Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 12, Issue 2 , Summer 2023

The Role of Perceived Stress, Alexithymia and Mindfulness in Predicting Suicidal Thoughts of Nursing Students

Parvin Kamali Tabrizi[1], Baharak balashour[2], Sara Mohammadi[3], Masoumeh Kamandloo [4*]

1- Master of Educational Psychology, Rahman Institute of Higher Education, Ramsar, Iran.
2- Master of Educational Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3- Master of Positive Islamic Psychology, Hamadan Branch, Payam Noor University, Hamadan, Iran.
4- Master of Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

Corresponding Author: Masoumeh Kamandloo, Master of Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.
E-mail: kamand630@gmail.com

Abstract

Introduction: Nursing students are one of the groups at risk of suicide, and suicidal thoughts are an important predictive factor for committing suicide and completing it. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the role of perceived stress, alexithymia and mindfulness in predicting suicidal thoughts of nursing students.

Methods: The current research is descriptive and correlational. The number of 180 nursing students studying at the Islamic Azad University of Tehran, Faculty of Medical Sciences, in the second half of 2020, was selected using the available sampling method and responded to the Perceived Stress Scale of Cohen et al (1983). Toronto Alexithymia Scale Bagby et al (1994), Mindfulness Attention Awareness Scale Brown and Ryan (2003), and Beck Scale for Suicidal Ideation (1991). The collected data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multivariate regression analysis in SPSS-24 software.

Results: The results showed that there is a positive and significant relationship between perceived stress and alexithymia with suicidal thoughts ($P<0.01$). There is a negative and significant relationship between mindfulness and suicidal thoughts ($P<0.01$). Also, the results of multivariate regression analysis also revealed that 49.9% of the variance of nursing students' suicidal thoughts is explained by perceived stress, alexithymia and mindfulness.

Conclusions: The findings of the present study showed that perceived stress and emotional ataxia as a risk factor and mindfulness as a protective factor play a role in the occurrence of suicidal thoughts. Therefore, in order to prevent suicide attempts among nursing students, it is recommended to pay special attention to treatments based on emotion regulation, cognitive therapy based on mindfulness, dialectical behavior therapy, and treatment based on mentalization.

Keywords: Perceived Stress, Alexithymia , Mindfulness , Suicidal Thoughts , Nursing Students.

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-01-24]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۲، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲

نقش استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در پیش بینی افکار خودکشی دانشجویان پرستاری

پروین کمالی تبریزی[۱]، بهارک بلاشور[۲]، سارا محمدی[۳]، معصومه کمندلو [۴*]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، موسسه آموزش عالی رحمان، رامسر، ایران.
۲- کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۳- کارشناسی ارشد روانشناسی اسلامی مثبت گرا، واحد همدان، دانشگاه پیام نور، همدان، ایران.
۴-کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

نویسنده مسئول: معصومه کمندلو، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.
ایمیل: kamand630@gmail.com

چکیده

مقدمه: دانشجویان پرستاری یکی از گروه های در معرض خطر خودکشی می باشند و افکار خودکشی یک عامل پیشگویی کننده مهم برای اقدام به خودکشی و تکمیل آن است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در پیش بینی افکار خودکشی دانشجویان پرستاری انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی است. تعداد ۱۸۰ نفر از دانشجویان پرستاری در حال تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به مقیاس استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو باگبی و همکاران (۱۹۹۴)، مقیاس آگاهی و توجه هوشیارانه برون و رایان (۲۰۰۳) و مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۹۱) پاسخ دادند. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیری در نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی با افکار خودکشی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۱$). بین ذهن آگاهی با افکار خودکشی رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۱$). همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نیز آشکار کرد که ۴۹/۹ درصد واریانس افکار خودکشی دانشجویان پرستاری به وسیله استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی تبیین می‌شود.

نتیجه گیری: یافته های پژوهش حاضر نشان داد که استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی به عنوان عامل خطر و ذهن آگاهی به عنوان عامل محافظت کننده در بروز افکار خودکشی نقش دارند. از این رو، برای پیشگیری از اقدام به خودکشی دانشجویان پرستاری توصیه می شود به درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، رفتار درمانی دیالکتیک، درمان مبنی بر ذهنی سازی توجه ویژه ای شود.

کلیدواژه ها: استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی، ذهن آگاهی، افکار خودکشی، دانشجویان پرستاری.

