینی ایرانی از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که نسخه فارسی پرسشنامه بحران خودکشی-۲ (SCI-2) از ویژگی‌های روان‌سنجی بسیار مطلوبی در نمونه غیربالیینی ایرانی برخوردار است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی از برازش مناسب مدل پنج‌بعدی ابزار بود و شاخص‌های برازش گزارش شده نشان دادند که ساختار عاملی پیشنهادی با داده‌های تجربی انطباق قابل قبولی دارد. این نتیجه بیانگر آن است که مؤلفه‌های نظری بحران خودکشی، شامل احساس به‌دام‌افتادگی، آشفتگی عاطفی عمیق، از دست دادن کنترل شناختی، برانگیختگی بیش از حد و کناره‌گیری اجتماعی، در بافت فرهنگی ایران نیز به‌صورت متمایز اما مرتبط قابل شناسایی هستند. این یافته با چارچوب مفهومی بحران خودکشی همسو است که خودکشی را نه صرفاً پیامد یک تشخیص بالینی، بلکه نتیجه ورود فرد به یک وضعیت روانی حاد و ناپایدار می‌داند (Galyunker, 2023). هم‌راستایی ساختار عاملی نسخه فارسی با نسخه‌های بین‌المللی نشان می‌دهد که تجربه ذهنی بحران خودکشی دارای هسته‌ای مشترک است که می‌تواند در فرهنگ‌های مختلف به‌طور معتبر سنجیده شود (Bloch-Elkouby et al., 2021).

یکی از یافته‌های برجسته پژوهش حاضر، ضرایب بسیار بالای آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها بود که بیانگر همسانی درونی عالی SCI-2 است. این سطح از پایایی نشان می‌دهد که گویه‌های هر مؤلفه به‌طور منسجم یک سازه واحد را اندازه‌گیری می‌کنند و ابزار از ثبات درونی بالایی برخوردار است. نتایج حاضر با مطالعات پیشین که پایایی بالای SCI-2 را در نمونه‌های مختلف گزارش کرده‌اند همخوانی دارد (Ji Yoon et al., 2022; Park et al., 2022). همچنین، یافته‌های به دست آمده در این پژوهش با نتایج مطالعات انجام شده در آمریکای لاتین که همسانی درونی بسیار مطلوب این ابزار را تأیید کرده‌اند، هم‌راستا است (Peper-Nascimento et al., 2024). این

همگرایی نتایج نشان می‌دهد که SCI-2 از نظر پایایی، ابزاری قابل اعتماد برای سنجش بحران خودکشی در جمعیت‌های غیربالیینی محسوب می‌شود.

روایی همگرایی پرسشنامه بحران خودکشی-۲ نیز در این مطالعه تأیید شد. مقادیر میانگین واریانس استخراج‌شده بالاتر از حد آستانه، نشان داد که سازه بحران خودکشی سهم قابل توجهی از واریانس گویه‌های خود را تبیین می‌کند. علاوه بر این، همبستگی معنادار SCI-2 با ابزارهای مرتبط مانند مقیاس افکار خودکشی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب، بیانگر آن است که این پرسشنامه به درستی با سازه‌های نظری مرتبط همسو است، بدون آنکه به‌طور کامل با آن‌ها همپوشانی داشته باشد. این یافته با پژوهش‌هایی هم‌خوان است که نشان داده‌اند بحران خودکشی مفهومی متمایز از افسردگی صرف است و می‌تواند حتی در سطوح پایین نشانه‌های افسردگی نیز خطر اقدام به خودکشی را منعکس کند (Rogers et al., 2018). از این منظر، SCI-2 می‌تواند خلأ موجود میان سنجش نشانه‌های خلقی و ارزیابی وضعیت‌های بحرانی قریب‌الوقوع را پر کند.

