فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال پانزدهم، شماره شصت و یکم، ص۱۸۰-۱۶۷، پاییز ۱۴۰۰
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 15, No. 61, P 167-180, Autumn 2021

مقاله پژوهشی
Research Article

نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افکار غیر منطقی در پیش‌بینی افکار خودکشی در زنان دارای همسر وابسته به مواد

افسانه شهبازی راد[۱]، فرشته محمدی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۰۸

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افکار غیر منطقی در پیش-بینی افکار خودکشی در زنان دارای همسر وابسته به مواد شهر اسلام آباد غرب در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ بود. **روش:** این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش حاضر شامل همه زنانی بود که دارای همسر وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مرکز کاهش آسیب افق تازه بهاران اسلام آباد غرب بودند که از بین این زنان ۳۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس افکار خودکشی بک، پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان و مقیاس باور غیر منطقی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان به کار برده شد. **یافته‌ها:** میانگین سنی افراد ۳۷/۸ سال با انحراف معیار ۴/۲ بود. افکار غیر منطقی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه رابطه مثبت معناداری با افکار خودکشی داشتند. بین افکار خودکشی و راهبردهای تنظیم شناختی سازگارانه رابطه منفی معناداری وجود داشت. نتایج نشان داد افکار غیر منطقی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با هم توانستند ۴۷ درصد واریانس افکارخودکشی را تبیین کنند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های بدست آمده، می‌توان اقداماتی در راستای افزایش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و کاهش افکار غیر منطقی انجام داد که باعث کاهش افکار خودکشی در بین زنان دارای همسر وابسته به مواد شود.

کلیدواژه‌ها: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، افکار غیر منطقی، افکار خودکشی، اعتیاد، زنان

۱. نویسنده مسئول: دکتری روان‌شناسی، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. پست الکترونیک: Ashahbazirad2020@gmail.com
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]

مقدمه

یکی از مشکلات کشورهای جهان مصرف مواد مخدر می‌باشد، در حالی که اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک شرایط ویژه، موضوعی است که از اواخر سده هیجده و اوائل سده نوزده میلادی مطرح شده است (لوین[1]، ۱۹۷۸). زنانی که دارای همسر وابسته به مواد هستند ممکن است به سمت مصرف مواد روی بیاورند (بنویت و کوکن[2]، ۲۰۱۲) و زنانی که سوءمصرف‌کننده مواد می‌باشند، در قیاس با زنان عادی جامعه احتمال دارد که بیشتر با مردان دارای سوءمصرف مواد وارد تشکیل زندگی مشترک شوند (زیلبرمن و بلوم[3]، ۲۰۰۵؛ به نقل از محمدخانی، ۱۳۸۸). از جمله مسائلی که زنان دارای همسر وابسته به مواد با آن مواجه هستند، امور خانه‌داری و تربیت فرزندان، سرپرستی خانواده و مشکلات مالی می‌باشد و همچنین انواع مشکلات سوءمصرف مواد مخدر آنان را تهدید می‌کند (محمدی‌فر، طالبی و طباطبایی، ۱۳۸۹). تبعات مصرف مواد در خانواده بسیار زیاد است، یکی از این موارد اقدام به خودکشی می‌باشد. خودکشی عبارت از تلاش آگاهانه به منظور پایان دادن به زندگی فرد توسط خودش است که این تلاش ممکن است به اقدام خودکشی تبدیل گردد یا فقط به شکل یک احساس در او باقی بماند (کیلگوس، ماکسمن و وارد[4]، ۲۰۱۹). خودکشی یکی از نگرانی‌های بهداشت عمومی در جهان است و تقریبا ۱/۵ درصد از کل مرگ و میر در سراسر جهان را تشکیل می‌دهد (سازمان جهانی بهداشت[5]، ۲۰۱۸). بر اساس گزارشات سازمان جهانی بهداشت، در کل دنیا تعداد ۴۰۰ هزار نفر در هر سال اقدام به خودکشی می‌کنند. این عمل یکی از ده علل اصلی مرگ و میر در دنیا به شمار می‌رود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸). میزان اختصاص جنسیت در مورد خودکشی برابر با ۱۳/۷ نفر در هر صد هزار نفر در مردان و ۷/۵ نفر در هر صد هزار نفر در زنان می‌باشد (دوست محمدی و رضائیان، ۱۳۹۸). بالاترین میزان خودکشی در ایران مربوط به منطقه غرب کشور است که در این بین در زنان بیشتر از مردان می‌باشد، در حالی که در برخی استان‌ها میزان خودکشی مردان بالاتر از زنان است (باختر و رضائیان، ۲۰۱۷).