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-01-24]

مقدمه

خودکشی (Suicide) یکی از معضلات عمده بهداشت عمومی است و نقش اساسی در به خطر افتادن سلامت روانی جامعه دارد (۱). خودکشی به رویدادی جدی و منفی در سراسر جهان تبدیل شده است و به عنوان دومین عامل مرگ و میر در افراد ۱۵ تا ۲۵ ساله شناخته شده است (۲). یافته های پژوهشی نشان می دهد که شیوع خودکشی در پرستاران بیشتر از سایر مشاغل پزشکی است (۳). یک توضیح احتمالی برای خطر بالاتر خودکشی در پرستاران در مقایسه با سایر مشاغل پزشکی این است که شرایط کاری و ماهیت شغلی آنها را در برابر فرسودگی شغلی، اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی (suicidal ideation) آسیب پذیر می کند (۴). موسوی و همکاران در مطالعه ای در دانشگاه های شهر اصفهان (علوم پزشکی اصفهان، صنعتی اصفهان و اصفهان) نشان دادند که ۲۶ درصد دانشجویان دارای افکار خودکشی بوده و سکونت در خوابگاه یکی از عوامل تشدیدکننده این افکار بوده است (۵). گارلو (Garlow) و همکاران در پژوهشی بر روی دانشجویان (پزشکی، پرستاری و بهداشت) دانشگاه ایموری نشان دادند ۱۱/۱ درصد دانشجویان دارای افکار خودکشی در ۴ هفته اخیر و ۱۶/۵ درصد اقدام به خودکشی یا دوره های آسیب به خود را در طول زندگی داشته اند (۶). این موضوع این ایده را برجسته می کند که دانشجویان پرستاری نسبت به سایر دانشجویان دانشگاه در معرض خطر بیشتری برای خودکشی هستند. بنابراین، درک افکار خودکشی که به عنوان فکرکردن یا برنامه ریزی برای خودکشی تعریف می شود در دانشجویان پرستاری برای به دست آوردن نتایج بهتر، مهم است (۷). در این راستا، شواهد پژوهشی نشان می دهد 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 (۸). بنابراین پژوهش هایی که به بررسی علل خودکشی می پردازند باید عواملی را در نظر بگیرند که افکار خودکشی را پیش بینی می کنند و عواملی را که ممکن است انتقال از افکار خودکشی به رفتار خودکشی را توضیح دهند، در نظر بگیرند (۹). یکی از این عوامل استرس ادراک شده است (۱۰).

پرستاری حرفه ای استرس زاست و دانشجویان پرستاری در مقایسه با سایر دانشجویان با منابع استرس زای مضاعفی رو به رو می شوند. آنان علاوه بر مشکلات دیگر دانشجویان، با مسائلی که مختص رشته ی تحصیلی و تخصصی شان است، نیز مواجهه هستند که از جمله آنها می توان به سر و صدای مداوم در محیط بیمارستان، درگیری های بین فردی با سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی، درگیری با پزشکان و پرخاشگری یا خشونت بیماران اشاره کرد (۱۱). استرس (Stress) یک فرآیند روانی پیچیده است که افراد زمانی تهدید یا خطری را از محیط خود درک می کنند، آن را تجربه می کنند (۱۲). استرس ادراک شده (Perceived stress) بستگی به چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت و حوادث دارد، ممکن است یک موقعیت برای فردی بی خطر و برای فرد دیگری به صورت خطرناک و تهدیدآمیز درک شود (۱۳). براساس نظریه تعاملی-شناختی استرس لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، ارزیابی و تفسیر رویداد مهمتر از خود رویداد است. دانشجویان پرستاری ممکن است در طول آموزش اولیه خود با حوادث استرس زا مواجه شوند. بنابراین عوامل استرس زا و ارزیابی پرستاران از این عوامل، نقش مهمی در شکل گیری پریشانی روان شناختی مانند افسردگی و اضطراب و افکار خودکشی دارد (۱۴)، شواهد پژوهشی متعددی رابطه مستقیمی بین استرس و افکار خودکشی در پرستاران را نشان داده اند (۱۵،۱۰).

علاوه بر استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی (Alexithymia) از دیگر مکانیسم‌های مهم در زمینه شکل‌گیری افکار خودکشی در دانشجویان پرستاری است. عقیده بر این است که ناگویی هیجانی عاملی خطرساز برای بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی است. ناگویی هیجانی، سازه‌ای است متشکل از دشواری در شناسایی احساس‌ها، توصیف آن‌ها و جهت‌گیری فکری بیرونی. این نارسایی مانع از تنظیم هیجان می‌شود و سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد (۱۶). مفهوم ناگویی هیجانی مرتبط با اختلال در بدتنظیمی هیجانی (emotion dysregulation) است که به عنوان ناتوانی در شناسایی یا بیان احساسات تعریف شده است (۱۷). در حالی که در ابتدا به عنوان یک ویژگی شخصیتی تلقی می شد، اکنون به عنوان شکلی از تنظیم هیجانات تعریف می شود (۱۸). شواهد پژوهشی نشان می دهد که ناگویی هیجانی بر افکار و رفتارهای خودکشی تاثیر دارد (۱۹). در این راستا، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی ممکن است اطلاعات هیجانی را به صورت طاقت فرسا و گیج کننده تجربه کنند که می تواند منجر به احساس درماندگی شود (۲۰). افزون بر این، تنظیم مؤثر هیجان بر توانایی شناسایی هیجانات (شفافیت هیجانی) در کنار توانایی پاسخگویی و بازیابی هیجانات منفی (دسترسی به راهبردهای مؤثر) متمرکز است (۲۱). بنابراین، برای افرادی که وضوح

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-01-24]

هیجانی ضعیفی دارند، پیشرفت در تنظیم مؤثر این هیجانات دشوارتر است. برعکس، افرادی که ناگویی هیجانی را تجربه می کنند، اغلب از راهبردهای مقابله ای ناسازگار مانند انزوای اجتماعی، عدم درگیری رفتاری و بازداری هیجانی استفاده می کنند (۲۲). بنابراین، فرض بر این است که افرادی که ناگویی هیجانی را تجربه می‌کنند، ممکن است به دلیل آگاهی ناقص/ محدود از راه‌های جایگزین برای مقابله با هیجانات نامشخصی که تجربه می‌کنند، به سمت افکار و رفتار خودکشی برآیند (۲۳).

