

The Relationship between Cognitive Functioning and Suicidal Tendency, with the Mediating Role of Self-efficacy Among Young Adults in Tehran

Roya Falahi¹, Armin Mahmoudi^{1*}, Seyed Feyzollah Afrazizadeh¹

1- Department of Psychology, Yas.C., Islamic Azad University, Yasuj, Iran.

Corresponding author: Armin Mahmoudi, Department of Psychology, Yas.C., Islamic Azad University, Yasuj, Iran.

Email: Armin.Mahmoudi@iaau.ac.ir

Received: 2025/11/30

Accepted: 2025/12/8

Abstract

Introduction: In recent years, young individuals have been facing various challenges that have increased their psychological vulnerability. Accordingly, the present study aimed to investigate the relationship between cognitive functioning and suicidal tendency, with the mediating role of self-efficacy among young adults in Tehran.

Methods: This research employed a descriptive-correlational design. The statistical population included all young adults aged 18 to 35 residing in Tehran in 2025. Using Cochran's formula, and considering a 95% confidence level and a 5% margin of error, a sample size of 400 participants was determined. Cluster random sampling was carried out among 4 districts selected from 22 municipal districts of Tehran. Standardized tools were used for data collection, including the Montreal Cognitive Assessment (Version 3.8) to measure cognitive performance, the Beck Scale for Suicidal Ideation, and the General Self-Efficacy Scale (Sherer). Data were analyzed through descriptive and inferential statistical methods, including structural equation modeling, using SPSS and AMOS software.

Results: The findings indicated that poor cognitive performance is directly associated with an increased tendency toward suicide, while self-efficacy serves as a protective factor. Additionally, self-efficacy played a significant mediating role in the relationship between cognitive performance and suicidal tendency.

Conclusion: These findings emphasize the importance of strengthening self-efficacy in reducing suicidal tendencies among young adults and can serve as a foundation for designing psychological interventions and preventive programs.

Keywords: Cognitive performance, Self-efficacy, Suicidal tendency, Young adults in Tehran.

How to cite this article: Roya Falahi, Armin Mahmoudi, Seyed Feyzollah Afrazizadeh, M, The Relationship between Cognitive Functioning and Suicidal Tendency, with the Mediating Role of Self-efficacy Among Young Adults in Tehran, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR).2026. P: 22- 30 (in Persian).
Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



رابطه بین عملکرد شناختی و گرایش به خودکشی با نقش واسطه ای خودکارآمدی در جوانان شهر تهران

رویا فلاحی^۱، آرمین محمودی^{۱*}، سیدفیض اله افرازی زاده^۱

۱- گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

نویسنده مسئول: آرمین محمودی، گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.
ایمیل: Armin.Mahmoudi@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۹/۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۱۷

چکیده

مقدمه: در سال‌های اخیر، جوانان با مشکلات متعددی روبه‌رو هستند که این شرایط آسیب‌پذیری روانی را در میان جوانان تشدید می‌کند، براین اساس هدف مطالعه حاضر بررسی رابطه بین عملکرد شناختی و گرایش به خودکشی با نقش واسطه ای خودکارآمدی در جوانان شهر تهران بود.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه جوانان ۱۸ تا ۳۵ ساله ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود. با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای مجاز ۵٪، حجم نمونه ۴۰۰ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای از بین ۴ منطقه از ۲۲ منطقه شهرداری تهران انجام گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای استاندارد شامل پرسشنامه ارزیابی شناختی مونترال (Montreal Cognitive Assessment) برای سنجش عملکرد شناختی، مقیاس سنجش افکار خودکشی بک (Beck Scale for Suicidal Ideation)، و پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (Sherer Self-Efficacy Scale) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS و AMOS تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که عملکرد شناختی ضعیف با افزایش گرایش به خودکشی رابطه مستقیم دارد، در حالی که خودکارآمدی به عنوان عامل محافظتی عمل می‌کنند. همچنین، خودکارآمدی نقش واسطه‌ای معناداری در رابطه بین عملکرد شناختی با گرایش به خودکشی ایفا می‌کند.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بر اهمیت تقویت خودکارآمدی در کاهش گرایش به خودکشی در میان جوانان تأکید دارد و می‌تواند به عنوان مبنایی برای طراحی مداخلات روانشناختی و برنامه‌های پیشگیرانه مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: عملکرد شناختی، خودکارآمدی، گرایش به خودکشی، جوانان تهران.

مقدمه

سلامت روان جوانان همواره یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه و پایداری جوامع به شمار می‌رود و توجه بسیاری از متخصصان و سیاست‌گذاران را به خود جلب کرده است (۱). جوانان به دلیل ویژگی‌های خاص سنی و شرایط اجتماعی، در مرحله‌ای حساس از رشد قرار دارند که با چالش‌های متعددی در ابعاد روانی، شناختی و اجتماعی روبه‌رو می‌شوند؛

چالش‌هایی که می‌توانند کیفیت زندگی، آینده فردی و حتی مسیر شغلی و تحصیلی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهند (۲). در سال‌های اخیر، جوانان با مشکلاتی چون فشارهای تحصیلی و شغلی، تغییرات سریع فرهنگی و اجتماعی، کاهش حمایت‌های خانوادگی، افزایش فردگرایی و کاهش ارتباطات اجتماعی معنادار روبه‌رو هستند که این شرایط آسیب‌پذیری روانی را در میان جوانان تشدید می‌کند (۳).