تأیید ساختار عاملی SCI-2 در نمونه غیربالیینی ایرانی، اهمیت ویژه‌ای در زمینه پیشگیری اولیه دارد. بسیاری از افراد در مراحل اولیه بحران خودکشی هنوز به خدمات تخصصی مراجعه نکرده‌اند و ممکن است تشخیص بالینی مشخصی نداشته باشند. پژوهش‌های جمعیتی نشان داده‌اند که افکار خودکشی می‌تواند در بستر عوامل محیطی و بین‌فردی مانند تجربه اقدام به خودکشی در دوستان یا اعضای خانواده شکل گیرد و در بلندمدت تداوم یابد (Liu & Wang, 2024). همچنین، اختلالات خواب و بی‌نظمی‌های ریتم شبانه‌روزی به‌عنوان عوامل خطر پویا، می‌توانند شدت بحران روانی را افزایش دهند (Liu et al., 2024). با تمرکز بر تجربه ذهنی فوریت روانی، امکان شناسایی این وضعیت‌ها را پیش از بروز رفتارهای شدید فراهم می‌سازد.

یافته‌های این پژوهش همچنین در چارچوب پژوهش‌های داخلی ایران قابل تفسیر است. مطالعات داخلی پیشین افزایش شیوع افکار خودکشی در میان گروه‌هایی مانند دانشجویان و افراد مبتلا به افسردگی را گزارش کرده‌اند و بر ضرورت برنامه‌های پیشگیرانه تأکید داشته‌اند (Hemmati Kheirabadi, 2021; Taramian et al., 2018). با این حال، بسیاری از این پژوهش‌ها از ابزارهایی استفاده کرده‌اند که بیشتر بر تاریخچه رفتار یا شدت نشانه‌ها تمرکز دارند. در مقابل، SCI-2 با رویکرد بحران‌محور خود، می‌تواند مکمل این ابزارها باشد و اطلاعات دقیق‌تری درباره وضعیت روانی حاد فرد ارائه دهد. این موضوع با یافته‌های پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند مداخلات شناختی-رفتاری زمانی اثربخش‌تر هستند که بر اساس ارزیابی دقیق وضعیت بحرانی طراحی شوند (Rostami et al., 2021).

در سطح مفهومی، نتایج این پژوهش از دیدگاه‌هایی حمایت می‌کند که خودکشی را نتیجه تعامل چندلایه عوامل فردی، هیجانی و شناختی می‌دانند. مرورهای نظام‌مند اخیر نشان داده‌اند که رفتار خودکشی در نوجوانان و جوانان تحت تأثیر عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی قرار دارد و هیچ عامل واحدی به‌تنهایی تبیین‌کننده آن نیست (Prades-Caballero et al., 2025). SCI-2 با پوشش مؤلفه‌هایی مانند کناره‌گیری اجتماعی و از دست دادن کنترل شناختی، می‌تواند بازتابی از این سطوح مختلف خطر باشد. افزون بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودآسیب‌رسانی غیرخودکشی و الگوهای اعتیادگونه رفتاری می‌توانند با بحران خودکشی همپوشانی داشته باشند و خطر را تشدید کنند (Muradian et al., 2025). این همپوشانی اهمیت استفاده از ابزارهایی را برجسته می‌سازد که بتوانند وضعیت‌های پیچیده و چندبعدی را به‌طور جامع ارزیابی کنند.

از منظر اجتماعی و فرهنگی، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در چارچوب تلاش‌های جهانی برای ارتقای سواد خودکشی و کاهش انگ مرتبط با آن تفسیر شود. مطالعات نشان داده‌اند که نگرش‌های منفی و انگ اجتماعی می‌تواند مانع کمک‌جویی شود و بحران را تشدید کند (O'Donnell et al., 2025). در چنین شرایطی، استفاده از ابزارهای معتبر و استاندارد می‌تواند به متخصصان کمک کند تا بدون برچسب‌زنی، وضعیت روانی افراد را ارزیابی و مداخلات مناسب را طراحی کنند. همچنین، پژوهش‌های اخیر بر نقش عوامل محافظتی مانند خودشفقتی در کاهش خطر خودکشی تأکید کرده‌اند (Patra, 2025) که می‌تواند در تفسیر نمرات SCI-2 و طراحی مداخلات مکمل مورد توجه قرار گیرد.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که نسخه فارسی پرسشنامه بحران خودکشی-۲ از نظر ساختار عاملی، پایایی و روایی همگرا، ابزاری معتبر برای سنجش بحران خودکشی در جمعیت غیربالینی ایرانی است. این یافته‌ها با بدنه رو به رشد پژوهش‌های بین‌المللی همسو است که بر اهمیت ارزیابی وضعیت‌های بحرانی پیشا خودکشی تأکید دارند (Morelli et al., 2025; Wu et al., 2025). اعتبارسنجی این ابزار می‌تواند گامی مهم در جهت توسعه پژوهش‌های بومی، غربالگری دقیق‌تر و طراحی مداخلات پیشگیرانه مؤثر در ایران باشد.