همچنین شواهد پژوهشی نشان می دهد فشارهای روانی یکی از علل اصلی خودکشی است و هر گونه عامل محافظتی می تواند فرد را در برابر فشار روانی مقاوم کند یکی از این عوامل محافظتی ذهن آگاهی (mindfulness) است (۲۴). پژوهشگران ذهن آگاهی را به عنوان یک عامل محافظت کننده در برابر فشارهای روانی معرفی کرده اند (۲۵). ذهن آگاهی یک متغیر کلیدی است که بر رابطه بین ویژگی های شخصیتی و افکار خودکشی تأثیر گذار است. ذهن آگاهی ریشه در مبانی نظری عرفان بودایی دارد و می توان آن را به عنوان نشان دادن توجه زیاد به آنچه در حال رخ می دهد تعریف کرد (۲۶). به عبارت دیگر، ذهن آگاهی نوعی خودتنظیمی است که فرد به تجربه های آنی توجه می کند و این باعث افزایش شناخت فرد از رویدادهای ذهنی در زمان حال و در نهایت منجر به پذیرش آنها می شود (۲۷). و به معنای آگاهی، توجه به هوشیاری، تمرکز بر نکات مهم و حفظ توجه به تجربیات در لحظه است (۲۸). پژوهش ها نشان می دهند که بهزیستی روان شناختی و شادی درونی ممکن است از طریق ذهن آگاهی افزایش یابد. افزون بر این، تلاش ها برای تقویت ذهن آگاهی به عنوان یک درمان مستقل (به عنوان مثال، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-Based Stress Reduction) یا اجزای سایر درمان ها (مانند شناخت درمانی برای افسردگی) افزایش یافته است. به طور ویژه، یک فراتحلیل نشان داد که مدیتیشن ذهن آگاهی نگرانی‌های مربوط به سلامت روان مانند اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی، اختلال پرخوری را کاهش می‌دهد. ذهن آگاهی نیز در درمان هایی گنجانده شده است که به طور خاص افکار خودکشی یا رفتار خودکشی را هدف قرار می دهند (۲۹). شواهد پژوهشی نشان داده اند که ذهن آگاهی پیش بینی کننده ی افکار خودکشی است (۳۰) و پژوهش ها به ارتباط منفی ذهن آگاهی و افکار خودکشی (۳۱) دست یافته اند. با توجه به اجتناب ناپذیر بودن برخی از عوامل استرس زا در حرفه ی پرستاری خصوصا در بخش های ویژه و لزوم پیشگیری از عوارض جسمی و روانی استرس در شاغلین این حرفه، بهبود شرایط محیط کار و آموزشِ روش های مقابله با استرس از جمله مواردی است که بسیار مهم به نظر می رسد. در این راستا، افکار خودکشی یک مشکل مهم در حوزه سلامت روانی است چرا که هر چه سطح افکار خودکشی که فرد تجربه می کند شدیدتر باشد، احتمال اینکه فرد از مرحله فکر به اقدام به خودکشی منتقل شود بیشتر خواهد بود. بنابراین شناخت عوامل مرتبط با بروز افکار خودکشی ضروری است. از سویی دیگر، مساله افکار خودکشی در بین دانشجویان دانشگاه، به دلیل گذر از دوران نوجوانی و ورود به سن جوانی و مواجهه با مشکلاتی که در زندگی دانشگاهی با آن مواجهه می شوند بسیار مهم است. با توجه به اینکه خودکشی یک مساله قابل پیشگیری است، شناسایی عوامل خطر و محافظت کننده در زمینه افکار خودکشی در جهت رشد و گسترش برنامه ها و سیاست های پیشگیری از خودکشی ضرورت دارد. با توجه به تاثیرات عوامل روان شناختی از قبیل استرس، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی بر افکار خودکشی بررسی این متغیرها در جامعه دانشجویان پرستاری می تواند در جهت اقدامات و مداخلات لازم در زمینه خودکشی مفید واقع شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در پیش بینی افکار خودکشی دانشجویان پرستاری انجام شد.

روش کار

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. از میان جامعه آماری ۱۸۰ دانشجوی پرستاری مشغول به تحصیل به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دانشجویانی که حداقل یک سال تحصیلی (دو ترم) را در دانشگاه گذرانده بودند،عدم وجود بیماری جسمی و مصرف داروهای روان‌پزشکی و تمایل داوطلبانه به شرکت در پژوهش، و معیارهای خروج از پژوهش نیز تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود. پس از انجام هماهنگی های لازم نسبت به اجرای مطالعه اقدام شد. دانشجویان شرکت کننده در مطالعه رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند، پرسشنامه ها در اختیارشان قرار گرفت و در مورد محرمانه بودن پاسخ های شرکت کنندگان به آنها اطمینان داده شد. شیوه گردآوری داده ها در این پژوهش

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-01-24]

میدانی بود. درمجموع با لحاظ نمودن ملاک های ورود و خروج ۱۸۰ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیری از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. پرسشنامه های مورد استفاده شامل موارد زیر است.

