

Forecast of Suicidal thoughts based on Emotional Dysregulation and Experimental Avoidance in Nurses

Maryam Sepehreinjad ¹, Peyman Hatamian ^{2,*}

¹ MSc, Department Psychology, IslamicAzad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran

² PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Peyman Hatamian, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: P.hatamian@modares.ac.ir

Received: 24 Oct 2017

Accepted: 09 Dec 2017

Abstract

Introduction: Since nurses, there are many difficulties in the workplace, the present study aimed to predict suicidal ideation based on the emotional dysregulation and experimental avoidance in nurses.

Methods: The present study was descriptive-correlational. The statistical population of the study consisted of all nurses in Kermanshah city in 2017 that were selected by cluster sampling. 220 of them were selected as the sample. The research tools included Beck's suicidal thoughts questionnaire, Gratz and Roemer's emotional dysregulation Scale, and Experimental avoidance by Bond and colleagues questionnaire. The collected data were analyzed using Pearson correlation and regression analysis by SPSS-22 software.

Results: The findings of the research showed that there was a significant relationship between the emotional dysregulation and experiential avoidance with suicidal thoughts. Also, the findings indicated that predictive variables could predict 33% of changes in suicidal ideation, thus, the difficulty of adjusting the emotion with an effect coefficient of 41% and experimental avoidance, with a coefficient of effect of 29% Nasal suicidal thoughts, which were significant at the level of $P < 0.001$.

Conclusions: Therefore, it can be concluded that the emotional dysregulation and experiencing the avoidance of Forecast suicidal thoughts in nurses. So it is suggested that the health authorities pay attention to this point.

Keywords: Suicidal Thoughts, Emotional Dysregulation, Experiencing Avoidance, Nurses



پیش بینی افکار خودکشی بر اساس دشواری تنظیم هیجان و اجتناب تجربی در پرستاران

مریم سپهری نژاد^۱، پیمان حاتمیان^{۲*}

^۱ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
^۲ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: پیمان حاتمیان، دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
 ایمیل: P.hatamian@modares.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۹/۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۸/۰۲

چکیده

مقدمه: از آنجایی که پرستاران با دشواری‌های زیادی در محیط کار روبه رو هستند، بنابراین پژوهش حاضر با هدف پیش بینی افکار خودکشی بر اساس دشواری تنظیم هیجان و اجتناب تجربی در پرستاران انجام شد.
روش کار: پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی پرستاران شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۶ بود که به روش نمونه گیری خوشه‌ای تعداد ۲۲۰ نفر از بین آنها به عنوان نمونه انتخاب شد، ابزارهای پژوهش شامل؛ پرسشنامه افکار خودکشی بک، مقیاس دشواری تنظیم هیجان گراتز و روئمر و پرسشنامه اجتناب تجربی و همکاران بود. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون و به وسیله نرم افزار SPSS-22 تجزیه و تحلیل شدند.
یافته‌ها: نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد که رابطه معناداری بین دشواری تنظیم هیجان و اجتناب تجربی با افکار خودکشی وجود داشت. همچنین یافته‌ها حاکی از آن بود که متغیرهای پیش بین همگی با هم می‌توانند ۳۳ درصد تغییرات افکار خودکشی را پیش بینی کنند، بر این اساس دشواری تنظیم هیجان با ضریب تأثیر ۰/۴۱ و اجتناب تجربی نیز با ضریب تأثیر ۰/۲۹ توان پیش بینی افکار خودکشی را دارند، که این روابط در سطح $P < 0/001$ معنادار بودند.
نتیجه گیری: بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دشواری تنظیم هیجان و اجتناب تجربی توان پیش بینی افکار خودکشی در پرستاران را دارند. پس پیشنهاد می‌شود که مسئولین حوزه سلامت به این نکته توجه کنند.
واژگان کلیدی: افکار خودکشی، دشواری هیجان، اجتناب تجربی، پرستار