یکی از نگران‌کننده‌ترین پیامدهای چنین شرایطی، افزایش گرایش به خودکشی است که به‌عنوان یکی از معضلات جدی سلامت روان در جهان و به‌ویژه در گروه‌های سنی جوان شناخته می‌شود (۴). براساس گزارش‌های جهانی، خودکشی دومین عامل مرگ‌ومیر در میان جوانان ۱۸ تا ۳۵ سال است و این واقعیت ضرورت شناسایی عوامل خطر و محافظتی در این حوزه را بیش از پیش آشکار می‌سازد (۵). روند تلاش برای خودکشی در ایران نیز رو به افزایش بوده و نرخ کلی خودکشی در ایران حدود ۶ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است (۶). تحقیقات نشان داده‌اند که افزایش فشارهای اجتماعی و روانی در نبود منابع حمایتی مؤثر، خطر بروز افکار خودکشی را به‌شدت افزایش می‌دهد (۷).

عوامل متعددی در شکل‌گیری و تداوم گرایش به خودکشی نقش دارند (۸). از جمله این عوامل می‌توان به اختلالات هیجانی مانند افسردگی و اضطراب، تجربه رویدادهای استرس‌زا، کاهش حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی در زندگی اشاره کرد. هر یک از این عوامل می‌تواند توانایی فرد برای مقابله با مشکلات را تضعیف کرده و او را نسبت به افکار منفی آسیب‌پذیرتر سازد (۹). در کنار این عوامل، سازوکارهای شناختی و ذهنی نیز تأثیر بسزایی بر گرایش به خودکشی دارند (۱۰). عملکرد شناختی به مجموعه گسترده‌ای از فرآیندهای ذهنی از جمله حافظه، توجه، استدلال، حل مسئله، تصمیم‌گیری، کنترل تکانه و تنظیم هیجان اشاره دارد که نقش بنیادی در سازگاری فرد با محیط ایفا می‌کنند (۱۱). این توانایی‌ها تعیین می‌کنند که فرد تا چه اندازه می‌تواند تجربیات گذشته را پردازش کند، به محرک‌های محیطی پاسخ مناسب بدهد و در شرایط پر تنش تصمیم‌های منطقی بگیرد (۱۲). اختلال در عملکرد شناختی نه‌تنها باعث ضعف در مدیریت هیجان‌ها و استرس‌های روزمره می‌شود، بلکه به‌طور مستقیم با افزایش مشکلات روانی مانند افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی ارتباط دارد (۱۳). برای مثال، جوانانی که در عملکردهای اجرایی مانند برنامه‌ریزی و انعطاف‌پذیری شناختی ضعف دارند، بیشتر دچار درماندگی می‌شوند (۱۳). یافته‌های پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ضعف در کارکردهای شناختی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم رفتارهای خودتخریبی است (۱۴). نتایج مطالعات نشان می‌دهد کاهش در ابعادی چون حافظه، توجه و تصمیم‌گیری با افزایش افکار و گرایش به خودکشی رابطه معنادار دارد (۱۵، ۱۶). همچنین پژوهش‌ها

تأیید کرده‌اند که نارسایی در کنترل تکانه و حل مسئله، احتمال اقدام به خودکشی را در جوانان به‌طور قابل‌توجهی افزایش می‌دهد (۱۷، ۱۸).

خودکارآمدی یکی دیگر از متغیرهای کلیدی در حوزه سلامت روان است که به باور فرد نسبت به توانایی‌های خود در سازماندهی و اجرای اقدامات لازم برای رسیدن به اهداف اشاره دارد (۱۹). بر اساس نظریه شناختی-اجتماعی بندورا، رفتار انسان حاصل تعامل متقابل میان عوامل فردی، محیطی و رفتاری است (۲۰). در این چارچوب، صرف داشتن دانش و مهارت برای پیش‌بینی عملکرد آینده کافی نیست، بلکه باور فرد به توانایی‌های خود نقش تعیین‌کننده‌تری دارد. به بیان دیگر، خودکارآمدی مشخص می‌کند که فرد آیا فعالیت را آغاز می‌کند یا نه، چه میزان تلاش برای آن صرف می‌کند و تا چه اندازه در برابر موانع و مشکلات پایداری نشان می‌دهد (۲۱). باور خودکارآمدی نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری انگیزش، سطح تلاش و میزان پایداری فرد در مواجهه با موانع دارد (۲۲). جوانانی که از خودکارآمدی بالاتری برخوردارند، در برخورد با مشکلات و فشارهای اجتماعی، اعتماد بیشتری به توانایی‌های خود نشان می‌دهند، اهداف دشوارتر و معنادارتری را دنبال می‌کنند و در مواجهه با ناکامی‌ها از پشتکار بیشتری بهره‌مند هستند (۲۳). چنین ویژگی‌هایی نه‌تنها از بروز درماندگی و ناامیدی پیشگیری می‌کند، بلکه احتمال گرایش به افکار خودکشی را به‌طور چشمگیری کاهش می‌دهد (۲۴). در مقابل، خودکارآمدی پایین اغلب با احساس ناتوانی، ناامیدی و افزایش خطر ابتلا به افسردگی و اضطراب همراه است که خود از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز افکار خودکشی محسوب می‌شوند (۲۵). به طور کلی مطالعات نشان داده‌اند که خودکارآمدی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در برابر مشکلات سلامت روان عمل کند و به افراد کمک کند تا با استرس‌ها و فشارهای زندگی به طور مؤثرتری مقابله کنند (۲۶، ۲۷، ۲۸).

با توجه به پیامدهای گسترده روانی، اجتماعی و اقتصادی خودکشی و اهمیت شناسایی عوامل محافظتی در این زمینه، ضرورت انجام پژوهش‌های جامع و کاربردی بیش از پیش احساس می‌شود. در ایران، با وجود اهمیت این موضوع، پژوهشی به بررسی همزمان نقش عملکرد شناختی و خودکارآمدی در ارتباط با گرایش به خودکشی نپرداخته است. این خلأ پژوهشی به‌ویژه در جامعه جوانان تهرانی که

برای سنجش گرایش به خودکشی از مقیاس افکار خودکشی بک (۳۰) استفاده شد که یکی از ابزارهای پرکاربرد در پژوهش‌های مرتبط با خودکشی است و در ایران نیز اعتباریابی شده است (۳۱). این مقیاس ۱۹ گویه دارد و شدت افکار و برنامه‌ریزی‌های مرتبط با خودکشی را در مقیاس سه‌درجه‌ای (۰ تا ۲) طی یک هفته اخیر می‌سنجد.

برای اندازه‌گیری خودکارآمدی از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر استفاده شد که توسط شرر و همکاران تدوین گردیده است (۳۲). این ابزار شامل ۲۳ گویه است که ۱۷ گویه آن به سنجش خودکارآمدی عمومی مربوط می‌شود. ضریب پایایی کرونباخ این ابزار در پژوهش‌های مختلف بین ۰٫۷۱ تا ۰٫۸۶ گزارش شده است (۳۳). همچنین روایی همگرایی مطلوب آن نیز در بررسی‌های جدیدتر تایید شده است (۳۳).

در مراحل اجرایی پژوهش پس از حضور اعضای نمونه در محل مناسب و پس از برقراری ارتباط و کاهش حساسیت آزمودنی‌ها راجع به پرسشنامه و دلایل انتخاب آنها در نمونه توضیحات لازم از سوی پژوهشگر راجع به نحوه تکمیل پرسشنامه ارائه شد و آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. از آزمودنی‌ها خواسته شد اگر در تکمیل پرسشنامه با ابهامی مواجه شدند از پژوهشگر بخواهند توضیح بیشتری بدهد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، داده‌های مربوطه وارد مرحله تجزیه و تحلیل شدند. لازم به ذکر است برای راستی‌آزمایی صحت داده‌ها، چند اقدام مکمل انجام شد. نخست، پیش از اجرای پرسشنامه‌ها، به آزمودنی‌ها ضمن تأکید بر محرمانه‌بودن پاسخ‌ها، ضرورت صداقت در پاسخ‌دهی توضیح داده شد تا انگیزه پاسخ‌دهی صادقانه افزایش یابد. همچنین پژوهشگر در زمان اجرای پرسشنامه‌ها حضور داشت و در صورت مشاهده پاسخ‌دهی شتاب‌زده، تکراری یا بدون دقت، آزمودنی مورد نظر راهنمایی شده یا در موارد معدود جایگزین شد. همچنین کد اخلاق IR.IAU.YASOOJ.REC.1404.016 برای انجام پژوهش اخذ شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری و با کمک نرم‌افزار SPSS و AMOS نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها

براساس داده‌های جمعیت‌شناختی، توزیع جنسیت شرکت‌کنندگان تقریباً متعادل بوده است؛ به‌طوری‌که ۵۱

به دلیل فشارهای تحصیلی، اقتصادی و اجتماعی بیشتر در معرض خطر هستند، آشکارتر است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف پر کردن این شکاف علمی طراحی شده و در پی پاسخ به این پرسش کلیدی است که آیا میان عملکرد شناختی با گرایش به خودکشی با در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در جوانان شهر تهران رابطه وجود دارد؟

روش کار

روش پژوهش حاضر همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه جوانان ۱۸ تا ۳۵ ساله ساکن شهر تهران در نیمه اول سال ۱۴۰۴ بود. برای تعیین حجم نمونه، با توجه به اینکه حجم جامعه بسیار بزرگ و نامحدود است، با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای مجاز ۵٪، حجم نمونه ۴۰۰ نفر تعیین شد. سپس از طریق نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، نمونه‌ها انتخاب شدند. بدین صورت که جامعه به خوشه‌هایی طبیعی تقسیم شد. این خوشه‌ها شامل: مناطق شهری (۲۲ منطقه شهرداری تهران) بودند. سپس از بین خوشه‌های تعریف‌شده، تعدادی از خوشه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. به عنوان مثال برای تهران که به ۲۲ منطقه تقسیم شده، ۴ منطقه به صورت تصادفی انتخاب شد (مناطق ۱۸، ۱۲، ۵، ۲). پس از انتخاب خوشه‌ها، از هر خوشه انتخابی (از هر منطقه ۱۰۰ نفر)، از افراد واجد شرایط (جوانان ۱۸ تا ۳۵ سال) به صورت تصادفی انتخاب و در نهایت از این ۴۰۰ نفر داده‌های پژوهشی جمع‌آوری شد. علاقه‌مندی و تمایل به شرکت داوطلبانه در پژوهش و پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها، داشتن حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر سن ۳۵ سال و داشتن حداقل تحصیلات نوشتن و خواندن. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت خواهند بود از: عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش و عدم تکمیل بیش از ۲۰ درصد سؤالات پرسشنامه‌ها.

برای ارزیابی عملکرد شناختی از پرسشنامه ارزیابی شناختی مونترال استفاده شد که نسخه اصلی آن توسط نصرالدین و همکاران طراحی شده است (۱۹۹۶) و نسخه بومی‌سازی‌شده در ایران روایی و پایایی مطلوبی دارد (۲۹). این مقیاس ده حوزه شناختی را با تکالیف کوتاه و حساس می‌سنجد و آلفای کرونباخ آن برای جمعیت ایرانی ۰٫۸۹ گزارش شده است (۲۹).

خطاها از آزمون دوربین - واتسون استفاده شد که نتایج نشان از عدم همبستگی بین خطاها داشت ($D.W = 1/94$). دامنه بین ۱/۵ تا ۲/۵ قابل قبول است). برای بررسی هم خطی چندگانه بین متغیرهای پیش بین از عامل تورم واریانس (VIF) و تحمل (Tolerance) استفاده شد که نتایج نشان داد عدم هم خطی بین متغیرها برقرار است (دامنه VIF کمتر از ۵ و تحمل بالاتر از ۰/۱ بدست آمد). یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول (۱) آورده شده است.

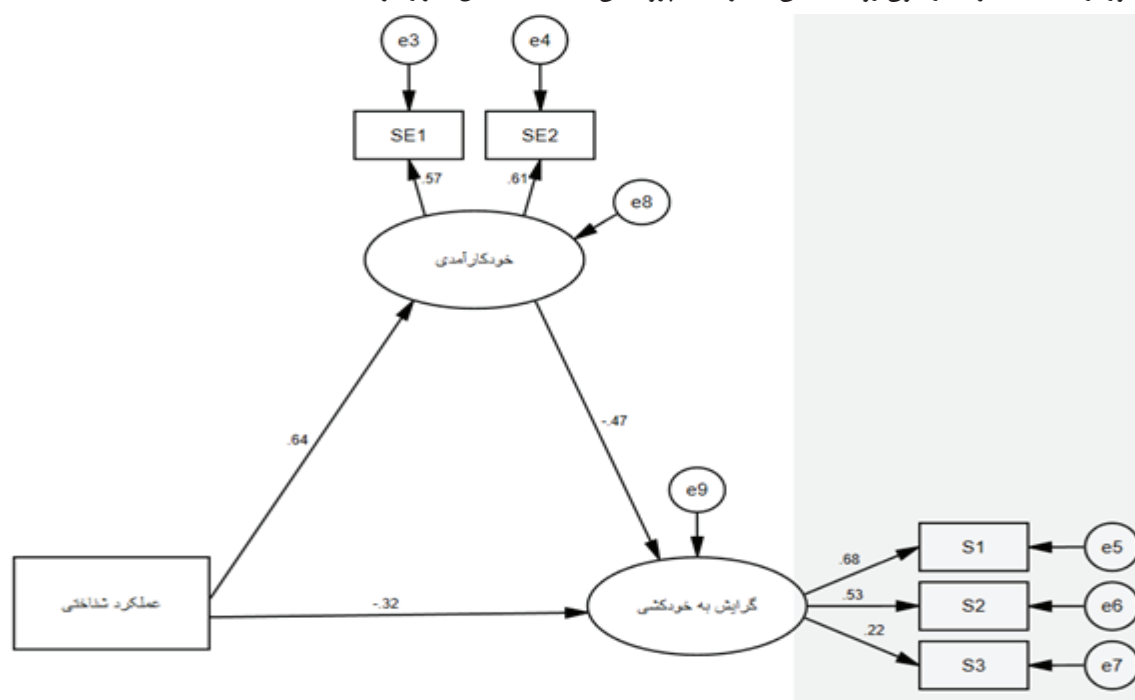
درصد زنان و ۴۹ درصد مردان در پژوهش حضور داشته‌اند. همچنین بیشترین فراوانی مربوط به دامنه سنی ۲۴ تا ۲۹ سال بوده است که حدود ۳۹/۹ درصد از نمونه را تشکیل می‌دهد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل پیش فرض‌های تحلیل مسیر شامل نرمال بودن توزیع، استقلال خطاها و هم خطی چندگانه بررسی شد. برای پیش فرض طبیعی بودن متغیرهای پژوهش از کجی و کشیدگی توزیع نمرات استفاده شد که نتایج آن نشان داد توزیع نمرات همه متغیرها نرمال است (دامنه توزیع بین +۱ و -۱). برای بررسی استقلال

جدول ۱. یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های تحقیق

شاخص آماری مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
عملکرد شناختی	۲۶,۰۲	۲,۹۳	-۰,۲۸	-۰,۸۵
خودکارآمدی عمومی	۳۹,۲۷	۸,۶۰	-۰,۱۲	-۰,۵۵
خودکارآمدی اجتماعی	۱۷,۰۶	۵,۵۵	-۰,۱۵	-۰,۹۸
تمایل به مرگ	۵,۱۲	۱,۸۲	-۰,۰۷	-۰,۸۸
آمادگی برای خودکشی	۶,۰۹	۱,۷۴	-۰,۱۴	-۰,۷۳
تمایل به خودکشی واقعی	۴,۳۷	۱,۳۸	-۰,۰۵	-۰,۸۶

از تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد. در مرحله اول از برازش کلی مدل و در ادامه وزن‌های رگرسیون استاندارد مدل‌های اندازه گیری و ضرایب مربوط به روابط مورد تحلیل قرار گرفت.

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۱، نتایج توصیفی نشان می‌دهد که مقادیر کجی و کشیدگی نیز بیانگر توزیع نرمال متغیرها بوده و نشان می‌دهد داده‌ها از نرمالیت قابل قبولی برخوردار هستند. برای آزمون روابط بین متغیرهای پژوهش



شکل ۱. ضرایب استاندارد روابط عملکرد شناختی با گرایش به خودکشی با میانجی‌گری خودکارآمدی

رویا فلاحی و همکاران

بودن مدل می‌باشد. در ارتباط با شاخص RMSEA مقادیر نزدیک به ۰/۰۵ یا کمتر نشان دهنده برازش خوب الگو و مقدار ۰/۰۸ یا کمتر بیانگر خطای منطقی تقریب است؛ مقدار بالاتر از ۰/۱۰ نشان از الزام رد کردن الگو می‌باشد (هومن، ۱۳۸۶). شاخص‌های برازش ارائه شده در جدول ۲ نشان از برازش مناسب مدل دارد.

ابتدا جهت تعیین برازش کلی مدل، شاخص‌های برازش مدنظر قرار گرفت. شاخص‌های برازش مدل در جدول ۲ ارائه شده است. برای شاخص برازندگی X^2/df مقادیر کوچکتر از ۳ مناسب و هر چقدر به صفر نزدیکتر باشد حاکی از برازش خوب الگو می‌باشد. برای شاخص GFI و CFI، IFI مقدار نزدیک به ۰/۹۰ و بالاتر به عنوان برازش نیکویی قابل قبول تلقی می‌شود که نشان دهنده خوب

جدول ۲. شاخص‌های برازندگی برای الگوی تدوین شده

شاخص‌های برازندگی الگو	RMSEA	CFI	IFI	GFI	X^2/df	df	X^2
مقدار بدست آمده	۰,۰۶	۰,۹۵	۰,۹۳	۰,۹۴	۲,۶۷	۷	۱۸,۷۲

عملکرد شناختی و خودکارآمدی بر گرایش به خودکشی بررسی شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

در ادامه کلیه اثرات مربوط به تمامی مسیرهای مستقیم در مدل معادله ساختاری بررسی شد. ابتدا اثرات مستقیم

جدول ۳. ضرایب مدل تبیین گرایش به خودکشی بر اساس عملکرد شناختی با میانجی گری خودکارآمدی

مسیر مستقیم	ضریب استاندارد	آماره t
اثر عملکرد شناختی بر خودکارآمدی	۰,۶۴	۷,۹۳
اثر خودکارآمدی بر گرایش به خودکشی	-۰,۴۷	-۴,۸۹

$t < ۲/۶۸$ در سطح $۰/۰۱$ و $t < ۱/۹۶$ در سطح $۰/۵$ معنادار است.

واسطه ای خودکارآمدی در ارتباط بین عملکرد شناختی با گرایش به خودکشی از آزمون سوبل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از روابط متغیرها از طریق مسیر ضرایب رگرسیونی استاندارد در جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر خودکارآمدی ($\beta = -۰/۴۷$, $P > ۰/۰۱$) بر گرایش به خودکشی معنادار بودند. همچنین برای بررسی نقش

جدول ۴. نتایج حاصل از بررسی نقش واسطه ای خودکارآمدی در ارتباط بین عملکرد شناختی با گرایش به خودکشی از طریق آزمون سوبل

متغیر پیشین	متغیر ملاک	متغیر میانجی	Sobel's test (z)	P
عملکرد شناختی	گرایش به خودکشی	خودکارآمدی	۳,۴۳	۰,۰۰۱

گرایش به خودکشی به واسطه ای خودکارآمدی داشته است. بدین معنا که با افزایش عملکرد شناختی، سطح گرایش به خودکشی به واسطه ای افزایش خودکارآمدی، کاهش می‌یابد.

در تبیین این یافته ابتدا باید به این نکته اشاره کرد که عملکرد شناختی ضعیف می‌تواند توانایی فرد در تنظیم هیجانات منفی، ارزیابی راه‌حل‌های جایگزین و کنترل تکانه‌ها را کاهش دهد. این نقص‌ها منجر به افزایش احساس درماندگی و ناامیدی می‌شود که از عوامل کلیدی در گرایش به خودکشی هستند. همچنین، مطالعات عصب‌شناختی نشان داده‌اند که کاهش فعالیت در قشر

نتایج حاصل از آزمون سوبل در جدول ۴ نشان می‌دهد که متغیر خودکارآمدی در ارتباط بین عملکرد شناختی ($P > ۰/۰۱$), $Z = ۳/۴۳$ با گرایش به خودکشی نقش واسطه ای معناداری دارد.

بحث

هدف مطالعه حاضر پیش‌بینی گرایش به خودکشی بر اساس عملکرد شناختی با میانجی‌گری خودکارآمدی بود. نتایج نشان داد که مدل نظری پژوهش براساس داده‌های تجربی گردآوری شده قابل تایید است و فرضیه کلی پژوهشگر مورد تایید قرار گرفت. عملکرد شناختی اثر غیر مستقیم بر

پیش‌پیشانی (که مسئول عملکردهای اجرایی است) با افزایش ریسک خودکشی مرتبط است (۱۷).

از سوی دیگر، ضعف در عملکردهای اجرایی مانند برنامه‌ریزی، حل مسئله و تصمیم‌گیری، توانایی فرد برای یافتن راه‌حل‌های جایگزین در موقعیت‌های دشوار را محدود می‌کند. این محدودیت شناختی باعث می‌شود فرد موقعیت‌های بحرانی را غیرقابل تغییر و بدون راه حل ببیند که این نگرش به نوبه خود خطر بروز افکار خودکشی را افزایش می‌دهد (۱۵). مطالعات تصویربرداری مغز نیز نشان داده‌اند که کاهش فعالیت در مناطق پیش‌پیشانی مغز که مسئول این عملکردهای شناختی هستند، با افزایش معنادار افکار خودکشی مرتبط است (۱۸).

عملکرد شناختی مطلوب به افراد کمک می‌کند تا راهبردهای مؤثرتری برای حل مسئله اتخاذ کنند، که این امر باور فرد به توانایی‌های خود (خودکارآمدی) را تقویت می‌نماید. از منظر عصب‌شناختی، فعالیت بیشتر در قشر پیش‌پیشانی که با برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری مرتبط است با سطح بالاتر خودکارآمدی همراه است (۱۶).

از منظر عصب‌شناختی، مناطق پیشانی-آهیانه‌ای مغز که مسئول عملکردهای اجرایی هستند، با شبکه‌های خودارزایی و باورهای شخصی همپوشانی دارند. مطالعات تصویربرداری مغز نشان داده‌اند که فعالیت هماهنگ قشر پیش‌پیشانی پشتی جانبی با هسته دمدار (که در یادگیری مبتنی بر پاداش نقش دارد) پیش‌بینی کننده قوی سطح خودکارآمدی افراد است. به عبارت دیگر، وقتی سیستم‌های شناختی ما بهینه عمل می‌کنند، مغز بهتر می‌تواند تجربیات موفقیت‌آمیز را پردازش و آن‌ها را به عنوان شواهدی برای توانایی‌های شخصی تفسیر کند (۱۳).

در سطح رفتاری، عملکرد شناختی بالا باعث می‌شود افراد راهبردهای مؤثرتری برای حل مسائل طراحی کنند، بازخوردهای محیطی را دقیق‌تر تحلیل نمایند، و پیامدهای اقدامات خود را پیش‌بینی کنند. این توانایی‌ها منجر به تجربیات موفقیت‌آمیز بیشتر می‌شود که سنگ بنای خودکارآمدی است. به عنوان مثال، دانشجویی که از حافظه کاری و برنامه‌ریزی خوبی برخوردار است، معمولاً در امتحانات عملکرد بهتری دارد و این موفقیت‌ها، باور او به توانایی‌های تحصیلی‌اش را تقویت می‌کنند.

خودکارآمدی بالا به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با استرس، از راهبردهای سازگارانه‌تری مانند حل مسئله

و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده کنند. در مقابل، خودکارآمدی پایین با احساس درماندگی و ناتوانی در مدیریت چالش‌ها همراه است که می‌تواند به افکار خودکشی منجر شود (۲۵).

از سوی دیگر، افرادی که احساس خودکارآمدی پایین‌تری دارند، ممکن است در برابر استرس‌های زندگی احساس بی‌پناهی یا ناتوانی کنند و به این نتیجه برسند که هیچ راهی برای بهبود شرایط وجود ندارد. این احساس درماندگی می‌تواند زمینه‌ساز افکار خودکشی شود. بنابراین، خودکارآمدی مانند یک عامل محافظ در برابر افکار و گرایش‌های خودکشی عمل می‌کند، زیرا به فرد امید، انگیزه و باور به توانایی در تغییر شرایط می‌دهد. نظریه‌های شناختی-رفتاری نیز تأکید دارند که خودکارآمدی با سبک تفسیر شناختی فرد از موقعیت‌ها ارتباط دارد (۲۷). فردی که خودکارآمدی بالایی دارد، موقعیت‌های استرس‌زا را به عنوان چالش‌هایی قابل حل می‌بیند، نه تهدیدهایی غیرقابل کنترل. این سبک شناختی باعث می‌شود تا در مواجهه با ناکامی یا رنج، افکار خودکشی به عنوان راه‌حل نهایی به ذهن فرد خطور نکند یا در صورت شکل‌گیری، جدی گرفته نشود (۲۳). با این حال، نتایج تعدادی از مطالعات بیان کرده‌اند که ارتباط بین خودکارآمدی و گرایش به خودکشی ممکن است در شرایط فرهنگی و اجتماعی متفاوت، الگوی ثابتی نداشته باشد. همچنین شواهدی وجود دارد که در برخی گروه‌های تحت فشارهای شدید محیطی، حتی افراد با سطح خودکارآمدی متوسط یا مطلوب نیز در معرض تجربه‌ی افکار خودکشی قرار گرفته‌اند (۲۷).

از منظر نظریه شناخت اجتماعی نیز، افراد با خودکارآمدی بالا معمولاً شبکه‌های اجتماعی قوی‌تری دارند، کمک گرفتن را ساده‌تر می‌دانند و در تعامل با دیگران احساس اثربخشی می‌کنند. این عوامل حمایتی، در کاهش احساس انزوا و تقویت امید مؤثر است و به‌طور غیرمستقیم خطر گرایش به خودکشی را کاهش می‌دهد (۲۸).

از جمله محدودیت‌های این تحقیق، این بود که پژوهش حاضر فقط بر جوانان شهر تهران متمرکز بود، بنابراین یافته‌ها ممکن است برای سایر گروه‌های سنی یا مناطق جغرافیایی متفاوت باشد. داده‌ها تنها بر اساس پرسشنامه‌های خودگزارشی جمع‌آوری شدند که احتمال سوگیری پاسخ (مانند تمایل به پاسخ‌دهی مطلوب اجتماعی) را افزایش می‌دهد. همچنین تأثیر برخی متغیرهای مداخله‌گر (مانند

مؤثری در پیشگیری از افکار و رفتارهای خودکشی داشته باشد. بنابراین، طراحی و اجرای مداخلات روان‌شناختی با تمرکز بر ارتقای عملکرد شناختی و افزایش خودکارآمدی می‌تواند راهبردی مهم در کاهش آسیب‌پذیری روانی و بهبود سلامت روان جوانان به‌ویژه در شرایط فشارزا و پرتنش باشد.

سیاسگزاری

از تمامی شرکت کنندگانی که در انجام این پژوهش همراهی نمودند، کمال تقدیر و تشکر را داریم.

تعارض منافع

نویسنده این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع با اشخاص یا سازمان‌های مرتبط ندارد. همچنین برای انجام این مطالعه، هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

References

1. Joseph HC, Olatunji RO, Anikelechi GI. Suicide Among Teenagers and Young Adults: The Causes, Trends and Intervention. *Gender and Behaviour*. 2022 Apr 1;20(1):18973-83.
2. Cuesta I, Montesó-Curto P, Metzler Sawin E, Jiménez-Herrera M, Puig-Llobet M, Seabra P, Toussaint L. Risk factors for teen suicide and bullying: An international integrative review. *International journal of nursing practice*. 2021 Jun;27(3):e12930.
3. Lantto R, Lindkviist RM, Jungert T, Westling S, Landgren K. Receiving a gift and feeling robbed: a phenomenological study on parents' experiences of Brief Admissions for teenagers who self-harm at risk for suicide. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2023 Nov 8;17(1):127.
4. Planellas I, Calderón C. Detecting the risk of suicidal-related behaviours in teenagers by means of combined personality dimensions. *Children and youth services review*. 2022 Jul 1;138:106500.
5. Corredor-Waldron A, Currie J. To what extent are trends in teen mental health driven by changes in reporting?: The example of suicide-related hospital visits. *Journal of Human Resources*. 2024 Apr 1;59(S):S14-40.
6. Asadiyun, Mahboobeh, and Salman Daliri. "Suicide Attempt and Suicide Death in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Study." *Iranian journal of psychiatry* vol. 18,2 (2023): 191-212.
7. Hall M, Fullerton L, Green D, FitzGerald CA. Positive relationships with adults and resilience to suicide attempt among New Mexico Hispanic adolescents. *International journal of environmental research and public health*. 2021 Oct 4;18(19):10430.
8. Lantto R, Lindkviist RM, Jungert T, Westling S, Landgren K. Receiving a gift and feeling robbed: a phenomenological study on parents' experiences of Brief Admissions for teenagers who self-harm at risk for suicide. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2023 Nov 8;17(1):127.
9. Elov ZS, Berdiyeva DS. Psychological reasons for suicide motivation in adolescents with deviant behavior. *Oriental renaissance: Innovative, educational, natural and social sciences*. 2022;2(2):1003-9.
10. Lannoy S, Ohlsson H, Kendler KS, Sundquist J, Sundquist K, Edwards AC. The causal effect of education and cognitive performance on risk for suicide attempt: A combined instrumental variable and co-relative approach in a Swedish national cohort. *Journal of affective disorders*. 2022 May 15;305:115-21.
11. Rouch I, Wild P, Ansiau D, Marquié JC. Shiftwork experience, age and cognitive performance. *Ergonomics*. 2005 Aug 15;48(10):1282-93.
12. Huguet P, Monteil JM. Social context and cognitive performance: Towards a social psychology of cognition. Routledge; 2013 May

- 24.
13. Fernández-Sevillano J, Alberich S, Zorrilla I, González-Ortega I, López MP, Pérez V, Vieta E, González-Pinto A, Saiz P. Cognition in recent suicide attempts: altered executive function. *Frontiers in psychiatry*. 2021 Jul 22;12:701140.
14. Moreno M, Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A. Implicit cognition tests for the assessment of suicide risk: A systematic review. *Current Psychiatry Reports*. 2022 Feb;24(2):141-59.
15. Gifuni AJ, Perret LC, Lacourse E, Geoffroy MC, Mbekou V, Jollant F, Renaud J. Decision-making and cognitive control in adolescent suicidal behaviors: a qualitative systematic review of the literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021 Dec;30(12):1839-55.
16. MacPherson HA, Kim KL, Seymour KE, Wolff J, Esposito-Smythers C, Spirito A, Dickstein DP. Cognitive flexibility and impulsivity deficits in suicidal adolescents. *Research on child and adolescent psychopathology*. 2022 Dec;50(12):1643-56.
17. Qi H, Fu G, Li J, Song C, Zhai W, Luo D, Liu S, Yu Y, Yang B, Zhao Q. Supervised learning and large language model benchmarks on mental health datasets: Cognitive distortions and suicidal risks in chinese social media. *Bioengineering*. 2025 Aug 19;12(8):882.
18. Perrain R, Dardennes R, Jollant F. Risky decision-making in suicide attempters, and the choice of a violent suicidal means: an updated meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2021 Feb 1;280:241-9.
19. Rad HF, Bordbar S, Bahmaei J, Vejdani M, Yusefi AR. Predicting academic procrastination of students based on academic self-efficacy and emotional regulation difficulties. *Scientific Reports*. 2025 Jan 23;15(1):3003.
20. Bandura A, Adams NE. Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive therapy and research*. 1977 Dec;1(4):287-310.
21. Vieira M, Kennedy J, Leonard SN, Cropley D. Creative self-efficacy: Why it matters for the future of STEM education. *Creativity research journal*. 2025 Jul 3;37(3):472-88.
22. Zhang L, Xu J. The paradox of self-efficacy and technological dependence: Unraveling generative AI's impact on university students' task completion. *The Internet and Higher Education*. 2025 Apr 1;65:100978.
23. Labouliere CD, Green KL, Vasan P, Cummings A, Layman D, Kammer J, Rahman M, Brown GK, Finnerty M, Stanley B. Is the outpatient mental health workforce ready to save lives? Suicide prevention training, knowledge, self-efficacy, and clinical practices prior to the implementation of a statewide suicide prevention initiative. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2021 Apr;51(2):325-33.
24. Micol VJ, Prouty D, Czyz EK. Enhancing motivation and self-efficacy for safety plan use: Incorporating motivational interviewing strategies in a brief safety planning intervention for adolescents at risk for suicide. *Psychotherapy*. 2022 Jun;59(2):174.
25. Li Y, Kwok SY. A longitudinal network analysis of the interactions of risk and protective factors for suicidal potential in early adolescents. *Journal of youth and adolescence*. 2023 Feb;52(2):306-18.
26. Cecchin HF, Murta SG, Macedo EO, Moore RA. Scoping review of 30 years of suicide prevention in university students around the world: efficacy, effectiveness, and cost-effectiveness. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2022 Sep 12;35:22.
27. Zhang X, Yue H, Sun J, Liu M, Li C, Bao H. Regulatory emotional self-efficacy and psychological distress among medical students: multiple mediating roles of interpersonal adaptation and self-acceptance. *BMC Medical Education*. 2022 Apr 15;22(1):283.
28. Chen Z, Zhang J, Zhang T, Zhang F, Liu Y, Ma Y, Chen Y, Zhou Z. The relationship between early adolescent bullying victimization and suicidal ideation: the longitudinal mediating role of self-efficacy. *BMC Public Health*. 2025 Mar 14;25(1):1000.
29. Emsaki G, Rahmani F, et al. Psychometric properties of the Persian version of Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA-P). *Iran J Psychiatry*. 2012;7(4).
30. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
31. Hemmati M, Danesh-Amouz A, Panaghi L. Psychometric evaluation of the Persian version of the Beck Scale for Suicidal Ideation. *Adv Cogn Sci*. 2003;5(3):12-20.
32. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychol Rep*. 1982;51:663-671.
33. Woodruff SL, Cashman JF. Task, domain, and general efficacy: A reexamination of the Self-Efficacy Scale. *Psychol Rep*. 1993;72:423-432.