مقیاس استرس ادراک شده (Perceived Stress Scale): این مقیاس توسط کوهن (Cohen) و همکاران در سال ۱۹۸۳ با ۱۴ عبارت طراحی شده است. مقیاس برای سنجش تنش عمومی ادراک شده در یک ماه گذشته بکار می رود و افکار و احساسات درباره حوادث تنش زا، کنترل غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و تنش های تجربه شده می باشد (۳۲). نمره گذاری به این شکل است که در طیف ۵ درجه ای لیکرت از هرگز تا بسیاری اوقات نمره گذاری می شود. عبارت های ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳ به طور معکوس نمره گذاری می شوند. کمترین نمره کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بالاتر نشاندهنده تنش ادراک شده بیشتر است. در مطالعه کوهن و همکاران (۳۲) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همچنین پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۵۵ گزارش شد. همچنین کرانفورد (Cranford) مطالعه ای بر روی ۱۸۱ تن آزمودنی داوطلب متاهل ایالات میشینگان آمریکا انجام داد. روایی سازه به روش روایی همگرا مقیاس استرس ادراک شده با سیاهه افسردگی بک، ۰/۶۲ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ با تعداد نمونه فوق ۰/۸۹ گزارش نمودند (۳۳). در ایران نیز بهروزی و همکاران در مطالعه ای بر روی ۲۰۰ دانشجو، روایی سازه این مقیاس با استفاده از محاسبه همبستگی با یک سوال ملاک پژوهشگر ساخته ۰/۶۳ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب الفای کرونباخ با نمونه فوق را ۰/۷۴ گزارش نمودند (۳۴).

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگبی (Bagby) و همکاران (۳۵) برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این مقیاس سه مولفه دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را اندازه‌گیری می کند. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از نمره ۱ (کاملا مخالف) تا نمره ۵ (کاملا موافق) بود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان‌دهنده ناگویی پایین فرد بود، نمره ۴۰ تا ۶۰ بیانگر ناگویی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده ناگویی بالا در فرد بود (۳۵). ویژگی‌های روان-سنجی این پرسشنامه در پژوهش‌هایی خارجی و داخلی بررسی و تایید شده است (۳۵، ۳۶). در مطالعه بشارت (۳۶) روایی همزمان پرسشنامه بر حسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه خرده زیر مقیاس ۴۲/. تا ۸۵/. محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه بود (۳۷). پایایی بازآزمایی پرسشنامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۷۰/. تا ۷۷/. برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تایید شد (۳۵).

مقیاس آگاهی و توجه هوشیارانه (Mindfulness Attention Awareness Scale): مقیاس آگاهی و توجه هوشیارانه توسط برون و رایان (Brown and Ryan) در سال ۲۰۰۳ برای سنجش ذهن آگاهی افراد ساخته شده و دارای ۱۵ عبارت است (۳۸). و به صورت طیف لیکرت ۶ درجه ای، از ۱ (تقریبا همیشه) تا ۶ (تقریبا هرگز) نمره گذاری می شود و یک نمره کلی برای ذهن آگاهی به دست می دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر بوده و نمره بالاتر نشاندهنده ذهن آگاهی بیشتر است. این مقیاس از اعتبار خوبی برخوردار است، به طوری که روی هفت گروه نمونه اجرا شده و آلفای کرونباخ آن بین ۸۲/. تا ۸۷/. گزارش شده است (۳۸). روایی نیز در حد بالایی گزارش شده است به-طوری که همبستگی بسیار بالایی ($P<۰/۰۰۰۱$) را با تعدادی از متغیرهای سلامت روان دارد (۳۸). همچنین روایی سازه و ملاک این مقیاس در بیماران سرطانی سنجیده شده است. نمرات بالا در مقیاس ذهن آگاهی با آشفتگی پایین خلق و نشانه‌های تنیدگی کم، مرتبط است (۳۹). این مقیاس در جامعه ایران نیز اجرا شده است و آلفای آن ۸۲/. گزارش شد. همچنین با متغیرهای مربوط از جمله خودشناسی و سلامت روان، ارتباط معنادار نشان داده است (۴۰).

مقیاس افکار خودکشی بک (Beck Scale for Suicidal Ideation): مقیاس افکار خودکشی بک شامل یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است که نمره گذاری پرسشنامه به روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سوال صفر تا ۲ می باشد مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه صفر تا ۳۸ قرار دارد. 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

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-01-24]

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 (۴۱). در ایران انیسی و همکاران (۴۲) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۹۵/. و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه سلامت عمومی ضریب همبستگی ۰/۷۶ به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند.