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

کل جمعیت جهان و سومین عامل مرگ در جمعیت ۲۴-۱۵ ساله می‌باشد [۲] که می‌تواند ناشی از اعمال و رفتارهای قبل از خودکشی باشد، اعمالی همچون فکر کردن یا نقشه کشیدن برای خودکشی [۱]. افکار خودکشی از مهم‌ترین شاخص‌های بهداشت روانی افراد جامعه به حساب می‌آید که معلول فاکتورهای متعددی بوده و مواردی همچون سن، جنس، وضعیت تأهل، عوامل اقتصادی، بعد خانواده، سوء مصرف مواد، کشمکش و طلاق بین والدین، عدم حمایت اجتماعی، مشکلات ذهنی، بیماری جسمی و روانی.. بر روی آن تأثیر گذارند [۳]. نتایج مطالعه سوکو و همکاران (۲۰۰۸) که در ایتالیا روی ۴۷۱۲ نفر انجام شد، نشان داد که شیوع افکار خودکشی، نقشه و اقدام به خودکشی در طول عمر بنابر شرایط مختلف متفاوت است، احتمال کشیدن نقشه و

خودکشی یکی از معضلات عمده بهداشت عمومی است و نقش اساسی در به خطر افتادن سلامت روانی جامعه ایفا می‌کند [۱]. سازمان بهداشت جهانی، خودکشی را به عنوان عمل خاتمه دادن عمدی، آگاهانه و ارادی به زندگی خویش می‌داند. طبق آمار منتشر از سوی این سازمان سالانه حدود یک میلیون نفر دست به خودکشی می‌زنند و پیش بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ این تعداد به ۱/۵ میلیون نفر در سال برسد [۲]. میزان شیوع خودکشی در جوامع مختلف تا حدی متفاوت است بر اساس تحقیقات انجام گرفته، ایران پس از چین و هندوستان سومین کشور جهان است که در آن آمار خودکشی موفق زنان افزایش یافته و در حال پیشی گرفتن از آمار خودکشی مردان است [۲]. بر اساس همین تحقیقات، خودکشی جزء ده عمل علت مرگ در

انواع مشکلات روان شناختی از جمله افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن، استرس، سازگاری با تجربیات آسیب‌زا، سازگاری با شرایط مزمن پزشکی رابطه دارد که بسیاری از آنها تسریع کننده عوامل پرخطر مثل گرایش به افکار خودکشی هستند [۱۹، ۲۳، ۲۶]. بادر نظر گرفتن مطالب فوق، از آنجایی که پرستاران بزرگترین گروه کاری در بیمارستان‌ها هستند و نقش حیاتی در سیستم مراقبتی-درمانی کشورها ایفا می‌کنند، این دسته از کادر درمانی به دلیل وجود شیفت‌های کاری مختلف در معرض آسیب‌هایی قرار می‌گیرند که ذهن و افکار آنها را به خود مشغول می‌سازد و ممکن است افکار خطر آفرین در عمل و رفتار آنها نمایان شود. از آنجایی که عوامل منفی شناختی همچون دشواری هیجان و اجتناب تجربی در شکل‌گیری خودکشی نقش دارند و پژوهش جامعی که به بررسی نقش این متغیرها بپردازد تا کنون انجام نگرفته است، بنابراین پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس دشواری تنظیم هیجان و اجتناب تجربی در پرستاران انجام شد.