1. Levine
2. Benoit & Koken
3 .Zilberman & Blume
4. Kilgus, Maxmen & Ward
5. World Health Organization

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]

بر اســـاس مطالعات صـــورت گرفته در خصـــوص عوامل موثر در خودکشـــی، دسـته‌بندی‌هایی ذکر شـده اسـت که می‌توان به عنوان مثال به عوامل روان‌پزشـکی (مثل بیماری‌های روانی)، عوامل اقتصـادی (همچون مسـائل مالی، ورشـکسـتگی و تنزل پایگاه اجتماعی و بیکاری افراد) و عوامل احساسی (مثل شکست‌های تحصیلی و عشقی، مرگ یا مریضـی شـخص مورد علاقه و یا بسـتگان) اشـاره کرد (وبر[1] و همکاران، ۲۰۱۳). برخی ویژگی‌های بالینی مثل سطوح بالایی از نشانگان افسردگی و یا حضور اختلالات افسردگی و اختلالات هیجانی (کانزلر، برایان، مک‌گری و مارو[2]،۲۰۱۲) به شـکل باثباتی در خودکشی و اقدام به خودکشی در بین افراد مبتلا به اختلال روان‌پزشکی در ارتباط است (باکا-کاریکا، پرز-رودیگز، دیاز-ساستری، سایز-رویز و دی آلن[3]، ۲۰۰۵). بنابراین، لازم و ضـروری به نظر می‌رسـد زمینه‌هایی که موجب ایجاد این افکار می‌شـوند شـناسـایی و در صـورت امکان از وقوع آن‌ها پیشـگیری به عمل آید. یکی از این موضـوعات باورهای غیر منطقی اشـخاص می‌باشـد. باورهای غیر منطقی، افکار منفی می‌باشند که بر روان فرد تسلط داشته و باعث تبیین و تفسیر وقایع می‌شوند و همچنین کیفیت و کمیت رفتارها و احساسات را تنظیم می‌کنند. باورهای غیر منطقی وجود خارجی ندارند و بر اسـاس واقعیت نیسـتند و موجب برهم خوردن تعادل فرد شـــده و همچنین موفقیت شـــخص در برخورد با رویداد تحریک‌زا را تحت تاثیر قرار می‌دهند (الیس[4]، ۱۹۹۵). اشـــخاص در ســـنجش شـــرایط استرس‌زا به دو گونه می‌اندیشـند: بعضـی از آنان روش تفکر منطقی را به کار می‌گیرند، به گونه‌ای که در افکار و نگرش آنان اثری از اجبار نمی‌باشـــد و بدین گونه بقای آنان تامین می‌شـود. اینها افرادی هسـتند که بسـیار توانمند و خوشـحالند و از احسـاسـات مثبت مثل آرامش و خوشـحالی برخوردارند. بعضـی دیگر از اشـخاص روش اندیشـیدن غیر منطقی را مورد اســـتفاده قرار می‌دهند، به نحوی که نگرش‌ها و عقاید آنان مملو از اجبار و الزام می‌باشد. این افراد کسانی هستند که دارای اضطراب بوده و ناکامی و تعارضات بسیاری را تجربه می‌کنند (شـــفیع‌آبادی و ناصـــری، ۱۳۷۲). مطالعات حاکی از آن اســـت زمانی که

1. Weber
2. Kanzler, Bryan, McGeary & Morrow
3. Baca-Garcia, Perez-Rodriguez, Diaz Sastre, Saiz-Ruiz & De Leon
4. Ellis

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]

حادثه ناگواری رخ می‌دهد، خود حادثه تولید اضطراب و نگرانی نمی‌کند، بلکه تفسیر شخص از حادثه است که موجب ناراحتی برای شخص می‌شود (الیس، ۲۰۰۰). نگرانی و استرس‌های هر شخص محصول تفکرات غیر منطقی وی می‌باشد. این افکار از اندیشه‌ها و عقایدی تشکیل شده‌اند که دارای ماهیت اجبارگونه و مطلق‌گرایی می‌باشند و اختلالات روانی، رفتاری، هیجانی را بوجود می‌آورند و این اختلالات زمینه بروز افکار و به دنبال آن اقدام به خودکشی را فراهم می‌سازند (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۷۲). پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از این است که بین افکار غیر منطقی و خودکشی رابطه مثبت وجود دارد (صدری دمیرچی و صمدی فرد، ۱۳۹۷؛ صولتی، ۲۰۰۰؛ وود و مولر[1]، ۱۹۸۸؛ لاستر[2]، ۱۹۸۹). از دیگر عوامل مطرح در رابطه با خودکشی می‌توان به تنظیم شناختی هیجان اشاره کرد. در تعریف تنظیم شناختی هیجان باید گفت که به عنوان راه‌های کنترل و مدیریت هیجان در نظر گرفته می‌شود (اوکسنر و گراس[3]، ۲۰۰۵).

