رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۰، شماره پیاپی ۹۱، دی ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(10), 2024

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تکانشگری و نشخوارفکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on impulsivity and co-rumination in students with suicidal thoughts

سولماز قدرتی
دانشجوی دکتری روان-شناسی، گروه روان-شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
سمیه تکلوی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روان-شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
رضا کاظمی
استادیار گروه روان-شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

Solmaz Ghodrati
Ph.D. student Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
Somayyeh Taklavi*
Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
staklavi@gmail.com
Reza Kazemi
Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تکانشگری و نشخوارفکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل در سال‌تحصیلی۱۴۰۲-۱۴۰۱بودند که ۳۹ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۹ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسه‌ی ۷۵ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. ابزارگردآوری داده‌ها شامل مقیاس افکار خودکشی (BSSI، بک و استیر، ۱۹۹۱)، پرسشنامه نشخوار فکری مشترک (CRQ، روز، ۲۰۰۲) و پرسشنامه تکانشگری بارات (BIS-11، پاتون و همکاران، ۱۹۹۵) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) انجام شد. براساس یافته‌ها با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس‌آزمون نشخوار فکری مشترک و تکانشگری (و مولفه‌های آن‌ها) در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و گواه تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. با استناد به این یافته‌های می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد یک روش روان‌درمانی مناسب برای کاهش تکانشگری و نشخوارفکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: *افکار خودکشی، تکانشگری، نشخوارفکری مشترک، درمان پذیرش و تعهد.*

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on impulsivity and co-rumination in students with suicidal thoughts. The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population included all the students of Ardabil Islamic Azad University in the academic year of 2022-2023, of which 39 people were selected by the purposeful sampling method and randomly replaced in two experimental groups (19 people) and control groups (20 people). The experimental group underwent eight 75-minute sessions and one session per week of acceptance and commitment therapy. Data collection tools included the beck suicide scale ideation (BSSI) (Beck and Steer, 1991), the co-rumination questionnaire (CRQ) (Rose, 2002), and the Barrett impulsivity questionnaire-11 (BIS-11) (Patton et al., 1995). Data analysis was done with multivariate analysis of covariance (MANCOVA). Based on the findings, by controlling the effect of the pre-test, there is a significant difference at the level of 0.01 between the mean of the post-test of impulsivity and co-rumination (and their components) in the two experimental and control groups. Based on these findings, it can be concluded that acceptance and commitment therapy is a suitable psychotherapy method to reduce impulsivity and co-rumination in students with suicidal thoughts.

Keywords: *Suicidal Thoughts, Impulsivity, Co-Rumination, Acceptance and Commitment Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : شهریور ۱۴۰۲** **پذیرش: آذر ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

مقدمه

خودکشی[1] یک چالش جهانی و نگرانی بزرگ از نظر بهداشت عمومی در سراسر جهان است و هر ساله قریب بر یک میلیون نفر در سرتاسر جهان بر اثر خودکشی می‌میرند (جانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۲). اصطلاح خودکشی به معنی آسیب رساندن به خود با هدف از بین بردن خویش است. این پدیده فرایندی مستمری است که از افکار خودکشی و اقدام به خودکشی آغاز می‌شود و به یک خودکشی موفق منتهی می‌شود (دیبلاسی[3] و همکاران، ۲۰۲۱). افکار خودکشی افکار ناخوانده همراه با تمایل به خاتمه دادن عمر در زندگی شخصی فرد است (شاپیرو[4] و همکاران، ۲۰۲۲) و شامل اشتغال ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن است که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است (فالکانی و تایمونز[5]، ۲۰۱۸). وجود افکار خودکشی، منجر به از دست رفتن سال‌های مفید زندگی، تهدید سلامت‌روان افراد و ایجاد آسیب-روانی و مشکلات بسیاری برای فرد و جامعه می‌گردد (لیبویر[6] و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از اقشار مورد توجه که به سبب وجود مسائلی مانند مشکلات تحصیلی، اجتماعی، فردی، مشکلات مرتبط با مصرف مواد و غیره بیشتر در معرض افکار و خطر خودکشی هستند، دانشجویان می‌باشند (حشمتی‌جدا و همکاران، ۱۳۹۸؛ سوسان[7] و همکاران، ۲۰۲۰؛ بینیون[8]، ۲۰۲۲؛ باربیانس[9] و همکاران؛ ۲۰۲۲). به طوری که در این خصوص حشمتی‌جدا و همکاران (۱۳۹۸)، شیوع افکار خودکشی در دانشجویان را ۶/۱۲ درصد گزارش کردند. این میزان در مطالعه میرزایی و شمس علیزاده (۱۳۹۲) ۷/۳۲ درصد گزارش شده است. باربیانس[10] و همکاران (۲۰۲۲)نیز بیان کردند که افزایش افکار خودکشی در بین دانشجویان حاکی از فشار و رنج روانشناختی در بین آنان است.