یافته ها

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در پژوهش

جمعیت شناختی		فراوانی	درصد
سن	۲۰ تا ۲۳ سال	۴۰	۲۲/۲۲
	۲۴ تا ۲۷ سال	۶۰	۳۳/۳۳
	۲۸ تا ۳۱ سال	۷۰	۳۸/۸۹
	۳۲ سال و بالاتر	۱۰	۵/۵۵
	کل	۱۸۰	۱۰۰
میانگین سن= ۲۶/۶۱	انحراف معیار سن= ۳/۵۷۱		
جنسیت	مرد	۸۷	۴۸/۳
	زن	۹۳	۵۱/۷
	کل	۱۸۰	۱۰۰
وضعیت تاهل	متاهل	۷۰	۳۸/۹
	مجرد	۱۱۰	۶۱/۱
	کل	۱۸۰	۱۰۰
تحصیلات	دانشجوی لیسانس	۵۰	۲۷/۸
	دانشجوی فوق لیسانس	۹۰	۵۰
	دانشجوی دکترا	۴۰	۲۲/۲
	کل	۱۸۰	۱۰۰

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار و آماره های نرمال بودن شامل کلموگروف اسمیرنوف را نشان می دهد.

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	ks	معناداری
افکار خودکشی	۴/۰۱	۲/۶۳۷	۰/۶۰۷	۰/۱۳۶
استرس ادراک شده	۹/۸۳	۵/۸۷۴	۰/۷۱۵	۰/۲۳۵
دشواری در شناسایی احساسات	۱۶/۲۸	۸/۰۳۰	۰/۶۵۲	۰/۲۲۲
دشواری در توصیف احساسات	۱۳/۴۶	۵/۵۳۶	۰/۵۲۱	۰/۲۱۸
تفکر عینی	۱۴/۹۶	۷/۵۸۴	۰/۶۱۳	۰/۲۰۵
نمره کل ناگویی هیجانی	۴۴/۶۹	۱۸/۳۵۷	۰/۷۲۱	۰/۳۰۱
ذهن آگاهی	۲۴/۶۶	۸/۸۶۹	۰/۸۲۱	۰/۱۲۹

بعد از بررسی یافته های توصیفی در جدول ۲ و پیش فرض های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری در ابتدا برای بررسی رابطه بین استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی با افکار خودکشی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. در این پژوهش قبل از اجرای ضریب

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-01-24]

همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری پیش فرض های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان نرمال است. از آنجایی که سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ بودند (P>۰/۰۵). مقدار آماره ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. بررسی مفروضه عدم همخطی چندگانه با ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد.

جدول ۳: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی با افکار خودکشی دانشجویان پرستاری

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷
۱- افکار خودکشی	۱						
۲- استرس ادراک شده	۰/۶۷۳**	۱					
۳- دشواری در شناسایی احساسات	۰/۶۲۳**	۰/۴۵۰**	۱				
۴- دشواری در توصیف احساسات	۰/۴۵۷**	۰/۴۵۰**	۰/۶۲۷**	۱			
۵- تفکر عینی	۰/۴۶۲**	۰/۴۵۱**	۰/۵۹۳**	۰/۶۷۱**	۱		
۶- نمره کل ناگویی هیجانی	۰/۶۸۹**	۰/۵۱۹**	۰/۶۷۱**	۰/۶۵۳**	۰/۵۷۵**	۱	
۷- ذهن آگاهی	-۰/۴۴۰**	-۰/۶۳۴**	-۰/۴۳۹**	-۰/۶۹۵**	-۰/۵۳۱**	-۰/۶۲۱**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱

بر اساس جدول ۳- نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی با افکار خودکشی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین ذهن آگاهی با افکار خودکشی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. نتایج در سطح P<۰/۰۱ معنادار بودند. از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان پذیر می سازد، بنابراین برای پیش بینی افکار خودکشی بر اساس استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی از رگرسیون چندمتغیری استفاده می شود که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ٤: خلاصه ضرایب رگرسیون چندمتغیری افکار خودکشی بر اساس استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی

پیش بینی کننده ها	R	R^2	F	معناداری F	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت (constant)					-	-۱/۵۷۳	۰/۱۱۸	-	-	
استرس ادراک شده					۰/۴۵۳	۱۰/۴۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴	۱/۸۳۸	
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۷۰۷	۰/۴۹۹	۱۶۱/۹۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸۲	۱۷/۷۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳	۱/۹۱۳	۱/۹۵۳
دشواری در توصیف احساسات					۰/۱۵۴	۲/۸۰۰	۰/۰۰۶	۰/۳۳۵	۲/۹۸۷	
تفکر عینی					۰/۱۸۱	۲/۷۷۵	۰/۰۰۷	۰/۴۸۶	۲/۰۶۰	
ذهن آگاهی					-۰/۲۴۱	-۲/۷۹۳	۰/۰۰۹	۰/۳۷۹	۲/۶۳۷	

