

تدوین مدل افکار خودکشی با میانجی‌گری سلامت معنوی بر اساس انعطاف‌پذیری روانشناختی و نظم جویی هیجانی

Developing a model of suicidal thoughts with the mediation of spiritual health based on psychological flexibility and emotional regulation

Seyedeh Najmeh Dehghani (Corresponding author)

Master of Science in General Psychology, Islamic Azad University, Garmsar Branch, Garmsar, Iran

Mansoureh Niko Gofar Azim

Assistant Prof. Payam Noor University, Garmsar Branch, Garmsar, Iran

Abstract

The present study was conducted with the aim of developing a model of suicidal thoughts with the mediation of spiritual health based on psychological flexibility and emotional regulation. Method: The research method is descriptive correlational in terms of fundamental purpose and descriptive in terms of research method. The statistical population includes all students of Islamic Azad University, Garmsar Branch in the academic year 2024-2025, which includes 3000 people. The sample was selected based on Morgan table, 332 people, using the available sampling method. Data were collected using Beck's suicidal thoughts questionnaire (1991), Bond et al.'s psychological flexibility (2011), Palotisan and Ellison's spiritual health (1982), and Gross and John's emotional regulation (2003) and analyzed in SPSS software (version 22). Findings: The results showed that spiritual health has a mediating role in the relationship between suicidal thoughts and psychological flexibility and emotional regulation. Conclusion: According to the results of the study, by increasing spiritual health, flexibility Psychological and emotional regulation can reduce suicidal thoughts

Keywords Suicidal thoughts, spiritual health, psychological flexibility, emotional regulation

سیده نجمه دهقانی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، گرمسار، ایران

منصوره نیکو گفتار عظیم

استادیار روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد گرمسار، گرمسار، ایران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل افکار خودکشی با میانجی‌گری سلامت معنوی بر اساس انعطاف‌پذیری روانشناختی و نظم جویی هیجانی انجام شد. روش: روش پژوهش از نظر هدف بنیادی و از نظر روش پژوهش توصیفی همبستگی می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در سال تحصیلی 1403-1404 که شامل 3000 نفر هستند می‌باشد. نمونه بر اساس جدول مورگان تعداد 332 نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه افکار خودکشی بک (1991)، انعطاف‌پذیری روانشناختی بوند و همکاران (2011)، سلامت معنوی پالوتیزان و الیسون (1982)، نظم جویی هیجانی گراس و جان (2003)، جمع‌آوری و در نرم افزار SPSS (نسخه 22) تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان دادند سلامت معنوی در رابطه افکار خودکشی با انعطاف‌پذیری روانشناختی و نظم جویی هیجانی نقش میانجی دارد. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش با بالا بردن سلامت معنوی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و نظم جویی هیجانی می‌تواند افکار خودکشی را کاهش داد.

کلمات کلیدی: افکار خودکشی، سلامت معنوی، انعطاف‌پذیری روانشناختی، نظم جویی هیجانی

تاریخ ارسال: 1404/09/02

تاریخ پذیرش: 1404/09/04

مقدمه

افکار خودکشی^۱ به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت روانی در جوامع مختلف شناخته می‌شود که تاثیرات جدی بر سلامت جسمی و روانی افراد می‌گذارد. این پدیده می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرد که به صورت فردی، اجتماعی و روانی بر افراد اثر می‌گذارند (مورتیه^۲ و همکاران، 2018). از جمله عواملی که می‌توانند در بروز افکار خودکشی نقش داشته باشند، می‌توان به سلامت معنوی^۳، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۴ و نظم‌جویی هیجانی^۵ اشاره کرد. سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم روان‌شناختی، نقش ویژه‌ای در کاهش اضطراب و استرس‌های ناشی از بحران‌های زندگی ایفا می‌کند و می‌تواند به فرد کمک کند تا با احساس امنیت و امید به آینده، به مقابله با مشکلات بپردازد (دار^۶ و همکاران، 2313). همچنین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد در مواجهه با چالش‌های زندگی اشاره دارد (کاشدان و روتنبرگ^۷، 2010) و نظم‌جویی هیجانی به معنای توانایی مدیریت و کنترل هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف است که هر دو این ویژگی‌ها به عنوان عوامل مهم در کاهش یا افزایش افکار خودکشی شناخته می‌شوند (گراس^۸، 2515).

