Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 12, Issue 3 , Autumn 2023

The Effect of Childhood Trauma And Emotional Dysregulation on Suicidal Thoughts With The Mediation of Rumination In Nurses With Depressive Symptoms

Fereshteh Arsalandeh [1], Seyede Gohartaj Iliyaifar[2], Aram Shakibaeinezhad[3*], Elahe Ghanbari[4]

1- PhD Student in Health Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.
2- Master of General Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.
3- Master of Personality Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Khuzestan, Iran.
4- Master Student of General Psychology, kish international Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Aram shakibaeinezhad, Master of Personality Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Khuzestan, Iran.
Email: aramshakibainezhad@gmail.com

Abstract

Introduction: Suicidal thoughts are an important problem in the field of mental health, because the more intense the level of suicidal thoughts that a person experiences, the more likely they are to commit suicide and complete suicide. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the effect of childhood trauma and emotional dysregulation on suicidal thoughts with the mediation of rumination in nurses with depressive symptoms.

Methods: The present research was correlation based on structural equations. The statistical population of the research included all nurses working in hospitals and medical centers in Tehran in 2023. Among them, 210 people were selected by available sampling method and responded to beck depression inventory-ii, beck suicidal ideation scale, difficulties in emotion regulation scale, childhood trauma questionnaire and ruminative response scale. For data analysis, Pearson correlation, structural equation modeling and SPSS-26 and AMOS-24 software were used.

Results: The results showed the direct effect of childhood trauma on suicidal thoughts (T=2.89, β=0.32), the direct effect of emotional dysregulation on suicidal thoughts (T=3.02, β=0.45) and the direct effect of rumination variable. thoughts on suicidal thoughts (T = 5.09, β = 0.38) was significant. Also, the indirect effect of childhood trauma on suicidal thoughts through the mediating role of rumination is significant ($p<0.05$, b=0.39). The indirect effect of emotional dysregulation on suicidal thoughts through the mediating role of rumination was significant ($p<0.05$, b=0.46). The results also showed that the research variables explained a total of 62% of the variance of suicidal thoughts.

Conclusions: Therefore, it can be said that the findings of this study provide us with an important clinical concept that ruminative cognitive styles should be a target for treatment in nurses with depressive symptoms to reduce suicidal thoughts. It is suggested to pay special attention to treatments based on emotion regulation, cognitive therapy based on mindfulness, dialectical behavior therapy, and treatment based on mentalization in nurses with depressive symptoms.

Keywords: Suicidal thoughts, Emotional dysregulation, Childhood trauma, Rumination, Nurses.

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

تاثیر ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی بر افکار خودکشی با میانجیگری نشخوار فکری در پرستاران با علائم افسردگی

فرشته ارسلان ده [۱]، سیده گوهرتاج ایلیایی فر [۲]، آرام شکیبایی نژاد [۳*]، الهه قنبری [۴]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۲- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.
۳- کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، خوزستان، ایران.
۴- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: آرام شکیبایی نژاد، کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، خوزستان، ایران.
ایمیل: aramshakibainezhad@gmail.com

چکیده

مقدمه: افکار خودکشی یک مشکل مهم در حوزه سلامت روان است چرا که هر چه سطح افکار خودکشی که فرد تجربه می کند شدیدتر باشد، احتمال اقدام به خودکشی و رخداد خودکشی کامل افزایش می یابد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی بر افکار خودکشی با میانجی گری نشخوار فکری در پرستاران با علائم افسردگی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیهٔ پرستاران مشغول به کار در بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. که از میان آنها تعداد ۲۱۰ نفر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب و به پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم، پرسشنامه افکار خودکشی بک، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان، پرسشنامه ترومای دوران کودکی و مقیاس پاسخ نشخوار فکری پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و از نرافزار SPSS-26 و AMOS-24 استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد اثر مستقیم ترومای کودکی بر افکار خودکشی (β = ۰/۳۲، T=۲/۸۹)، اثر مستقیم بدتنظیمی هیجانی بر افکار خودکشی (β =۰/۴۵، T=۳/۰۲) و اثر مستقیم متغیر نشخوار فکری بر افکار خودکشی (β=۰/۳۸، T=۵/۰۹) معنادار بود. همچنین اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی نشخوار فکری معنی دار (P<۰/۰۵، b=۰/۳۹). اثر غیرمستقیم بدتنظیمی هیجانی بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی نشخوار فکری معنی دار (P<۰/۰۵، b=۰/۴۶) بود. نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۶۲ درصد از واریانس افکار خودکشی را تبیین کردند.

نتیجه گیری: بنابراین می توان گفت که یافته های این پژوهش یک مفهوم بالینی مهم به ما ارائه می دهد مبنی بر اینکه، سبک های شناختی نشخوارکننده باید هدفی برای درمان در پرستاران با علائم افسردگی برای کاهش افکار خودکشی مورد توجه ویژه قرار بگیرد. پیشنهاد می شود به درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، رفتار درمانی دیالکتیک، درمان مبنی بر ذهنی سازی در پرستاران با علائم افسردگی توجه ویژه ای شود.

کلیدواژه ها: افکار خودکشی، بدتنظیمی هیجانی، ترومای کودکی، نشخوار فکری، پرستاران.

مقدمه

توجه به بهداشت روانی افراد در همه عرصه های زندگی از جمله زندگی فردی، اجتماعی و شغلی حایز اهمیت می باشد، در این بین حرفه پرستاری، بیشترین مشاغل بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می دهد و جزء یکی از حرفه های استرس آور است، که در این حرفه پرستاران نقش مراقبت دهنده بیمار و اداره کنندگان وضعیت جسمی و روانی بیماران را بر عهده دارند (۱). پرستاران به دلیل شیفت های کاری طولانی و خستگی ناشی از آن همیشه مستعد به خطر افتادن سلامتی شان هستند. پرستارانی که از سلامت روانی و جسمی مناسب برخوردار نباشند، به درستی قادر نخواهند بود که مراقبت های مطلوبی همانند حمایت های فیزیکی و روانی از بیماران به عمل آورند (۲). در محیط کار محرک های فیزیکی، روانی و اجتماعی هر کدام می توانند عامل ایجاد استرس و افسردگی (depression) به حساب آیند (۳). افسردگی از جمله اختلالاتی است که پرسنل درمانی به علت مواجهه با استرس هایی نظیر مرگ و میر بیماران در خطر بروز آن می باشند و منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی شان می شود (۴). شواهد پژوهشی در ایران نشان می دهد که ۲۴/۹ درصد پرستاران از علائم افسردگی و ۲۷/۹ درصد از علائم اضطراب برخوردار بودند و میزان افسردگی در پرستاران زن بیشتر از مردان بود (۵). همچنین نشان داده شده است میزان افسردگی در پرستاران ۱۵/۱ درصد و ریسک خودکشی ۵/۱ درصد بوده و با افزایش سن، میزان افسردگی کمتر گزارش شده است (۶). کامینگز و کامینگز (Cummings and Cummings) (۷) خودکشی را یک فرآیند سه مرحله‌ای می‌دانند آنها پیشنهاد می کنند که مرحله ۱ مرحله «ایده پردازی» است، که طی آن فرد بیشتر و بیشتر به خودکشی فکر می کند. با این حال، ترس از خودکشی هنوز بر جذابیت آن بیشتر است. ممکن است فرد به افکار تاریکی فکر کند (خانواده من بدون من وضعیت بهتری خواهند داشت) اما هنوز شروع به تدوین برنامه خاصی نکرده است. مرحله ۲ مرحله «برنامه ریزی» است که طی آن فرد شروع به تدوین یک برنامه خاص برای خودکشی می کند. ممکن است دوستان و خانواده متوجه کاهش خلق و خوی فرد یا کناره گیری او شوند. افراد در مرحله ۲ نیاز اساسی به مراقبت روان شناختی موثر دارند. مرحله۳ «خودکشی» زمانی شروع می شود که فرد تصمیم می گیرد به زندگی خود پایان دهد. همچنین، برایان (Bryan) و همکاران (۸) به این نتیجه رسیدند که افراد در امتداد زنجیره خطر از افکار خودکشی به برنامه ریزی (۳۴٪) و از ایده به اقدام (۲۹٪) حرکت می کنند، که اکثر اقدام های خودکشی در طول سال اول پس از شروع افکار خودکشی رخ می دهد.