یکی از محدودیت‌های اصلی این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و تمرکز بر جمعیت غیربالینی ساکن یک استان بود که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج به سایر مناطق و گروه‌های بالینی را محدود کند. همچنین، داده‌ها مبتنی بر خودگزارش‌دهی بودند و امکان سوگیری پاسخ وجود دارد. افزون بر این، ماهیت مقطعی مطالعه مانع از بررسی اعتبار پیش‌بین ابزار در بازه‌های زمانی طولی شد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی اعتبار پیش‌بین SCI-2 را در نمونه‌های بالینی و در طراحی‌های طولی بررسی کنند تا توان ابزار در پیش‌بینی رفتارهای خودکشی در طول زمان مشخص شود. همچنین، بررسی نقش متغیرهای فرهنگی، جنسیتی و سنی در ساختار عاملی پرسشنامه می‌تواند به غنای شواهد روان‌سنجی آن بیفزاید. مقایسه SCI-2 با ابزارهای نوین مبتنی بر فناوری نیز می‌تواند مسیرهای پژوهشی جدیدی ایجاد کند.

در عمل، می‌توان از SCI-2 به‌عنوان ابزاری غربالگری در مراکز مشاوره، دانشگاه‌ها و خدمات سلامت روان استفاده کرد تا افراد در معرض بحران به‌موقع شناسایی شوند. آموزش متخصصان در تفسیر نمرات این پرسشنامه و ادغام آن با ارزیابی‌های بالینی می‌تواند اثربخشی مداخلات پیشگیرانه را افزایش دهد. همچنین، استفاده از این ابزار در برنامه‌های ملی پیشگیری از خودکشی می‌تواند به تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد کمک کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Suicide is widely recognized as a complex and multidimensional public health challenge that emerges from the dynamic interaction of psychological, social, and contextual factors rather than from a single psychiatric diagnosis. Classical psychiatric frameworks conceptualize suicidal behavior along a continuum ranging from passive death wishes and suicidal ideation to suicide attempts and completed suicide, emphasizing that the transition from thought to action is often precipitated by acute psychological states rather than stable diagnostic categories (Kaplan & Sadock, 2015). Empirical research has demonstrated that suicidal ideation can be strongly associated with suicide attempts even at relatively low levels of depressive symptomatology, highlighting the limitations of relying exclusively on depression severity as an indicator of imminent suicide risk (Rogers et al., 2018). Consequently, there has been growing recognition of the need for assessment tools that move beyond traditional symptom-based measures and capture the subjective experience of acute suicidal crises.

Traditional instruments, such as depression inventories or ideation-focused scales, have shown strong psychometric properties but were not originally designed to assess imminent suicide risk. For instance, the Beck Depression Inventory provides a reliable index of depressive severity but does not adequately capture the acute psychological urgency that characterizes pre-suicidal states (Beck et al., 1988). Similarly, commonly used screening tools for suicidal behavior primarily assess lifetime history or frequency of ideation and attempts, offering limited insight into the fluctuating and dynamic nature of suicidal crises (Osman et al., 2001). These limitations have prompted the development of crisis-oriented models that conceptualize suicide as the outcome of entering a distinct psychological state marked by intense distress, cognitive constriction, emotional dysregulation, and a sense of entrapment.