پژوهش حاضر بر این فرضیه تأکید دارد که سلامت معنوی می‌تواند به عنوان عاملی میانجی در کاهش افکار خودکشی عمل کند. به عبارت دیگر، فردی که از سلامت معنوی بالایی برخوردار است، توانایی بیشتری در مدیریت فشارهای روانی و استرس‌های زندگی خواهد داشت و این امر می‌تواند به کاهش احتمال بروز افکار خودکشی کمک کند (فوکای^۹ و همکاران، 2020). از سوی دیگر، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نظم‌جویی هیجانی به عنوان ویژگی‌های مهم فردی، از دیگر عواملی هستند که می‌توانند نقش مؤثری در این زمینه ایفا کنند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با امکان سازگاری فرد با تغییرات و چالش‌های محیطی (کرافت^{۱۰} و همکاران، 2019) و نظم‌جویی هیجانی با کمک به فرد در مدیریت واکنش‌های احساسی، می‌تواند به بهبود سلامت روانی و در نتیجه کاهش افکار خودکشی منجر شود (میلر^{۱۱} و همکاران، 2818).

تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که سلامت معنوی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌توانند به طور مثبت بر سلامت روان تأثیر بگذارند (بورگز^{۱۲} و همکاران، 2022) و از طرف دیگر، نظم‌جویی هیجانی به عنوان یکی از مهارت‌های مهم در مقابله با مشکلات، می‌تواند اثرات منفی افکار خودکشی را کاهش دهد (بوفا^{۱۳} و همکاران، 2022). با توجه به این که دانشجویان به دلیل فشارهای تحصیلی، اجتماعی و اقتصادی ممکن است در معرض خطر بیشتری برای توسعه افکار خودکشی باشند، این تحقیق به دنبال شناسایی عواملی است که می‌توانند این خطر را کاهش دهند. لذا هدف این

¹suicidal thoughts

²Mortier

³spiritual health

⁴psychological flexibility

⁵emotional regulation

⁶Dhar

⁷Kashdan & Rottenberg

⁸Gross

⁹Fukai

¹⁰Krafft

¹¹Miler

¹²Borges

¹³Boffa

پژوهش، تحلیل روابط میان این متغیرها و بررسی تأثیر سلامت معنوی به عنوان یک میانجی در ارتباط با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، نظم‌جویی هیجانی و افکار خودکشی در دانشجویان است. در این راستا، با تدوین یک مدل تحلیلی، سعی بر آن است تا درک بهتری از فرآیندهای روان‌شناختی مؤثر بر افکار خودکشی در میان دانشجویان فراهم شود. نتایج این پژوهش می‌تواند به عنوان مبنای علمی برای تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات روان‌شناختی در راستای کاهش افکار خودکشی در میان دانشجویان استفاده شود. علاوه بر این، یافته‌ها می‌توانند راه‌کارهای مؤثری برای ارتقای سلامت معنوی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نظم‌جویی هیجانی فراهم آورند و به تقویت توانایی‌های مقابله‌ای فردی در مواجهه با بحران‌های زندگی کمک کنند.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر روش پژوهش توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد واحد گرمسار در سال تحصیلی 1404-1433 بود که تعداد آنها 0000 نفر است. نمونه آماری پژوهش حاضر به روش نمونه‌گیری در دسترس به تعداد 332 نفر بر اساس جدول مورگان از بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار سال تحصیلی 1404-1433 انتخاب شد. برای اجرای پژوهش حاضر، ابتدا پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه و هماهنگی با مسئولان مربوطه، جامعه آماری یعنی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در سال تحصیلی 1403-1404 مشخص گردید. در مرحله نخست، هدف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات برای دانشجویان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه آنان، پرسشنامه‌ها در اختیار نمونه آماری قرار گرفت. به منظور انتخاب نمونه، بر اساس جدول مورگان و با توجه به حجم جامعه آماری (3000 نفر)، تعداد 332 نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در فرآیند گردآوری داده‌ها، ابتدا پرسشنامه افکار خودکشی بک (1991)، پرسشنامه پذیرش و عمل (بونو و همکاران، 2011)، پرسشنامه نظم‌جویی هیجان (گراس و جان، 2003) و پرسشنامه سلامت معنوی (پالوتیزان و الیسون، 1982) در بین افراد نمونه توزیع گردید. شرکت‌کنندگان در محیطی آرام و بدون حضور عوامل مداخله‌گر، حدود 30 تا 45 دقیقه برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها زمان داشتند.