نتایج جدول ۴ نشان داد که استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و ذهن‌آگاهی می توانند افکار خودکشی را را پیش بینی کنند و قوی‌ترین متغیر پیش بین دشواری در شناسایی احساسات با ضریب بتا ۰/۷۸۲ است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در پیش بینی افکار خودکشی دانشجویان پرستاری انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که استرس ادراک شده با افکار خودکشی رابطه مثبت و

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-01-24]

معناداری دارد. این یافته با پژوهش های لیل، سانتوس (۴)، آرادیلا-هررو و همکاران (۱۰)، وانگ و همکاران (۱۵)، عبدالهی و همکاران (۱۴) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت یک توضیح احتمالی برای ریسک بالاتر خودکشی در پرستاران در مقایسه با سایر مشاغل پزشکی این است که شرایط کاری و ماهیت شغل آنها را در برابر فرسودگی شغلی، اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی آسیب پذیر می کند (۴). سلامت روان شناختی در پرستاران به سبب ساعات کاری بالا، کمبود نیروهای کمکی و خدماتی، کار در نوبت های چرخشی و مواجهه مستمر با محرکهای استرس زا مانند بیماری و مرگ، در معرض خطر است. بنابراین، استرس بیش از حد می تواند تغییراتی در وضعیت فیزیولوژیکی و روان شناختی ایجاد کند که از پیامدهای آن می توان به افکار خودکشی اشاره کرد (۱۰). از سویی دیگر براساس نظریه تعاملی شناختی استرس ، رفتار خودکشی نتیجه استرس ادراک شده است، به این معنی که فرد نمی تواند شرایط استرس زا را تحمل کند و فکر می کند که خودکشی بهترین راه حل برای فرار از یک موقعیت غیرقابل تحمل است (۴۳). استرس ادراک شده با درک موقعیت های استرس زا و برآورد توانایی خود برای مدیریت عوامل استرس زا ایجاد می شود که در آن تأثیرات بر روی افراد بیشتر از عوامل استرس زا واقعی است. این نظریه نشان می‌دهد که در واکنش همه افراد به عوامل استرس‌زای بالقوه، تنوع‌هایی وجود دارد و این تفاوت‌ها هم بر سطح ارزیابی و هم بر توانایی حل مشکلات تأثیر می‌گذارد (۱۴). بنابراین افرادی که موقعیت ها را به صورت تنش زا ادراک می کنند افکار خودکشی بالاتری را تجربه می کنند.

بخش دیگری از یافته ها نشان داد که بین ناگویی هیجانی و افکار خودکشی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. چندین مطالعه قبلی این ادعا را تایید کرده‌اند که افکار و اقدام به خودکشی در بین افراد مبتلا به ناگویی هیجانی شایع‌تر از عموم مردم است، برای مثال می توان به پژوهش های کیم و همکاران (۱۹)، همینگ و همکاران (۲۳) ، نورمن و بوریل (۴۴) اشاره کرد. در تبیین ارتباط مثبت بین ناگویی هیجانی و افکار خودکشی می‌توان به دو عامل کلیدی اشاره کرد. اول اینکه، ناگویی هیجانی اغلب با افسردگی مرتبط است، که قوی ترین عامل پیش بینی کننده برای افکار و رفتارهای خودکشی است. دوم، افرادی که در تنظیم و مدیریت پریشانی هیجانی مشکل دارند، بیشتر مستعد خودکشی هستند (۴۵، ۴۶). ناگویی هیجانی به عنوان نوعی اختلال در تنظیم هیجانی، منعکس کننده نقص های شناختی در پردازش هیجانات است (۴۷)، که تأثیر قابل توجهی بر افکار و رفتارهای خودکشی دارد. به عبارت دیگر، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی قادر به شناسایی هیجانات خود نیستند، به راهبردهای مؤثر دسترسی ندارند و تمایل دارند از راهبردهای مقابله ای ناسازگار مانند خودکشی استفاده کنند. بنابراین، فرض بر این است که افرادی که ناگویی هیجانی را تجربه می‌کنند، ممکن است به دلیل آگاهی ناقص/ محدود از راه‌های جایگزین برای مقابله با هیجانات نامشخصی که تجربه می‌کنند، به سمت افکار و رفتار خودکشی برآیند (۲۳).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ذهن آگاهی با افکار خودکشی رابطه منفی و معناداری دارد این یافته با پژوهش های فولادچنگ و همکاران (۲۴)، گروسمن (Grossman) و همکاران (۲۹)، کالینز (Collins) و همکاران (۳۰) و راش (Roush) و همکاران (۳۱) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که زندگی به شیوه ذهن آگاهانه باعث می شود که افراد نسبت به خود، توانایی ها و محیط اطرافشان آگاهی بیشتری داشته و در نتیجه از امیدواری و خوشبینی بیشتری در زندگی برخوردار باشند. افرادی که ذهن آگاهی در آنها بالا باشد، نسبت به فعالیت های روزانه خود، آگاهی بیشتری دارند و بیشتر با ویژگیهای خودکار ذهن شان (به طور مثال تمایل به گریز از زمان حال و درگیر در گذشته و آینده) آشنایی پیدا می کنند و آگاهی لحظه به لحظه را در خود پرورش می دهند که باعث می شود این افراد کمتر افکار خودآسیبی داشته باشند (۴۸). در مقابل افرادی که ذهنی سرگردان دارند، توانایی واقع بینی را از دست می دهند و بیشتر نقاط ضعف و جنبه های تاریک زندگی را در نظر می گیرند و از هیجانات ناخوشایندی همچون افسردگی. اضطراب رنج می برند که در نهایت منجر به افکار خودکشی می شود (۴۹). همچنین، افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجانات و تجربه ها را دارند. به عبارت دیگر، افراد ذهن آگاه در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره تواناتر هستند و همین امر باعث افکار خودکشی در آنها می شود (۵۰).