شواهد پژوهشی اخیر نشان داده است که یکی از عناصر کلیدی مرتبط با آسیب‌پذیری رشدی برای افکار و رفتارهای خودکشی (Suicidal thoughts and behaviors) قرار گرفتن در معرض تجربیات نامطلوب دوران کودکی است (۹). اشکال متنوع تجربیات آسیب زا و بدرفتاری های دوران کودکی با آسیب‌پذیری های روان شناختی مختلفی ازجمله بزهکاری (delinquency)، افسردگی، افکار خودکشی و مشکلات شخصیتی در سال های بعدی زندگی همراه است (۱۰). در واقع زمینه بسیاری از افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه در دوران کودکی به وجود می آید. دوره کودکی از جمله دوره های مهم زندگی محسوب می شود که متخصصان و نظریه پردازان مختلف در مورد اهمیت آن و آسیب های جبران ناشدنی این دوره تاکید داشته اند (۱۱). تروماهای دوران کودکی در اشکال مختلف اتفاق می افتد که سوءاستفاده جنسی، جسمی، هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی را شامل می شود (۱۲). یافته های مطالعات بررسی عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و عصبی بیولوژیکی نشان می دهد که آسیب های اولیه زندگی بر توسعه سیستم های عصبی بیولوژیکی تأثیر می گذارد که به نوبه خود بر عملکرد روانشناختی آینده تأثیر منفی می گذارد و منجر به الگوهای شناختی و رفتاری ناسازگار می شود که احتمال رفتار خودکشی را افزایش می دهد (۱۳). در این راستا افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالی به عنوان یکی از پیامدهای تروماهای دوران کودکی و نوجوانی شناخته می شود. ارتباط میان ناملایمات و ترومای کودکی و افزایش خطر افکار و رفتار خودکشی هم در جمعیت عمومی و هم در جمعیت بالینی دیده می شود (۱۴). از سویی دیگر، تنظیم هیجان (Emotion regulation) یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش وری موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس زای زندگی ایفا می کند که با پیامدهای سلامت جسمانی، روانی، عملکرد حرفه ای و اجتماعی همراه است (۱۵).

تنظیم هیجان یک مهارت بنیادی است که برای عملکرد انطباقی در حوزه‌های مختلف ضروری است و به عنوان

فرآیندهای درونی و بیرونی درگیر در نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش های هیجانی برای دستیابی به اهداف تعریف می شود (۱۶). اگرچه مفهوم تنظیم هیجان تابع تعاریف و تفاسیر مختلفی است، اما اغلب به عنوان فرآیندها یا راهبردهایی برای مدیریت برانگیختگی هیجانی استفاده می شود تا عملکرد بین فردی مناسب ممکن شود (۱۷). از سوی دیگر، بدتنظیمی هیجان (Emotion dysregulation) غالبا با تلاش های ناموفق در راستای اجتناب از هیجان مشخص می شود که باعث به کارگیری راهبردهای سازش نایافته برای پاسخ دهی به هیجان ها می شود. پاسخ های غیرقابل پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها هنگام مواجهه با آشفتگی های هیجانی و نقص در استفاده کارآمد از اطلاعات هیجانی نمونه هایی از این راهبردها هستند (۱۹،۱۸). در نتیجه، بدتنظیمی هیجانی در تعدادی از زمینه های مختلف مشاهده شده است و به عنوان یک عنصر مشترک در بسیاری از اختلالات روانی وجود دارد (۲۰)، در این راستا، گزارش های نظری از رفتار خودکشی به ابعاد خاص اختلال در تنظیم هیجان اشاره می کند که به ویژه با خودکشی مرتبط است. لینهان (Linehan) (۱۹۹۳) به عنوان بخشی از کار خود در مورد اختلال شخصیت مرزی (borderline personality disorder) پیشنهاد کرده است که افراد مبتلا به BPD اغلب هیجانات منفی خود را بی اعتبار می کنند یا آنها را نمی پذیرند و زمانی که احساس می کنند راه های دیگری برای مقابله ندارند ممکن است برای فرار از هیجانات خود اقدام به خودکشی کنند. بنابراین رفتارهای خودکشی یک عملکرد تنظیم هیجان را انجام می دهند و می توانند به عنوان راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار در نظر گرفته شوند (۲۱). نقص در راهبردهای تنظیم هیجان نیز در افکار خودکشی دخیل است. در کودکان افسرده، پاسخ های تنظیم هیجان ناسازگار با افکار، برنامه ریزی و تلاش برای خودکشی مرتبط است (۲۲) عدم آگاهی فرد از راهبردهای مقابله هیجانی به طور مثبت با افکار خودکشی مرتبط است، که اثرات آن عمدتاً با ناامیدی و نشخوار فکری (rumination) توضیح داده شده است (۲۳).

نشخوار فکری به حالتی اشاره دارد که در آن فرد به طور منفعلانه و مکرر توجه خود را بر روی رویدادهای منفی و علل احتمالی، معانی و پیامدهای آنها متمرکز می کند (۲۴). این مولفه به عنوان یکی از مکانیسم های اساسی برای ایجاد و حفظ افسردگی در نظر گرفته شده است (۲۵). نشخوار فکری با کاهش ویژگی حافظه زندگی‌نامه‌ای بر ایجاد افسردگی تأثیر می‌گذارد. به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، افراد مبتلا به افسردگی اغلب با خاطرات بیش از حد کلی یا نوعی طبقه‌بندی که در بین دسته‌های رویدادهای مشابه خلاصه می‌شود، پاسخ می‌دهند (۲۶) بنابراین، نشخوار فکری ممکن است با اخذ و بازتولید تجارب آسیب زا دوران کودکی باعث ایجاد افسردگی شود. به طور کلی افکار عودکننده منفی نقش مهمی در اختلالات خلقی و اضطراب بعد از یک تجربه آسیب زا بازی می کنند (۲۷). با حفظ افکار منفور و مرتبط با حادثه در حافظه فعال، نشخوار فکری می تواند پاسخ استرس را شروع و حفظ کند، لذا فعال شدن مزمن آن اثرات منفی بر سلامت روان دارد و شامل افزایش خطر اختلالات افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی می شود (۲۷، ۲۸). افرادی که درگیر نشخوار فکری هستند ممکن است در تلاش برای درک دلایل و نتایج احتمالی رویدادهای منفی باشند تا آنها را کاهش دهند. به عنوان مثال، در مواجهه با بدرفتاری و غفلت والدین، کودکان ممکن است زمان زیادی را به ارزیابی و تفسیر انگیزه‌ها و سیگنال‌های رفتارهای خشونت‌آمیز اختصاص دهند تا بدرفتاری را پیش‌بینی کنند و به‌طور مؤثری از مجازات مجدد اجتناب کنند (۲۹). با این حال، تفکر نشخوارکننده معمولاً بیش از حد بر احساسات و مشکلات حل نشده فرد متمرکز می‌شود و به جای جستجوی راه‌حل‌های سازنده، بیشتر تأثیرات منفی ایجاد می‌کند و آنها را بدتر می‌کند (۲۵). شواهد پژوهشی نشان می دهد که تمرکز نشخوارکننده مداوم بر وضعیت کنونی مشکل‌ساز، هیجانات منفی را تشدید می‌کند، که به نوبه خود، نشخوار فکری را تشدید می‌کند (۳۰). بنابراین، رفتار تکانشی ممکن است راهی برای مقابله با هیجانات منفی ناشی از نشخوار فکری باشد (۳۱،۳۲). در این راستا، منابع توجه صرف شده به وسیلهٔ نشخوار فکری با توجه به اینکه شامل در نظر گرفتن راه حل های بالقوه نیست، توانایی فرد را برای تصور روش های جایگزین حل مسئله محدود می کند و منجر به این می شود که افکار و رفتار خودکشی به عنوان تنها راه حل تلقی شود (۳۳).