به‌منظور جلوگیری از ریزش نمونه و ارتقای دقت داده‌ها، توضیحات اولیه درباره نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر ارائه شد و در صورت بروز ابهام، راهنمایی لازم صورت گرفت. در همین راستا، پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها بررسی‌های اولیه نشان داد که تمامی پرسشنامه‌ها به‌طور کامل تکمیل شده‌اند و هیچ‌گونه مورد مخدوش یا ناقص وجود نداشت. بنابراین کل 332 پرسشنامه معتبر تشخیص داده شد و وارد مرحله کدگذاری و تحلیل آماری گردید. ابزارهای پژوهش به بدین شرح می‌باشد:

پرسشنامه افکار خودکشی: مقیاس افکار خودکشی بک (1991) پرسشنامه خودگزارشی 19 سوالی است که توسط بک در سال 1991 طراحی شده است. این پرسشنامه به منظور آشکار سازی و اندازه‌گیری شدن نگرش‌ها و طرح ریزی برای اقدام به خودکشی تهیه شده است. هر پرسش از صفر تا دو نمره می‌گیرد، بنابراین جمع نمرات از حداقل صفر تا حداکثر 38 متغیر است. پرسشنامه افکار خودکشی بک دارای 3 خرده‌مقیاس یا مولفه می‌باشد: تمایل به مرگ (6 سوال)، آمادگی برای خودکشی (6 سوال) و تمایل به خودکشی واقعی (7 سوال). همبستگی درونی این آزمون 0/89

و پایایی بازآزمایی آن 0/33 گزارش شده است (کاویانی و موسوی، 1397؛ به نقل از دانیتز، 2001). اعتبار همزمان این آزمون با مقیاس سنجش خطر خودکشی 0/69 بوده است (داچر و دالری، 2004). نمره گذاری نهایی آزمون به این صورت است: 0 تا 3 فاقد افکار خودکشی، 4 تا 17 دارای افکار خودکشی و 12 تا 38 دارای افکار خودکشی پرخطر. این آزمون در ایران ترجمه و مطالعات مقدماتی برای اجرای آن در مرکز مطالعات شناخت و رفتار بیمارستان روزبه انجام شد که اعتبار و پایایی آن خوب ارزیابی شده است (کاویانی و موسوی، 1397). کاریمن و وینگرهوتس همبستگی درونی را 0/33 گزارش کردند. مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون های استاندارد شده بالینی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی دارد. ضرایب همبستگی آن برای بیماران بستری 0/90 و برای بیماران درمانگاهی 0/94 می باشد. مقیاس افکار خودکشی بک دارای پایایی بالایی بوده و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب 0/87 تا 0/97 به دست آمده است (کمالی تبریزی و همکاران، 1402؛ به نقل از بک، 1991). در ایران انیسی و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ 0/95 و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه سلامت عمومی ضریب همبستگی 0/76 به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ 0/81 درصد بدست آمد.

پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی: برای اندازه گیری انعطاف پذیری روانشناختی از ویراست دوم پرسشنامه پذیرش و عمل (بوند و همکاران، 2011) استفاده شد. این پرسشنامه با هدف اندازه گیری انعطاف پذیری روانشناختی همسو با نظریه پذیرش و عمل (هایز، 2011) طراحی شده است. این پرسشنامه شامل 7 سوال است که در آن از افراد خواسته می شود با انتخاب عددی از 1 (کاملاً نادرست) تا 7 (کاملاً درست)، مشخص کند هر جمله تا چه اندازه در مورد او صحت دارد. نمونه ای از سوالات این ابزار عبارت اند از «هیجانان موجب مشکلاتی در زندگی من شده است». مشخصات روانسنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج 2816 شرکت کننده در طول شش نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا 0/84 و پایایی بازآزمایی در فاصله 3 تا 12 ماه به ترتیب 0/81 و 0/79 به دست آمد (بوند و همکاران، 2011). در ایران، این مقیاس توسط عباسی و همکاران (1391) به فارسی ترجمه و ویژگی های روانسنجی آن مورد بررسی قرار گرفته است. تحلیل عاملی اکتشافی 2 عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را گزارش دادند ضریب همسانی درونی 0/89 و ضریب تصنیف 0/71 برای این پرسشنامه بدست آمده است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ 0/55 درصد بدست آمد.