Within this context, the suicidal crisis framework proposes that imminent suicide risk is best understood as a time-limited psychological condition characterized by overwhelming emotional pain, loss of cognitive control, hyperarousal, and social withdrawal (Galynker, 2023). Based on this theoretical perspective, the Revised Suicide Crisis Inventory (SCI-2) was developed to operationalize the core experiential components of suicidal crises. Empirical studies have demonstrated that SCI-2 scores are robustly associated with short-term suicidal outcomes and provide incremental predictive validity beyond traditional measures of depression and suicidal ideation (Bloch-Elkouby et al., 2021). Importantly, the SCI-2 has shown a stable multidimensional factor structure and strong psychometric properties across diverse cultural contexts, including East Asian and Latin American populations (Ji Yoon et al., 2022; Park et al., 2022; Peper-Nascimento et al., 2024).

Parallel to these methodological advances, contemporary research has emphasized the multifactorial nature of suicide risk. Longitudinal studies indicate that exposure to suicidal behavior among peers or family members during adolescence can significantly increase the likelihood of suicidal ideation and attempts later in life (Liu & Wang, 2024). Sleep disturbances have also been identified as dynamic risk factors that interact bidirectionally with suicidal thoughts and behaviors, particularly among adolescents and young adults (Liu et al., 2024). Moreover, emerging evidence highlights the role of non-suicidal self-injury, addictive behavioral patterns, and early adverse experiences in amplifying vulnerability to suicidal crises (Muradian et al., 2025;

Zheng et al., 2025). These findings underscore the importance of assessment tools capable of capturing the acute psychological manifestations of crisis states within broader developmental and social contexts. In Iran, suicide has increasingly been recognized as a significant mental health concern, with national and regional studies reporting notable prevalence rates of suicidal ideation among university students and individuals with depressive disorders (Hemmati Kheirabadi, 2021; Taramian et al., 2018). Although several interventions have demonstrated effectiveness in reducing suicidal thoughts, their success often depends on early and accurate identification of individuals experiencing acute psychological crises (Rostami et al., 2021). Despite this need, there remains a scarcity of culturally adapted instruments specifically designed to assess suicidal crises rather than general psychopathology. While existing tools have contributed valuable insights, they may not fully capture the phenomenology of imminent suicide risk within the Iranian cultural context. Recent international scholarship has further emphasized the importance of suicide literacy, stigma reduction, and help-seeking attitudes as contextual factors that influence both risk and prevention efforts (O'Donnell et al., 2025; Patra, 2025). Additionally, umbrella reviews and large-scale syntheses highlight that suicidal behavior in adolescents and young adults is shaped by interacting influences at individual, familial, community, and societal levels (Prades-Caballero et al., 2025). These developments reinforce the value of crisis-focused assessment tools that can complement broader prevention strategies. Against this background, validating the Persian version of the SCI-2 represents an essential step toward advancing suicide research, screening, and prevention efforts in Iran.

Methods and Materials

The present study employed a descriptive–correlational design to examine the psychometric properties of the Persian version of the Suicide Crisis Inventory–2. The study population consisted of adults aged 18 years and older residing in Tehran Province. A total of 651 participants were recruited using convenience sampling. Inclusion criteria included fluency in Persian, residence in Tehran at the time of data collection, and voluntary informed consent. Individuals who reported a diagnosed psychiatric disorder requiring hospitalization within the past year or who provided incomplete questionnaire responses were excluded.

The translation and cultural adaptation process followed a systematic procedure including forward translation, back-translation, expert review for content and face validity, and a pilot study to assess clarity, cultural appropriateness, and response burden. Participants completed the Persian SCI-2 along with additional self-report measures assessing suicidal ideation, depressive symptoms, and anxiety. Data were analyzed using statistical software packages to compute descriptive statistics, internal consistency indices, composite reliability, average variance extracted, and confirmatory factor analysis to test the proposed five-factor model of the SCI-2.

Findings

Descriptive analyses indicated that participants represented a wide age range and diverse educational backgrounds, reflecting a heterogeneous non-clinical sample. Internal consistency analyses revealed excellent reliability for the total SCI-2 score, with very high Cronbach's alpha coefficients for the overall scale and all subscales. Composite reliability indices similarly exceeded recommended thresholds, indicating strong internal coherence among items within each factor.

Confirmatory factor analysis supported the hypothesized five-factor structure of the SCI-2, comprising entrapment, emotional pain, loss of cognitive control, hyperarousal, and social withdrawal. Model fit indices demonstrated acceptable to good fit, with values falling within established criteria. Factor loadings were substantial and statistically meaningful, suggesting that each item contributed adequately to its intended latent construct.