در مورد رفتارهای خودآسیبی مانند اقدام به خودکشی چندین مدل مطرح شده است؛ یک مدل، مدل مقررات خود[11] است که رفتار خودآسیبی را یک اقدام جبرانی برای تسکین تکانشگری، اضطراب یا ناراحتی هیجانی می‌داند. براساس این مدل افراد برای تسکین عصبانیت یا پرخاشگری خود معمولا به تکانشگری نیز روی می‌آورند (بامیستر[12] و همکاران، ۲۰۰۷). در یک تعریف جامع، تکانشگری[13] را می‌توان به صورت ترجیح پاداش‌های فوری، تمایل به ماجراجویی، جستجوی حس‌های نو، یافتن راه‌های ساده دستیابی به پاداش و زمان واکنش کوتاه فردی تعریف نمود (موری[14] و همکاران، ۲۰۲۲). تکانشگری به عنوان یک سازه‌ی شخصیتی چندبعدی که مکانیزم‌های زیربنایی نوروبیولوژی دارد، هسته آسیب‌شناسی بسیاری اختلالات است و نقش قدرتمندی در پیش‌بینی مشکلات در بین افراد دارد (یونگ و همکاران[15] و همکاران، ۲۰۲۰). نتایج مطالعات چندی نشان داده‌اند که بین تکانشگری با افکار خودکشی ارتباط معناداری وجود دارد (بروکک[16] و همکاران، ۲۰۲۲؛ برونو[17] و همکاران، ۲۰۲۳).

به علاوه یکی از عامل‌های زیربنای دخیل در رفتارهای خودآسیب رسانی، وجود نشخوارفکری در خصوص آسیب است. چرا که نشخوار فکری، زیربنای شناختی افراد را دچار ناهنجاری می‌کند و با ناسازگاری ضعیف روانشناختی و افزایش احساس‌های منفی مانند خشم و فشارروانی رابطه مستقیم دارد (راینز[18] و همکاران، ۲۰۱۷). افراد مبتلا به نشخوار فکر، معتقدند که باید تلاش کنند تا بر درونشان متمرکز شوند. زیرا فکر می‌کنند چنین تمرکزی به آنان بینش می‌دهد تا بتوانند راه حلی برای مشکلات خود پیدا کنند، اما دچار نشخوار فکری می‌شوند که خود منجر به ایجاد مشکلات دیگر از جمله افسردگی و تنش می‌شود (هولدای[19] و همکاران، ۲۰۱۸). افزون براین شدت

1. suicide
2. Jang
3. Diblasi
4. Shapiro
5. Flakani & Michel
6. Leboyer
7. Susan,
8. Benton
9. Barbayannis
10. Barbayannis
11. self-regulation model
12. Baumeister, Schmeichel & Vohs
13. impulsiveness
14. Moore
15. Young
16. Brokke
17. Bruno
18. Raines
19. Holdaway, Luebbe & Becker

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

مشکلات ناشی از نشخوار فکری زمانی که منجر به نشخوار فکری مشترک[1] شود، بیشتر می‌گردد. نشخوار فکری مشترک به بحث و بررسی گسترده مشکلات، گمانه زنی درباره مشکلات و تمرکز بر احساسات منفی با همسالان اشاره دارد (روز[2]، ۲۰۰۲). نشخوار فکری مشترک بیشتر بر روی خود مشکلات تمرکز دارد و بنابراین می‌تواند ناسازگار باشد (باستین[3] و همکاران، ۲۰۲۱). نشخوار فکری مشترک ممکن است نگرانی در مورد مشکل را بیشتر کرده و با تمرکز منفی روی موضوعات نگران کننده، به جای حل‌مسئله، موجب افزایش مشکلات و اضطراب شود (جیانگ[4] و همکاران، ۲۰۲۲). نتاج مطالعه جداگانه وریونیک[5] و همکاران (۲۰۲۲) و نیکولای[6] و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که نشخوار فکری مشترک پیش‌بینی کننده افکار آسیب به خود و افکار خودکشی بود.

