

Comparison of Emotion Regulation Strategies, Emotional Experience and Ambivalence of Emotional Expression in Soldiers with and without Suicide Attempts

Amir Ghasemi Navab¹, Sohrab Amiri^{2*}, Esfandiar Azadmarzabadi³

¹ M.A. in Psychology, Allameh Tabatabaeei University, Tehran, Iran

² PhD of psychology, Urmia University, Urmia, Iran

³ Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 30 October 2016 Accepted: 18 June 2017

Abstract

Background and Aim: Suicides are reported at a higher level in soldiers compared with the general public, due to the stressful nature of the military. The purpose of the present study was to determine and compare emotion regulation, positive and negative effect, and emotional ambivalence in soldiers with and without suicide attempts and normal people.

Methods: This retrospective study included 20 soldiers with suicide attempts in army ground forces in Hamadan city, Iran in 2016. Soldiers with suicide attempts were selected through purposive sampling and matched with 20 soldiers without suicide attempts who worked in the military environment. All study participants provided informed consent. Data were collected using a cognitive emotion regulation strategies questionnaire, positive and negative effect, and emotional ambivalence questionnaires. Data were analyzed using descriptive indicators and univariate analysis of variance.

Results: Emotion regulation strategies and levels of positive and negative effect in soldiers with suicide attempts were significantly different compared with soldiers without suicide attempts. The soldiers with suicide attempts reported a high level of negative effect and low levels of positive effect, compared with soldiers without suicide attempts.

Conclusion: Results showed that levels of affect and poor emotional regulation can provide predisposing conditions for suicidal behavior. Suicidal behavior itself may make soldiers more susceptible to psychological damage. Interventions are required in order to reduce the risk of psychological damage, including appropriate emotion regulation education.

Keywords: Emotion Regulation, positive and negative emotions, suicide, emotional ambivalence, Soldiers

مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، تجارب عاطفی و دوسوگرایی ابراز هیجان در سربازان با تلاش- های خودکشی و عادی

امیر قاسمی نواب^۱، سهراب امیری^{۲*}، اسفندیار آزاد مرزآبادی^۳

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

^۲ دکتری روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

^۳ دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، مرکز تحقیقات علوم رفتاری بقیه الله، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی در بین سربازان به علت ماهیت استرس زای محیط‌های نظامی می‌تواند افزایش یابد. هدف پژوهش حاضر تعیین و مقایسه تنظیم هیجان، عواطف مثبت و منفی و دوسوگرایی هیجانی در سربازان با تلاش‌های خودکشی و سربازان عادی بود. **روش‌ها:** روش پژوهش پس‌رویدادی و جامعه‌آماري شامل سربازان با تلاش‌های خودکشی در نیروی زمینی ارتش در همدان در سال ۱۳۹۴ بود. ۲۰ نفر با کسب رضایت آگاهانه و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با ۲۰ نفر از سربازان عادی در همان محیط نظامی هم‌تاسازی شد. به‌منظور گردآوری داده‌های پژوهش، پرسشنامه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، فهرست عواطف مثبت و منفی و پرسشنامه دوسوگرایی ابراز هیجان بین شرکت‌کنندگان توزیع و داده‌ها به روش شاخص‌های توصیفی و تحلیل واریانس تک‌متغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان و سطوح عواطف مثبت و منفی سربازان با تلاش‌های خودکشی و سربازان عادی اختلاف معنی‌داری دارد. سربازان با تلاش‌های خودکشی نسبت به سربازان عادی سطح بالایی از عاطفه منفی و سطوح پایین عاطفه مثبت را داشتند و بیشتر راهبرد تنظیم هیجانی ملامت دیگران را تجربه کرده بودند.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد سطوح عاطفه و تنظیم هیجانی نامناسب می‌تواند زمینه‌ساز رفتار خودکشی را فراهم و خودکشی زمینه آسیب‌های بیشتر را ایجاد کند، لذا نیازمند است که در جهت کاهش آسیب‌های روانی و آموزش تنظیم هیجانی مطلوب مداخلات لازم در سربازان صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: تنظیم هیجان، عواطف مثبت و منفی، خودکشی، دوسوگرایی هیجانی، سربازان

* نویسنده مسئول: سهراب امیری. پست الکترونیک: Amirysohrab@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۲۸