پرسشنامه نظم جویی هیجان: به منظور اندازه گیری نظم جویی هیجان توسط گراس و جان (2333) تدوین شده است. این پرسشنامه دارای 10 سوال است. این پرسشنامه مشتمل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد با 6 گویه و سرکوبی با 4 گویه می باشد. شرکت کنندگان در یک مقیاس لیکرت 7 درجه ای از به شدت مخالفم (با نمره 1) تا به شدت موافقم (با نمره 7) پاسخ می دهند. سوالات 2، 4، 6، و 9 پرسش نامه بعد سرکوبی را مورد سنجش قرار می دهند و بقیه سوالات تنظیم ارزیابی مجدد را مورد سنجش قرار می دهد. در پژوهش گراس و جان همبستگی درونی

برای ارزیابی مجدد 0/7 و سرکوبی 0/73 به دست آمده است. کاریمان و وینگرهوتس همبستگی درونی را برای ارزیابی مجدد 0/33 و برای سرکوبی 0/79 گزارش کردند. در ایران حسینی میزان ضریب آلفای کرونباخ 0/79 و برای ارزیابی مجدد گزارش کرده است و در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد 0/33 و سرکوبی 0/79 به دست آمد (بیگدلی و همکاران، 1392). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ 0/33 درصد بدست آمد.

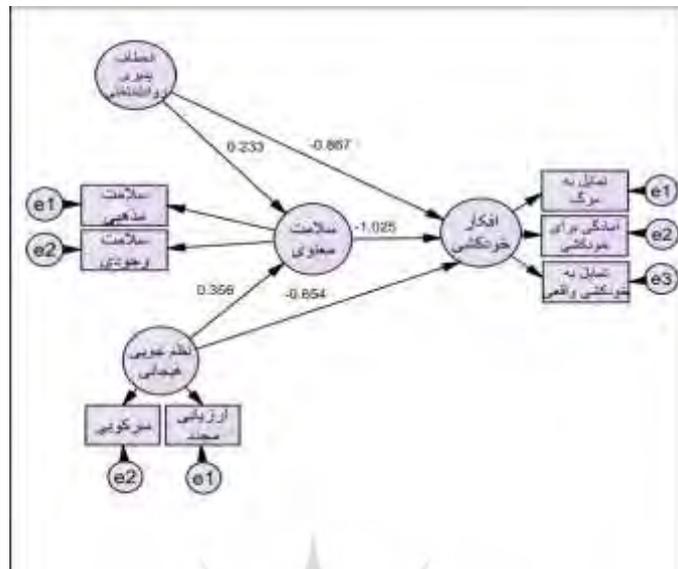
پرسشنامه سلامت معنوی: این مقیاس توسط پالوتیزان و الیسون (1282) طراحی شده است که هدف آن ارزیابی سلامت معنوی می باشد. این مقیاس حاوی 20 سؤال است که پاسخ های آن بر طبق مقیاس لیکرت 5 گزینه ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) می باشد. این مقیاس دارای دو گروه سلامت وجودی و سلامت مذهبی است که هر کدام ده عبارت را شامل شده و نمره ی ده را به خود اختصاص می دهد. عبارت های فرد سلامت مذهبی و عبارت های زوج سلامت وجودی را نشان می دهد. نمره کل سلامت معنوی جمع نمره های این دو زیر گروه می باشد که بین 00_20 خواهد بود. در سوالات 3، 4، 7، 8، 10، 11، 14، 15، 17، 19 و 20 کاملاً مخالفم نمره 0 و سوالات 1، 2، 5، 6، 9، 12، 13، 16 و 18 کاملاً مخالفم نمره 4 گرفته است. این مقیاس در مطالعات گوناگون در داخل و خارج کشور استفاده شده و پایایی و روایی آن تایید شده است؛ مثلاً پالوتیزان و الیسون آن را معتبر دانسته و ضریب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب، 0/91، 0/91، 0/93، گزارش کردند (اله بخشیان و همکاران، 1889) و همچنین در بررسی دهشیری و همکاران (1887)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و به ترتیب اجزای سلامت مذهبی و وجودی 0/90، 0/82 و 0/87 و با روش بازآزمایی 0/55، 0/78 و 0/81 گزارش شد. پایایی آن در سال 1555 توسط رضائی در تهران با ضریب آلفای کرونباخ 0/82 مورد تأیید قرار گرفت (فراهانی نیا، 1884). همچنین در پژوهش فاطمی و همکاران (1390)، جهت سنجش ثبات درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج حاصله برای خرده آزمون های سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب 0/79، 0/71 و 0/71 بود. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ 0/82 درصد بدست آمد.