پرستاران از اعضای مهم سیستم خدمات سلامت هستند که جامعه بشری به خدمات آن ها نیازمند است و آن ها تاثیر خود را در نظام سلامت از طریق ایفای نقش های مختلف انجام می دهند. لذا، توجه به سلامت عمومی پرستاران از

اهمیت مضاعفی برخوردار است، زیرا نه تنها سلامتی خود آن ها مهم است، بلکه از نظر افزایش کیفیت خدمات و بهره وری موسسات بهداشتی نیز حائز اهمیت است. در این راستا، افکار خودکشی یک مشکل مهم در حوزه سلامت روان است چرا که هر چه سطح افکار خودکشی که فرد تجربه می کند شدیدتر باشد، احتمال اقدام به خودکشی و رخداد خودکشی کامل افزایش می یابد. بنابراین شناسایی عوامل خطر (risk factors) و فرآیندهای شناختی و هیجانی که به فکر خودکشی منجر می شود می تواند در غربال کردن، پیشگیری، ارزیابی و درمان خودکشی موثر باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی بر افکار خودکشی با میانجی گری نشخوار فکری در پرستاران با علائم افسردگی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع الگوی معادلات ساختاری است. جامعه پژوهش شامل تمامی پرستاران مشغول به کار در بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲بودند. که از میان آنها تعداد ۲۱۰ نفر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. در این پژوهش، بعد از انجام هماهنگی های لازم، به پرستاران هر بخش در مورد اهداف پژوهش توضیح داده شد. به علاوه پس از اطمینان داده شدن به آزمودنی ها جهت رعایت گمنامی، پرسشنامه ها که شامل رضایت نامه کتبی هم بود، در اختیار آنها قرار گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن علائم افسردگی (کسب نمره بالای ۲۰ در پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم)، تکمیل فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله، اصل محرمانگی و رازداری، رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش و امکان انصراف از همکاری در صورت عدم تمایل، مورد توجه قرار گرفت. روش تحلیل داده ها با استفاده از شاخص های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده های حاصل از پرسشنامه های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS-24 و SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای گردآوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (Beck Depression Inventory–II (BDI–II)): این آزمون ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک (Beck) معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ در آن تجدید نظر شد و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. همچنین این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه های مختلف تشکیل می شود و از آزمودنی خواسته می شود شدت نشانه ها را براساس یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه بندی کند. نمره ۰- ۱۳ نشانگر هیچ یا کمترین افسردگی، نمره ۱۴-۱۹ نشانگر افسردگی خفیف، نمره ۲۰-۲۸ نشانگر افسردگی متوسط و نمره ۲۹- ۶۳ نشانگر افسردگی شدید می باشد (۳۴). نتایج پژوهش بک و همکاران (۳۴) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای ۹۱/.) و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته (۹۳/.) گزارش کرده اند. همچنین نتایج پژوهش بک (Beck) و همکاران نشان داد که همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی روانپزشکی افسردگی همیلتون (Hamilton Depression Rating Scale) برای جمعیت بالینی و غیربالینی به ترتیب ۷۳/. و ۷۲/. می باشد که تاییدی در جهت روایی همگرا مطلوب پرسشنامه بود (۳۴). در پژوهشی دیگر برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۹۱/. و همبستگی معناداری با ناامیدی گزارش شده است (۳۵). حمیدی و همکاران (۳۶) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۹۳/. و همبستگی آن را با پرسشنامه سلامت عمومی ضریب همبستگی ۰/۸۰ به عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند.

پرسشنامه افکار خودکشی بک (Beck Suicidal Ideation Scale): برای سنجس این متغیر از مقیاس افکار خودکشی بک (۳۷) استفاده شد. این مقیاس شامل یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی بوده که براساس ۳ درجه ای نقطه-ای از صفر تا تنظیم شده است. نمره کلی فرد براساس جمع نمرات محاسبه می شود و دامنه نمره از صفر تا ۳۸ است. سوالات این مقیاس در مورد فراوانی افکارخودکشی، احساس کنترل بر انفعال، مدت و تمایل به خودکشی به صورت فعال و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می دهد. مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون های استاندارد شده بالینی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی دارد. ضرایب همبستگی آن برای بیماران بستری ۹۰/. و برای بیماران درمانگاهی ۹۴/. می باشد. مقیاس افکار خودکشی بک دارای پایایی بالایی بوده و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۸۷/. تا ۹۷/. به دست آمده است (۳۷). در ایران انیسی و همکاران (۳۸) برای این

ابـزار ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۹۵/. و همبسـتگی ایـن ابـزار را بـا پرسشـنامه سـلامت عمومـی ضریـب همبسـتگی ۰/۷۶ بـه عنوان شـاخصی از روایـی مناسـب گـزارش کردنـد.

مقیاس دشـواری در تنظیم هیجـان (Difficulties in Emotion Regulation Scale): یـک ابـزار سـنجش ۳۶ آیتمـی اسـت کـه بـرای ارزیابـی دشـواری در تنظیـم هیجـان توسـط گراتـز و رومـر (Gratz & Roemer) (۳۹) تدویـن شـده اسـت. تحلیـل عاملـی، وجـود ۶ عامـل عـدم پذیـرش پاسـخ هـای هیجانـی، دشـواری در انجـام رفتـار هدفمنـد، دشـواری در کنتـرل تکانـه، فقـدان آگاهـی هیجانـی، دسترسـی محـدود بـه راهبردهـای تنظیـم هیجانـی و عـدم وضـوح هیجانـی را در ایـن مقیـاس نشـان داده اسـت. نمـره هـر گزینـه بـه ایـن صـورت مشـخص مـی شـود، تقریبـا هرگـز=۱، بـه نـدرت=۲، بعضـی وقـت هـا=۳، اغلـب=۴، تقریبـا همیشـه=۵. بـرای نمـره گـذاری، ابتـدا نمـرهٔ گویـه هـای ۱،۲،۶،۷،۸،۱۰،۱۷،۲۰،۲۲،۲۴،۳۴ معکـوس مـی شـود. سـپس نمره هـر یـک از زیرمقیـاس هـای شـش گانـه بـا جمـع نمـره گویـه هـای هـر زیـر مقیـاس محاسـبه مـی شـود (۴۰). نتایـج پژوهـش گراتـز و رومـر حاکـی از آن اسـت کـه پایایـی ایـن مقیـاس بـه روش همسـانی درونـی بـا محاسـبه ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۰/۹۲ اسـت. همچنیـن روایـی همزمـان بـا پرسشـنامه پذیـرش و عمـل مـورد بررسـی و برابـر بـا ۰/۶۹ بـود کـه نشـان دهنـده روایـی مطلـوب ایـن پرسشـنامه اسـت (۳۹). در ایـران، ضریـب پایایـی ایـن مقیـاس براسـاس آلفـای کرونبـاخ در پژوهـش عزیـزی و همـکاران (۱۳۸۹) ۰/۹۲ بـه دسـت آمـده اسـت. براسـاس نتایـج پژوهـش عزیـزی و همـکاران (۴۱) تمامـی زیـر مقیـاس هـای ایـن مقیـاس بـا وابسـتگی بـه نیکوتیـن همبسـتگی مثبـت و معنـادار و بـا مقیـاس تحمـل آشـفتگی هیجانـی رابطـه منفـی و معنـاداری دارد کـه نشـان دهنـده روایـی ملاکـی و سـازه ایـن پرسشـنامه اسـت (۴۱).