با توجه به روز افزونی معضل خودزنی در بین نوجوانان و نقش متغیرهای روان‌شناختی در افزایش این رفتار، انجام مداخلات روان-شناختی به منظور کاهش نقش متغیرهای مطرح شده از اهیمت بالایی برخوردار است. در این راستا یکی از مداخلاتی که می‌تواند نقش مهمی بر وضعیت روان‌شناختی این افراد داشته باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[7] است که یک مداخله روانشناختی است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای مبتنی بر تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به کار می‌گیرد (هیز[8] و همکاران، ۲۰۱۳). هدف این درمان ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر شود (فیریریا[9] و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین از اهداف درمان پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی[10] و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است را افزایش می‌دهد نه انتخاب عملی که صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات یا خاطره‌های آشفته‌ساز انجام می‌شود را بر فرد تحمیل نماید. همچنین توانایی برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی است (فورمن و هربرت[11]، ۲۰۰۹). در این خصوص نتایج مطالعات چندی نشان دادند که ارائه این درمان موجب کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد دارای افکارخودکشی شده است (فیض‌الهی و همکاران، ۱۴۰۰؛ لی[12] و همکاران، ۲۰۲۱). به علاوه مطالعه مرادی و صادقی (۱۳۹۹) نشان داد درمان پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر کاهش نشخوار فکری زنان مورد مطالعه داشت. همچنین نتایج مطالعه استادیان‌خانی و همکاران (۱۴۰۰) حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری و کاهش تکانشگری بود. بعلاوه نتایج مرور سیستماتیک تیشا[13] و همکاران (۲۰۲۲) و متیوو[14] همکاران (۲۰۲۲) حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری، افسردگی، اضطراب و بهبود سلامت روان بود.

از آنجایی که وجود افکارخودکشی در قشر نوجوانان و جوانان برای نظام بهداشتی کشور پرهزینه بوده و از طرفی با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور سازگار نیست، توجه به این معضل بسیار حائز اهمیت است. به علاوه با توجه به نقش متغیرهای مطرح در این پژوهش در افکار خودکشی و نیز کمبود مطالعات داخلی و خارجی در خصوص اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر این متغیرها، انجام مطالعه حاضر از اهمیت مضاعفی برخوردار می‌باشد و بدون شک در صورت تأیید نتایج و به کارگیری این نتایج در قالب کارگاه‌های آموزشی برای این جمعی خاص، از بروز پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی متعاقب این مشکل پیشگیری شده و در بسیاری از هزینه‌های مادی و انسانی تحمیل شده بر سیستم بهداشتی کشور و خانواده‌ها پیشگیری خواهد شد. براین اساس مطالعه حاضر به منظور تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تکانشگری و نشخوارفکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی انجام شد.

1. co-rumination
2. Rose
3. Bastin
4. Chiang
5. Verónica
6. Nicolai
7. acceptance and commitment based therapy
8. Hayes
9. Ferreira
10. psychological flexibility
11. Forman & Herbert
12. Li
13. Trisha
14. Matthew