روش کار

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی پرستاران بیمارستان‌های شهر کرمانشاه که در سال ۱۳۹۶ مشغول به فعالیت بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش از نوع نمونه‌گیری خوشه‌ای بود، به این صورت که ابتدا لیستی از بیمارستان‌های شهر کرمانشاه تهیه، سپس ۳ بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب گردید و سپس برای انتخاب آزمودنی‌ها به بیمارستان‌ها مراجعه شد، تعداد ۲۲۰ نفر انتخاب شد اما در مجموع به دلیل ریزش ۲۰ نفر پرسشنامه مربوط به ۲۰۰ نفر مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفت. پس از انتخاب پرستاران مورد نظر و توضیح مختصر و جلب مشارکت پرستاران پرسشنامه‌های پژوهش (دشواری تنظیم هیجان، اجتناب تجربی و افکار خودکشی) در اختیار آنها قرار گرفت، و برای رعایت اصول اخلاق پژوهشی و رعایت حقوق افراد از آنان خواسته شد تا در صورتی مایل نیستند در تکمیل پرسشنامه‌ها شرکت نکنند. نهایتاً توضیح داده شد که پرسشنامه‌ها محرمانه و بدون نام است و پاسخ آنها در اختیار هیچ ارگان یا سازمانی قرار نمی‌گیرد و فقط نتایج آن برای یک کار پژوهشی است. پس از گردآوری پرسشنامه‌ها توسط آزمون‌های آماری مورد نیاز و به وسیله نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

- پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان: برای سنجش دشواری تنظیم هیجان از مقیاس معرفی شده توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) استفاده می‌شود [۲۷]. این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه و ۶ خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجان است. پایایی درونی کلی برابر با ۰/۹۳ می‌باشد و برای هر خرده مقیاس به ترتیب بیان شده، ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ می‌باشد [۲۷]. براساس بررسی پایایی درونی که توسط علوی انجام شده همسانی درونی کل را

اقدام به خودکشی در کسانی که سابقه افکار خودکشی داشتند، خیلی بیشتر بوده است [۴]. نتایج یک پژوهش در امریکا نشان داد که در بین پرستاران بیمارستان‌ها دو عامل خطر بسیار جدی وجود دارد که تأثیر منفی بر روی کارکرد پرستاران بر جای می‌گذارد. این دو عامل شامل؛ افکار خودکشی و نیز گرایش نسبت به مصرف مواد است [۵]. تنظیم هیجان به عنوان یک متغیر روانشناختی مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است [۶-۸]. نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنظیم هیجان با موفقیت یا عدم موفقیت در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است [۹]. شواهد حاکی بر آن است که تنظیم شناختی هیجان از مهمترین متغیرهای مؤثر بر سطح سلامت روان است [۱۰-۱۲]. منظور از تنظیم شناختی هیجان نحوی پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار واسترس زا می‌باشد [۱۳]. نتایج پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که دشواری تنظیم هیجان و الگوهای منفی شناختی با آسیب‌های روانی آمیختگی کامل دارد [۱۴-۱۶]. همچنین نتایج حاکی از آن است که دشواری در تنظیم شناختی هیجان از همبسته‌های اساسی رفتار ایده پردازی خودکشی است [۶، ۷]. گفته می‌شود افرادی که تمایل به تجربه هیجانات منفی خود به صورت غیرقابل کنترلی دارند و اغلب فاقد مهارت‌های لازم برای مدیریت و تنظیم تجربیات هیجانی شدید هستند افکار خودکشی بیشتری دارند [۹]. در یک پژوهشی که در آلمان (۲۰۱۰) انجام شد، نتایج نشان داد که کاهش خودکشی از طریق اتحاد علیه مشکلات هیجانی بعد از چند سال مداخله درمانی در مورد بیماران افسرده، میزان خودکشی به طور معنا داری در طی دوره مداخله و نیز چند سال بعد از آن کاهش پیدا کرد [۱۷]. نتایج پژوهش عزیزاده و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که رابطه معناداری بین تنظیم هیجانی و معنویت با استرس شغلی در پرستاران نظامی وجود دارد [۱۸].