هیجان از چندین قسمت تشکیل شده و شامل فرآیندهای احساسی، جسمی، شناختی، بیانی و انگیزشی است (شامن و شیرر[4]، ۲۰۱۵). تنظیم شناختی هیجان روشی است که اشخاص جهت واکنش به شرایط محیطی به صورت آگاهانه و ناآگاهانه احساسات و عواطف خود را مدیریت می‌کنند و نوع خاصی از خودتنظیمی تلقی می‌شود. به صورت کلی، تنظیم هیجان از عناصر مهم در ارتقاء بهزیستی و عملکرد موفق اشخاص می‌باشد و در سازگاری با حوادث استرس‌زا دارای اهمیت است (صدری، اسماعیلی و اسدی، ۲۰۱۶). مطالعات نشان داده‌اند که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از عوامل مرتبط با افکار خودکشی واختلالات روانی است (هاتکویچ، پنر و شارپ[5]، ۲۰۱۹، نیاکسیو، فنگ، رودیگز و روزنتال[6]، ۲۰۱۸؛ لگرستی، گارنفسکی، ورهاست و یوتنس[7]، ۲۰۱۱؛ گارنفسکی، بان و کرایجی[8]، ۲۰۰۵؛ احمدی مرویلی، میرزاحسینی و منیرپور، ۱۳۹۸؛

1. Woods & Muller
2. Lester
3. Ochsner & Gross
4. Shuman & Scherer
5. Hatkevich, Francesca & Sharp
6. Neacsiu, Fang, Rodrguez & Rosenthal
7. Legerstee, Garnefski, Verhulst & Utens
8. Baan & Kraaij

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]

حسنی، آزادفلاح، رسولزاده طباطبایی و عشایری، ۱۳۸۷؛ مهدیه، عبداللهی و حسنی، ۱۳۹۳).

هرچند مطالعات بسیاری در خصوص همبستگی بین راهبردهای تنظیم هیجان و اختلالات روانی و آسیب‌های مرتبط با آن صورت گرفته است، اما چندان به جایگاه این راهبردهای تنظیم هیجان در بین افرادی که به خودکشی اقدام می‌کنند پرداخته نشده و افراد در معرض آسیب، مثل جامعه زنان دارای همسر وابسته به مواد، مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. از سوی دیگر، با توجه به نقش زنان در خانواده و تاثیرگذاری اعتیاد در بستر خانواده، به نظر می‌رسد شناخت موارد مهم در زمینه خودکشی در بین خانواده‌های دارای اعتیاد می‌تواند به شکل خاص و سطح سلامت جامعه و خانوده به شکل عام کمک نماید. بنابراین، این پژوهش به بررسی نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افکار غیر منطقی در پیش‌بینی افکار خودکشی زنان دارای همسر وابسته به مواد پرداخت و به دنبال بررسی این سوال بود که آیا راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افکار غیر منطقی قادر به پیش‌بینی افکار خودکشی در بین زنان دارای همسر وابسته هستند؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنانی بود که دارای همسر وابسته به مواد بودند و به مرکز کاهش آسیب افق تازه بهاران اسلام آباد غرب در سال‌های۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند. از بین این زنان، ۳۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تاباچنیک و فیدل[1] (۲۰۰۱) مطرح کردند که جهت تشخیص حجم نمونه برای پژوهش باید تعداد اشخاص نمونه مساوی با بیشترین مقدار یکی از این دو مورد باشد: تعداد متغیرهای پیش‌بین به اضافه صد و چهار و یا هشت برابر تعداد متغیرهای پیش‌بین به اضافه پنجاه. با توجه به این توصیه می‌توان گفت که در پژوهش حاضر تعداد حجم نمونه بیشتر از مقدار گفته شده (۳۰۰ نفر) می‌باشد (به نقل از کرلینجر و پدهازر[2]، ۲۰۰۹).

1. Tabachenik & Feidel
2. Kerlinge & Pedhazur

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]

بعد از اخذ رضایت از شرکت‌کنندگان، فرآیند پژوهش به آنان توضیح داده شد و پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت. در مدت جوابدهی به سوالات، پژوهشگر در بین آنان حضور داشت و سعی کرد با توضیح آیتم‌های مبهم از وقوع جواب‌های تصادفی خودداری نماید. بعد از گردآوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان در نرم افزار اس‌پی‌اس‌اس-۲۲ انجام شد.