جهت بررسی داده ها در دو سطح آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، جداول فراوانی) و آمار استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. برای آزمون فرضیه ها از ضریب همبستگی پیرسون و مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد. تحلیل ها به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲ انجام گرفت.

یافته ها

برای ارزیابی نقش میانجی سلامت معنوی دو راه حل وجود دارد. روش اول استفاده از معادلات ساختاری و نرم افزار آموس و روش دوم استفاده از تحلیل رگرسیونی سلسله مراتبی به روش بارون و کنی می باشد. بر اساس مدل مفهومی

پژوهش معادلات ساختاری زیر به مشاهدات برازش شده است. اگر ضرایب استاندارد بر نمودار اعمال گردد خروجی نرم افزار AMOS به صورت زیر است.



نمودار 1: نمودار معادلات ساختاری (ضرایب استاندارد)

نشانه‌های مربوط به برازش مدل به همراه روابط مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای تحقیق در جدول زیر ارائه شده‌اند که نشان دهنده برازش بسیار مطلوب مدل است.

جدول 1: معیارهای نیکویی برازش

وضعیت مورد تایید (مطلوب)	مدل پژوهش	
قابل قبول 0	0/828	نرم شده برازندگی (NFI)
بیش از 0/9	0/965	شاخص نیکویی برازش (GFI)
بیش از 0/9	0/901	تعدیل شده نیکویی برازش (AGFI)
--	249/185	آماره کای دو (χ^2)
--	0/001	سطح معناداری (Sig)
کمتر از 3	1/209	نسبت آماره کای دو به درجه آزادی
کمتر از 0/08	0/053	خطا (RMSEA)
نزدیک به صفر	صفر	معیار PCLOSE

بر اساس یافته های برازش مدل فوق مقدار آماری کای دو 249/185 و سطح معناداری 0/001 می باشد و با عنایت به مقدار آماره $RMSEA = 0/053$ کمتر از 0/08 است مدل برازش شده تأیید می شود. از طرفی نسبت آماره کای دو به درجه آزادی 1/209 و کمتر از 3 می باشد لذا به طور کلی نقش میانجی سلامت معنوی بر رابطه انعطاف پذیری و افکار خودکشی تأیید می گردد. در ادامه ضرایب اثرات مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه نتایج برازش مدل نهایی

روابط مستقیم (بدون متغیر میانجی)	ضریب	خطای معیار	آماره آزمون	سطح معناداری
انعطاف پذیری روانشناختی ← افکار خودکشی	-۰/۸۶۷	۰/۰۵۸	۳/۵۴۹	۰/۰۱۰
انعطاف پذیری روانشناختی ← سلامت معنوی	۰/۲۳۳	۰/۰۶۴	۲/۹۳۲	۰/۰۰۳
سلامت معنوی ← افکار خودکشی	-۱/۰۲۵	۰/۰۵۳	۶/۸۱۲	۰/۰۰۱
روابط غیر مستقیم (با لحاظ کردن متغیر میانجی)	ضریب	خطای معیار	آماره آزمون	سطح معناداری
انعطاف پذیری روانشناختی ← افکار خودکشی ← سلامت معنوی	۰/۲۰۷	۰/۰۵۷	۲/۹۰۳-	۰/۰۵۸

یافته های جدول فوق نشان می دهد که ضریب مسیر متناظر با تاثیر انعطاف پذیری و افکار خودکشی 0/867- و سطح معناداری متناظر با آن کمتر از 0/05 می باشد؛ لذا افزایش انعطاف پذیری روانشناختی، کاهش افکار خودکشی را به همراه خواهد داشت ($P < 0/05$). همچنین ضریب مسیر متناظر با تاثیر انعطاف پذیری روانشناختی بر سلامت معنوی 0/233 و سطح معناداری متناظر با آن بیشتر از 0/05 می باشد ($p > 0/05$)؛ بنابراین با عنایت به علامت ضریب مسیر اینگونه استنباط می گردد که افزایش انعطاف پذیری باعث بهبود سلامت معنوی خواهد شد. ضریب مسیر متناظر با تاثیر سلامت معنوی و افکار خودکشی 1/025- و سطح معناداری متناظر با آن کمتر از 0/05 می باشد ($P < 0/05$)؛ لذا سلامت معنوی در اثر مستقیم باعث کاهش افکار خودکشی می گردد. با عنایت به نمودار تحلیل معادلات ساختاری به جهت اثر غیر مستقیم انعطاف پذیری روانشناختی و افکار خودکشی با در نظر گرفتن سلامت معنوی 0/207 بوده و سطح معناداری مربوط به آن کمتر از 0/05 می باشد لذا اثر غیرمستقیم انعطاف پذیری روانشناختی و افکار خودکشی با در نظر گرفتن سلامت معنوی به عنوان متغیر میانجی معنادار بوده فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه " سلامت معنوی در رابطه انعطاف پذیری روانشناختی با افکار خودکشی نقش میانجی دارد." با اطمینان 0/95 تأیید می گردد.