از جمله متغیر روانشناختی دیگری که با افکار خودکشی ارتباط دارد اجتناب تجربی است [۱۹]. اجتناب تجربی فرآیندی است شامل ارزیابی‌های منفی افراطی از حسها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و فقدان تمایل به تجربه کردن این رویدادهای خصوصی و تلاش‌هایی عمدی برای کنترل یا فرار از آنها [۲۰]. اجتناب تجربی به منظور کاهش یا تغییر افکار، احساسات یا حسهای ناراحت‌کننده عمل می‌کند و در افراد با نشانه‌های افسردگی بیشتر از افراد غیربالینی دیده می‌شود [۲۱]. در سالهای اخیر توجه زیادی به اجتناب تجربی به عنوان عامل آسیب زای شناختی در انواع مختلف اختلالات روانی شده است [۲۲]. اجتناب تجربی سازهای است که به منظور اجتناب از تجارب دردناک به کار برده می‌شود. این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: اول، بی میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند [۲۳]. این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می‌شود [۲۴]. عملکرد اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه مدت ایجاد کند که به شکل منفی رفتار را تقویت می‌نماید. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید [۲۵]. پژوهش‌های پیشین حاکی از آن‌اند که اجتناب تجربی با

پاسخ به گزینه یک نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد، اما پاسخ به گزینه دو، یک نمره و گزینه سه دو نمره تعلق می‌گیرد. و نمره کلی فرد از صفر تا ۳۸ متغیر می‌باشد. سوالات مقیاس مواردی از قبیل: آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی، افکار خودکشی و... را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس دارای اعتبار بالایی است. با استفاده از آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون-بازآزمون اعتبار ۰/۵۴ بدست آمده است [۳۱]. در پژوهش حاضر نیز روایی پرسشنامه بررسی و میزان آلفای کرونباخ ۰/۶۱ بدست آمد.

یافته‌ها

نمونه مورد بررسی پژوهش حاضر شامل ۲۰۰ نفر بود. میانگین سنی ۰/۷۸ ± ۳۱/۱۹ بود، که شامل ۰/۶۱ زن و ۰/۳۹ مرد بود. در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در نمونه مورد بررسی آمده است. برای بررسی رابطه بین دشواری تنظیم هیجان و اجتناب تجربی با افکار خودکشی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد، که نتایج تحلیل در جدول ۲ آمده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
دشواری تنظیم هیجان	۲۴	۱۴۸	۷۶/۲۶	۱۱/۸۷
افکار خودکشی	۰	۳۳	۲۱/۰۳	۳/۲۱
اجتناب تجربی	۱۳	۶۴	۳۴/۱۹	۵/۲۹

۰/۸۶ گزارش شده است، هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان دهنده تنظیم هیجان پایین خواهد بود [۲۸]. در پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۵) نیز روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ گزارش شده است [۱۱]. در پژوهش حاضر نیز روایی پرسشنامه بررسی و میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

اجتناب تجربی: پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II)، پذیرش، اجتناب تجربی و عدم انعطاف پذیری روانی را اندازه گیری می‌نماید. بوند و همکاران (۲۰۱۱)، آخرین نسخه این پرسش نامه را که حاوی ۱۰ ماده است تدوین کردند. سوالات این پرسش نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای به صورت (هرگز، خیلی بندرت، بندرت، گاهی اوقات، تقریباً همیشه، همیشه) درجه بندی می‌شوند. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده انعطاف پذیری روان-شناختی پایین تر و اجتناب تجربه‌ای بالاتر است. میانگین ضریب آلفای کرونباخ آن برای گروه‌های بالینی و غیر بالینی ۰/۸۴ (۰/۸۸-۰/۸۷) و روایی بازآزمایی ۳ و ۱۲ ماهه آن به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۷ به دست آمده است [۲۹]. همچنین در ایران ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسش نامه در دانشجویان ۰/۸۶ می‌باشد [۳۰]. در پژوهش حاضر نیز روایی پرسشنامه بررسی و میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

مقیاس افکار خودکشی (BSSI): مقیاس افکار خودکشی "بک" یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است. این پرسش نامه بر اساس مقیاس سه نقطه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است و هر سؤال یا عبارت ۳ گزینه دارد،

جدول ۲: ضریب همبستگی بین دشواری تنظیم هیجان و اجتناب تجربی با افکار خودکشی

متغیر	همبستگی	معناداری
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۰/۳۴	۰/۰۰۱
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۰/۲۳	۰/۰۰۱
دشواری در کنترل تکانه	۰/۴۵	۰/۰۰۱
فقدان آگاهی هیجانی	۰/۲۱	۰/۰۰۱
دسترسی محدود به تنظیم هیجانی	۰/۳۲	۰/۰۰۳
عدم وضوح هیجانی	۰/۲۱	۰/۰۰۲
نمره کل دشواری در تنظیم هیجان	۰/۴۰	۰/۰۰۱
نمره کل اجتناب تجربی	۰/۳۳	۰/۰۰۱

پیش بینی کنندگی دشواری تنظیم هیجان و اجتناب تجربی بر افکار خودکشی از آزمون تحلیل رگرسیون استفاده شد که نتایج تحلیل در جدول ۳ آمده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین نمره کلی دشواری تنظیم هیجان و افکار خودکشی ضریب همبستگی ۰/۴۰ وجود دارد. همچنین بین نمره کل اجتناب تجربی و ضریب همبستگی ۰/۳۳ وجود دارد، این ضرایب همبستگی در سطح $P < 0/001$ معنادار هستند. برای بررسی نقش

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش بینی دشواری تنظیم هیجان و اجتناب تجربی بر افکار خودکشی

متغیر پیش بین	B	β	T	سطح معناداری
افکار خودکشی				
دشواری تنظیم هیجان	۰/۳۱	۰/۴۱	۱۳/۰۲	۰/۰۰۱
اجتناب تجربی	۰/۲۶	۰/۲۹	۴/۱۹	۰/۰۰۱
خلاصه مدل	$P < 0/001$ و $F = 26/67, R2 = 0/33, R = 0/38$			

اساس مشکلات تنظیم هیجان با ضریب تأثیر ۰/۴۱ و اجتناب تجربی نیز با ضریب تأثیر ۰/۲۹ توان پیش بینی افکار خودکشیرا دارند.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که متغیرهای پیش بین همگی با هم می‌توانند ۳۳ درصد تغییرات افکار خودکشی را پیش بینی کنند، بر این

دریافتند که اجتناب تجربی پیش بینی کننده شدید اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی و اضطراب است [۳۵]. حویی و همکاران (۲۰۱۴) نیز در پژوهشی گزارش کردند که اجتناب تجربی بر روابط مثبت میان فردی تأثیر منفی می‌گذارد [۳۶]. در تبیین این یافته‌ها و یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که چون اجتناب تجربی در مقابل پذیرش قرار می‌گیرد که به معنای تمایل فرد به پذیرش افکار، هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری بدون تلاش برای اجتناب از آنها است، بنابراین اجتناب تجربی به عنوان عامل آسیب شناختی انواع مختلف اختلالات روانی (از جمله خودکشی) شناخته شده است [۲۴]. قابل ذکر است که پژوهشی که دقیقاً به بررسی نقش اجتناب تجربی با افکار خودکشی باشد انجام نشده و پژوهش‌هایی هم که انجام شده به صورت غیر مستقیم این ارتباط را بررسی کرده‌اند، مثلاً با اشاره رابطه اجتناب تجربی با اختلالات روانی به صورت کلی یا افسردگی.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

از جمله محدودیت‌های پژوهش، اینکه چون نمونه حاضر را پرستاران شامل می‌شد، و پرستاری یک شغل پر استرس و پر مشغله است بسیاری از پرستاران به سختی حاضر به همکاری می‌شدند که همین موجب می‌شد که پژوهشگر وقت بیشتری را برای جمع آوری پرسشنامه اختصاص دهد. با توجه به اینکه این پژوهش در بین پرستاران کرمانشاه انجام شد بنابراین در تعمیم نتایج به کل پرستاران کشور باید جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که متغیرهای موجود در طرح پژوهشی حاضر در قالب طرح آزمایشی توسط پژوهشگران به کار گرفته شود. از جمله پیشنهادات کاربردی این است که مسئولین حوزه سلامت به این نکته توجه کنند که پرستاران نیز مانند تمامی مشاغل دیگر با یک سری از دغدغه‌های روحی و روانی مرتبط با شغل، خانواده مواجهه‌اند که در صورت عدم توجه کافی مسئولین ذیصلاح به این مهم احتمال افزایش مخاطرات از جمله اقدام و یا افکار خودکشی را می‌توان انتظار داشت.

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که هر گونه دشواری در تنظیم آگاهانه و شناختی هیجان‌ها و نیز حاکم شدن سبک اجتناب تجربی در افکار و رفتار، تبعات منفی همچون فکر خودکشی یا اقدام به آن را در بین افراد، مخصوصاً آنهایی که درگیر مشغله‌های پر استرس و پرفشار همچون پرستاری هستند، را به دنبال دارد. چراکه این عوامل با سلامت روان و حتی موفقیت و یا عدم موفقیت در جنبه‌های مختلف زندگی در ارتباط هستند.

سپاسگزاری

از تمامی پرسنل بیمارستان‌های سطح شهر کرمانشاه، مخصوصاً پرستارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندن صمیمانه تشکر می‌کنیم.

References

1. Kaykhavani S, Chatripour F, Sidkhani Nahal A. Comparison of suicidal ideation and depression in suicidal

شاخص‌های تحلیل همبستگی کانونی هم بررسی شد و نتایج نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین خورده مقیاس دشواری در کنترل تکانه (۰/۳۴) دارای بیشترین ارتباط و خورده مقیاس دشواری در انجام رفتار هدفمند (۰/۱۱) نیز از خورده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجان واجد کمترین ارتباط با اولین متغیر ترکیبی یا کانونی حاصل از متغیرهای وابسته (افکار خودکشی) است. آزمون لمبدا ویلکز ۰/۵۹ است؛ یعنی، در حدود ۴۱ درصد از واریانس متغیرهای وابسته پیش‌بینی می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر باهدف پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس دشواری تنظیم هیجان و اجتناب تجربی در پرستاران انجام شد. نتایج یافته‌ها نشان داد که مؤلفه‌های مختلف دشواری تنظیم هیجان و نیز نمره کل اجتناب تجربی توان پیش‌بینی افکار خودکشی را دارند. این بدین معناست که افکار خودکشی را می‌توان از روی مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان و اجتناب تجربی پیش‌بینی کرد. این نتایج به گونه‌ای همخوان با نتایج پژوهش‌های [۹، ۱۷، ۱۸، ۲۳، ۲۴] است. در واقع هر چقدر افراد در تنظیم کردن هیجان‌ها خود دشواری نشان دهند (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و عدم وضوح هیجانی) احتمال دارد که افکار مخاطره آمیز بیشتری، همچون افکار خودکشی سراغ آنها بیاید. قابل ذکر است که از بین متغیرهای پیش‌بین مؤلفه فقدان آگاهی هیجانی (از متغیر دشواری تنظیم هیجان) دارای بیشترین توان پیش‌بینی برای افکار خودکشی است، این یعنی اینکه هر چقدر افراد از آگاهی هیجانی کمتری برخوردار باشند بیشتر امکان دارد که افکار خودکشی در آن به وجود آید. حسنی و میر آقایی (۱۳۹۱) در پژوهشی که به بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ایده پردازی خودکشی در بین دانشجویان پرداخت به این نتیجه دست یافتند که کم اهمیت شماری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پیش‌بینی کننده قوی برای ایده‌های خودکشی گرایانه است [۳۲] ویت و همکاران (۲۰۰۵) یکی از مهمترین دلایل خودکشی را تغییر پذیری میزان هیجان‌ها دانسته‌اند و بر این باورند که افکار خودکشی با تجارب هیجانی منفی با همدیگر آمیخته‌اند [۳۳]. خانی پور و همکاران (۱۳۹۳) نیز در یک پژوهش که به بررسی رابطه نقض کنترل تکانه و خود جرحی بدون خودکشی در نوجوانان پرداختند، بدین نتیجه دست یافتند که نقض کنترل تکانه به عنوان نوعی آسیب پذیری هیجانی پیش‌بینی کننده خود جرحی می‌باشد [۳۴]. قابل ذکر است پژوهشی که مخالف با نتیجه پژوهش حاضر باشد یافت نشد.