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-01-24]

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج نشان داد که استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و ذهن آگاهی در پیش بینی افکارخودکشی دانشجویان پرستاری نقش معنی داری دارند. افکار خودکشی یک مشکل مهم در حوزه سلامت روانی است چرا که هر چه سطح افکار خودکشی که فرد تجربه می کند شدیدتر باشد، احتمال اینکه فرد از مرحله فکر به اقدام به خودکشی منتقل شود بیشتر خواهد بود. بنابراین شناخت عوامل خطر و محافظت کننده مرتبط با بروز افکار خودکشی می- تواند در جهت اقدامات و مداخلات لازم در زمینه خودکشی مفید واقع شود. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که استرس ادراک شده و ناگویی هیجانی به عنوان عامل خطر و ذهن آگاهی به عنوان عامل محافظت کننده در بروز افکار خودکشی نقش دارند. لذا پیشنهاد می شود به درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، رفتار درمانی دیالکتیک، درمان مبنی بر ذهنی سازی با هدف کاهش افکار خودکشی در دانشجویان پرستاری 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. در زمینه محدودیت های این پژوهش می توان به مقطعی بودن اشاره کرد، از آنجایی که مطالعه مبتنی بر همبستگی است، بنابراین نتیجه گیری و استنباط از این مطالعه نیز باید براساس روابط همبستگی صورت گیرد نه براساس روابط علت و معلولی؛ همچنین در پژوهش حاضر از مقیاس‌های خودگزارشی استفاده شده است، این پژوهش بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران انجام شده لذا جهت تعمیم آن بر روی سایر اقشار جامعه باید احتیاط لازم صورت گیرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی دانشجویانی که در این مطالعه شرکت نموده اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می شود.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، مقاله فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

References

1. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, Stanley BH. Suicide and suicide risk. Nature reviews Disease primers. 2019 Oct 24;5(1):74.
2. World Health Organization (WHO). World Health Organization Suicide Prevention (SUPRE): Retrieved 2008 from June 20.
3. Hawton K, Agerbo E, Simkin S, Platt B, Mellanby RJ. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. Journal of affective disorders. 2011 Nov 1;134(1-3):320-6.
4. Leal SC, Santos JC. Suicidal behaviors, social support and reasons for living among nursing students. Nurse education today. 2016 Jan 1;36:434-8.
5. Mousavi Gh, Malekian A, Keykhaei N, Keykhaei F, Mahmoudi M. Relative frequency of suicidal ideation in students of Isfahan universities in 2005. Hakim 2008;3:55-59.
6. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, and et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American foundation for suicide prevention college screening project at Emory university. Depression And Anxiety 2008;25:485-488.
7. Amanya SB, Nakitende J, Ngabirano TD. A cross-sectional study of stress and its sources among health professional students at Makerere University, Uganda. Nursing open. 2018 Jan;5(1):70-6.
8. kazemi rezaei A, Ramezan Saatchi L, Rahimi M, Moradi S. Predictors of suicidal behavior with emphasis on protective factors and risk factors among prisoners. IJPN 2023; 11 (3) :1-13.
9. Klonsky ED, May AM. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. International Journal of Cognitive Therapy. 2015 Jun;8(2):114-29.
10. Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. Nurse education today. 2014 Apr 1;34(4):520-5.
11. Applebaum D, Fowler S, Fiedler N, Osinubi O, Robson M. The impact of environmental factors

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-01-24]