ابزار

۱-مقیاس افکار خودکشی بک[1]: مقیاس مذکور توسط بک، کوواکس و ویشمن[2] (۱۹۷۹) جهت ارزیابی میزان مستعد بودن فرد نسبت به اقدام به خودکشی طراحی شد. این پرسش‌نامه یک درجه‌بندی عددی از شدت افکار و امیال خودکشی را نشان می‌دهد و شامل ۱۹ گویه است که در یک طیف سه درجه‌ای از صفر (کمترین میزان) تا ۲ (بیشترین میزان) درجه‌بندی شده است. روایی همزمان ۰/۶۹ برای این پرسش‌نامه از طریق همبستگی با مقیاس سنجش خطر خودکشی گزارش شده است (داچر و دالری[3]، ۲۰۰۴). اعتبار پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و به روش دونیمه‌سازی ۰/۷۵ ذکر شده است (انیسی، فتحی آشتیانی، سلیمی و احمدی نوده، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر، میزان آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۳ بدست آمد.

۲- پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان[4]: این پرسش‌نامه به وسیله گارنفسکی، کرایج و اسپینهوون[5] (۲۰۰۱) طراحی شده و برای سنجش طرق مواجهه شناختی اشخاص بعد از تجربه موقعیت‌های منفی استفاده می‌شود. مقیاس مذکور دارای ۳۶ آیتم و ۹ زیرمقیاس پذیرش، نشخوار فکری، تمرکزمجدد بر برنامه‌ریزی، سرزنش خود، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه‌سازی، دیدگاه‌گیری و سرزنش دیگران است. دامنه نمرات پرسش‌نامه از ۱(تقریبا هرگز) تا ۵ (تقریبا همیشه) نوسان دارد. هر زیرمقیاس از ۴ آیتم تشکیل شده و با جمع نمرات هر آیتم، نمره کلی آن زیرمقیاس حاصل می‌شود. دامنه

1. Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI)
2. Beck, Kovacs & Weissman
3. Ducher & Dalery
4. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
5. Kraaij & Spinhoven

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]

نمرات هر زیرمقیاس نیز از ۴ تا ۲۰ می‌باشد. اخذ نمره بالا در هر زیرمقیاس نشان‌دهنده این است که شخص آن راهبرد را در برخورد با شرایط استرس‌زا بیشتر استفاده می‌کند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) پایایی بازآزمایی، همسانی درونی و روایی محتوایی، همگرا و تشخیصی (افتراقی) مطلوبی را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. همچنین، بشارت (۱۳۸۸) آلفای کرونباخ ۰/۶۷تا ۰/۹۸ را ذکر کرده است و نیز روایی محتوایی مقیاس مذکور با توجه به نظر متخصصان روان‌شناسی و ضریب توافق ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، میزان آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۹ بدست آمد.

۳- پرسش‌نامه تفکرات غیر منطقی جونز[1]: جهت سنجش باورهای غیر منطقی از پرسش‌نامه تفکرات غیرمنطقی جونز (۱۹۶۹) استفاده شد که بر مبنای نظریات الیس است. مقیاس مذکور از ۱۰۰ سوال و ده خرده‌مقیاس تشکیل شده است که هر آیتم نوعی از تفکر غیر منطقی را ارزیابی می‌کند. ده تفکر غیر منطقی شامل حمایت دیگران، گرایش به سرزنش، توقع زیاد از خود، پاسخدهی به عدم موفقیت، عدم مسئولیت احساسی، نگرانی زیاد از حد به همراه اضطراب، خودداری از مشکلات، عدم‌پذیرش تغییر، کمال‌گرایی و وابستگی به دیگران است. اعتبار ۰/۷۱ بدست‌آمده این مقیاس در مطالعه تقی‌پور (۱۳۷۳) از یک نمونه ۱۰۶ نفری از دانشجویان نشان‌دهنده مناسب بودن اعتبار این پرسش‌نامه است (به نقل از گردی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر، میزان‌آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۸ بدست آمد.