در رابطه با نقش پیش‌بینی کننده اجتناب تجربی در ارتباط با افکار خودکشی نیز، آفتاب (۱۳۹۵) در پژوهشی که به بررسی نقش میانجی گری دشواری بین فردی در رابطه بین اجتناب تجربی با افسردگی و اضطراب پرداخت نتایج نشان داد که اجتناب تجربی در درازمدت موجب افسردگی می‌گردد و افسردگی شدید هم موجب گرایش به افکار خودکشی می‌شود [۲۸]. باردین و فرگوس (۲۰۱۶) نیز در پژوهشی

and healthy subjects in Ilam province. *Ilam Med Sci J.* 2013;48-52.

2. Jahangiri K, Barkhordar N. The incidence of suicide and its related factors in the rural city of Kermanshah. *J Med Islamic Repub Iran*. 2008;2:219-25.
3. Rostami M, Hashemi T, Aliloo MM. Comparison of personality traits, social support, and religious orientation in suicide attempter and control group. *J Urmia Univ Med Sci*. 2014;24(12):1016-26.
4. Scocco P, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders--World Mental Health study. *Compr Psychiatry*. 2008;49(1):13-21. doi: [10.1016/j.comppsy.2007.08.004](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.004) pmid: [18063036](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18063036/)
5. Hawton K, Vislisl L. Suicide in nurses. *Suicide Life Threat Behav*. 1999;29(1):86-95. pmid: [10322623](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10322623/)
6. Gardner SE, Betts LR, Stiller J, Coates J. The role of emotion regulation for coping with school-based peer-victimisation in late childhood. *Pers Individ Differ*. 2017;107:108-13. doi: [10.1016/j.paid.2016.11.035](https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.035)
7. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):217-37. doi: [10.1016/j.cpr.2009.11.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004) pmid: [20015584](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20015584/)
8. Najafi M, Mohammadi Far MA, Abdullahi M. Role of Emotional Performance and Tendency to Drug Abuse: Role of Components of Emotion Regulation, Distress Tolerance and Sensation Seeking. *Q J Soc Health Just*. 2015;2(5):53-68.
9. Tamir M, Millgram Y. Motivated emotion regulation: Principles, lessons, and implications of a motivational analysis of emotion regulation. *Advances in Motivation Science*. 4: Elsevier; 2017. p. 207-47.
10. Thomson P, Jaque V. Self-regulation, emotion, and resilience. *J Creat Perform Art*. 2017:225-43.
11. Karami J, Zakiee A, Hatamian P, Bagheri A. Comparing Emotion regulation Difficulties and Emotional Styles of Smokers and Non-smokers. *J Urmia Med*. 2016;27(10):848-55.
12. Esmaeel Nasab M, Andami Khoshsk A, Azarmi H, Samar Rokhi A. The Predicting Role of Emotion Regulation Difficulty and Distress Tolerance of Addiction. *Q J Addict Stud Drug Abuse*. 2014;8(29):49-63.
13. Samani S, Sohrabi S, Sadat S. The Role of Emotion Regulation in Relation to Emotional Problems of Parents. *J Psychol Methods Mod*. 2011;3(1).
14. Aazam Y, Sohrabi F, Borjal A, Chopan H. The effectiveness of teaching emotion regulation based on gross model in reducing impulsivity in drug-dependent people. *Res Addict*. 2014;8(30):127-41.
15. Setorg S, Kazemi H, Raeesi Z. The Effectiveness of Metacognitive Treatment in Craving Beliefs Associated with Psychoactive Substance Abusers. *Q J Addict* 2013;7(28):148-62.
16. Kazemi AP, Kakavand A, Fazli R. The relationship between early maladaptive schemas and mental skills with goal orientation of footballers. *Environ Conservat J* 2015;16(Special Edition):435-41.
17. Hubner-Liebermann B, Neuner T, Hegerl U, Hajak G, Spiessl H. Reducing suicides through an alliance against depression? *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(5):514-8. doi: [10.1016/j.genhosppsych.2010.06.008](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.06.008) pmid: [20851273](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20851273/)
18. Alizadeh A, Kazemi Golghashi M, Jamali Z, Barati M, Azizi M. The role of emotional regulation and spirituality on occupational stress of military nurses. *J Nurs Phys*. 2014(25):17-22.
19. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(7):865-78. doi: [10.1016/j.cpr.2010.03.001](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001) pmid: [21151705](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21151705/)
20. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behav Res Ther*. 2006;44(9):1301-20. doi: [10.1016/j.brat.2005.10.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003) pmid: [16321362](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16321362/)
21. Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *J Anxiety Disord*. 2009;23(2):185-96. doi: [10.1016/j.janxdis.2008.06.006](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.06.006) pmid: [18676121](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18676121/)
22. Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: implications for prevention science. *Prev Sci*. 2008;9(3):139-52. doi: [10.1007/s11121-008-0099-4](https://doi.org/10.1007/s11121-008-0099-4) pmid: [18690535](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18690535/)
23. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(6):1152-68. pmid: [8991302](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8991302/)
24. Boulanger J, Hayes S, Pistorello J. Experiential Avoidance as a Functional Contextual Concept. *Emotion regulation and psychopathology : a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press; 2010. p. 107-36.
25. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. *Cogn Behav Pract*. 2009;16(4):368-85. doi: [10.1016/j.cbpra.2009.06.001](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001)
26. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1-25. doi: [10.1016/j.brat.2005.06.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006) pmid: [16300724](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16300724/)
27. Grits K, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopath Behav Assess*. 2004:41-5.
28. Aftab R. Mediator role of interpersonal difficulties in the relationship between experiential avoidance and depression and anxiety. *J Appl Psychol*. 2016;10(4):523-42.
29. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676-88. doi: [10.1016/j.beth.2011.03.007](https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007) pmid: [22035996](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22035996/)
30. Izaadi A, Karimi J, Rahmani M. Psychometric Analysis of Persian Version of Body Image flexibility Questionnaire (BI-AAQ) among University student. *Hayat*. 2014;19(3):56-69.
31. Ennis G, Fathi Ashtiani A, Soltani A, Amireh M. The prevalence of suicidal ideation and related factors in soldiers. *J Mil Med*. 2006;8(2):113-8.

32. Hasani J, Miraghaie A. The relationship between strategies for cognitive regulation of emotions and suicidal ideation. *Contemp Psychol J*. 2012;7(1):61-72.
33. Witte TK, Fitzpatrick KK, Joiner TE, Jr., Schmidt NB. Variability in suicidal ideation: a better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation? *J Affect Disord*. 2005;88(2):131-6. doi: [10.1016/j.jad.2005.05.019](https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.019) pmid: 16054227
34. Khanipour H, Hakim Shooshtari M, Borjali A, Golzari M, Falsafinejad M. Relationship between Impulse Control Difficulties and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents with Childhood Maltreatment History: Mediating Role of Self-Inadequac. *Iran J Psychiat Clinical Psychol*. 2015;20(4):339-48.
35. Bardeen JR, Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *J Context Behav Sci*. 2016;5(1):1-6. doi: [10.1016/j.jcbs.2016.02.002](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002)
36. Huh HJ, Kim SY, Yu JJ, Chae JH. Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Ann Gen Psychiatry*. 2014;13:26. doi: [10.1186/s12991-014-0026-y](https://doi.org/10.1186/s12991-014-0026-y) pmid: 25648979