Convergent validity was supported by average variance extracted values exceeding the recommended minimum, indicating that the latent constructs accounted for a substantial proportion of variance in their

respective indicators. Correlational analyses showed meaningful associations between SCI-2 scores and measures of suicidal ideation, depression, and anxiety, while maintaining sufficient distinction to suggest that the SCI-2 assesses a related but non-redundant construct. Overall, the findings demonstrated that the Persian SCI-2 possesses strong psychometric properties in a non-clinical Iranian sample.

Discussion and Conclusion

The results of this study provide compelling evidence that the Persian version of the Suicide Crisis Inventory-2 is a reliable and valid instrument for assessing suicidal crises in an Iranian non-clinical population. The confirmation of the five-factor structure aligns with the theoretical model underlying the SCI-2 and supports the cross-cultural applicability of the suicidal crisis construct. The high levels of internal consistency and composite reliability indicate that the instrument offers stable and precise measurement of acute crisis-related experiences.

The demonstration of convergent validity suggests that the SCI-2 meaningfully relates to established indicators of suicide risk while capturing unique aspects of acute psychological crisis. This distinction is particularly important, as it highlights the value of crisis-focused assessment in identifying individuals who may not meet criteria for severe depression yet remain at elevated risk for suicidal behavior. By emphasizing experiential dimensions such as entrapment and cognitive dysregulation, the SCI-2 provides clinically relevant information that can inform timely intervention.

From a broader perspective, the availability of a validated Persian version of the SCI-2 represents an important advancement for suicide research and prevention in Iran. The instrument can facilitate early detection of crisis states in community and educational settings, support more nuanced risk assessment in clinical practice, and contribute to the evaluation of preventive and therapeutic interventions. Although further research is needed to examine predictive validity in longitudinal and clinical samples, the present findings establish a strong foundation for the use of the SCI-2 in both research and applied contexts. In conclusion, the Persian SCI-2 emerges as a psychometrically sound tool that can enhance understanding, assessment, and prevention of suicidal crises within the Iranian cultural context.

فهرست منابع

References

- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8, 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Bloch-Elkouby, S., Barzilay, S., Gorman, B. S., Lawrence, O. C., Rogers, M. L., Richards, J. C. L. J., Johnson, B. N., & Galynker, I. (2021). The revised suicide crisis inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. *Journal of affective disorders*, 295, 1280-1291. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.048>
- Galynker, I. (2023). *The Suicidal Crisis: Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780197582718.001.0001>
- Ghaderi Bage Jan, K., Eskandari, H., Barjali, A., Sohrabi, F., Soleimani, M., & Ziegler, M. (2022). Comparing suicidal behaviors, self-harming behaviors, and the capacity for shame and guilt among individuals with the Dark Triad personality traits and individuals with the Vulnerable Triad personality traits. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, 9(1), 16-32. <https://ensani.ir/fa/article/497504/>
- Hemmati Kheirabadi, M. (2021). *Investigating the Prevalence of Suicidal Thoughts in Depressed Individuals in Shahroud County in the Year 2020* [Doctoral Dissertation, Islamic Azad University (Shahroud Branch), Faculty of Medical Sciences]. Medical Department.
- Ji Yoon, P., Rogers, M. L., Bloch-Elkouby, S., Richards, J. A., Lee, S., Galynker, I., & You, S. (2022). Factor Structure and Validation of the Revised Suicide Crisis Inventory in a Korean Population. *Korean Neuropsychiatric Association*, 162-173. <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0208>
- Kaplan, H., & Sadock, V. J. (2015). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Vol. 2). Lippincott Williams & Wilkins, USA. <https://www.amazon.com/Kaplan-Sadocks-Comprehensive-Textbook-Psychiatry/dp/1975175735>