جدول ۳: خلاصه نتایج برازش مدل نهایی

روابط مستقیم (بدون متغیر میانجی)	ضریب	خطای معیار	آماره آزمون	سطح معناداری
نظم جویی ← افکار خودکشی	-۰/۶۵۴	۰/۰۵۸	۳/۵۴۹	۰/۰۰۱
نظم جویی ← سلامت معنوی	۰/۳۵۶	۰/۰۶۴	۲/۹۳۲	۰/۰۰۳
سلامت معنوی ← افکار خودکشی	-۱/۰۲۵	۰/۰۵۳	۶/۸۱۲	۰/۰۰۱
روابط غیر مستقیم (با لحاظ کردن متغیر میانجی)	ضریب	خطای معیار	آماره آزمون	سطح معناداری
نظم جویی ← افکار خودکشی ← سلامت معنوی	۰/۲۳۸	۰/۰۵۷۷	-۲/۹۰۳	۰/۰۰۵۸

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که ضریب مسیر متناظر با تاثیر نظم جویی و افکار خودکشی $-۰/۶۵۴$ و سطح معناداری متناظر با آن کمتر از $۰/۰۵$ می‌باشد؛ لذا افزایش نظم جویی، کاهش افکار خودکشی را به همراه خواهد داشت ($P < ۰/۰۵$). همچنین ضریب مسیر متناظر با تاثیر نظم جویی بر سلامت معنوی $۰/۳۵۶$ و سطح معناداری متناظر با آن بیشتر از $۰/۰۵$ می‌باشد ($p > ۰/۰۵$)؛ بنابراین با عنایت به علامت ضریب مسیر اینگونه استنباط می‌گردد که افزایش نظم جویی باعث افزایش سلامت معنوی خواهد شد. ضریب مسیر متناظر با تاثیر سلامت معنوی و افکار خودکشی $-۱/۰۲۵$ و سطح معناداری متناظر با آن کمتر از $۰/۰۵$ می‌باشد ($P < ۰/۰۵$)؛ لذا سلامت معنوی در اثر مستقیم باعث کاهش افکار خودکشی می‌گردد. با عنایت به نمودار تحلیل معادلات ساختاری به جهت اثر غیر مستقیم نظم جویی و افکار خودکشی با در نظر گرفتن سلامت معنوی $۰/۲۳۸$ بوده و سطح معناداری مربوط به آن کمتر از $۰/۰۵$ می‌باشد لذا اثر غیرمستقیم نظم جویی و افکار خودکشی با در نظر گرفتن سلامت معنوی به عنوان متغیر میانجی معنادار بوده فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه "سلامت معنوی در رابطه نظم جویی هیجانی با افکار خودکشی نقش میانجی دارد." با اطمینان $۰/۹۵$ تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین سلامت معنوی در رابطه انعطاف پذیری روانشناختی با افکار خودکشی نقش میانجی دارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعات عرب و همکاران (1403)، جمالی و همکاران (1400)، صمدی فرد و آقاجانی (1399)، ژائو (2024)، ناری و همکاران (2024)، نوواک و همکاران (2023)، بورگ و همکاران (2022)، لین و همکاران (2018) و هرمن و وان بوکستل (2017) همسو و همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که سلامت معنوی به معنای برخورداری از معنا، هدف، و ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و یک نیروی برتر است افرادی که سلامت معنوی بالاتری دارند، در برابر بحران‌ها و رنج‌های زندگی، نگرشی معنا محور و امیدوارانه اتخاذ می‌کنند. چنین افرادی، حتی در مواجهه با شرایط دشوار، تمایل کمتری به تجربه افکار خودکشی دارند، زیرا زندگی خود را معنادار می‌دانند و باور دارند که رنج نیز می‌تواند بخشی از مسیر رشد و تکامل انسان باشد. اساس نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روانشناختی به معنای توانایی فرد در پذیرش تجربیات درونی (از جمله افکار و احساسات دردناک) و حرکت در راستای ارزش‌های شخصی است افرادی که سلامت معنوی بالایی دارند، معمولاً ارزش‌های عمیق و روشنی در زندگی دارند (مانند خدمت، عشق، ارتباط با خدا یا طبیعت) و این