یافته‌ها

میانگین سن اشخاص نمونه پژوهش ۳۷/۸ سال و انحراف معیار ۴/۲ بود. از بین این افراد، ۵۷ درصد خانه دار، ۲۰ درصد شغل آزاد و ۲۳ درصد دارای شغل دولتی بودند. میزان تحصیلات این اشخاص سیکل (۶۰ درصد)، دیپلم (۳۰ درصد) و لیسانس (۱۰ درصد) بود. نتایج نشان داد از بین افراد نمونه، ۷۹ درصد در معرض خودکشی قرار داشتند (نمرات

1. Jones

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]

بزرگتر یا مساوی ۶ بر روی مقیاس ایده‌پردازی خودکشی). میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است .

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای سازگارانه	۵۰/۱	۴/۷
راهبردهای ناسازگارانه	۸۵/۱۲	۷/۳۷
باورهای غیر منطقی	۲۲۱/۷۲	۲۵/۹۷
افکار خودکشی	۲۵/۰۰	۵/۵

برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاخص-های کجی و کشیدگی استفاده شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای افکار خودکشی (p=۰/۰۹)، باورهای غیر منطقی (p=۰/۱۰)، راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه (p=۰/۰۶) و راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه (p=۰/۰۶) غیر معنادار (p>۰/۰۵) بود که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها بود. همچنین، مقادیر شاخص‌های کجی و کشیدگی برای راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه (۰/۶، ۰/۲۱) و ناسازگارانه (۰/۵، ۰/۲۰)، باورهای غیر منطقی(۰/۳۷، ۱/۱) و افکار خودکشی (۰/۹، ۰/۳) در رنج مطلوب قرار داشت (۲+، ۲-). بنابراین، نرمال بودن توزیع داده‌ها اثبات شد. استقلال خطاها از طریق آزمون دوربین واتسون (۲/۸) تایید شد. به علاوه، عدم هم‌خطی چندگانه از طریق عامل تورم واریانس بررسی شد که مقادیر این شاخص برای متغیر باورهای غیر منطقی (۱/۰۲)، افکار خودکشی (۱)، راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه (۱/۱) و راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه (۱) کمتر از ۱۰ بودند، که تایید‌کننده عدم هم‌خطی چندگانه بود. با توجه به تایید شدن این پیشفرض‌ها می‌توان از روش همبستگی پیرسون و روش رگرسیون استفاده کرد. نتایج ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی باورهای غیر منطقی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افکار خودکشی

متغیرهای پژوهش	افکار خودکشی
باورهای غیرمنطقی	۰/۴۵*
راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه	-۰/۴۱*
راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه	۰/۵۷*

* $p <$ ۰/۰۱.

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]

نتایج جدول ۲ نشـــان داد که متغیرهای باورهای غیر منطقی (r=۰/۴۵) و راهبردهای تنظیم هیجان ســـازگارانه (r=-۰/۴۱) و ناســـازگارانه (r=۰/۵۷) روابط معناداری با افکار خودکشی داشتند (p<۰/۰۱).

برای پیش‌بینی افکارخودکشی بر اساس باورهای غیر منطقی و راهبردهای تنظیم هیجان از آزمون تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد.

جدول ۳: پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس باورهای غیر منطقی و راهبردهای هیجانی سازگارانه و ناسازگارانه

متغیرهای پیش‌بین	B	بتا	t	ضریب تعیین	F	معناداری
راهبردهای ناسازگارانه	۰/۵۸	۰/۲۸	۵/۶۹			۰/۰۰۱**
راهبردهای سازگارانه	-۰/۳۷	-۰/۱۳	۲/۴۳			۰/۰۰۲*
باورهای غیر منطقی	۰/۲۴	۰/۲۲	۴/۳۳	۰/۴۷	۴۱/۹۷	۰/۰۰۱**

*p<۰/۰۱. **p<۰/۰۰۱.

نتایج تحلیل رگرســـیون در جدول ۳ نشـــان داد که باورهای غیر منطقی (β=۰/۲۲، t=۴/۳۳، p<۰/۰۰۱) و راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه (β=-۰/۱۳، t=-۲/۴۳، p<۰/۰۱) و ناســـازگارانه (β=۰/۲۸، t=۶۹/۵، p<۰/۰۰۱) با هم توانســـتند ۴۷ درصـــد واریانس افکارخودکشی را به شکل معناداری تبیین کنند (R^2=۰/۴۷، F=۴۱/۹۷).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشـــان داد که راهبردهای تنظیم هیجان ســـازگارانه رابطه منفی معنادار و راهبرد ناسـازگارانه رابطه مثبت معناداری با افکار خودکشـی داشـتند. از نتایج همسـو با این یافته می‌توان به مطالعات هاتکویچ و همکاران (۲۰۱۹)، نیاکســـیو و همکاران (۲۰۱۸)، لگرســـتی و همکاران (۲۰۱۱)، گارنفســـکی و همکـاران (۲۰۰۵)، احمـدی و همکـاران (۱۳۹۸)، حسـنی و همکاران (۱۳۸۷) و مهدیه و همکاران (۱۳۹۳) اشـاره کرد. در تبیین این موضـوع باید گفت که ابعاد و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان موجب می‌شـوند تا شـخص نسبت به افکار خود با شـناخت و آگاهی بیشـتری برخورد کند، نگاه مثبت‌تری به مسائل و موضـوعات داشـته باشـد و هیجانات منفی کمتری تجربه کند. افراد زمانی که با شـناخت و آگاهی کامل روی افکارشـــان، راهبردهای مثبت را بکار می‌گیرند با شـــناخت هیجانی