- Liu, L., & Wang, W. (2024). Suicide attempts of friends and family during adolescence and long-term suicidal ideation and attempts: Findings from the 25-year Add Health study. *Journal of affective disorders*, 358, 377-382. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.053>
- Liu, X., Yang, Y., Liu, Z. Z., & Jia, C. X. (2024). Bidirectional associations between sleep problems and suicidal thought/attempt in adolescents: a 3-wave data path analysis. *Journal of affective disorders*, 350, 983-990. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.153>
- Morelli, N., Matuszewski, D., Walker, C., Fatima, S., Bridge, A., Klaus, N., Harris, K. J., & Teran, P. (2025). Chronic Suicidality in Youth Admitted for Mental Health Emergencies: A Retrospective Chart Review. *Kansas Journal of Medicine*, 18(5), 111-114. <https://doi.org/10.17161/kjm.vol18.23589>
- Muradian, A. A., Timerbulatova, M. F., & Timerbulatov, I. F. (2025). Non-Suicidal Self-Harm and Its Addictive Potential in Adolescents With Drug-Related Disorders. *Vestnik Nevrologii Psichiatrii I Neirohirurgii (Bulletin of Neurology Psychiatry and Neurosurgery)*(4), 441-448. <https://doi.org/10.33920/med-01-2504-02>
- O'Donnell, S., Richardson, N., & McGrath, A. (2025). Suicide Literacy, Suicide Stigma, and Help-Seeking Attitudes Among Men in a University Setting in Ireland. *Health Promotion International*, 40(1). <https://doi.org/10.1093/heapro/daae209>
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-454. <https://doi.org/10.1177/107319110100800409>
- Park, J. Y., Rogers, M. L., Bloch-Elkouby, S., Richards, J. A., Lee, S., Galynker, I., & You, S. (2022). Factor Structure and Validation of the Revised Suicide Crisis Inventory in a Korean Population. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 162-173. <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0208>
- Patra, S. (2025). Self-Compassion: The Key to Suicide Prevention in Young People. In *Handbook of Suicide Prevention: Insights, Strategies and Approaches* (pp. 441-461). Springer Nature Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-96-1403-5_24
- Peper-Nascimento, J., Rogers, M. L., Richards, J. A., Diaz, A. P., Ceretta, L. B., Keller, G. S., Quevedo, J., Galynker, I., & Valvassori, S. S. (2024). Suicide Crisis Inventory-2: factor structure, internal consistency, and validity in a Brazilian sample. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 46, e20233366. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3366>
- Prades-Caballero, V., Navarro-Pérez, J. J., & Carbonell, Á. (2025). Factors Associated with Suicidal Behavior in Adolescents: An Umbrella Review Using the Socio-Ecological Model. *Community Mental Health Journal*, 61(4), 612-628. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01368-2>
- Rogers, M. L., Ringer, F. B., & Joiner, T. E. (2018). The association between suicidal ideation and lifetime suicide attempts is strongest at low levels of depression. *Psychiatry research*, 270, 324-328. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.061>
- Rostami, M., Azad, E., & Rahmati, F. (2021). The Effectiveness of Short-Term Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Suicidal Thoughts in Conscript Soldiers. *Journal of Military Medicine*, 23(6), 499-507. <https://sid.ir/paper/992991/en>
- Taramian, F., Yaghoubi, H., Piroozi, H., & Zafar, M. (2018). *Comprehensive Program for Prevention and Intervention in Suicidal Behavior in University Environments* (Third Edition ed.). Youth Affairs Organization, Counseling and Mental Health Office.
- Vashaghani Farahani, N., & Safari, H. (2025). Predicting suicidal ideation based on brain-behavioral systems with the mediating role of emotion regulation in depressed patients. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 13(12), 177-186.
- Wu, W., Cui, Z., Lei, C., Duan, Y., Qu, D., Wu, J., & Zhang, C. (2025). The 1st SpeechWellness Challenge: Detecting Suicidal Risk Among Adolescents. *arXiv preprint*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2501.06474>
- Xiao, Y. (2025). Addictive Screen Use Trajectories and Suicidal Behaviors, Suicidal Ideation, and Mental Health in US Youths. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.7829>
- Zheng, X., Liu, Z., Liu, T., & Mu, S. (2025). Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury Among Chinese College Students: Roles of Parent-Child Attachment and Negative co-Rumination. *Journal of family violence*, 1-4. <https://doi.org/10.1007/s10896-025-00854-9>