ارزش‌ها موجب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی آنان می‌شود (گیلان، 1397). این انعطاف‌پذیری باعث می‌شود که فرد به جای اجتناب یا درگیری با افکار منفی، آن‌ها را بپذیرد و رفتارهای منطبق با ارزش‌هایش را انتخاب کند؛ بنابراین، افکار خودکشی در این افراد کمتر فعال و پایدار می‌شود. سلامت معنوی اغلب به افزایش امید، بخشش، و پذیرش رنج‌ها می‌انجامد. این مؤلفه‌ها به‌طور مستقیم موجب تقویت سازوکارهای انعطاف‌پذیر در برابر استرس می‌شوند. فردی که از سلامت معنوی برخوردار است، بهتر می‌تواند هیجانات منفی را مدیریت کرده، افکار ناامیدکننده را تاب بیاورد و از آن‌ها عبور کند، که این دقیقاً کارکرد انعطاف‌پذیری روانشناختی است (د دیگو کوردرو، لوپز تاریدا، لینرو نارواز و گالان گونزالس سرنا، 2023). در شرایط بحرانی مانند بیماری، فقدان، یا شکست‌های شدید زندگی، سلامت معنوی ممکن است نخستین منبع مقابله‌ای باشد. اما برای تبدیل این منابع معنوی به واکنش‌های سازنده، نیاز به سازوکاری درونی وجود دارد که بتواند میان این باورها و رفتارهای انطباقی پل بزند؛ این سازوکار همان انعطاف‌پذیری روانشناختی است (وریسبل و همکاران، 2018).

یافته‌های پژوهش نشان داد بین سلامت معنوی در رابطه نظم‌جویی هیجانی با افکار خودکشی نقش میانجی دارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعات هینز¹ (2016)، سعیدی فرد و همکاران (1400) همسو و همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که انسان‌ها نیاز بنیادینی به معنا در زندگی دارند، و فقدان این معنا (پوچی و جودی) زمینه‌ساز افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی می‌شود. افرادی که سلامت معنوی بالایی دارند، زندگی را با معنا می‌بینند، ارزش‌مدار هستند، و در مواجهه با رنج، آن را بخشی از رشد روحی خود می‌دانند. سلامت معنوی باعث کاهش افکار خودکشی می‌شود، اما این اثر به‌صورت مستقیم کافی نیست. فرد برای مقابله مؤثر با تنش‌ها و احساسات منفی، نیازمند مهارت‌هایی چون نظم‌جویی هیجانی است (گلوستر² و همکاران، 2020). گروس نظم‌جویی هیجانی را به‌عنوان مجموعه‌ای از راهبردهایی تعریف می‌کند که افراد برای مدیریت و تغییر پاسخ‌های هیجانی خود استفاده می‌کنند. این راهبردها می‌توانند انطباقی (مانند پذیرش، بازسازی شناختی) یا ناسازگار (مانند سرکوبی، اجتناب) باشند. سلامت معنوی به افراد می‌آموزد که رنج را بخشی از زندگی بپذیرند، به نیرویی برتر توکل کنند، و نسبت به وقایع منفی، تفسیری معنامحور داشته باشند. این عوامل، به‌طور غیرمستقیم باعث ارتقای راهبردهای سازگار نظم‌جویی هیجانی (مثلاً پذیرش، معنابخشی، آرام‌سازی) می‌شود (مادیگان³ و همکاران، 2023). همچنین در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که اختلال در نظم‌جویی هیجانی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم افکار خودکشی است، افرادی که نمی‌توانند هیجانات شدید مانند اندوه، ناامیدی، یا شرم را تنظیم کنند، بیشتر در معرض افکار خودکشی قرار دارند. راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی (مانند بازنگری مثبت، تمرکز مجدد، پذیرش، سرزنش خود یا دیگران) نقش مهمی در سلامت روان دارند (مهزونا⁴ و همکاران، 2024). سلامت معنوی به افراد امکان می‌دهد از راهبردهایی چون «بازنگری معنوی» و «پذیرش مثبت» بیشتر استفاده کنند، که در کاهش افکار خودکشی مؤثر است. ر اساس نظریه معنادرمانی فرانکل و مدل نظم‌جویی هیجانی گروس، می‌توان نتیجه گرفت که سلامت معنوی با فراهم کردن معنای زندگی و ظرفیت پذیرش رنج، موجب ارتقای مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی می‌شود. این مهارت‌ها به نوبه خود فرد را