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]

صحیح، افکار مثبت را جایگزین افکار خودکشی می‌کنند. یعنی افرادی که بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه بدون شناخت هیجانی استفاده می‌کنند، مستعد افکار خودکشی هستند (گروس، ۱۹۹۸). از سوی دیگر، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با درگیر کردن فرد در یافتن راه‌حل برای مسئله باعث انسجام و وحدت فکری در اشخاص شده و این زمینه را برای شناخت منابع اضطراب‌زا فراهم می‌سازد و موجب افزایش بهداشت روانی و کاهش افکار خودکشی در فرد می‌شود. برعکس، راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه تمرکز بر خود را در افراد افزایش داده آنان را دچار استرس ساخته و این زمینه بیشتر افکار خودکشی را فراهم می‌سازد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد افکار غیر منطقی با افکارخودکشی رابطه منفی معناداری داشت و نتایج این یافته با مطالعات صدری دمیرچی و صمدی فرد (۱۳۹۷)، صولتی(۲۰۰۰)، وود و مولر(۱۹۸۸) و لاستر (۱۹۸۹) همخوانی داشت. در تبیین این امر باید گفت که افکار غیر منطقی عامل تعیین کننده نحوه تعبیر، تفسیر و معنی دادن به رویدادها است که ممکن است چندان با واقعیت منطبق نباشند. همچنین، این افکار غیر منطقی موجب از بین رفتن تعادل فرد شده و مانع مواجهه موفقیت‌آمیز با حوادث استرس زا می‌گردد. بنابراین، این تفکرات موجب می‌شوند تا اشخاص در مواجهه با حوادث و رویدادها به سمت افکار خودکشی پیش بروند.

باورهای غیر منطقی موجب خودآزاری، خودآسیبی، پشیمانی و سایر اثرات عمیق هیجانی می‌شود (نیوونهویجسن، وربیک، دی‌بور، بلانک و دیجک[1]، ۲۰۱۰). در واقع، افرادی که باورهای غیر منطقی در آنان بالا باشد، در زمان مواجهه با وقایع استرس‌زا میزان تحمل و پایداری کمتری از خود بروز می‌دهند و اندیشه‌های مثبت درباره خود را پذیرا نیستند و این امر باعث بروز افکار خودکشی در این اشخاص می‌شود (وود و مولر، ۱۹۸۸). باورهای غیر منطقی افکار مطلق‌گرا و اجبارگونه‌ای هستند که در آن اجبار، الزام و مطلق‌گرایی وجود دارد و موجب بروز اختلالات عاطفی و رفتاری می‌شود که در نهایت این اختلالات زمینه بروز افکار و اعمال خودکشی را در فرد فراهم می‌سازند (لاستر، ۱۹۸۹).

1. Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk & Van Dijk

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش‌های سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم هیجان و افکار غیر منطقی قادر به پیش‌بینی افکار خودکشی در بین زنان دارای همسر وابسته به مواد بودند. نتایج این یافته با مطالعات هاتکویچ و همکاران (۲۰۱۹)، نیس‌سیو و همکاران (۲۰۱۸)، لگرستی و همکاران (۲۰۱۱)، گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۵)، احمدی و همکاران (۱۳۹۸)، حسنی و همکاران (۱۳۸۷)، مهدیه و همکاران (۱۳۹۳)، صدری دمیرچی و صمدی فرد (۱۳۹۷)، صولتی(۲۰۰۰)، وود و مولر(۱۹۸۸) و لاستر (۱۹۸۹) همسویی داشت. مشکلات در ارزیابی شناختی مخصوصا برای تعدیل و تنظیم هیجانات منفی، بیشتر با خطر خودکشی مرتبط هستند (کودینووا[1] و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، مفهوم‌سازی ضعیفی در حل مسئله دارند و نمی‌توانند همه گزینه‌های درست را برای مسئله موجود به کار ببرند (گلدبرگ[2]، ۲۰۰۶) و بنابراین فشارها و تنش‌ها موجب سوق افراد به سمت اقدام به خودکشی می‌شود. به علاوه، تکرار افکار غیر منطقی، قدرت کنترل و سلطه بر موضوعات را از اشخاص می‌گیرد و آنان را به سمت درماندگی پیش می‌برد و افراد در بلند مدت برای مقابله با احساس درماندگی ممکن است به دنبال تایید دیگران باشند. به نظر می‌رسد چنانچه ابعاد سازگارانه در اشخاص افزایش یابد آنان طرق حل مسئله و سازگاری با موضوع را فرا گرفته و در نتیجه میزان افکار خودکشی کاهش می‌یابد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که صرفا بر روی زنان دارای همسر وابسته به مواد صورت گرفته و در تعمیم یافته‌ها به جوامع دیگر باید جانب احتیاط را رعایت کرد. دیگر محدودیت این مطالعه مربوط به پرسش‌نامه های مورد استفاده است که اشخاص خودشان وضعیتشان را گزارش می‌دهند و نوعی خودسنجی است که می‌توانند باعث سوگیری پاسخ شوند. با توجه به رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افکار غیر منطقی با افکار خودکشی بهتر است در برنامه‌های‌آموزشی و درمانی به آموزش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان موثر و شناسایی افکار غیر منطقی پرداخته شود و از

1. Kudinova
2. Goldberg

سال پانزدهم شماره ۶۱، پاییز ۱۴۰۰
Vol. 15, No. 61, Autumn 2021

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]

سازوکارهایی جهت کاهش افکار غیر منطقی و افزایش تنظیم هیجانات مثبت در بین این قشر استفاده شود. در بعد اجرایی هم بهتر است اقداماتی در زمینه افزایش راهبردهای تنظیم شناختی‌هیجان و کاهش افکار غیرمنطقی در زنان دارای همسر وابسته به مواد صورت بگیرد.

منابع

احمدی مرویلی، ناهید؛ میرزاحسینی، حسن و منیرپور، نادر (۱۳۹۸). مدل پیش‌بینی رفتارهای خود-آسیب‌رسان و گرایش به خودکشی بر اساس سبک‌های دلبستگی و سازمان شخصیت در نوجوانان دانش‌آموزا: نقش واسطه‌ای راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی. *پژوهش‌های کاربردی روان-شناختی*، ۱۰(۳)، ۱۱۷-۱۰۱.

انیسی، جعفر؛ فتحی آشتیانی، علی؛ سلیمی، حسین و احمدی نوده، خدابخش (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) در سربازان. *مجله طب نظامی*، ۷(۱)، ۳۷-۳۳.

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸). *بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان*. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

بشارت، محمدعلی و بزازیان، سعیده (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه‌ایرانی. *نشریه دانشکده‌پرستاری و مامایی شهیدبهشتی*، ۲۴(۸۴)، ۷۰-۶۱.

حسنی، جعفر؛ آزادفلاح، پرویز؛ رسولزاده طباطبایی، سید کاظم و عشایری، حسن (۱۳۸۷). بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس ابعاد روان‌نژندگرایی و برون‌گرایی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۰، ۱۳-۱.

دوست محمدی، فاطمه و رضائیان، محسن (۱۳۹۸). مراحل تدوین یک استراتژی جامع پیشگیری از خودکشی: یک مرور روایتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۸، ۱۱۸۲-۱۱۵۵.

شفیع آبادی، عبداله و ناصری، غلامرضا (۱۳۷۲). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، درمان عاطفی-عقلانی*. مرکز نشر دانشگاهی، چاپ سوم.

صدری دمیرچی، اسماعیل و صمدی فرد، حمیدرضا (۱۳۹۷). نقش باورهای غیرمنطقی، ذهن‌آگاهی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی افکار خودکشی سربازان وظیفه. *مجله طب نظامی*، ۲۰(۴)، ۴۳۸-۴۳۱.

گردی، فلور (۱۳۸۲). *ارتباط نوع و میزان تفکرات غیر منطقی با سلامت روانی دانشجویان کارشناسی ارشد گروه‌های مختلف تحصیلی دانشگاه شهید بهشتی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه شهید بهشتی.

محمدخانی، پروانه (۱۳۸۸). ابعاد مشکلات شخصی-ارتباطی زنان دارای همسر معتاد: چشم اندازی به برنامه توانبخشی همسران مبتلایان به اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۳(۹)، ۳۶-۱۷.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]

محمدی‌فر، محمدعلی؛ طالبی، ابوالفضل و طباطبایی، سیدموسی (۱۳۸۹). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۴(۱۶)، ۳۹-۲۵.

مهدیه، آزاد؛ عبداللهی، محمدحسین و حسنی، جعفر (۱۳۹۳). راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در پردازش افکار خودکشی‌دانشجویان دانشگاه‌خوارزمی کرج. *دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲، ۲۳۵-۲۲۵.

References

Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Sastre, C. D., Saiz-Ruiz, J., & De Leon, J. (2005). Suicidal behavior in schizophrenia and depression: a comparison. *Schizophrenia Research*, 75(1), 77-81.

Bakhtar, M., & Rezaeian, M. (2017). The prevalence of suicide thoughts and attempted suicide plus their risk factors among Iranian students: A systematic review study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 15(11), 1061-1076.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.

Benoit, E., & Koken, J. A. (2012). Perspectives on substance use and disclosure among behaviorally bisexual Black men with female primary partners. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 11(4), 294-317.

Ducher, J. L., & Dalery, J. (2004). Concurrent validation of the suicidal risk assessment scale (RSD) with the Beck's suicidal ideation scale. *L'encephale*, 30(3), 249-254.

Ellis, A. (1995). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 13(2), 85-89.

Garnefski, N., Baan, N., & Kraaij, V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1317-1327.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.

Goldberg, D. (2006). The "NICE Guideline" on the treatment of depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 15(1), 11-15.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.

Hatkevich, C., Penner, F., & Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry Research*, 271, 230-238.

Kanzler, K. E., Bryan, C. J., McGeary, D. D., & Morrow, C. E. (2012). Suicidal ideation and perceived burdensomeness in patients with chronic pain. *Pain Practice*, 12(8), 602-609.

Kerlinger, F., & Pedhazur, E. (2009). *Multiple Regression in Behavioral Research*. Sarai H, 2nd ed.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]

Kilgus, M., Maxmen, J., & Ward, N. (2019). *Essential Psychopathy & Its Treatment*. 4th Edition. New York, Norton & Company ltd, 50-101.

Kudinova, A. Y., Owens, M., Burkhouse, K. L., Barretto, K. M., Bonanno, G. A., & Gibb, B. E. (2016). Differences in emotion modulation using cognitive reappraisal in individuals with and without suicidal ideation: An ERP study. *Cognition and Emotion*, 30(5), 999-1007.

Legerstee, J. S., Garnefski, N., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. (2011). Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *Journal of Adolescence*, 34(2), 319-326.

Lester, D. (1989). Depression, suicidal preoccupation, and rational thinking. *The Journal of General Psychology*, 116(2), 221-223.

Levine, H. G. (1978). The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(1), 143-174.

Neacsiu, A. D., Fang, C. M., Rodriguez, M., & Rosenthal, M. Z. (2018). Suicidal behavior and problems with emotion regulation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 52-74.

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., de Boer, A. G., Blonk, R. W., & van Dijk, F. J. (2010). Irrational beliefs in employees with an adjustment, a depressive, or an anxiety disorder: A prospective cohort study. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 28(2), 57-72.

Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(5), 242-249.

Sadry, E., Esmaeli Ghazi, F., & Asadi, S. (2016). Comparison of cognitive Emotional Regulation, Locus of Control and Meaning in Life between addicted and Normal Women. *Quarterly Journal of Women and Society*, 7(26), 129-146.

Shuman, V., & Scherer, K.R. (2015). Emotions, psychological structure. *International Encyclopedia of The Social & Behavioral Sciences*, 1(1), 526-533.

Solati, K. (2000). Comparison of irrational believes in suicide attempted (self-burning) and normal individuals. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 2(1), 52-60.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *SAS for windows workbook for Tabachnick and Fidell using multivariate statistics*. Allyn and Bacon.

Weber, N. S., Fisher, J. A., Cowan, D. N., Postolache, T. T., Larsen, R. A., & Niebuhr, D. W. (2013). Descriptive epidemiology and underlying psychiatric disorders among hospitalizations with self-directed violence. *PloS One*, 8(3), e59818.

Woods, P. J., & Muller, G. E. (1988). The contemplation of suicide: Its relationship to irrational beliefs in a client sample and the implications for long range suicide prevention. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, *6*(4), 236-258.

World Health Organization. (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. World Health Organization.

World Health Organization. (2018). *Global School-based Health Survey Philippines 2015 Fact Sheet*. http://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/PIH2015

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.15.61.167]