پرسشـنامه تروماـی دوران کودکـی (Childhood Trauma Questionnaire): ایـن مقیـاس شـامل ۲۸ سـوال توسـط برنشـتاین (Bernstein) و همـکاران در سـال ۲۰۰۳ تهیـه و تدویـن شـده اسـت و پنـج مولفـه آزار عاطفـی بـا سـوالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسـی بـا سـوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکـی بـا سـوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلـت عاطفـی بـا سـوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلـت جسـمی بـا سـوالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ را انـدازه گیـری می‌کنـد. سـوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیـچ کـدام از مولفـه هـا جـای نمـی گیرنـد. نمره‌گـذاری پرسشـنامه بـر اسـاس یـک مقیـاس ۵ درجـه ای لیکـرت انجـام می‌شـود بـه ایـن صـورت کـه هرگـز نمـره ۱، گاه گاهـی نمـره ۲، غالبـا نمـره ۳، بـه کـرات نمـره ۴ و تقریبـا همیشـه نمـره ۵ تعلـق می‌گیـرد. نمـرات حاصـل از پرسشـنامه در دامنـه ۲۵ تـا ۳۶ تروماـی کـم، نمـره ۴۱ تـا ۵۱ تروماـی کـم تـا متوسـط، نمـره ۵۶ تـا ۶۸ تروماـی متوسـط تـا شـدید و نمـره ۷۳ تـا ۱۲۵ بـه عنـوان تروماـی خیلـی شـدید طبقـه بنـدی مـی شـود. سـازندگان پرسشـنامه آلفـای کرونبـاخ را بررسـی و ضرایـب بیـن ۰/۸۱ تـا ۰/۹۵ گـزارش کـرده انـد و روایـی همزمـان آن بـا مقیـاس درجـه بنـدی درمانگـران از میـزان تروماهـای کودکـی در دامنـه ۰/۵۹ تـا ۰/۷۸ بـه دسـت آورده انـد (۴۲). در ایـران پایایـی پرسشـنامه بررسـی و ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۶ و خـرده مقیـاس هـا در دامنـه ۰/۵۹ تـا ۰/۸۴ بـه دسـت آمـده اسـت و همچنیـن روایـی همگـرای آن بـا مقیـاس اختـلال اضطـراب فراگیـر بررسـی و ضریـب همبسـتگی ۰/۷۲ و معنـادار در سـطح ۰/۰۱ بـه دسـت آمـده اسـت (۴۳).

مقیـاس پاسـخ نشـخوار فکـری (Ruminative Response Scale (RRS): ایـن پرسشـنامه یـک ابـزار خودگزارشـی ۲۲ سـوالی اسـت کـه توسـط نولـن-هوکسـما (Nolen-Hoeksema) (۲۱)، طراحـی شـده اسـت. نحـوه نمـره گـذاری براسـاس طیـف لیکـرت چهـار درجـه ای از هرگـز (۱) تـا همیشـه (۴) مـی باشـد. نمـرات کمتـر از ۳۳ نشـان دهنـده نشـخوارفکری پاییـن و نمـرات بیشـتر نشـان دهنـده نشـخوارفکری بـالا اسـت. همبسـتگی درون طبقـه ای بـرای سـنجش اعتبـار بـا پنـج بـار انـدازه گیـری ۰/۷۵ گـزارش شـده اسـت. اعتبـار ایـن مقیـاس بـا اسـتفاده از ضریـب آلفـای کرونبـاخ در دامنـه ای از ۰/۸۸ تـا ۰/۹۲ قـرار دارد کـه نشـان دهنـده اعتبـار بـلای مقیـاس اسـت. همچنیـن همبسـتگی بازآزمایـی بـرای مـدت بیشـتر از ۱۲ مـاه ۰/۶۷ گـزارش شـده اسـت (۴۴). باقـری نـژاد و همـکاران (۴۵) ضریـب پایایـی پرسشـنامه را از طریـق آلفـای کرونبـاخ ۹۰/. و بـرای ابعـاد آن ۹۲/. و ۸۹/. گـزارش دادنـد همچنیـن روایـی پرسشـنامه را از طریـق آلفـای همبسـته کـردن بـا پرسشـنامه باورهـای فراشـناختی ۶۵/. در سـطح ۰۰۱/. گـزارش شـد.

یافته ها

تعـداد آزمودنـی هـا در ایـن پژوهـش ۲۱۰ نفـر بودنـد. ۹۵ نفـر (۴۵/۲ درصـد) مجـرد و ۱۱۵ نفـر (۵۴/۸ درصـد) متاهـل بودنـد. ۸۸ نفـر (۴۱/۹ درصـد) زن و ۱۲۲ نفـر (۵۸/۱ درصـد) مـرد بودنـد میانگیـن سـن افـراد ۲۹/۳۹ و انحـراف معیـار سـن ۳/۹۳۲ بـود.

جدول۱. شاخص های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش (۲۱۰ نفر)

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	آماره KS	مقدار احتمال
افکار خودکشی	۷/۷۱	۶/۵۲	۰/۱۷	-۱/۸۹		
آزار عاطفی	۱۳/۶۷	۴/۵۹	-۰/۰۲	-۱/۳۹	۰/۱۲	۰/۲۰
آزار جنسی	۱۳/۴۴	۴/۴۶	-۰/۰۱	-۱/۴۶	۰/۲۰	۰/۰۹
آزار فیزیکی	۱۴/۸۹	۳/۶۶	-۰/۴۷	-۰/۵۹	۰/۲۱	۰/۰۸
غفلت عاطفی	۱۴/۱۳	۴/۶۵	-۰/۲۰	-۱/۳۴	۰/۱۴	۰/۳۳
غفلت جسمی	۱۳/۶۸	۴/۵۲	۰/۱۶	-۱/۲۵	۰/۱۹	۰/۱۷
نمره کل تجربه ترومای کودکی	۹۸/۸۱	۱۸/۴۷	-۰/۲۴	۱/۱۹	۰/۲۷	۰/۲۱
عدم پذیرش	۱۶/۹۴	۵/۴۲	۰/۲۹	-۱/۷۵	۰/۳۲	۰/۱۲
رفتار هدفمند	۱۲/۰۰	۷/۳۳	۰/۳۶	-۱/۸۰	۰/۳۵	۰/۱۳
تکانه	۱۳/۰۱	۶/۹۸	۰/۶۶	-۱/۳۶	۰/۴۱	۰/۱۵
فقدان آگاهی	۱۲/۹۰	۶/۳۶	۰/۴۳	-۱/۷۱	۰/۵۰	۰/۱۷
دسترسی محدود	۱۹/۴۵	۱۱/۰۳	۰/۵۴	-۱/۶۴	۰/۵۲	۰/۲۰
عدم وضوح	۹/۸۰	۳/۶۹	۰/۵۲	-۱/۴۶	۰/۳۸	۰/۰۸
نمره کل بدتنظیمی هیجانی	۸۴/۱۱	۳۸/۸۳	۰/۳۹	-۱/۷۸	۰/۳۲	۰/۱۱
بروز دادن	۸/۳۲	۳/۵۸	۰/۷۳	-۰/۶۰	۰/۳۹	۰/۰۸
در فکر فرورفتن	۸/۹۹	۳/۵۹	۰/۸۰	۰/۲۶	۰/۴۵	۰/۱۶
افسردگی	۱۹/۲۲	۹/۴۴	۰/۷۹	-۱/۲۲	۰/۸۶	۰/۱۱

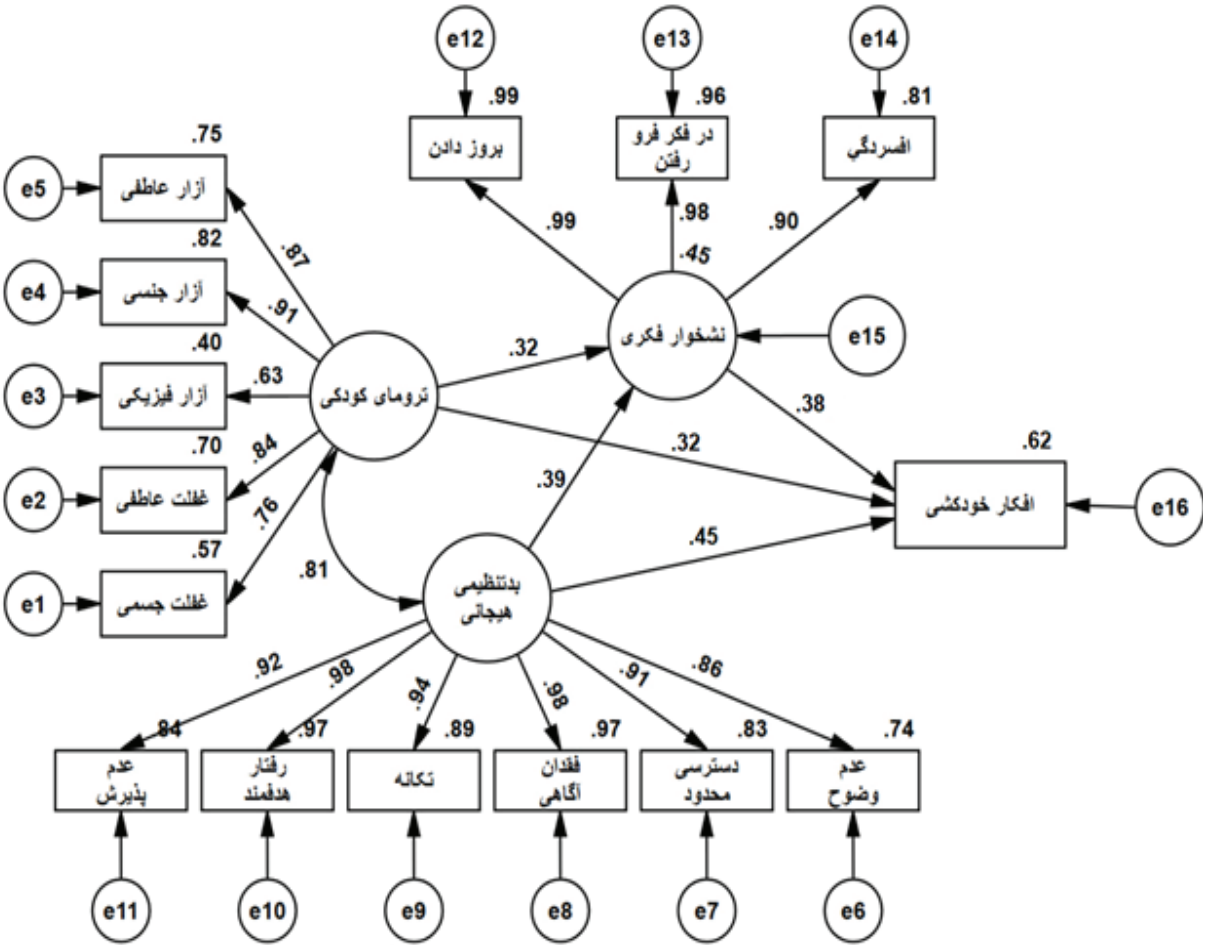
جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی ها ۲۱۰ نفر بودند. پیش فرض های آماری مدل یابی معادلات ساختاری شامل نرمال بودن، استقلال خطاها و همخطی چندگانه، ماتریس همبستگی است که در ادامه به بررسی آنها پرداخته شده است. از آنجایی سطوح معناداری آماره های نرمال بودن کلموگروف اسمیرنوف در جدول ۱- بزرگ تر از ۰/۰۵ هستند ($P<۰/۰۵$)، لذا توزیع نمرات دارای توزیع نرمال می باشند. مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. از آنجا که که اگر مقدار آماره ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است، می‌توان استقلال خطاها را پذیرفت. بنابراین می‌توان از مدل یابی معادلات ساختاری استفاده کرد. همچنین نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ تر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین می‌توان نسبت به مفروضه ی عدم همخطی چندگانه اطمینان حاصل کرد. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد، می‌توان از آزمون های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است. در نهایت از آنجایی که یکی از مفروضات مهم در معادلات ساختاری وجود روابط همبستگی معنادار بین متغیرهاست در جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱٤	۱٥	۱٦	۱۷	۱۸
۱-افکار خودکشی	۱																	
۲-آزار عاطفی	۰/۵۰**	۱																
۳-آزار جنسی	۰/۴۸**	۰/۶۳**	۱															
۴-آزار فیزیکی	۰/۳۹**	۰/۴۵**	۰/۵۴**	۱														
۵-غفلت عاطفی	۰/۵۳**	۰/۶۲**	۰/۵۶**	۰/۵۶**	۱													
۶-غفلت جسمی	۰/۶۲**	۰/۶۰**	۰/۶۷**	۰/۵۵**	۰/۶۱**	۱												
۷-نمره کل تروما	۰/۶۰**	۰/۷۶**	۰/۶۱**	۰/۶۲**	۰/۶۷**	۰/۸۱**	۱											
۸- عدم پذیرش	۰/۵۴**	۰/۴۵**	۰/۴۷**	۰/۵۸**	۰/۶۰**	۰/۶۸**	۰/۷۰**	۱										
۹- رفتار هدفمند	۰/۶۰**	۰/۳۷**	۰/۳۷**	۰/۵۲**	۰/۵۱**	۰/۶۴**	۰/۶۲**	۰/۷۸**	۱									
۱۰- تکانه	۰/۶۶**	۰/۴۰**	۰/۴۴**	۰/۵۳**	۰/۵۰**	۰/۶۵**	۰/۶۴**	۰/۶۸**	۰/۶۹**	۱								
۱۱-۱ فقدان آگاهی	۰/۴۲**	۰/۴۲**	۰/۴۵**	۰/۵۵**	۰/۵۴**	۰/۶۸**	۰/۶۷**	۰/۶۵**	۰/۶۶**	۰/۶۸**	۱							
۱۲- دسترسی محدود	۰/۳۷**	۰/۴۵**	۰/۴۳**	۰/۳۸**	۰/۴۹**	۰/۶۸**	۰/۵۸**	۰/۶۳**	۰/۵۹**	۰/۷۳**	۰/۵۱**	۱						
۱۳- عدم وضوح	۰/۳۸**	۰/۶۷**	۰/۳۸**	۰/۵۲**	۰/۶۶**	۰/۵۳**	۰/۶۲**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	۰/۶۵**	۰/۶۵**	۰/۶۴**	۱					
۱۴- نمره کل بدتنظیمی	۰/۴۰**	۰/۴۸**	۰/۳۹**	۰/۶۷**	۰/۵۲**	۰/۶۲**	۰/۶۰**	۰/۷۸**	۰/۳۶**	۰/۵۲**	۰/۵۳**	۰/۶۲**	۰/۳۹**	۱				
۱۵- بروز دادن	۰/۴۳**	۰/۳۷**	۰/۳۹**	۰/۴۷**	۰/۶۶**	۰/۶۰**	۰/۷۶**	۰/۳۵**	۰/۳۴**	۰/۶۰**	۰/۶۲**	۰/۶۰**	۰/۴۰**	۰/۳۸**	۱			
۱۶- در فکر فرورفتن	۰/۵۷**	۰/۶۲**	۰/۶۴**	۰/۵۱**	۰/۴۲**	۰/۵۴**	۰/۴۵**	۰/۳۶**	۰/۳۵**	۰/۴۷**	۰/۶۰**	۰/۸۵**	۰/۴۲**	۰/۳۸**	۰/۶۶**	۱		
۱۷-افسردگی	۰/۶۸**	۰/۵۴**	۰/۶۰**	۰/۵۰**	۰/۵۷**	۰/۶۲**	۰/۶۲**	۰/۶۲**	۰/۳۴**	۰/۳۷**	۰/۵۴**	۰/۴۵**	۰/۳۶**	۰/۵۱**	۰/۵۲**	۰/۶۶**	۱	
۱۸-نمره کل نشخوار	۰/۶۹**	۰/۵۲**	۰/۶۲**	۰/۶۲**	۰/۵۸**	۰/۶۲**	۰/۵۲**	۰/۳۷**	۰/۳۹**	۰/۳۸**	۰/۵۳**	۰/۶۲**	۰/۳۹**	۰/۳۹**	۰/۶۷**	۰/۶۵**	۰/۶۷**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین ترومای کودکی، بدتنظیم هیجانی و نشخوار فکری با افکار خودکشی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱). بین ترومای کودکی و بدتنظیم هیجانی با نشخوار فکری همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱). همان طور که در جدول ۲ نشان داده شد، همبستگی بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید. در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و میانجی از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیر مستقیم ارائه می شود.



شکل۱. مدل نهایی پژوهش

شکل ۱. مدل ساختاری و نهایی پژوهش را نشان می دهد. مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R2) یا واریانس تبیین شده برای افکار خودکشی بر اساس ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی با نقش میانجی نشخوار فکری برابر با ۰/۶۲ به بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است که ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی با نقش میانجی نشخوار فکری در مجموع ۶۲ درصد از واریانس افکار خودکشی را تبیین می‌کنند. در ادامه شاخص های برازش مدل ساختاری در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳: شاخص های برازندگی مدل پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۱۶۷/۸۵	–
	درجه آزادی(DF)	۸۵	–
	سطح معناداری(P)	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی X^2/df یا CMIN/df	۱/۹۷۵	کمتر از ۳
	خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۲۹	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی(PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
شاخص های نسبی	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۹۴۰	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۳۳	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۳۸	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۰۳	بیشتر از ۰/۹۰

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص های آمده شده در جدول ۳- استفاده شده است. همچنین اگر شاخص‌های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه‌ای (CFI)، برازندگی افزایشی، (IFI)، نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از ۰/۹۰ است بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همانگونه که بر اساس جدول ۳- مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۲۹ می باشد که نشان دهنده برازش مدل است. در ادامه نتایج جدول ۴ و ۵ اثرات مستقیم و میانجی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و بر اساس آن می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در افکار خودکشی پرداخت.

جدول ٤: شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل برازش شده

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	P
ترومای کودکی	افکار خودکشی	۰/۳۲	۰/۶۱	۰/۲۱	۲/۸۹	۰/۰۰۴
بدتنظیمی هیجانی	افکار خودکشی	۰/۴۵	۰/۴۳	۰/۲۲	۳/۰۲	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	افکار خودکشی	۰/۳۸	۰/۷۰	۰/۱۴	۵/۰۹	۰/۰۰۱
ترومای کودکی	نشخوار فکری	۰/۳۲	۰/۳۳	۰/۱۲	۲/۷۳	۰/۰۰۶
بدتنظیمی هیجانی	نشخوار فکری	۰/۳۹	۰/۴۳	۰/۱۲	۳/۴۹	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه ی (۱/۹۶+ و ۱/۹۶-) قرار دارد یا سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با توجه به جدول ۴ می‌توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم متغیر ترومای کودکی بر افکار خودکشی (β = ۰/۳۲، T= ۲/۸۹)، مسیر مستقیم متغیر بدتنظیمی هیجانی بر افکار خودکشی (β =۰/۴۵، T=۳/۰۲) و مسیر مستقیم متغیر نشخوار فکری بر افکار خودکشی (β = ۰/۳۸، T= ۵/۰۹) معنادار بود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه ای غیرمستقیم در جدول ۵- ارائه شده است.

جدول ۵: بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل تحقیق

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
ترومای کودکی	نشخوار فکری	افکار خودکشی	۰/۳۹	۰/۴۱	۰/۵۶	۰/۰۰۲
بدتنظیمی هیجانی	نشخوار فکری	افکار خودکشی	۰/۴۶	۰/۳۸	۰/۴۲	۰/۰۱۰

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۲۰۰۰ بار فرآیند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۵ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی نشخوار فکری معنی دار است (P<۰/۰۵، b=۰/۳۹). اثر غیرمستقیم متغیر بدتنظیمی هیجانی بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی نشخوار فکری معنی دار است (P<۰/۰۵، b=۰/۴۶).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی بر افکار خودکشی با میانجی گری نشخوار فکری در پرستاران با علائم افسردگی انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد تجربه ترومای کودکی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق نشخوار فکری بر افکار خودکشی پرستاران با علام افسردگی تاثیر دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های پاین و کوهن (Pine and Cohen) (۱۰)؛ برادسکی و استانلی (Brodsky and Stanley) (۱۳)؛ آلتر (Alter) و همکاران (۱۴) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت ترومای کودکی علاوه بر اینکه تاثیرات زیان باری در حیطه رشدی، شناختی، هیجانی و رفتاری کودک دارد، سلامت روان او را در بزرگسالی نیز تهدید می کند. در واقع، یکی از پیامدهای تروماهای دوران کودکی افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالی است. چرا که تروماهای شدید تکانشگری را افزایش می دهند که پیامد آن کاهش ظرفیت مغز برای بازداری فعالیت ها و اعمال، و کنترل هیجان های منفی است که متعاقباً منجر به افزایش رفتارهای خودآسیبی و اقدام به خودکشی می شود (۴۶). از سویی دیگر، اگرچه نشخوار فکری به طور مکرر با افزایش علائم افسردگی و افکار خودکشی مرتبط است، اطلاعات کمی در مورد علت شناسی آن وجود دارد. شواهد پژوهشی نشان می دهد استرس اوایل زندگی با ترومای اولیه زندگی مرتبط است که ممکن است یکی از عوامل دخیل در ایجاد سبک پاسخ نشخوارکننده باشد. رویدادهای آسیب زا در دوره های اولیه رشد می تواند با رشد شناختی بهنجار مغز در حال رشد تداخل ایجاد کند. قشر جلوی مغز (Prefrontal Cortex) که در فرآیندهای شناختی (کنترل مهاری، توجه، انعطاف پذیری شناختی) درگیر است، دوره رشد طولانی دارد (۴۷). به این ترتیب، PFC ممکن است به ویژه به آسیب‌های اولیه زندگی حساس باشد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که در مواجهه با عوامل استرس‌زا، محور HPA مجموعه‌ای از هورمون‌ها را آزاد می‌کند که می‌توانند انعطاف‌پذیری عصبی را مختل کنند و مانع رشد شناختی شوند به عبارت دیگر، ترومای اولیه کودکی با تداخل در مسیرهای بهنجار که به رشد فرآیندهای شناختی مرتبط هستند می تواند منجر به پیامدهای شناختی منفی شود و زمینه را برای توسعه نشخوار فکری فراهم کند (۴۸). به طور کلی، آسیب های دوران کودکی به راحتی قابل بحث نیست و سرکوب می شوند، به طوری که ممکن است منجر به یک سبک شناختی نشخوارکننده شوند و پیامدهای روان شناختی مختلف نیز ممکن است محصول این سبک اجتنابی و نشخوارکننده باشد. این شواهد نشان می‌دهد که نشخوار فکری یکی از مکانیسم‌های احتمالی میانجی‌کننده الگوهای پاسخ استرس ناسازگار است و ممکن است مسیری منجر به شکل گیری پیامدهای منفی روان شناختی مانند افسردگی و افکار خودکشی ارائه دهد (۴۹). همچنین نشخوار فکری در افراد ترومازده، از طرق مختلف، از جمله با حفظ افکار منفور و مرتبط با حادثه در حافظه فعال، اخذ و بازتولید تجارب آسیب زا، تلاش بی ثمر جهت درک دلایل و نتایج احتمالی رویدادهای منفی و تمرکز بیش از حد بر احساسات و مشکلات حل نشده، پیامدهای روان شناختی منفی (مانند افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی) ایجاد می کنند (۵۰). بنابراین، تجربه ترومای کودکی ممکن است از طریق توسعه نشخوار فکری یک سبک شناختی که ممکن است به عنوان یک راهبرد مقابله ای در زمینه ناملایمات اولیه عمل کند، بر سلامت روان تأثیر بگذارد. لذا می توان انتظار داشت که تجربه ترومای کودکی علاوه بر اثر مستقیم، از طریق نشخوار فکری نیز بر روی افکار خودکشی در پرستاران با علائم افسردگی اثر غیرمستقیم داشته باشد.

همچنین یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بدتنظیمی هیجانی به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق نشخوار فکری بر افکار خودکشی پرستاران دارای علائم افسردگی تاثیر دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیر مستقیم با پژوهش های راجاپا (Rajappa) و همکاران (۲۱)؛ تاماس (Tamás) و همکاران (۲۲)، مارتین (Martin) و همکاران (۵۱) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت شواهد پژوهشی نشان می دهد که بین بدتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی رابطه وجود دارد (۵۱) کسانی که سابقه اقدام به خودکشی

داشته اند، مشکلات بیشتری را در تنظیم هیجانات نسبت به افرادی که اقدام به خودکشی نکرده¬اند، گزارش کرده اند (۵۲) و رابطه مثبتی بین سطوح بدتنظیمی هیجانی و تعداد اقدام به خودکشی پیدا شده است (۵۳). فکر کردن در مورد خودکشی نیز ممکن است به عنوان یک منحرف کننده از هیجانات دشوار عمل کند. برخی از افراد افکار خودکشی را به عنوان یک مکانیسم مقابله ای توصیف کرده اند که به آنها کمک می کند تا کنترل را دوباره به دست آورند (۵۴). از سویی دیگر، مطابق با مدل آبشار هیجان (۵۵)، هنگامی که شدت هیجانات منفی و نشخوارهای فکری به یک وضعیت غیرقابل تحمل فزونی یابد، نقصانی را در راهبردهای موثر تنظیم هیجان وارد می کند که این دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانات و عدم وجود رفتار هدفمند در سوق دادن فرد به سوی افکار خودکشی موثر است (۵۵). همچنین مطابق با مدل گریه برای درد؛ خودکشی یک واکنش به موقعیت های استرس زا است که در آن فرد شکست را می فهمد و امیدی به حل آن ندارد، با استفاده از این مدل، افراد هنگامی که هیجانات منفی شدید را، غیرقابل تحمل می پندارند، و هنگامی که فاقد راهبردهای ادراک شده برای تنظیم مناسب هیجانات و حل وضعیت پریشانی هستند، به خودکشی رو می آورند (۵۶). در تبیین دیگر نیز می توان گفت که تروماهای دوران کودکی و استرس های مداوم در زندگی کودکی، سیستم های عصبی مرکزی را که در پاسخ به استرس و تنظیم هیجان درگیرند، آسیب پذیر می سازد. به عبارت دیگر آسیب های دوران کودکی مانع از گسترش توانایی تنظیم هیجان به شیوه ای سالم می شود. درواقع تروماهای دوران کودکی، به ویژه آسیب های تکرار شده بین مراقب و کودک، با اکتساب مهارت های تنظیم هیجانی مناسب تداخل می کند (۵۷). متعاقباً نقص در تنظیم هیجان نیز به عنوان هسته آسیب زای اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی تلقی می شود. همچنین می توان اظهار داشت که افرادی که در معرض تروما و بدرفتاری در دوران کودکی قرار می‌گیرند، ممکن است فرصت یادگیری کافی برای مقابله با رویدادهای استرس‌زا را نداشته باشند، که این به نوبه خود خطر افسردگی و افکار خودکشی را افزایش می‌دهد.

نتیجه گیری

به طور کلی، نتایج نشان داد نشخوارفکری نقش میانجی بین تجربه ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی با افکار خودکشی در پرستاران دارای علائم افسردگی ایفا می کند. بنابراین می توان گفت که یافته های این پژوهش یک مفهوم بالینی مهم به ما ارائه می دهد مبنی بر اینکه، سبک های شناختی نشخوارکننده باید هدفی برای درمان در پرستاران با علائم افسردگی برای کاهش افکار خودکشی باشند. پیشنهاد می شود به درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، رفتار درمانی دیالکتیک، درمان مبنی بر ذهنی سازی در پرستاران با علائم افسردگی توجه ویژه ای شود. پیشنهاد می شود سایر متغیرهای روان شناختی از قبیل متغیرهای شناختی و هیجانی مرتبط با افکار خودکشی مورد بررسی قرار گیرد. به علاوه مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی است که باید درکنار نتیجه گیری پژوهش، مورد توجه قرار گیرند. باتوجه به اینکه پژوهش بر روی پرستاران دارای علائم افسردگی انجام شده و ابزار سنجش نیز خودگزارشی بوده است، لذا احتمال سوگیری در گزارش ما وجود دارد و تعمیم نتایج به سایر جمعیت ها و فرهنگ ها محدود است. همچنین، مطالعه مقطعی، به ما اجازه استنباط روابط علی را نمی دهد.

سپاسگزاری

ازکلیه افراد شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تقدیر و تشکر می گردد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اظهار می دارند که هیچ گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Tung YJ, Lo KK, Ho RC, Tam WS. Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. Nurse education today. 2018 Apr 1;63:119-29.
2. Mahmoodi S, Zehni K. Comparison of Depression in nursing shifts in educational hospitals Kordestan University of medical sciences. J Nurs Res. 2013;8(28):29-38.
3. Mirmohammdai S, Mehrparvar A, Mehrjerdi A. Effect of working shift in depression in nurses, Quarterly Occupational Medicine. ,2009;1(1):27-24.
4. Khamseh F, Roohi H, Ebaady A, Hajiamini Z, Salimi H, Radfar S. Survey Relationship between demographic factors and stress, anxiety and depression in nurses working in selected hospitals in Tehran city. Journal of holistic nursing and midwifery. 2011 Apr 10;21(1):13-21.
5. Zandi A, Sayari R, Ebadi A, Sanainasab H. Frequency of depression, anxiety and stress in military Nurses. Iranian Journal of Military Medicine. 2011;13(2):103-8.
6. Sánchez Núñez RA, Ramírez C, Gómez Meza MV. Smoking, depression, and suicide risk in the nursing staff of a Third-Level Hospital. Medicina universitaria. 2014;16(63):60-5.
7. Cummings NA, Cummings JL. Refocused psychotherapy as the first line intervention in behavioral health. Routledge; 2012 Aug 21.
8. Bryan CJ, Bryan AO, May AM, Klonsky ED. Trajectories of suicide ideation, nonsuicidal self-injury, and suicide attempts in a nonclinical sample of military personnel and veterans. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2015 Jun;45(3):315-25.
9. Cleare S, Wetherall K, Clark A, Ryan C, Kirtley OJ, Smith M, O'Connor RC. Adverse childhood experiences and hospital-treated self-harm. International journal of environmental research and public health. 2018 Jun;15(6):1235.
10. Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. Biol Psychiatry 2002; 51:519-31
11. McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy RM, Coughlan H, Dodd P, Healy C, O'Donnell L, Clarke MC. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2021 Mar;143(3):189-205.
12. Brown M, Worrell C, Pariante CM. Inflammation and early life stress: An updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. Pharmacology Biochemistry and Behavior. 2021 Dec 1;211:173291.
13. Brodsky BS, Stanley B. Adverse childhood experiences and suicidal behavior. Psychiatric Clinics of North America. 2008 Jun 1;31(2):223-35.
14. Alter S, Wilson C, Sun S, Harris RE, Wang Z, Vitale A, Hazlett EA, Goodman M, Ge Y, Yehuda R, Galfalvy H. The association of childhood trauma with sleep disturbances and risk of suicide in US veterans. Journal of psychiatric research. 2021 Apr 1;136:54-62.
15. Abdollahi A, Hosseinian S, Zamanshoar E, Beh-Pajooh A, Carlbring P. The moderating effect of hardiness on the relationships between problem-solving skills and perceived stress with suicidal ideation in nursing students. Studia Psychologica. 2018;60(1):30-41.
16. Kazemi Rezaei SA, moradi A, Shahgholian M, Abdollahi M, Parhoon H. Psychometric Properties of Persian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Positive (DERS-P). Journal of Clinical Psychology. 2022 Jun 22;14(2).
17. Calkins SD. Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1994;59(2-3):53-72.
18. Khoshsorour S, Rezaei SA. The role of cognitive emotion regulation strategies and perceived social support in predicting quality of life and severity of symptoms of patients with irritable bowel syndrome (IBS). Iranian journal of rehabilitation research. 2019 Oct 10;6(1):60-8.
19. kazemi rezaei A, Moradi A, shagholian M, Abdollahi M H, parhoon H. The effect of memory specificity training on reducing cognitive and emotional symptoms in people with post-traumatic stress disorder. IJPN 2022; 10 (3) :14-29
20. Barnicot K, Crawford M. Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. Psychological Medicine. 2019 Sep;49(12):2060-8.
21. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal

ideation and attempts. Cognitive Therapy and Research. 2012 Dec;36:833-9.
22. Tamás Z, Kovacs M, Gentzler AL, Tepper P, Gádoros J, Kiss E, Kapornai K, Vetró Á. The relations of temperament and emotion self-regulation with suicidal behaviors in a clinical sample of depressed children in Hungary. Journal of abnormal child psychology. 2007 Aug;35:640-52.
23. Miranda R, Tsypes A, Gallagher M, Rajappa K. Rumination and hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion dysregulation and suicidal ideation. Cognitive Therapy and Research. 2013 Aug;37:786-95.
24. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. Journal of abnormal psychology. 1991 Nov; 100(4):569.
25. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspectives on psychological science. 2008 Sep; 3(5):400-24.
26. Raes F, Hermans D, Williams JM, Beyers W, Eelen P, Brunfaut E. Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. Journal of abnormal psychology. 2006 Nov; 115(4):699.
27. Squires SD, Hu M, Milev RV, Poppenk J. The impact of non-infection pandemic stress on depression and anxiety severity: Investigating mediation by intrusive and deliberate rumination. Journal of Affective Disorders. 2022 Aug 1; 310:291-5.
28. Morrison R, O›Connor RC. A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2008 Oct;38(5):523-38.
29. Mao L, Li P, Wu Y, Luo L, Hu M. The effectiveness of mindfulness-based interventions for ruminative thinking: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Affective Disorders. 2022 Oct 24.
30. Selby EA, Kranzler A, Panza E, Fehling KB. Bidirectional-compounding effects of rumination and negative emotion in predicting impulsive behavior: Implications for emotional cascades. Journal of personality. 2016 Apr;84(2):139-53.
31. Selby EA, Anestis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. Behaviour research and therapy. 2008 May 1;46(5):593-611.
32. Anestis MD, Soberay KA, Gutierrez PM, Hernández TD, Joiner TE. Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. Personality and social psychology review. 2014 Nov;18(4):366-86.
33. Valderrama J, Miranda R, Jeglic E. Ruminative subtypes and impulsivity in risk for suicidal behavior. Psychiatry Research. 2016 Feb 28;236:15-21.
34. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory. second edition manual. San Antonio (TX): The Psychological Corporation; 1996.
35. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Arthritis care & research. 2011;63 Suppl 11:S454-66.
36. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2015;22(1):189-98. [Persian]
37. Beck A, Steer R. Manual for the beck scale for suicide ideation 5th ed. San Antonio psychological publication. 1991; 5:230-9.
38. Anisi, J., Fathi, A. A., Salimi, S., & Ahmadi, N. K. [Validity and reliability of Beck suicide scale ideation among soldiers]. Journal of Military Medicine. 2005: 7(1), 33-37. (Persian).
39. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2004 Mar; 26(1):41-54.
40. Besharat, M. Emotion Regulation Difficulty Scale. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology, 2019; 13 (47): 89-92.
41. Azizi A, Azadeh M, Shams J. Investigating the relationship between disturbance tolerance and emotional regulation with students› dependence on smoking. Jornal of Hakim Health System Research (Hakim). 2011;13 (1): 11-18.
42. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L,

Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child abuse & neglect. 2003 Feb 1; 27(2):169-90.

43. Shafiei M, Rezaee F, Sadeghi M. Model of Contrast Avoidance of Generalized Anxiety Disorder in People with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. Journal of Psychology. 2021 Jun; 1(97):98.
44. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. Journal of personality and social psychology. 1991 Jul; 61(1):115.
45. Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabayi SM. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. Foundations of Education. 2010 Aug 23; 11(1).
46. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2014.
47. Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, Nugent III TF, Herman DH, Clasen LS, Toga AW, Rapoport JL. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2004 May 25;101(21):8174-9.
48. Pechtel P, Pizzagalli DA. Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. Psychopharmacology. 2011 Mar;214:55-70.
49. Gianferante D, Thoma MV, Hanlin L, Chen X, Breines JG, Zoccola PM, Rohleder N. Post-stress rumination predicts HPA axis responses to repeated acute stress. Psychoneuroendocrinology. 2014 Nov 1; 49:244-52.
50. Valderrama J, Macrynikola N, Miranda R. Early life trauma, suicide ideation, and suicide attempts: The role of rumination and impulsivity. Archives of suicide research. 2022 Apr 3;26(2):731-47.
51. Martin C, Vujanovic A, Day SX. Posttraumatic stress disorder symptom severity and emotion regulation in acute-care psychiatric inpatients: associations with suicidality. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. 2017 Oct 21;26(9):1024-41.
52. Gómez-Expósito A, Wolz I, Fagundo AB, Granero R, Steward T, Jiménez-Murcia S, Agüera Z, Fernández-Aranda F. Correlates of non-suicidal self-injury and suicide attempts in bulimic spectrum disorders. Frontiers in psychology. 2016 Aug 22;7:1244.
53. Anestis MD, Kleiman EM, Lavender JM, Tull MT, Gratz KL. The pursuit of death versus escape from negative affect: An examination of the nature of the relationship between emotion dysregulation and both suicidal behavior and non-suicidal self-injury. Comprehensive psychiatry. 2014 Nov 1;55(8):1820-30.
54. Lakeman R, FitzGerald M. How people live with or get over being suicidal: A review of qualitative studies. Journal of Advanced Nursing. 2008 Oct;64(2):114-26.
55. Selby EA, Anestis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. Behaviour research and therapy. 2008 May 1;46(5):593-611.
56. Rasmussen SA, Fraser L, Gotz M, MacHale S, Mackie R, Masterton G, McConachie S, O›Connor RC. Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. British Journal of Clinical Psychology. 2010 Mar;49(1):15-30.
57. Kratzer L, Heinz P, Pfitzer F, Padberg F, Jobst A, Schennach R. Mindfulness and pathological dissociation fully mediate the association of childhood abuse and PTSD symptomatology. European Journal of Trauma & Dissociation. 2018 Jan 1; 2(1):5-10.