¹ Hayes

² Gloster

³ Madigan

⁴ Mahzunah

قادر می‌سازند تا افکار و احساسات منفی را به شکلی سازگارانه مدیریت کرده و از بروز افکار خودکشی پیشگیری کند. بنابراین، نظم‌جویی هیجانی در این میان نقش میانجی مؤثری ایفا می‌کند (روشن، 1401). انجام پژوهش همانند سایر پژوهشها با محدودیت‌هایی روبرو شد که به موارد زیر می‌توان اشاره نمود. و ممکن است ابزارهای اندازه‌گیری به کار رفته در تحقیق (مانند پرسشنامه‌ها) به طور کامل و دقیق نتوانند ویژگی‌های پیچیده و چند بعدی سلامت معنوی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نظم‌جویی هیجانی را ارزیابی کنند. همچنین انتخاب نمونه ممکن است محدود به یک گروه خاص (مثلاً جوانان، بزرگسالان، یا افراد با مشکلات خاص روانی) شود که نتایج را به‌طور کلی قابل‌تعمیم به جمعیت‌های دیگر نکند. بنابراین می‌توان پیشنهاد داد که آموزش سلامت معنوی در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی گنجانده شود و مداخلات روان‌شناختی با مؤلفه‌های معنوی طراحی گردد.

منابع

روشنی، زهرا و مرادخانی، همایون. (1403). در تکاپوی هویت فردی: تجربه خودکشی زنان در شهرستان هلیلان. فصلنامه علمی فرهنگ ایلام، شماره (82 و 83) 95 تا 109.

سعیدی فرد، طاهره، رسولی، محسن، ایزانلو، بلال، زهراکار، کیانوش، و مهرور، عظیم. (1400). نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در رابطه مقابله مذهبی با پریشانی روان‌شناختی مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان خون. پرستاری کودکان، 8(2)، 32-44.

Boffa, J. W., Tock, J. L., Morabito, D. M., & Schmidt, N. B. (2022). Measuring psychological inflexibility of suicidal thoughts: The Acceptance and Action Questionnaire for Suicidal Ideation (AAQ-SI). *Cognitive Therapy and Research*, 46(5), 1016-1029.

Borges, L. M., Barnes, S. M., Farnsworth, J. K., Evans, W. R., Moon, Z., Drescher, K. D., & Walser, R. D. (2022). Cultivating psychological flexibility to address religious and spiritual suffering in moral injury. *Journal of health care chaplaincy*, 28(sup1), S32-S41.

Dhar, N., Chaturvedi, S. K., & Nandan, D. (2013). Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2(1), 3-5.

Fukai, M., Kim, S., & Yun, Y. H. (2020). Depression and suicidal ideation: association of physical, mental, social, and spiritual health status. *Quality of Life Research*, 29, 2807-2814.

Gloster, A. T., Block, V. J., Klotsche, J., Villanueva, J., Rinner, M. T., Benoy, C., ... & Bader, K. (2021). Psy-Flex: A contextually sensitive measure of psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 22, 13-23.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26.

Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885.

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878.

- Krafft, J., Hicks, E. T., Mack, S. A., & Levin, M. E. (2019). Psychological inflexibility predicts suicidality over time in college students. *Suicide and Life - Threatening Behavior*, 49(5), 1488-1496.
- Mortier, P., Cuijpers, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Demyttenaere, K., Green, J. G., ... & Bruffaerts, R. (2018). The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 48(4), 554-565.
- Miller, A. B., McLaughlin, K. A., Busso, D. S., Brueck, S., Peverill, M., & Sheridan, M. A. (2018). Neural correlates of emotion regulation and adolescent suicidal ideation. *Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging*, 3(2), 125-132
- Madigan, S., Korczak, D. J., Vaillancourt, T., Racine, N., Hopkins, W. G., Pador, P., ... & Neville, R. D. (2023). Comparison of paediatric emergency department visits for attempted suicide, self-harm, and suicidal ideation before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 10(5), 342-351.
- Mahzunah, A. K., Sari, I. Y., Paradela, B. V., Murti, B., & Tursina, E. (2024). The Impact of Cyberbullying on Self-Harming Behavior and Suicidal Thoughts among Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of Health Promotion and Behavior*, 9(4), 357-369.





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی



پروپوزیشن گاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی