

مقایسه تنظیم راهبردهای هیجانی، سبک خوش‌بینی و میزان تاب‌آوری در افراد با و بدون فکر خودکشی

در شهر دامغان

فرشته بهنیاافر^{۱*}، امیر حمزه خراسانی^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه تنظیم راهبردهای هیجانی، سبک خوش‌بینی و میزان تاب‌آوری در افراد با و بدون فکر خودکشی در شهر دامغان بود. طرح پژوهش، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای و برحسب نوع استفاده از نتایج کاربردی است. جامعه آماری شامل افراد با و بدون فکر خودکشی ۲۰-۴۰ سال در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ و نیمه اول سال ۱۴۰۰ در شهر دامغان است. که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۱۲۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد (۶۰ نفر از افراد دارای فکر خودکشی و ۶۰ نفر از افراد بدون فکر خودکشی). اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان کارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶)، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه خوش‌بینی شیبیر و همکاران (۱۹۹۴) گردآوری شد. داده‌ها با استفاده از مدل پارامتریک آمار توصیفی شامل بررسی میانگین، انحراف معیار و آزمون لوین آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و تحلیل مانوا تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد بین دو گروه افراد با و بدون فکر خودکشی در تنظیم راهبرد های هیجانی و میزان تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد ولی در خوش‌بینی تفاوت معناداری وجود ندارد.

واژگان کلیدی: تنظیم راهبردهای هیجانی، سبک خوش‌بینی، میزان تاب‌آوری و افکار خودکشی

^۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور بهشهر، بهشهر، ایران
(behniafar297@gmail.com).

^۲. استادیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه دامغان، دامغان، ایران (Khorasani.dubs@gmail.com).

خودکشی^۱ و پیامدهای آن یکی از معضلات برجسته و اساسی در زمینه سلامت عمومی در دهه‌های اخیر به‌شمار می‌آید. (مهدی یار، نجاتی و گودرزی، ۱۳۹۵). خودکشی یکی از دو دلیل اصلی مرگ در بین افراد نوجوان و جوان است. میزان مرگ‌ومیر نوجوانان به دلیل خودکشی در دهه گذشته به‌طور چشمگیر افزایش یافته است. از سال ۲۰۱۴، خودکشی از سومین عامل مرگ‌ومیر افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله به دومین علت مرگ صعود یافته است. این در حالی است که خودکشی یازدهمین علت مرگ در کل دنیا است. بیشترین شیوع مرتبط به خودکشی به ناحیه آفریقا با حدود ۸/۱۹ درصد اعلام شده است (حسینی، جمشیدی، صدقی، جلالی و شمسی، ۱۳۹۸). ایران کشوری با جمعیت جوان و کوشا است و گزارش‌ها حاکی از آن هستند که خودکشی در افراد بیست تا سی سال افزایش یافته است (انیسی، رحمتی نجار کلائی، اسماعیلی و حقی، ۱۳۹۳). بر اساس داده‌های مرکز آمار ایران، متأسفانه خودکشی به‌سرعت در حال افزایش است به‌طوری که میزان خودکشی در سال ۱۳۹۰ برابر ۳۳۱۵ نفر بود و در سال ۱۳۹۴، به ۴۷۲۰ نفر رسیده و این سیر صعودی به‌طور چشمگیری قابل توجه است. به تبع طی این سال‌ها در استان‌های کشور و نیز استان سمنان آمار خودکشی افزایش یافته است (مرادی‌نسب، ۱۳۹۶). افکار خودکشی به هرگونه اشتغال ذهنی شدید گفته می‌شود که شخص در مورد آرزوی از بین بردن خود، برنامه‌ریزی برای زمان و مکان، نحوه خودکشی و آثاری که بر دیگران می‌گذارد (حسینی، نجفی، مکوند حسینی، صلواتی و رضایی، ۱۳۹۸). بررسی‌ها و مطالعات نشان می‌دهند که علل و عوامل متعددی در خودکشی نقش دارند که به دو دسته کلی خطرناک و عوامل محافظت‌کننده تقسیم می‌شوند.

یکی از مهم‌ترین علل خطرناک که بر شیوع افکار خودکشی اثر می‌گذارد، بدتنظیمی راهبردهای هیجان است. (اسوی، شوچت، کوکشاو^۲ و هایدس^۳، ۲۰۲۰). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم هیجان منفی مثل نشخوارگری^۴، خودسرزنش‌گری^۵ و بزرگ‌نمایی^۶ همبستگی زیادی با بدتنظیمی هیجان و سایر جنبه‌های آسیب‌شناختی دارد، ولی در راهبردهای سازش‌یافته مانند ارزیابی مجدد مثبت^۷، این همبستگی منفی است. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که الگوهای آسیب‌شناسی روانی با تنظیم هیجان آمیختگی کامل دارند. برای مثال، اختلال‌های اضطرابی و افسردگی نتیجه بدتنظیمی هیجان است که این سازه در کنار بدتنظیمی هیجان، عامل مهمی در شکل‌گیری و بروز افکار خودکشی است. همچنین فرض بر این است که اگر افراد توانایی مدیریت مؤثر پاسخ هیجانی در برابر رویدادهای روزمره را نداشته باشند یا دوره شدید و طولانی‌مدت آشفتگی را تجربه نمایند، ممکن است افسردگی و اضطراب زیادی را تجربه کنند (حسینی و میراقایی، ۱۳۹۱).

ازجمله عوامل حفاظت‌کننده که در برخورد و سازگاری با موقعیت دشوار و مهارت‌های حل مسئله و تنظیم راهبردهای هیجان در زندگی به فرد کمک کرده و افراد را در برابر اختلالات روانی و دشواری‌های زندگی در امان نگاه می‌دارد، تاب‌آوری است. پژوهش‌های زیادی در این زمینه انجام شده است، برای نمونه تاب‌آوری عامل مهمی در تعدادی از گروه‌های در معرض خطر چون کودکان و جوانان به‌حساب آمده و نقش میانجی بسیار مهمی را در بروز بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی از خود نشان می‌دهد. این پژوهشگران همچنین معتقدند که وجود تاب‌آوری پایین با

¹ suicide

² Swee

³ Shochet

⁴ Cockshaw

⁵ Hides

⁶ ruminant

⁷ self-blame

⁸ positive re-evaluation

بروز افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه ارتباط دارد (پورحسین، فرهودی، امیری، جانبزرگی، رضایی بیداخویدی و نوراللهی، ۱۳۹۳).

یکی دیگر از عوامل حفاظت‌کننده مؤثر بر افکار خودکشی، میزان خوش‌بینی افراد است. تحقیقاتی که در این رابطه صورت گرفته بیانگر این است که به‌طور کلی بین خوش‌بینی و سلامت روان ارتباط وجود دارد. خوش‌بینی مرتبط با فرایند روان‌شناختی مانند اضطراب و تنش کمتر، آرامش ذهن، رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، ایجاد تاب‌آوری، علائم افسردگی و ناامیدی کمتر و سبک کنار آمدن فعال، مسئله‌محور است (سالاری و صفرزاده، ۱۳۹۳). به‌علاوه، خوش‌بینی باعث می‌شود که فرد در مقابله با مشکلات و شرایط سخت زندگی، بتواند با استراتژی‌های بدبینانه مقابله کرده و به نحو آسان‌تری با این مشکلات کنار بیاید. علاوه‌براین بر اساس تحقیقات دیگر خوش‌بینی و امید نه تنها یک عامل محافظتی قوی در برابر خودکشی است، بلکه فرد را در برابر تمام عوامل خطرناک خودکشی مانند ناامیدی و افکار خودکشی محافظت می‌نماید (تاکر^۱، وینگت^۲، اوکیف^۳، میلز^۴، راسموسن^۵ و همکاران، ۲۰۱۳).

با در نظر گرفتن مطالب فوق و از آن جایی که تاکنون تحقیقاتی به این شکل که سازه‌های تنظیم راهبردهای هیجانی، سبک خوش‌بینی و میزان تاب‌آوری را در افراد با و بدون افکار خودکشی در کنار هم مورد بحث قرار نداده است، به نظر می‌رسد که اگر در یک تحقیق در کنار هم مقایسه و بحث شوند و نقش هر کدام مشخص شود متوجه می‌شویم کدام یک از موارد سهم بیشتری را به خود اختصاص می‌دهند. پژوهش حاضر به هدف مقایسه تنظیم راهبردهای هیجانی، سبک خوش‌بینی و میزان تاب‌آوری در افراد با و بدون فکر خودکشی در شهر دامغان انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای و هدفش پژوهشی کاربردی است. جامعه آماری این تحقیق شامل افراد ۲۰-۴۰ سال در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ و نیمه اول سال ۱۴۰۰ در شهر دامغان است. نمونه این تحقیق در دسترس و شامل ۶۰ نفر از افراد دارای فکر خودکشی و ۶۰ نفر از افراد بدون فکر خودکشی می‌باشد. به منظور جمع‌آوری داده‌های پژوهش حاضر در ابتدا محقق، شهرستان دامغان را به چهار منطقه شمالی، جنوبی، شرقی و غربی تقسیم نموده و به هر یک از افراد بین ۲۰ الی ۴۰ سال در سطح شهر که بدون فکر خودکشی بوده‌اند، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان کارنفسکی و کرایج، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه خوش‌بینی LOT را با تاکید بر اهمیت این پژوهش و توضیح روش تکمیل پرسشنامه‌ها داده شده است. همچنین برای افرادی که داری فکر خودکشی بوده‌اند، با مراجعه به مراکز مشاوره، بیمارستان و مراکز بهداشت روان هماهنگی‌های لازم انجام شد و بعد از شناسایی و حفظ اسرار افرادی که تاکنون فکر خودکشی یا اقدام به خودکشی را داشته‌اند، از طریق مسئول پذیرش پرسشنامه‌های نام برده شده در اختیار افراد قرار گرفت و تکمیل شده‌اند.

ابزار پژوهش شامل موارد ذیل بود:

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (کارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶)

¹ Tucker

² Wingate

³ O'Keef

⁴ Mills

⁵ Rasmussen

⁶ cognitive emotion regulation questionnaire (Karnfsky and Krayj)

یک پرسشنامه چندبعدی است که برای شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه وقایع یا موقعیت‌های منفی استفاده می‌شود. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه خود یک ابزار خودگزارشی است و فرم بلند آن دارای ۳۶ ماده است که در تحقیق حاضر از فرم کوتاه آن که ۱۸ ماده‌ای است، استفاده می‌شود و اجرای آن برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان ۹ راهبرد شناختی شامل: ملامت خویش^۱، پذیرش^۲، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت^۳، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۴، ارزیابی مجدد مثبت^۵، دیدگاه‌پذیری^۶، فاجعه‌پنداری^۷ و ملامت دیگران^۸ را ارزیابی می‌کند. هر یک از زیر مقیاس‌های این پرسشنامه ۲ گزینه دارد که از طریق جمع بستن نمرات داده‌شده به هر عبارت نمره هر خرده‌مقیاس به دست می‌آید. هرچه نمره کسب‌شده بیشتر باشد، آن راهبرد توسط فرد بیشتر استفاده شده است. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. تحقیقات روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نشان می‌دهد که تمامی زیرمقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲). اعتبار پرسشنامه در فرهنگ ایرانی را یوسفی (۱۳۸۵) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده است. روایی پرسشنامه از طریق همبستگی میان راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی بررسی شده و به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو ضریب معنی دار هستند (همان منبع)

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۹ (۲۰۰۳)

دارای ۲۵ سؤال بوده و هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره صد است. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ است به عبارتی نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هر چه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. خرده-مقیاس‌های این پرسشنامه شامل: شایستگی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی و تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت و عواطف امن، مهار و معنویت است. نمرات مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است (محمدی، ۱۳۸۴)

¹ your blame

² reception

³ positive refocusing

⁴ refocus on planning

⁵ positive re-evaluation

⁶ perspective

⁷ disaster-perception

⁸ blame others

⁹ connor and Davidson Resilience Questionnai

این پرسشنامه توسط شییر و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۰ گویه است. گویه های ۲، ۵، ۶، ۸ انحرافی هستند و نمره ای به آنها تعلق نمی گیرد و گویه های ۳، ۷، ۹ بصورت معکوس نمره گذاری می شوند. و براساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. پژوهش های مکرر نشان داده اند که خوش بینی و بدبینی سرشتی با طیف گسترده ای از سازه های مرتبط مانند عزت نفس، ناامیدی و روان آزرده خوبی رابطه دارند که این مطلب بیانگر اعتبار همگرایی این پرسشنامه است. به علاوه تحلیل عاملی خوش بینی سرشتی و سازه های مرتبط با آن نشان داده است که خوش بینی سرشتی یک عامل مستقل و مجزا است. که این مطلب نشان دهنده اعتبار افتراقی این سازه است. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ بدست آمده است که نشان دهنده ی پایایی بالای آزمون است. این آزمون در سال ۱۳۸۳، توسط خدابخشی در ایران هنجاریابی شده است. نتایج بدست آمده براساس روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ حاکی از پایایی بالای مقیاس خوش بینی می باشد. ضریب روایی همزمان بین مقیاس خوش بینی با افسردگی و خودتسلط یابی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۷۲ بدست آمد (سعیدی و شریفی، ۱۳۹۴).

یافته ها

در جدول ۱ شاخص های توصیفی متغیرهای تنظیم راهبردهای هیجانی، سبک خوش بینی و میزان تاب آوری در افراد با و بدون فکر خودکشی گزارش شده است. همانگونه که مشاهده می شود در متغیر تنظیم راهبردهای هیجانی میانگین نمرات مولفه تنظیم شناختی مثبت در افراد بدون فکر خودکشی (۲۷/۴۲) بیشتر از افراد با فکر خودکشی (۲۴/۷۳) می باشد همچنین میانگین نمرات تنظیم شناختی منفی در افراد با فکر خودکشی (۲۶/۶۱) بیشتر از افراد بدون فکر خودکشی (۲۴/۷۱) میباشد. در متغیر خوش بینی میانگین نمرات خوش بینی در افراد بدون فکر خودکشی (۱۹/۵۷) کمتر از افراد با فکر خودکشی (۲۰/۲۰) می باشد. در متغیر تاب آوری میانگین نمرات تاب آوری در افراد بدون فکر خودکشی (۷۹/۰۹) بیشتر از افراد با فکر خودکشی (۵۸/۳۷) می باشد. همچنین در جدول ۱ انحراف معیار نمرات هر سه متغیر در افراد بدون فکر خودکشی و با فکر خودکشی دیده می شود.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای تنظیم راهبردهای هیجانی، مهارت های حل مسئله، سبک خوش بینی و میزان تاب آوری در افراد با و بدون فکر خودکشی

متغیر	مولفه ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
تنظیم راهبردهای هیجان	بدون فکر خودکشی	۵۲	۲۷/۶۵	۶/۱۳
	تنظیم شناختی مثبت با فکر خودکشی	۶۸	۲۴/۷۳	۸/۳۱
	کل	۱۲۰	۲۵/۹۰	۷/۵۶
تنظیم شناختی منفی	بدون فکر خودکشی	۵۲	۲۴/۷۱	۵/۱۲
	با فکر خودکشی	۶۸	۲۶/۶۱	۴/۳۶
	کل	۱۲۰	۲۵/۷۸	۴/۷۸
خوش بینی	بدون فکر خودکشی	۵۲	۱۹/۵۷	۴/۰۵
	با فکر خودکشی	۶۸	۲۰/۲۰	۳/۱۶
	کل	۱۲۰	۱۹/۹۳	۳/۵۸
تاب آوری	بدون فکر خودکشی	۵۲	۷۹/۰۹	۱۷/۳۰
	با فکر خودکشی	۶۸	۵۸/۳۷	۱۴/۸۰
	کل	۱۲۰	۶۷/۴۲	۱۶/۹۳

جدول ۲. نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش

متغیر	آماره Z کالموگروف-اسمیرنف	سطح معنی داری
تنظیم شناختی مثبت	۰/۰۷۴	۰/۱۶
تنظیم شناختی منفی	۰/۹۴	۰/۰۱۲
خوش بینی	۰/۰۷	۰/۲۰
تاب آوری	۰/۰۹	۰/۱۳

جدول ۲. نشان می‌دهند که آماره Z آزمون کالموگروف - اسمیرنف در متغیرهای پژوهش معنی دار نمی‌باشد. لذا توزیع متغیرها در دو گروه نرمال است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
تنظیم شناختی مثبت	۱/۹۳	۱	۱۱۷	۰/۱۶
تنظیم شناختی منفی	۲/۷۰	۱	۱۱۷	۰/۱۱
خوش بینی	۰/۴۰	۱	۱۱۷	۰/۵۲
تاب آوری	۵/۷۹	۱	۱۱۷	۰/۰۲

همانطور که ملاحظه می شود سطح معنی داری بدست آمده برای متغیرهای بالاتر از ۰/۰۱ می باشد که نشان دهنده این است پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است. بنابراین از شاخص اثر لامبدا ویلکز به عنوان شاخص چند متغیری استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در جدول ۴ ارائه شده است

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در متغیرهای تنظیم شناختی هیجان، خوش بینی و تاب آوری

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	معناداری	مجذور اتا
لامبدای ویلکز	۰/۵۶۲	۱۴/۶۷۱	۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۸

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می شود تفاوت معناداری بین تنظیم راهبردهای هیجانی، سبک خوش بینی و میزان تاب آوری در افراد با و بدون فکر خودکشی وجود داشت ($F=14/671, P<0/001$). با توجه به معنی دار بودن این تفاوت از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه متغیرهای پژوهش در افراد با و بدون فکر خودکشی استفاده گردید.

جدول ۵. تابع تحلیل واریانس چندمتغیره در افراد دارای فکر خودکشی و بدون فکر خودکشی در تنظیم راهبردهای هیجان، خوش بینی و تاب آوری.

متغیر	منبع	متغیر وابسته	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای پاره ای
تنظیم شناختی مثبت	۲۵۰/۰۵	۱	۲۵۰/۰۵	۴/۵۲	۰/۰۳۶	۰/۰۳۱
تنظیم شناختی منفی	۱۰۵/۷۳	۱	۱۰۵/۷۳	۴/۷۶	۰/۰۳۱	۰/۰۳۹
خوش بینی	۱۱/۶۹	۱	۱۱/۶۹	۰/۹۱۰	۰/۳۴۲	۰/۰۰۸
تاب آوری	۱۲۵۷۲/۹۵	۱	۱۲۵۷۲/۹۵	۴۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹۷

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که بین میانگین نمرات افراد دارای فکر خودکشی و بدون فکر خودکشی به لحاظ تنظیم شناختی مثبت تفاوت معناداری وجود دارد ($f= ۴/۵۲; P < ۰/۰۵$). همچنین میانگین نمرات افراد دارای فکر خودکشی و بدون فکر خودکشی به لحاظ تنظیم شناختی منفی تفاوت معناداری وجود دارد. ($f= ۴/۷۶; P < ۰/۰۵$). به عبارتی دیگر بین افراد دارای فکر خودکشی و بدون فکر خودکشی در تنظیم راهبردهای هیجانی تفاوت وجود دارد.

بین میانگین نمرات افراد دارای فکر خودکشی و بدون فکر خودکشی به لحاظ خوش بینی تفاوت معناداری وجود ندارد ($f= ۰/۹۱۰; P > ۰/۰۵$). به عبارتی دیگر بین افراد دارای فکر خودکشی و بدون فکر خودکشی در سبک خوش بینی تفاوت معنی داری وجود ندارد.

بین میانگین نمرات افراد دارای فکر خودکشی و بدون فکر خودکشی به لحاظ تاب آوری تفاوت معناداری وجود دارد ($f= ۴۹/۴۵; P < ۰/۰۵$). به عبارتی دیگر بین افراد دارای فکر خودکشی و بدون فکر خودکشی در تاب آوری تفاوت وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه تنظیم راهبردهای هیجانی، سبک خوش بینی و میزان تاب آوری در افراد با و بدون فکر خودکشی در شهر دامغان بود. نتایج پژوهش در فرضیه اول نشان داد که بین افراد دارای فکر خودکشی و بدون فکر خودکشی در تنظیم راهبردهای هیجانی منفی و مثبت تفاوت معناداری وجود دارد، و این تفاوت از نظر آماری معنادار است. این نتایج هم راستا با نتایج معصومی و همکاران (۱۳۹۹) است که در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که بین راهبردهای هیجان منفی و افکار خودکشی ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین این یافته مشابه با نتایج عظیمی و همکاران (۱۳۹۶) است که در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که آموزش مهارت های تنظیم شناختی هیجان، ارتباط مستقیم با کاهش افکار خودکشی دارد و تا حد زیادی می تواند از بروز افکار خودکشی جلوگیری کند. همچنین رضوی (۱۳۹۶) هم در تحقیق خود به این نتیجه رسید که نشخوارگری و سرکوب فکر، بدتنظیمی هیجان را ایجاد می کند که در نهایت باعث پیدایش و تداوم افکار خودکشی می شود. همینطور این یافته همسو با نتایج دیگر از جمله گومز- رومروا و همکاران (۲۰۱۸)؛ کرینگ و اسلوان (۲۰۱۱)؛ گروس و همکاران (۲۰۰۷)؛ ورنر و همکاران (۲۰۰۷)؛ زینبرگ و بارلو (۱۹۹۶)؛ قربانعلی نژاد و همکاران (۱۳۹۷)؛ همتی و همکاران (۱۳۹۶)؛ مهدی یار و همکاران (۱۳۹۵)؛ وصال و همکاران (۱۳۹۳)؛ مهدیه و همکاران (۱۳۹۳) است.

در تبیین این یافته می توان گفت طبق پژوهش همتی راد (۱۳۹۶) افرادی که دارای فکر خودکشی هستند از راهبردهای سازش نیافته تنظیم هیجان از جمله خود سرزنش گری، نشخوارگری و فاجعه نمایی بیشتر استفاده می کنند که به صورت مثبتی با بد تنظیمی هیجان ارتباط دارند و بیشتر افراد را مستعد اختلالات خلقی می کند که در نهایت باعث ایجاد افکار خودکشی می شود. در مقابل افرادی که بدون فکر خودکشی هستند از راهبردهای سازش یافته نظیر پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی استفاده می کنند که باعث ایجاد نوعی تنظیم هیجانی مثبت می شود که خود به عنوان عامل بازدارنده در ایجاد هیجان های منفی به حساب می آید و می تواند تا حد زیادی از اختلالات خلقی و افکار خودکشی جلوگیری نماید و یا اینکه میتواند در مواجهه با شرایط ناگوار بصورت

موثرتری هیجان های منفی را مدیریت کنند. گروس و همکارانش، (۲۰۰۷) هم به این نکته اشاره کردند که افرادی که دارای تنظیم شناختی مثبت هستند، هیجانات خود را باز ارزیابی می کنند و نسبت به افرادی که هیجان ها را بازداری می کنند، هیجان های مثبت زیادی را تجربه و ابراز می کنند و از راهبردهای موثرتری استفاده می نمایند. این افراد پیامدهای سازگاران تری در ارتباطات خود با دیگران، اعتماد به نفس، تنظیم هیجان و خشنودی از زندگی را گزارش می کنند.

همچنین در اخر می توان بیان کرد که یادگیری مهارت های تنظیم هیجان باعث کاهش افکار خودکشی می شود. بدتنظیمی راهبردهای هیجان یکی از مهم ترین عللی است که بر شیوع افکار خودکشی اثر می گذارد و اگر افراد توانایی مدیریت موثر پاسخ هیجانی در برابر رویدادهای زندگی را نداشته باشند یا دوره طولانی مدت آشفتگی را تجربه کنند، ممکن است افسردگی و یا اضطراب زیادی را تجربه نمایند که در نهایت منجر به بروز افکار خودکشی و اقدام به خودکشی می شود.

نتایج پژوهش در بررسی فرضیه دوم نشان داد بین میانگین نمرات افراد دارای فکر خودکشی و بدون فکر خودکشی به لحاظ خوش بینی تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارتی دیگر بین افراد دارای فکر خودکشی و بدون فکر خودکشی در سبک خوش بینی تفاوت معنی داری وجود ندارد. به عنوان مثال همتی (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی رو به رو می شود، احساس خوب و خوش بینی برای کنترل هیجانی کافی نیست ، بنابراین او نیاز دارد در این موقعیت ها بهترین کارکرد شناختی را داشته باشد. در اصل، در تنظیم هیجان به تعامل بهینه ای از شناخت و هیجان، جهت مقابله با شرایط منفی نیاز دارد تا مانع بروز افکار خودکشی شود. همچنین سلیگمن، بی تا؛ ترجمه داورپناه و همکاران (۱۳۹۵) معتقد است که خوش بینی آموخته شده به تنهایی نمی تواند موج افسردگی را در مقیاسی به وسعت جامعه متوقف سازد. خوش بینی به تنهایی نمی تواند معنایی به بار آورد. خوش بینی ابزاری است که به فرد کمک می کند تا به هدف هایی که برای خودش تعیین کرده است، دست یابد. زمانی که خوش بینی آموخته شده با یکسری از عوامل همراه گردد، به احتمال زیاد، همه گیری افسردگی و بی معنایی خاتمه می یابد.

در تبیین این یافته می توان گفت بنظر می رسد بین گروه افرادی که دارای فکر خودکشی و بدون فکر خودکشی هستند در خوش بینی اصلا تفاوت معناداری وجود نداشته باشد و زمانی تفاوت معنادار خواهد بود که افراد زمینه هایی از اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی را دارا باشند و یا اقدام های مکرری به خودکشی را داشته اند. به بیان دیگر می توان گفت که خوش بینی سازه ای است که به تنهایی بر روی افکار خودکشی تاثیری ندارد بلکه در کنار عوامل قوی از جمله مهارت های حل مسئله و راهبردهای تنظیم هیجان می تواند نقش مهمی داشته باشد. به عنوان مثال نولن_هوئکسما (۲۰۰۰) معتقد است زمانی که افراد داغدیده از برخی راهبردهای کنار آمدن از جمله ارزیابی مجدد مثبت و یا پرت کردن حواس با پرداختن به سرگرمی ها بهره برد می تواند نسبت به آینده خوش بین باشد. به سخن دیگر زمانی که فرد به مشکلی بر می خورد بعد از پذیرفتن آن مشکل و استفاده از راهبردهای سازنده حل مسئله و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، خوش بینی وارد عمل می شود و باعث کاهش افسردگی و افکار خودکشی می شود ولی طبق نظر ستایش (۱۳۹۵) مادامی که افراد تنها از خوش بینی به عنوان تنها عامل موثر بر روی افکار خودکشی

استفاده نمایند به این صورت است که می‌خواهند صورت مسئله را با جملات مثبت پاک کنند. با این کار شاید به صورت موقت بتوانند خود را آرام کنند، اما در صورت بروز مجدد آن مشکل، با شدت بیشتری آسیب خواهند دید.

نتایج پژوهش در بررسی فرضیه سوم نشان داد بین افراد دارای فکر خودکشی و بدون فکر خودکشی در تاب آوری تفاوت معنی داری وجود دارد. به عنوان مثال گومز رومروا و همکارانش (۲۰۱۸) در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که خودکشی با سطح پایینی از تاب آوری و خشنودی از زندگی و سطح بالایی از اضطراب و استرس های روزمره زندگی ارتباط معناداری دارد. به بیان دیگر هرچه میزان تاب آوری و رضایت از زندگی پایین تر باشد، ایجاد و تداوم افکار خودکشی در اشخاص بیشتر می‌شود و در نتیجه اقدام به خودکشی را در پی خواهد داشت. همچنین مهدی یار و همکارانش (۱۳۹۵) هم در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که تاب آوری پایین در کنار بدتنظیمی هیجان، ارتباط مستقیمی با افکار خودکشی و در نتیجه اقدام به خودکشی دارد. همین طور فرهادی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تاب آوری در کنار افسردگی و عزت نفس پایین سهم زیادی در افکار خودکشی دارد و رابطه معناداری میان آنها برقرار است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت طبق نظر موسی زاده و همکاران (۱۳۹۶) زمانی که تاب آوری بیشتر باشد به افراد کمک می‌کند که مشکلات زندگی شان را مدیریت کنند و با استرس و افسردگی هایشان بطور موثرتری کنار بیایند. به بیان دیگر افرادی که تاب آوری بالایی دارند، از نگرش مثبت در مواجهه با موانع و مشکلات و توانایی حل آن‌ها برخوردار می‌باشند و تله‌ها و سختی‌های زندگی را زودتر شناسایی می‌کنند و انعطاف پذیری بیشتری نسبت به آن شرایط دارند. همچنین علیزاده (۱۳۹۶) بیان می‌کند این افراد رشد عزت نفس بالایی دارند و به دنبال معنا در زندگی خود هستند. در مقابل افرادی که میزان تاب آوریشان در برابر مسائل و مشکلات روزمره پایین است، پیامدها را نتیجه رویدادهای غیرقابل کنترل و شانس می‌دانند و در برابر مسائل و مشکلات احساس ضعف می‌کنند و خود را درمانده می‌پندارند و شکست‌ها و اشتباهات خود را ناشی از نقایص خود می‌دانند که تاثیر بسیار زیادی در ناامیدی، افزایش احتمال افکار خودکشی و در نهایت اقدام به خودکشی را در پی دارد.

به طور کلی می‌توان اینطور تبیین کرد که بنظر می‌رسد افرادی که داری افکار خودکشی هستند از راهبردهای تنظیم هیجان منفی استفاده می‌کنند و تاب آوریشان پایین است. و افرادی که بدون افکار خودکشی هستند از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت بیشتر استفاده می‌کنند و تاب آوریشان هم در برابر حوادث و مشکلات زندگی بیشتر است. از طرفی این پژوهش با محدودیت‌های زمانی و محدودیت‌های مربوط به شرایط کرونا که باعث عدم انجام مصاحبه با افراد گردید روبرو بوده است. همچنین از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان به بالا بودن تعداد پرسشنامه‌ها اشاره کرد که باعث خستگی مراجعان و در نتیجه تاثیر منفی که بر روی پاسخ‌ها داشته است. در این راستا به محققان روان‌شناسی پیشنهاد می‌شود نقش عوامل اختلالات روانی از جمله اختلالات خلقی (افسردگی، اضطراب و عدم تمرکز و...) و تیپ‌های شخصیتی افراد را بر افکار خودکشی مورد بررسی قرار دهند.

منابع

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۵). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: روش اجرا و نمره گذاری. روان شناسی تحولی (روان شناسان ایرانی)، ۱۳(۵۰)، ۲۲۳-۲۲۱.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس سبک های مقابله با استرس ورزشی. فصلنامه المپیک، شماره ۳، ۹۵-۱۰۵.
- پورحسین، رضا؛ فرهودی، فرزاد؛ امیری، محسن؛ جانبزرگی، محمود؛ رضایی بیداخویدی، اکرم و نوراللهی، فاطمه. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب آوری، تنیدگی های روزانه و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه تهران. فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی، دوره ۴، شماره ۱۴.
- حسینی، جعفر و میراقایی، علی محمد. (۱۳۹۱). رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ایده پردازای خودکشی. روانشناسی معاصر، ۱(۷)، ۷۱-۷۲.
- حسینی، اعظم؛ جمشیدی، طیبه؛ صدقی، سارا؛ جلالی، محمدرضا و شمسی، فریماه. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه آموزشی پیشگیری از خودکشی مبتنی بر SOS. بر کاهش افکار خودکشی و افسردگی دختران. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۷(۳)، ۱۹۲-۲۰۳.
- رضوی، گلبرگ. (۱۳۹۶). رابطه راهبردهای تنظیم هیجانی با افکار خودکشی. چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران.
- سالاری، سوسن؛ مداحی، محمدابراهیم و صفرزاده، عطیه. (۱۳۹۳). همبستگی بین دید خوش بینانه با سلامت عمومی در بیماران قلبی، مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره ۸، شماره ۲.
- ستایش، احمد. (۱۳۹۵). سرزمین خوش بینی: گام به گام تا خشنودی پایدار. تهران: انتشارات تعالی.
- سلیگمن، مارتین ای. پی. (بی تا). خوش بینی آموخته شده: چگونه می توان ذهنیت و زندگی خود را تغییر داد. ترجمه: فروزنده داور پناه و میترا محمدی (۱۳۹۵). تهران: انتشارات رشد.
- علیزاده، حمید. (۱۳۹۲). تاب آوری روان شناختی (بهبودی روانی و اختلال های رفتاری). تهران: انتشارات ارسباران.
- مرادی نسب، منیره. (۱۳۹۶). بررسی وضعیت و عوامل مؤثر بر خودکشی در استان سمنان. عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور گرمسار.
- معصومی، ثمین و ابراهیمی، لقمان. (۱۳۹۹). نقش اجتناب شناختی و تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی ایده پردازای خودکشی دانشجویان. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)، ۱۴(۵۶)، ۳۵-۲۷.
- موسوی زاده، زهره؛ دارویی حقیقی، صبا و بیرشک، بهروز. (۱۳۹۶). تاب آوری (راهنمای تربیت و پرورش دانش آموزان تاب آور). تهران: انتشارات آکادمیک؛ کاشان: دانشگاه علوم پزشکی کاشان.
- مهدی یار، منصوره؛ نجاتی، سیده فرشته و گودرزی، محمدعلی. (۱۳۹۵). پیش بینی تاب آوری در برابر خودکشی بر اساس نابسامانی هیجان و سبک های فرزند پروری. دو فصلنامه آسیب شناسی و مشاوره و غنی سازی خانواده، ۱(۲)، ۱۵-۲۵.
- نولن هوکسما، سوزان؛ فردریکسون، باربارا ل؛ لافتوس، جفری ر؛ واگنار، ویلم ای. (۲۰۰۹). زمینه روانشناسی اتکنیسون و هیلگارد. ترجمه رفیعی، حسن. انتشارات ارجمند.

-همتی راد، گیتی. (۱۳۹۶). انگیزش و هیجان. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.

منابع خارجی

- Chen. Y.L& Kuo.P.H.(2018).Effects of perceived stress and resilience on suicidal behaviors in early adolescents, *European Child & Adolescent Psychiatry*,29(6):861-870.
- Cheung.v.h.m, chan .C.U &Au. R.K.C.(2018). The influence of resilience and coping strategies on suicidal ideation among Chinese undergraduate freshmen in Hong Kong ,*Asia-Pacific Psychiatry*11(2):1-7.
- Gómez-Romero, M., Limonero, J., Trallero, J., Montes-Hidalgo, J., & Tomás-Sábado, J. (2018).
Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios.
G Model ANYES-41; No. of Pages 6
- Korkmas, S., Danaci Keles, D., Kazgan, A., Baykara, S., Gurkan Gurk, M., Feyzi Demir, C., & Atmaca, M. (2020). Emotional intelligence and problem solving skills in individuals who attempted suicide. *Journal of Clinical Neuroscience*. 74, 120-123.
- Ong. E & Thompson. C.(2018).The Importance of coping and Emotion Regulation in the Occurrence of Suicida Behavior, *Psychological Reports*, 122(4)1192-1210.
- Swee, G., Shochet, I., Cockshaw., & Hidens, L. (2020). Emotion Regulation as a Risk Factor for Suicide Ideation among Adolescents and Young Adults: The Mediating Role of Belongingness. *Journal of Youth and Adolescence*. 49, 2265-2274.
- Tucker, R., Wingate, L., O'Keefe, V.M., Mills, A., Rasmussen, K., Davidson, C., & Grant, D. (2013). Rumination and suicidal ideation: The moderating roles of hope and optimism. *Personality and Individual Differences*.55, 606-611.
- Wolff. J. C, Thompson. E, Thomas. S.A , Nesi. J, Bettis A.H, Ransford. B, Scopelliti. K, Frazier. E. A & Liu. F.R.(2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematicreview and meta-analysis, *European Psychia*, try, 59:25-36.