on nursing stress, job satisfaction, and turnover intention. The Journal of nursing administration. 2010 Jul;40:323.
12. Molero Jurado MD, Pérez-Fuentes MD, Oropesa Ruiz NF, Simón Márquez MD, Gázquez Linares JJ. Self-efficacy and emotional intelligence as predictors of perceived stress in nursing professionals. Medicina. 2019 Jun 1; 55(6):237.
13. Huang F, Wang H, Wang Z, Zhang J, Du W, Su C, Jia X, Ouyang Y, Wang Y, Li L, Jiang H. Psychometric properties of the perceived stress scale in a community sample of Chinese. BMC psychiatry. 2020 Dec;20(1):1-7.
14. 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.
15. Wang RH, Lai HJ, Hsu HY, Hsu MT. Risk and protective factors for suicidal ideation among Taiwanese adolescents. Nursing research. 2011 Nov 1;60(6):413-21.
16. Babaei S, Manesh MN, Abouzari F, Karami S. The role of traumatic childhood experiences, mentalization and Alexithymia in predicting depression and suicidal thoughts in women suffering from the trauma of marital betrayal. Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article. 2023 Feb;10(6).
17. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic'characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and psychosomatics. 1973 Feb 12;22(2-6):255-62.
18. Salminen JK, Saarijärvi S, Toikka T, Kauhanen J, Äärelä E. Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in Finnish general population. Journal of psychosomatic research. 2006 Aug 1;61(2):275-8.
19. Kim H, Seo J, Namkoong K, Hwang EH, Sohn SY, Kim SJ, Kang JI. Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive–compulsive disorder. Journal of affective disorders. 2016 Mar 1;192:50-5.
20. Foran HM, O›Leary KD. The role of relationships in understanding the alexithymia–depression link. European Journal of Personality. 2013 Sep;27(5):470-80.
21. 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;26:41-54.
22. Velasco C, Fernández I, Páez D. Alexitimia, afrontamiento, compartir social y salud. Boletín de Psicología (Spain). 2001 Mar.
23. Hemming L, Taylor P, Haddock G, Shaw J, Pratt D. A systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behaviour. Journal of affective disorders. 2019 Jul 1;254:34-48.
24. Fouladchang M. Predicting Suicidal Thoughts Based on Parental Psychological Control: The Mediating role of Mindfulness. Journal of Psychology. 2022 May;101(1):1.
25. Harker R, Pidgeon AM, Klaassen F, King S. Exploring resilience and mindfulness as preventative factors for psychological distress burnout and secondary traumatic stress among human service professionals. Work. 2016 Jan 1;54(3):631-7.
26. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of personality and social psychology. 2003 Apr;84(4):822.
27. Jury TK, Jose PE. Does rumination function as a longitudinal mediator between mindfulness and depression?. Mindfulness. 2019 Jun 15;10:1091-104.
28. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). Constructivism in the Human Sciences. 2003 Jul 1;8(2):73.
29. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. Journal of psychosomatic research. 2004 Jul 1;57(1):35-43.
30. Collins KR, Stritzke WG, Page AC, Brown JD, Wylde TJ. Mind full of life: Does mindfulness confer resilience to suicide by increasing zest for life?. Journal of Affective Disorders. 2018 Jan 15;226:100-7.
31. Roush JF, Brown SL, Mitchell SM, Cukrowicz KC. Experiential avoidance, cognitive fusion, and suicide ideation among psychiatric inpatients: The role of thwarted interpersonal needs. Psychotherapy research. 2019 Jul 4;29(4):514-23.
32. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of health

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-01-24]

and social behavior. 1983 Dec 1:385-96.
33. Cranford JA. Stress-buffering or stress-exacerbation? Social support and social undermining as moderators of the relationship between perceived stress and depressive symptoms among married people. Personal Relationships. 2004 Mar; 11(1):23-40.
34. Behroozi, N., Shahani Yeylaq, M., Pourseyed, S. M. Relationship between Perfectionism, Perceived Stress and Social Support with Academic Burnout. , 2013; 5(20): 83-102.
35. Michael Bagby R, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research. 1994; 38(1):23-32.
36. Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. [Alexithymia and psychological and physical vulnerability (Persian)]. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2015; 9(34):47-56.
37. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psychological Reports. 2007; 101(1):209-20.
38. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological wellbeing. J Pers Soc Psychol. 2003; 84(4): 822–848.
39. Carlson LE, Brown KW. Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. J Psychosom Res. 2005; 58(1): 29–33.
40. Ghasemipour Y, Ghorbani N. Mindfulness and basic psychological needs among patients with coronary heart disease. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010; 16(2): 154-162.
41. Beck A, Steer R. Manual for the beck scale for suicide ideation 5th ed. San Antonio psychological publication. 1991; 5:230-9.
42. 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).
43. Lazarus, R. S., & Folkman, S. Stress, appraisal,and coping. New York, Springer Publishing Company. 1984.
44. Norman H, Borrill J. The relationship between self-harm and alexithymia. Scandinavian journal of psychology. 2015 Aug;56(4):405-19.
45. Law KC, Khazem LR, Anestis MD. The role of emotion dysregulation in suicide as considered through the ideation to action framework. Current opinion in psychology. 2015 Jun 1;3:30-5.
46. Pisani AR, Wyman PA, Petrova M, Schmeelk-Cone K, Goldston DB, Xia Y, Gould MS. Emotion regulation difficulties, youth–adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. Journal of youth and adolescence. 2013 Jun;42:807-20.
47. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Salini G, Carano A, La Rovere R, Pelusi L, Penna L, Cicconetti A, Cotellessa C. Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive–compulsive disorder. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2005 Oct;255:350-8.
48. Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. Cognitive and behavioral practice. 2012 May 1;19(2):265-76.
49. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. Clinical psychology review. 2011 Aug 1;31(6):1041-56.
50. Shorey RC, Elmquist J, Wolford-Clevenger C, Gawrysiak MJ, Anderson S, Stuart GL. The relationship between dispositional mindfulness, borderline personality features, and suicidal ideation in a sample of women in residential substance use treatment. Psychiatry research. 2016 Apr 30;238:122-8.

[Downloaded from ijnv.ir on 2024-01-24]