مقدمه

خودکشی از معضلات دنیای حاضر به شمار می‌رود؛ بر اساس آمار منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی سالانه بیش از ۸۰۰۰۰۰ هزار نفر به علت خودکشی جان خود را از دست می‌دهند؛ به طوری که در سال ۲۰۱۲ دومین علت اصلی مرگ و میر افراد ۱۵-۲۹ ساله در سطح جهان شناخته شده است (۱). در ایران نیز میزان بروز خودکشی ۶/۲ در صد هزار نفر است؛ هر چند نسبت به کشورهای غربی پایین‌تر است، اما بالاتر از سایر کشورهای خاورمیانه است (۲). فراوانی خودکشی موفق در غیرنظامیان ۹ و در نظامیان ۱۲ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر است (۳). عوامل گوناگونی می‌تواند در خودکشی دخیل باشند برخی از مهم‌ترین فاکتورهای خطر ساز خودکشی عبارت‌اند از: سن بالا، طلاق و جدایی، سابقه خانوادگی، افزایش استرس، بیماری‌های روانی خصوصاً اختلالات دو قطبی، اختلال انطباق، عدم اشتغال، عدم اعتقادات مذهبی و مصرف مواد مخدر است (۴). از نقطه نظر روان‌شناختی حالت‌های هیجانی به میزان قابل توجهی با خطر خودکشی در جوانان مرتبط است به عبارت دیگر، واکنش و شدت هیجانی از عوامل خطرزایی هستند که نقش آن‌ها در افکار خودکشی مطرح است (۵). هیجان پدیده‌ای است چند جزئی است که از مجموعه فرایند های روانی هماهنگ عاطفی، شناختی، فیزیولوژیکی، انگیزشی و بیانی تشکیل می‌شود (۶) و کارکرد هیجان در جهت حل مشکلات شخصی و بین فردی تعریف می‌شود (۷). اما وقتی هیجان‌ها به سبک غلطی ابراز شوند، در بافتی نامناسب رخ دهند، خیلی شدید باشند و زیاد به طول بینجامند مشکل آفرین و آسیب‌زا می‌شوند (۸). تحقیقات نشان می‌دهد شیوه‌ای که افراد هیجانی را تجربه می‌کنند، از خود هیجان‌های شدید، در میزان علائم روانی مهم‌تر است (۹). افراد مبتلا به اختلالات هیجانی تمایل به تجربه هیجان‌های منفی خود به صورت غیرقابل کنترلی دارند و اغلب فاقد مهارت‌های لازم برای مدیریت و تنظیم این تجارب هیجانی شدید هستند (۱۰). در این بین یک عامل اساسی در آغازگری، ارزیابی و سازمان‌دهی سازگاران و همچنین جلوگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه، تنظیم هیجان است.

به عبارت دیگر تنظیم هیجان‌ها شیوه‌ای مؤثر برای درک و کنترل هیجان‌ها فراهم می‌کند؛ و فقدان مهارت تنظیم هیجان به عنوان یکی از ویژگی‌های هسته‌ای مشکلات عاطفی و ناسازگاری تلقی می‌شود که طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی را در بر دارد. در همین راستا راهبردهای تنظیم شناختی هیجان فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده به کار می‌گیرند (۱۱). به طور کلی، افراد در مواجهه با تجارب و موقعیت‌های استرس‌زا به منظور حفظ سلامت روانی و هیجانی خود راهکارهای شناختی متنوعی را به کار می‌گیرند که به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی و هیجان‌های منفی را تنظیم کنند (۱۱). پژوهش‌ها نیز بیانگر وجود رابطه قوی بین راهبردهای

نظم جویی شناختی و مشکلات هیجانی است (۱۲). در بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مشکلات هیجانی، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که مشکلات هیجانی دارای رابطه مثبت معنادار با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و دارای رابطه منفی با راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان می‌باشند (۱۳).

در بین حیطه‌های گوناگون هیجان، سبک‌های ابراز هیجان نیز از حیطه‌های مهم تمرکز در آسیب‌شناسی و روان‌درمانی است. یکی از سبک‌های هیجان دوسوگرایی در ابراز گری هیجانی است، که به عنوان تمایل شدید به ابراز هیجان اما ناتوانی در انجام آن، ابراز هیجان بدون تمایل به آن، و ابراز هیجان اما بعد پشیمانی انجام آن تعریف می‌شود (۱۴). در واقع دوسوگرایی در ابرازگری هیجان سازهای است که به ناتوانی در ابراز هیجان به طور طبیعی و آسوده اشاره دارد (۱۵). یعنی فرد ترکیبی از هیجان‌های مثبت و منفی را در مورد تجارب هیجانی و ابراز هیجان تجربه کند؛ همچنین دوسوگرایی در ابراز هیجان ممکن است به عنوان یک صفت هیجانی به کار رود که روی تجربه هیجان تأثیر می‌گذارد. تجزیه و تحلیل مقطعی و آینده‌نگر با نمونه‌های غیر بالینی نشان می‌دهد دوسوگرایی بالا در ابرازگری هیجانی با بهزیستی پایین‌تر، سطح بالای پریشانی روانی و نیز نشانه‌های افسردگی شدیدتر همراه است (۱۶).

از موضوعاتی که می‌تواند با نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی مطرح باشد عواطف مثبت و منفی می‌باشد. عاطفه مثبت نشان دهنده سطح تعامل لذت بخش فرد با محیط است، و با احساس شور و شوق، انرژی، و توجه بالا شناخته می‌شود، عاطفه منفی تجربه افراد از پریشانی، نارضایتی و یا انگیزشی ناخوشایند است و با احساس گناه، ترس، خشم، و عصبانیت شناخته می‌شود (۱۷). توانایی مقاومت در برابر عاطفه منفی و روش‌های مقابله مورد استفاده افراد در واکنش به هیجان‌ها، به احتمال زیاد در افزایش و کاهش آسیب‌پذیری آن‌ها نسبت به خودکشی مؤثر است (۱۸). Mandal و همکاران (۱۹)، نشان دادند که عاطفه مثبت رابطه منفی معناداری با ابعاد بیماری روانی دارد در حالی که عاطفه منفی رابطه مثبت معنی داری با ابعاد بیماری روانی دارد. بر این اساس پژوهش‌ها بین سطوح عاطفه و خودکشی روابطی را مطرح ساخته‌اند؛ هر چند چندان مشخص و مورد بررسی عمیق قرار نگرفته است (۲۰).

هیجان یکی از ارکان مهم رفتار محسوب می‌شود و تجربه‌های هیجانی می‌توانند به رفتار نیرو و انرژی تزریق کنند. با توجه به نقش مشکلات تنظیم هیجان در ایجاد و ابقای مشکلات هیجانی و روند فزاینده اقدام به خودکشی بررسی دقیق‌تر موضوع ضروری به نظر می‌رسد و چنین می‌نماید که یکی از ضعف‌های اساسی الگوهای بررسی رفتارهای خودکشی عدم توجه به نقش هیجان‌ها و فرایندهای تنظیم هیجان است. هرچند پژوهش‌های زیادی در

و ۱۰ عاطفه منفی. این فهرست دو خرده مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی را بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عاطفه مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۳). نتایج پژوهش بخشی پور و دژکام (۲۴) ساختار دو عاملی فهرست عواطف مثبت و منفی را تأیید کرد و ضرایب آلفای کرونباخ برای هر دو خرده مقیاس ۰/۸۷ محاسبه شد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، فهرست عواطف مثبت و منفی می‌تواند بین بیماران افسرده و مضطرب تمایز ایجاد کند.

۳. پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان (AEQ): این

مقیاس توسط King و Emmons (۲۵) به منظور بررسی اهمیت نقش دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی در سلامت، طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۸ ماده می‌باشد که موارد ۱ تا ۱۶ آن مربوط به دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت و موارد ۱۷ تا ۲۸ آن مربوط به دوسوگرایی در ابراز استحقاق است. دامنه پاسخ به هر ماده ۵ درجه و از هرگز تا همیشه متغیر است. King و Emmons (۲۵) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس و خرده مقیاس‌های ذکر شده را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ یافتند. ریفیعی نیا (۲۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های دوسوگرایی در ابراز هیجان و دوسوگرایی در ابراز استحقاق به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۷۷ به دست آورده است.

شیوه اجرا: پس از مشخص شدن فهرست نهایی شرکت-کنندگان، به مراکز نگهداری سربازان با تلاش‌های خودکشی و گروه سربازان عادی مراجعه و فرایند اجرای پژوهش برای آن‌ها بیان شد. در محیطی مناسب با شرایط روان‌سنجی واقع در دفاتر مشاور مراکز نگهداری و با تعیین زمان مناسب برای پاسخگویی پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان، فهرست عواطف مثبت و منفی و پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان توسط آزمودنی‌های پژوهش در دفعات مختلف تکمیل گردید. در هنگام انجام پژوهش، پژوهشگران حضوری فعال در محل اجرای پژوهش داشتند تا پاسخگوی ابهامات باشند و از پاسخ‌های غیرواقعی جلوگیری نمایند.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار، آزمون کولموگروف اسمیرنوف و تحلیل واریانس چند متغیره به کمک نرم افزار SPSS 22 استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی: در مورد مسائل اخلاقی پژوهش به سربازان اطمینان داده شد که گمنامی در تکمیل پرسشنامه‌ها لحاظ گردیده و رازداری و محرمانه بودن اطلاعات حفظ میگردد.

نتایج

۱۷ نفر از آنان مجرد و ۳ نفر متأهل بودند. هیچ‌یک از سربازان با تلاش خودکشی سابقه مصرف مواد و همچنین پرونده روانی نداشتند. ۶ نفر دارای تحصیلات تا مقطع راهنمایی، ۱۱ نفر دیپلم

زمینه روابط راهبردهای تنظیم هیجان با آسیب‌شناسی روانی انجام شده است، اما نقش این راهبردها در گروه‌های اقدام کننده به خودکشی، مورد بررسی قرار نگرفته است. در نهایت، با عنایت به روابط موجود بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با آسیب‌شناسی و سلامت روانی، گستردگی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، عدم بررسی نقش دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی در خودکشی، و نقش عواطف مثبت و منفی در خودکشی، پژوهش حاضر در پی بررسی روابط بین راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، تجارب عاطفی و دوسوگرایی ابراز هیجان در سربازان با تلاش‌های خودکشی و سربازان عادی برآمده است.

روش‌ها

روش پژوهش توصیفی از نوع پس رویدادی و جامعه آماری شامل کلیه سربازان دارای پرونده روانپزشکی در نیروی زمینی ارتش در همدان در سال ۱۳۹۴ بود. به روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۰ نفر از آن‌ها با توجه به نمونه مورد نیاز برای تحقیقات علی-مقایسه‌ای با کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و به منظور مقایسه، ۲۰ نفر سرباز عادی با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی اجتماعی و نداشتن سابقه بیماری روانی و جسمانی با گروه اول انتخاب و هم‌سازی شد. معیارهای ورود دامنه سنی بین ۱۹ تا ۲۳ سال، عدم وجود بیماری‌های روانی بر اساس گزارش مراکز نظامی برای سربازان و همچنین خودگزارش دهی بود. سربازانی که بیش از ۶ ماه از ورودشان به محیط نظامی گذشته باشد و به مشارکت در تحقیق رضایت داشته باشند. معیارهای خروج نیز شامل داشتن پرفشاری خون، سابقه بیماری‌های قلبی-عروقی، دارای اضافه وزن و چاقی و داشتن مشکلات منتهی به نقصان حافظه و توجه بود.

۱. پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان: پرسشنامه تنظیم

هیجان توسط Garnefski و همکاران (۲۱) تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۸ ماده بوده و افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. پرسشنامه تنظیم هیجان دارای پایه تجربی و نظری محکمی بوده و از ۹ خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی می‌باشد (۲۱). در فرهنگ ایرانی عزیزی، میرزایی و شمس (۲۲) پایایی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش نموده‌اند.

۲. فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS): فهرست

عواطف مثبت و منفی (۲۳) ابزاری است متشکل از ۱۰ عاطفه مثبت

تحصیلات دیپلم، ۲ نفر فوق دیپلم و ۲ نفر نیز کارشناسی و بالاتر بودند. در جدول-۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات سربازان با تلاش‌های خودکشی در اغلب ابعاد تنظیم هیجانی مثبت نسبت به سربازان عادی به شکل معناداری پایین‌تر است. از سوی دیگر نمره‌های سربازان با تلاش‌های خودکشی در عاطفه منفی بالاتر و در عاطفه مثبت پایین‌تر از سربازان عادی است.

و ۳ نفر دارای تحصیلات کارشناسی و بالاتر بودند. متوسط تعداد اقدام به خودکشی ۳/۱۵ بار برای هر کدام بود. ۱۷ نفر دارای سابقه بیماری پزشکی بودند و ۳ نفر پرونده پزشکی نداشتند. بر اساس خود گزارش‌دهی سربازان عادی و گزارش مراکز نگهداری هیچ یک از آنان سابقه بیماری روانی نداشتند و خود و اعضای خانواده آنان نیز سابقه سوء مصرف مواد نداشتند. از این میان ۱۶ نفر دارای

جدول-۱. شاخص‌های جمعیت شناختی در سربازان با تلاش خودکشی و عادی

متغیر شاخص	با تلاش خودکشی (فراوانی)	بدون تلاش خودکشی (فراوانی)	P value
مجرد	۱۷	۱۸	P>0/05
متاهل	۳	۲	P>0/05
دیپلم و پایین‌تر	۱۷	۱۶	P>0/05
فوق دیپلم و بالاتر	۳	۴	P>0/05
بیماری روان پزشکی	۱۷	۰	P<0/05
فقدان بیماری روان پزشکی	۳	۲۰	P<0/05

جدول-۲. نمره‌های تنظیم هیجان، ابعاد عاطفی و دوسوگرایی در ابراز هیجان در سربازان با تلاش خودکشی و عادی (تعداد = ۴۰ نفر)

متغیر شاخص	با تلاش خودکشی		بدون تلاش خودکشی		P value
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
ملاحت خویش	۶/۱۰	۲/۹۳	۵/۵۵	۲/۳۲	۰/۵۱۵
پذیرش	۶/۶۰	۲/۰۱	۶/۲۵	۲/۴۰	۰/۸۶۷
نشخوارگری	۷/۰۰	۲/۰۷	۶/۹۰	۱/۶۵	۰/۰۹۶
تمرکز مجدد مثبت	۴/۴۰	۲/۲۱	۵/۶۰	۲/۲۳	۰/۰۰۰
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۵/۳۰	۱/۵۵	۸/۰۰	۱/۵۸	۰/۰۰۰
ارزیابی مجدد مثبت	۴/۷۰	۲/۲۹	۷/۶۰	۱/۹۳	۰/۰۱۹
دیدگاه‌گیری	۵/۱۰	۱/۵۸	۶/۶۵	۲/۳۴	۰/۵۱۶
فاجعه‌سازی	۶/۲۵	۲/۴۲	۵/۷۵	۲/۴۰	۰/۰۰۰
ملاحت دیگران	۷/۰۰	۲/۳۶	۳/۳۵	۰/۹۸	۰/۰۰۰
عاطفه مثبت	۲۴/۰۰	۶/۱۸	۳۶/۵۰	۵/۹۴	۰/۰۰۰
عاطفه منفی	۴۰/۰۰	۵/۷۷	۲۶/۰۰	۷/۷۱	۰/۴۵۳
دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت	۵۳/۹۵	۱۰/۰۱	۵۶/۰۵	۷/۲۹	۰/۶۵۵
دوسوگرایی در ابراز استحقاق	۴۱/۵۵	۹/۵۱	۴۰/۳۵	۷/۱۷	۰/۵۱۵
سن	۲۱/۶	۲/۱۸	۱۹/۵۰	۱/۶۷	۰/۸۶۲

جدول-۳. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و نتایج آزمون لون

متغیر	آماره Z	آزمون K-S		آزمون لون
		نتیجه	ارزش آزمون	
ملاحت خویش	۰/۶۳	توزیع طبیعی	۱/۰۰	سطح معناداری ۰/۳۲۲
پذیرش	۰/۴۷	توزیع طبیعی	۰/۶۳	۰/۴۳۱
نشخوارگری	۰/۴۷	توزیع طبیعی	۲/۶۳	۰/۱۱۳
تمرکز مجدد مثبت	۱/۲۶	توزیع طبیعی	۰/۰۰۲	۰/۹۶۳
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۰/۸۲	توزیع طبیعی	۰/۱۷۹	۰/۶۷۴
ارزیابی مجدد مثبت	۰/۹۷	توزیع طبیعی	۰/۵۰۰	۰/۴۸۴
دیدگاه‌گیری	۰/۴۲	توزیع طبیعی	۱/۵۵	۰/۲۳۹
فاجعه‌سازی	۰/۶۳	توزیع طبیعی	۰/۰۹۳	۰/۷۶۲
ملاحت دیگران	۰/۲۱	توزیع طبیعی	۱/۱۶	۰/۲۴۱
عاطفه مثبت	۰/۵۳	توزیع طبیعی	۰/۰۵۷	۰/۸۱۳
عاطفه منفی	۰/۸۹	توزیع طبیعی	۱/۴۵	۰/۲۳۶
دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت	۰/۷۹	توزیع طبیعی	۲/۶۲	۰/۱۱۴
دوسوگرایی در ابراز استحقاق	۰/۷۹	توزیع طبیعی	۲/۶۰	۰/۱۱۵

چندمتغیری استفاده نمود. در جدول-۴ نتایج آزمون‌های چند متغیری پیلایی، لامبدای ویلکز، هتلینگ و بزرگترین ریشه روی مشاهده می‌شود.

داده‌های جدول-۴ نشان می‌دهد که حداقل در یکی از ابعاد تنظیم هیجان، عاطفه مثبت و منفی و دوسوگرایی در ابراز هیجان بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه معنادار بودن اثرات گروهی، به منظور اینکه مشخص شود این تفاوت‌ها در کدام گروه‌ها و کدام سطح از متغیرها قرار دارد از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد، که نتایج آن در جدول-۵ مشاهده می‌شود.

بر اساس نتایج جدول-۳ مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها برقرار است. همچنین در همه این موارد ارزش آزمون لون معنی‌دار نشده است، بنابراین فرض همسانی واریانس‌های این نمره‌ها برقرار است. به منظور مقایسه دو گروه در ابعاد تنظیم هیجان، عاطفه مثبت و منفی و دوسوگرایی در ابراز هیجان از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد. نتیجه آزمون M باکس ($F(9, 4525/659) = 1/05; P > 0/01$) نشان داد که مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کوارینانس (F) نشان داد که مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کوارینانس متغیرهای وابسته برقرار است و می‌توان از تحلیل واریانس

جدول-۴. تحلیل واریانس چند متغیره مقایسه گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

نام آزمون	ارزش	DF فرضیه	DF خطا	F	اتا (η^2)	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۸۷۸	۱۳	۲۶	۱۴/۳۸	۰/۸۸	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۱۲۲	۱۳	۲۶	۱۴/۳۸	۰/۸۸	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۷/۱۹	۱۳	۲۶	۱۴/۳۸	۰/۸۸	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۷/۱۹	۱۳	۲۶	۱۴/۳۸	۰/۸۸	۰/۰۰۰

جدول-۵. تحلیل واریانس تک متغیره متغیرهای پژوهش در سربازان با تلاش خودکشی و عادی

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اتا (η^2)
ملاحت خویش	بین گروهی	۳/۰۲	۳/۰۲	۱	۰/۴۳	۰/۵۱۵	۰/۰۱۱
پذیرش	بین گروهی	۱/۲۲	۱/۲۲	۱	۰/۲۵	۰/۶۲۰	۰/۰۰۷
نشخوارگری	بین گروهی	۱/۰۰	۱/۰۰	۱	۰/۰۲	۰/۸۶۷	۰/۰۰۱
تمرکز مجدد مثبت	بین گروهی	۱۴/۴۰	۱۴/۴۰	۱	۲/۹۱	۰/۰۹۶	۰/۰۰۷
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	بین گروهی	۷۲/۹۰	۷۲/۹۰	۱	۲۹/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۴۴
ارزیابی مجدد مثبت	بین گروهی	۸۴/۱۰	۸۴/۱۰	۱	۱۸/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۳۳
دیدگاه‌گیری	بین گروهی	۲۴/۰۲	۲۴/۰۲	۱	۵/۹۹	۰/۰۱۹	۰/۱۴
فاجعه سازی	بین گروهی	۲/۵۰	۲/۵۰	۱	۰/۴۲	۰/۵۱۶	۰/۰۱۱
ملاحت دیگران	بین گروهی	۱۳۳/۲۲	۱۳۳/۲۲	۱	۴۰/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۵۱۷
عاطفه مثبت	بین گروهی	۱۵۶۲/۵۰	۱۵۶۲/۵۰	۱	۴۲/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۵۳
عاطفه منفی	بین گروهی	۱۹۶۰/۰۰	۱۹۶۰/۰۰	۱	۴۲/۱۷	۰/۰۰۰	۰/۵۳
دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت	بین گروهی	۴۴/۱۰	۴۴/۱۰	۱	۰/۵۷	۰/۴۵۳	۰/۰۱۵
دوسوگرایی در ابراز استحقاق	بین گروهی	۱۴/۴۰	۱۴/۴۰	۱	۰/۲۰	۰/۶۵۵	۰/۰۰۵

* $P < 0/01$ * $P < 0/05$

گنجانده شدن اختلال رفتار خودکشی در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، نیاز به مطالعات بیشتر جهت شناسایی راهبردهای مؤثر برای پیشگیری و درمان خودکشی را برجسته ساخت. بر این اساس پژوهش حاضر بررسی نقش ابعاد هیجانی شامل ابرازگری هیجان، راهبردهای تنظیم هیجان و عواطف مثبت و منفی در تلاش‌های خودکشی را مورد توجه قرار داد. تنظیم هیجان بعد رشدی اساسی است که به بسیاری از عملکردهای مهم زیستی، روانی و اجتماعی مرتبط است. اهمیت آن به سبب ارتباط با امور بالینی و تحقیقاتی به طور گسترده نشان داده شده است با این حال موضوعی نسبتاً جدید در آسیب‌شناسی روانی است. بر این اساس، نتایج مطالعه حاضر پیرامون تنظیم هیجان نشان داد که سربازان با تلاش‌های خودکشی در راهبردهای تنظیم هیجان متفاوت از سربازان بدون تلاش خودکشی بودند. این سربازان از راهبردهایی تنظیم هیجان منفی مانند ملاحت دیگران

با توجه به نتایج جدول-۵ سربازان با تلاش‌های خودکشی در ابعاد تنظیم هیجانی شامل تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت سطوح بالایی را نسبت به سربازان عادی را تجربه می‌کنند.

همچنین سربازان با تلاش‌های خودکشی از راهبرد ملاحت دیگران به عنوان یک نوع راهبرد تنظیم هیجان منفی بیشتر استفاده می‌کردند.

آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه در جدول-۵ نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه سربازان با تلاش‌های خودکشی و سربازان عادی در ابعاد مختلف عاطفه مثبت و منفی معنی‌داری است و سربازان با تلاش‌های خودکشی در مقایسه با سربازان عادی عاطفه منفی بالا و عاطفه مثبت پایین را تجربه می‌کنند.

بحث

به ابعاد آسیب روانی و عوامل پیش‌بین و مؤثر در جوانان، در سطحی گسترده‌تر و با طور کاربردی توجه شود تا بتوان با ارتقاء سلامت روانی و آموزش به خانواده‌ها و مدارس، از درمان محوری به سمت رویکرد سلامت محور گام برداشت.

با این حال با توجه به اینکه جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر سربازان بودند، از این رو یافته‌های به دست آمده در این پژوهش قابلیت تعمیم به سایر گروه‌های سنی و جمعیتی را ندارد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، میتوان به استفاده از پرسشنامه‌های با سؤالات زیاد اشاره کرد که بهتر است در پژوهش‌های بعدی از پرسشنامه‌های مشابه با حجم کمتر استفاده کرد. همچنین، محدودیت دیگر این بود که اطلاعات پژوهش حاضر با داده‌های خودگزارش دهی به دست آمده است. این داده‌ها در معرض سوگیری قرار دارند. بنابراین، بهتر است در پژوهش‌های آتی از سایر روش‌های اندازه‌گیری نظیر مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته، مقیاس درجه بندی رفتاری و ارزیابی مستقیم رفتار استفاده شود. از آنجا که عوامل زمینه‌ساز خانوادگی و تفاوت‌های فردی نوجوانان پیش زمینه تدوین و اجرای مداخلات گوناگون جهت اصلاح و پیشگیری از آسیب‌های روانی است؛ پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی در جهت تکمیل داده‌های پژوهش حاضر، به متغیرهای مرتبط دیگر نظیر تفاوت‌های فردی در سبک‌های مقابله‌ای، صفات شخصیتی و همچنین ابعاد خانوادگی مانند وجود اعضای خانواده دارای رگه‌های اختلال‌های رفتاری و دچار اختلال‌های شخصیتی توجه کنند. پیشنهاد می‌شود تا در سطح مدارس هر ساله آزمون‌های غربالگری به عمل آید، تا ضمن بررسی وضعیت سلامت روانی نوجوانان اعم از دختر و پسر، مواردی را که نیاز به مداخله در حیطه‌های سلامت و بهداشت روانی دارند، شناسایی کنند و با کمک سازمان‌های مربوطه و همکاری خانواده‌ها در جهت تعدیل شرایط نوجوانان دارای اختلال‌های روانی و همچنین مشکلات درون خانوادگی آن‌ها گام‌های عملی بردارند تا از وخیم‌تر شدن شرایط آن‌ها و تبدیل شدن آن‌ها به وضعیت آسیب‌های روانی جدی مانند رفتار خودکشی پیشگیری شود. همچنین، مهم است که به خاطر داشته باشیم که مطالعه حاضر مطالعه‌ای مقطعی بود و بنابراین ترسیم روابط علی در مورد ارتباط ابعاد هیجانی و تنظیم هیجانی با رفتار خودکشی امکان‌پذیر نیست و تطبیق الگوهای ارتباطی نیازمند مطالعات بیشتری است تا اعتبار بیشتری برای یافته‌های پژوهش حاضر به دست آید.

نتیجه‌گیری

با در نظر داشتن یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که شناخت و هیجان‌ها دو جنبه بسیار مهم زندگی انسان است و در تجلی اکثر رفتارهای افراد تعامل این دو سازه به چشم می‌خورد. بنابراین، برای درک بهتر رفتارهای خودکشی و همبسته‌های رفتاری آن مطالعه هر دو سازه شناخت و هیجان ضروری است. در

بیشتر استفاده می‌کردند. با توجه به رابطه تنظیم هیجان و رفتار خودکشی؛ یافته پژوهش حاضر همسو با مطالعاتی بالینی است که همبسته‌های عصبی افکار خودکشی با مناطق مرتبط با کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجان را شناسایی کرده‌اند (۲۷). همچنین، این یافته همسو با مطالعاتی است که اختلال‌های روان‌شناختی را ناشی از مشکلات تنظیم هیجانی می‌دانند (۲۸) و به ویژه مطالعاتی که رابطه تنظیم هیجانی منفی را با افکار و رفتارهای خود آسیب‌زنی نشان داده‌اند (۲۹).

همچنین نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشان دهنده تجربه سطوح بالای عاطفه منفی و سطوح پایین عاطفه مثبت در سربازان با تلاش‌های خودکشی بود. تحقیقات بیان داشته‌اند که توانایی تحمل این حالات هیجانی ممکن است نقش مهمی در خودکشی بازی کند. بدین معنا که توانایی مقاومت در برابر هیجان منفی و راهبردهای مقابله‌ای که فرد در برابر هیجان‌های منفی به کار می‌گیرد، احتمال بیشتری دارد آسیب‌پذیری آن‌ها نسبت به خودکشی را افزایش دهد (۱۸). در واقع، بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی با سطوح افزایش یافته مشکلات در تنظیم هیجان و خطر خودکشی مرتبط هستند. با این حال مشکلات هیجانی حتی پس از مد نظر قرار دادن علائم اختلال‌های روان‌شناختی به رفتار خودکشی کمک می‌کنند (۳۰). این یافته همچنین بیان کننده این است که کاهش سطوح هیجان مثبت ممکن است منجر به تلاش خودکشی گردد. در مجموع، یافته‌ها نشان داد که چگونه رفتار خودکشی چند بعدی است. مجموعه متفاوتی از صفات هیجانی با ابعاد گوناگون رفتار خودکشی در بین سربازان با تلاش خودکشی مرتبط بود. فقدان نسبی هیجان مثبت در سربازان با تلاش‌های خودکشی، نسبت به سربازان عادی، ممکن است بر میزان و کیفیت شبکه‌های حمایتی اجتماعی آن‌ها تأثیر گذارد، احتمالی که در پژوهش حاضر بررسی نگردید. به منظور تصریح یافته‌های پژوهش حاضر لازم به یادآوری است که پژوهش‌های گذشته در بررسی رفتار خودکشی بیشتر بر روی جنبه‌های شناختی تمرکز داشته‌اند. پژوهش‌های پیشین، پس از کنترل افسردگی و میزان آسیب‌شناسی روانی بر تفاوت‌های شناختی افراد دارای افکار خودکشی و افراد بهنجار تأکید نموده‌اند. برخی از تفاوت‌های شناختی مهم که این پژوهش‌ها نشان داده‌اند، عبارت‌اند از: ناامیدی، حل مسئله، تفکر دلبخشی، افکار خود آیند منفی و انعطاف‌ناپذیری شناختی. این تأکید به حدی قوی بوده است که برخی از مؤلفان این عقیده را ابراز کردند که رفتار خودکشی عمدتاً یک حالت ذهنی است. به نظر می‌رسد که همین امر یکی از موانع اصلی توجه پژوهشگران به نقش تجارب هیجانی و تنظیم آن‌ها در رفتارهای خودکشی است. اختلال‌های روان‌شناختی هزینه‌های فراوان و سنگینی را شامل اقداماتی نظیر دریافت گزارش‌ها، شناسایی جوانان توسط مراکز بالینی و خانواده‌ها، انجام مراحل غربالگری، ایجاد مراکز ارائه خدمات روان‌شناختی به دوش جامعه و خانواده تحمیل می‌کند. در نهایت، به نظر می‌رسد که باید

کلیه افرادی که نویسندگان را در انجام پژوهش حاضر یاری رساندند تشکر به عمل می‌آید.

تضاد منافع: بدینوسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

مجموع، پژوهش حاضر نشان داد که سطوح بالای هیجان منفی و سطوح پایین هیجان مثبت و نیز راهبردهای منفی تنظیم هیجان منجر به اختلال می‌گردد.

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر حاصل کار پژوهشی نویسندگان بوده و در قالب طرح پژوهشی صورت نگرفته است. از

منابع

1. World Health Organization. Suicide Prevention (SUPRE) Fact Sheet; 2012. RetrievedFrom: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
2. Khajehmougahi N, Behrouzian F, Ghanavati F The investigation of relationship between hopelessness and suicide among mood disorders patients. *Scie Med J*. 2010; 8(4):407-413.
3. Anisi J, Fathi-Ashtiani A, Soltaninezhad A, Amiri M. Prevalence of suicide ideation and related factors among troops. *Mil Med J*. 2006;8(2):113-8. [Persian]
4. Zare H, Nazer M, Sayyadi A. Frequency of Mental Disorders and Factors Related to Suicide in Patients Referring to Emergency Ward of Ali Ebne Abitaleb Hospital of Rafsanjan in 2007. *JRUMS*. 2010; 9(3):221-232. [Persian].
5. Palmier-Claus JE, Taylor PJ, Gooding P, Dunn G, Lewis SW: Affective variability predicts suicidal ideation in individuals at ultra-high risk of developing psychosis: an experience sampling study. *Br J Clin Psychol* 2011, 51:72-83.
6. Shuman V, Scherer KR. Emotions, psychological structure of. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*, 2015; 526-533.
7. Kun B, Balazs H, Kapitany M, Urban R, Demetrovics Z. Confirmation of the three-factor model of the Assessing Emotions Scale (AES): Verification of the theoretical starting point. *Behav Res Meth*. 2010; 42, 596-606.
8. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework; 2010.
9. Sauer-Zavala S, Boswell JF, Gallagher MW, Bentley KH, Ametaj A, Barlow DH. The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behav Res Ther*. 2012; 50, 551-557.
10. Fairholme CP, Boisseau CL, Ellard KK, Ehrenreich JT, Barlow DH. Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. In Kring, A.M., & Sloan, D.M. (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York, NY US: Guilford Press; 2010.
11. Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur J Pers*. 2002;16(5):403-420.
12. Kraaij V, Van-Emmerik A, Garnefski N, Schroevers MJ, Lo-Fo-Wong D, Van-Empelen P, et al. Effects of a cognitive behavioral self-help program and a computerized structured writing intervention on depressed mood for HIV-infected people: A pilot randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2010;80(2), 200-204.
13. Samani S, Sadeghi L. The adequacy of psychometric measures of cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2011; 1, 51-62. [Persian]
14. Chen SXH, Cheung FM, Bond MH, Leung J. Decomposing the construct of ambivalence over emotional expression in a Chinese cultural context. *European Journal of Personality*. 2005; 19(3), 185-204.
15. Mülle J, Bühner M, Ziegler M, Şahin L. Are alexithymia, ambivalence over emotional expression, and social insecurity overlapping constructs? *J Psychosom Res*. 2008; 64, 319-325.
16. Trachsel M, Gurtner A, von Knel ML, Grosse Holtforth M. Keep it in or let it out? Ambivalence over the expression of emotion as a moderator of depressiveness in unemployed subjects. *Swiss J Psychol*. 2010; 69(3), 141-146.
17. Finch JF, Baranik LE, Liu Y, West SG. Physical health, positive and negative affect, and personality: A longitudinal analysis. *J Res Pers*. 2012; 46, 537-545.
18. Law KC, Khazem LR, Anestis MD. The role of emotion dysregulation in suicide as considered through the ideation to action framework. *Curr Opin Psychol*. 2015; 3, 30-35.
19. Mandal SP, Arya WK, Pandey R. Mental Health and Mindfulness: Mediation Role of Positive and Negative Affect. *SIS J Proj Psy & Ment Health*. 2012; 19(6): 150-159.
20. Bradley B, DeFife JA, Guarnaccia C, Phifer J, Fani N, Ressler KJ, et al. Emotion dysregulation and negative affect: association with psychiatric symptoms. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(5), 685-691.
21. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven Ph. Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Pers Individ Dif*. 2001; 30, 1311-1327.
22. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Health Sys Res*. 2010;13(1):11-8. [Persian]
23. Watson D, Clarke LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and

negative affect: The PANAS Scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988; 54:1063-1070.

24. Bakhshipour A, Dezhkam M. Positive and Negative Affect Scale factor analysis. *J Psychol.* 2006; 36, 365-351. [Persian]

25. King LA, Emmons RA. Conflict over emotional expression: Psychological and physical Correlates. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 58 (5), 864-877.

26. Rafienia P. Relationship of emotional expression styles with general health of students. Master's dissertation Psychology, Tarbiat Modarres University; 2001. [Persian]

27. Ma CQ, Ding JR, Li J, Guo WB, Long ZL, Liu F, et al. Resting-state functional connectivity bias of middle temporal gyrus and caudate with altered gray matter volume in major depression. *PLoS One.* 2012; 7, e45263.

28. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003; 85, 348-362.

29. Nock MK, Prinstein MJ. Clinical features and behavioral functions of adolescent self-mutilation. *J Abnorm Psychol.* 2005; 114, 140-146.

30. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy Research.* 2012; 36, 833-839.