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه شامل همه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل در سالتحصیلی۱۴۰۲-۱۴۰۱بودند. تعداد نمونه مورد پژوهش ۴۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند به این شرح انتخاب گردید: ابتدا تعداد ۵۰۰ نفر از دانشجویان (براساس شیوع ۷-۸ درصدی افکار خودکشی در بین دانشجویان ایرانی؛ حشمتی‌جدا و همکاران، ۱۳۹۸؛ میرزایی و شمس‌علیزاده، ۱۳۹۲) از طریق مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس تعداد ۴۰ نفر که دو نمره بالاتر از انحراف معیار (نمره برش ۶؛ بک و استیر، ۱۹۹۱) کسب کرده بودند، به عنوان گروه نمونه شناسایی و به طور تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) جایگزین شدند. با توجه به اینکه در طی جلسات درمانی یکی از دانشجویان از ادامه شرکت در درمان انصراف دادند، در گروه آزمایش ۱۹ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تکمیل فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش، عدم ابتلاء به مشکلات روانشناختی حاد (براساس گزارش خود افراد شرکت کننده و مصاحبه اولیه توسط پژوهشگر)، تحت درمان دارویی قرار نداشتن در خصوص افکار خودکشی، کسب حداقل نمره ۶ در مقیاس افکار خودکشی بک، و ملاک‌های خروج شامل: شدت یافتن افکار خودکشی گرایانه فرد، نیاز به مداخله دارویی، غیبت دو جلسه متوالی از برنامه‌های درمانی و دریافت برنامه آموزشی/ درمانی دیگری در خصوص افکار خودکشی بود. از هر دو گروه پیش آزمون به عمل آمد. بعد گروه آزمایشی مورد مداخلات آموزشی قرار گرفت و گروه گواه بدون هیچ مداخله‌ای باقیماندند. ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش شامل: دریافت کردن رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان در پژوهش؛ دریافت مجوز اخلاق از کمیه اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل برای انجام مداخله پژوهشی به شناسه (IR.IAU.ARDABIL.REC.1401.103)، محرمانه ماندن تمانی اطلاعات افراد شرکت کننده در پژوهش و اجرای روش درمانی در صورت فشرده (دو جلسه در هفته) برای گروه گواه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI[1]): این مقیاس در سال ۱۹۶۱ توسط بک[2] ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۹ ماده می‌باشد. در آزمون افکار خودکشی بک پنج سوال وجود دارد که سوالات غربالگری نام دارند. اگر پاسخ‌ها نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافعال باشد، سپس آزمودنی باید ۱۴ سوال بعدی را نیز ادامه دهد. در واقع در این پرسشنامه ۵ سوال اول به منظور غربالگری، طرح شده است به طوری که اگر فرد به ۵ سئوال اول، نمره صفر دهند فاقد افکارخودکشی هستند. بین نمره ۱تا ۵ نشان دهنده داشتن افکار خودکشی، نمره ۶ تا۱۹ نشان دهنده آمادگی جهت خودکشی و نمره ۲۰ تا ۳۸ نشانگر قصد اقدام به خودکشی می‌باشد. این مقیاس ترکیبی از سه عامل می‌باشد: تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی و تمایل به خودکشی واقعی (بک و استیر[3]، ۱۹۹۱). پایایی این مقیاس توسط سازندگان آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش بازآزمایی بعد از چهار هفته ۰/۵۴ به دست آمده است. همچنین روایی سازه‌ای این مقیاس برابر ۰/۷۶ به دست آمده که نشانگر مطلوب بودن این روایی می‌باشد (بک و استیر، ۱۹۹۱). در ایران نیز پژوهش انیسی و همکاران (۱۳۸۴) نشان داد که این مقیاس با زیرمقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشت، که حاکی از تأیید روایی همگرایی این مقیاس است. همچنین پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ و روش دو نیمه ۰/۷۵ به دست آمد (انیسی و همکاران، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه تکانشگری بارات[4](BIS-11): این پرسشنامه توسط پاتون[5] و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ آیتم دارد. گزینه‌های این ابزار براساس مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای از بندرت/هرگز (امتیاز ۱) تا تقریباً همیشه (امتیاز ۴) نمره‌دهی می‌شود. در این ابزار ۱۱ عبارت منفی وجود دارد که امتیازبندی آن به صورت معکوس انجام می‌گیرد. حداقل نمره در این مقیاس ۳۰ و حداکثر نمره ۱۲۰ می‌باشد. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ توسط سازندگان آن برابر ۰/۸۴ گزارش شده است. سالو و کاستر[6] (۲۰۱۳) در بررسی خود روایی سازه این مقیاس را برابر ۰/۷۲ و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ را برابر ۰/۸۵ و به روش بازآزمایی برابر ۰/۸۱ گزارش کردند. در ایران نیز جاوید و همکاران (۱۳۹۱) به هنجاریابی این مقیاس پرداختند و روایی همگرای این پرسشنامه را با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس های این

1. beck suiacide scale ideation
2. Beck
3. Steer
4. barratt impulsivity questionnaire- 11
5. Patton
6. Salvo & Castro

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

پرسشنامه با یکدیگر برای بی‌برنامگی ۰/۸۰، تکانشوری حرکتی ۰/۷۴ و تکانشوری شناختی ۰/۴۷ گزارش کردند. اعتبار کل پرسشنامه تکانشگری از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد. بعلاوه در پژوهش جهانی، جعفرزاده‌داشبلاغ و اقبالی (۱۴۰۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای نوجوانان دختر ۰/۶۷، نوجوانان پسر ۰/۷۲ و کل نوجوانان ۰/۶۹ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ در این مطالعه برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه نشخوار فکری مشترک (CRQ[1]): پرسشنامه نشخوار فکری مشترک توسط رز (۲۰۰۲) طراحی شده و دارای ۲۷ آیتم می‌باشد و مربوط به سنجش رابطه افراد با دوستان می‌باشد که با آنها نشخوار مشترک دارند. آیتم‌های سه گانه تداعی منفی، غوطه‌وری در افکار و تشویق به صحبت کردن در مورد مشکل را اندازه‌گیری می‌کند. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از «کاملاً نادرست=۱» تا «کاملاً درست=۵» به هر گویه پاسخ دهد. هیچ سؤالی برعکس نمره‌گذاری نمی‌شود. نمرهٔ بالاتر نشانگر میزان بالاتر نشخوار فکری مشترک است. دامنهٔ نمرات بین ۲۷ تا ۱۳۵ است (رز، ۲۰۰۲). یک کاوش تحلیل عاملی برای آزمایش اینکه چه اطلاعاتی بهترین نماینده برای یک عامل یا چندین عامل که نشانگر حوزه‌های مورد بررسی است، انجام شد. آزمایش عدد خاصی، یک عامل قوی را نشان داد (۰/۴۵ به بالا برای همه مولفه‌ها) (رز، ۲۰۰۲). دیویدسون[2] و همکاران (۲۰۱۴) از طریق تحلیل عاملی اکتشافی نشان دادند که این پرسشنامه دارای سه عامل اصلی می‌باشد: تداعی منفی، غوطه‌وری در افکار و تشویق به صحبت کردن در مورد مشکل. به علاوه همسانی درونی پرسشنامه را براساس ضریب آلفای کرونباخ برای تداعی منفی ۰/۹۴، غوطه‌وری در فکر ۰/۸۵ و تشویق به صحبت کردن در مورد مشکل ۰/۸۴ گزارش کردند. والر و رز[3] (۲۰۱۳) برای این پرسشنامه همسانی درونی ۰/۹۰ تا ۰/۹۷ را براساس آزمون آلفای کرونباخ به دست آوردند. همچنین روایی محتوایی با دو ضریب CVR و CVI به ترتیب برابر ۰/۸۸ و ۰/۸۵ گزارش کردند. نمرهٔ بالاتر میزان نشخوار فکری مشترک بالا را نشان می‌دهد. جواهری‌رنانی و همکاران (۱۳۹۸) در ایران به تعیین ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه پرداختند. تحلیل عاملی اکتشافی، وجود دو عامل با عناوین نشخوار فکری مربوط به مشکلات دوست و نشخوار فکری مربوط به مشکلات مشترک را نشان داد. میزان همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی برای این پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۷۶ و ۰/۷۴ به دست آمد. به‌علاوه این آزمون با پرسشنامه‌های افسردگی بک (r=۰/۷۷) و سبک پاسخدهی نشخواری (r=۰/۶۴) رابطه مثبت و معنی‌داری را نشان داد (جواهری‌رنانی و همکاران، ۱۳۹۸). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۳ به دست آمد.

پروتکل درمان پذیرش و تعهد: درمان پذیرش و تعهد در این پژوهش مبتنی بر بسته آموزشی/درمانی هیز و همکاران (۲۰۱۲؛ ترجمه زارع و همکاران، ۱۳۹۶) بود که شامل هشت جلسه‌ی ۷۵ دقیقه‌ای است که به صورت هفته‌ای برگزار شد. خلاصه جلسات آموزشی در زیر ارائه شده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۲)

ردیف جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی گروه با یک دیگر، برقراری رابطه درمانی و سنجش کلی
دوم	درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک این که کنترل مسأله است نه راه حل
سوم	شناسایی ارزش‌های فرد، تصریح ارزش‌ها، اعمال و موانع
چهارم	بررسی ارزش‌های افراد و به کارگیری استعاره‌های مربوطه
پنجم	بررسی هم‌جوشی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش با استفاده از استعاره
ششم	توضیح مفاهیم، نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر
هفتم	تأکید بر زمان حال بودن. در این جلسه بر اهمیت در زمان حال بودن برای افراد شرکت کننده ارائه شد.
هشتم	آموزش تعهد، بررسی داستان زندگی، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق ارزش‌ها و جمع‌بندی جلسات

یافته ها

براساس یافته‌ها میانگین و انحراف معیار سنی گروه گواه ۳/۷۸±۲۴/۳۵ و گروه آزمایش ۴/۵۷±۲۵/۰۱ بود. در هر دو گروه کمترین فراوانی دانشجوی دکتری و بیشترین فراوانی دانشجوی کارشناسی بودند. در بین گروه گواه ۳۰ درصد متاهل و در گروه آزمایش ۳۱/۲۶ درصد متاهل

1. co-rumination questionnaire
2. Davidson
3. Waller & Rose

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

بودند. میانگین و انحراف معیار مدت ازدواج گروه گواه ۲/۰۵±۴/۲۵ و گروه آزمایش ۲/۱۹±۵/۰۲ بود. در ادامه میانگین و انحراف‌معیار متغیرها و و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک ارائه شده است (جدول ۱).

جدول ۲- میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره z	معنی داری
تداعی منفی	گواه	پیش‌آزمون	۳۴/۲۴	۳/۱۹	۰/۹۲۴	۰/۱۱۷
		پس‌آزمون	۳۳/۵۷	۳/۱۲	۰/۹۱۹	۰/۱۲۰
	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۳۴/۵۷	۴/۶۹	۰/۹۷۵	۰/۸۴۸
		پس‌آزمون	۲۵/۲۶	۴/۱۰	۰/۸۳۳	۰/۰۳۹
غوطه وری در افکار	گواه	پیش‌آزمون	۳۰/۴۶	۴/۱۶	۰/۹۷۶	۰/۷۸۸
		پس‌آزمون	۲۹/۹۳	۳/۲۹	۰/۹۸۰	۰/۴۱۷
	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۳۰/۸۹	۴/۹۸	۰/۹۵۷	۰/۴۸۷
		پس‌آزمون	۲۶/۰۷	۴/۲۷	۰/۹۳۱	۰/۱۸۴
تشویق به صحبت در مورد مشکل	گواه	پیش‌آزمون	۲۹/۸۷	۴/۱۴	۰/۹۱۹	۰/۴۰۲
		پس‌آزمون	۳۰/۹۲	۴/۳۵	۰/۷۸۱	۰/۰۷۴
	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۳۰/۶۳	۵/۰۶	۰/۹۶۹	۰/۷۲۶
		پس‌آزمون	۲۵/۷۴	۳/۸۸	۰/۹۲۳	۰/۱۳۰
نشخوار فکری مشترک	گواه	پیش‌آزمون	۹۴/۵۷	۹/۴۸	۰/۹۱۱	۰/۳۱۰
		پس‌آزمون	۹۴/۴۱	۹/۳۵	۰/۸۸۹	۰/۴۰۹
	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۹۴/۵۲	۹/۵۶	۰/۹۱۸	۰/۰۹۲
		پس‌آزمون	۷۷/۶۸	۷/۸۱	۰/۹۱۱	۰/۰۷۶
بی‌برنامگی	گواه	پیش‌آزمون	۳۱/۸۵	۴/۹۵	۰/۹۸۴	۰/۹۷۵
		پس‌آزمون	۳۲/۱۰	۴/۷۴	۰/۹۶۴	۰/۶۶۲
	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۳۲/۱۳	۴/۹۰	۰/۹۶۱	۰/۵۶۴
		پس‌آزمون	۲۲/۵۷	۳/۶۱	۰/۹۵۸	۰/۵۲۹
تکانشگری حرکتی	گواه	پیش‌آزمون	۲۹/۰۵	۳/۳۷	۰/۹۵۵	۰/۴۵۲
		پس‌آزمون	۳۰/۲۰	۳/۲۹	۰/۸۸۷	۰/۰۲۹
	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۳۱/۱۵	۳/۹۵	۰/۹۱۹	۰/۰۹۳
		پس‌آزمون	۲۲/۸۴	۳/۱۳	۰/۹۲۸	۰/۱۶۲
تکانشگری شناختی	گواه	پیش‌آزمون	۳۰/۸۵	۴/۱۹	۰/۹۵۲	۰/۴۸۵
		پس‌آزمون	۳۰/۸۲	۳/۸۷	۰/۹۶۵	۰/۷۲۲
	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۳۱/۱۰	۳/۹۵	۰/۹۷۷	۰/۶۱۸
		پس‌آزمون	۲۱/۴۷	۳/۰۳	۰/۹۵۸	۰/۵۱۳
تکانشگری کل	گواه	پیش‌آزمون	۹۱/۸۵	۶/۷۲	۰/۹۵۵	۰/۴۴۹
		پس‌آزمون	۹۳/۱۰	۷/۵۳	۰/۹۴۳	۰/۲۹۴
	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۹۲/۳۵	۶/۹۱	۰/۹۶۰	۰/۵۴۶
		پس‌آزمون	۶۵/۷۳	۶/۰۶	۰/۹۲۴	۰/۱۳۴

در جدول ۲ میانگین متغیرهای تکانشگری و نشخوارفکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. چنانچه نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش دیده می‌شود که در ادامه به منظور بررسی معنادای این تفاوت‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده می‌شود. همچنین برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

بعلاوه نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل نشان داد که آماره F معنادار نمی‌باشد (P>۰/۰۵). بعلاوه برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه در پس آزمون‌های متغیرهای پژوهشی، از آزمون لوین برای مقایسه واریانس‌های دو گروه استفاده شد و نتایج نشان داد که واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه برابر بود (تکانشگری، F=۱/۴۱۷، P=۰/۲۵۰؛ نشخوارفکری مشترک F=۱/۲۳۸، P=۰/۲۷۱). همچنین نتایج مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس (آزمون M-Box) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس‌ها متغیرها است (تکانشگری M-Box =۵/۳۴۱، F=۱/۵۶۹، P=۰/۲۱۷؛ نشخوارفکری مشترک ۹/۲۳۵= M-Box، F=۱/۸۱۲، P=۰/۱۵۵). بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

جدول۳. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

اثر	شاخص‌های اعتباری	ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۲۰	۱۷/۹۱۲	۸	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۰	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۲۵	۱۷/۹۱۲	۸	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۰	۱
	اثر هتلینگ	۶/۲۴۰	۱۷/۹۱۲	۸	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۰	۱
	بزرگترین ریشه روی	۶/۲۴۰	۱۷/۹۱۲	۸	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۰	۱

با توجه به جدول شماره ۳ سطح معناداری لامبدای ویلکز (P<۰/۰۱، F=۱۷/۹۱) نشان داد که حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته نشخوار فکری مشترک، تکانشگری و مولفه‌های آن‌ها در گروه های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد و نشانگر آن است که ۷۲ درصد از تفاوت مشاهده شده در میانگین متغیرها مربوط به مداخله درمانی است. با توجه به رعایت مفروضه‌های فوق، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری به کار گرفته شد و نتایج حاصل از اجرای آزمون در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشخوار فکری مشترک، تکانشگری و مولفه‌های آن‌ها

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدارF	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
تداعی منفی	پیش آزمون	۵۹/۲۹۰	۱	۵۹/۲۹۰	۴/۵۵۷	۰/۰۴۱	۰/۱۳۶	۰/۵۴۱
	گروه	۵۳۲/۲۴۶	۱	۵۳۲/۲۴۶	۳۹/۳۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۶	۱/۰۰۰
	خطا	۳۹۲/۱۱۱	۲۹	۱۳/۵۲۱				
غوطه‌وری در افکار	پیش آزمون	۳/۹۷۶	۱	۳/۹۷۶	۰/۳۰۶	۰/۵۸۵	۰/۰۱۰	۰/۰۸۳
	گروه	۱۷۹/۵۲۶	۱	۱۷۹/۵۲۶	۱۳/۰۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰	۰/۹۳۶
	خطا	۴۰۰/۱۲۲	۲۹	۱۳/۷۹۷				
تشویق به صحبت	پیش آزمون	۱۵/۳۹۸	۱	۱۵/۳۹۸	۱/۱۸۴	۰/۲۸۶	۰/۰۳۹	۰/۱۸۳
	گروه	۳۰۴/۵۲۰	۱	۳۰۴/۵۲۰	۱۱/۶۴۹	۰/۰۰۲	۰/۲۸۷	۰/۹۱۰
	خطا	۷۵۸/۱۱۹	۲۹	۲۶/۱۴۲				
نشخوار فکری مشترک	پیش آزمون	۳۲/۱۸۰	۱	۳۲/۱۸۰	۲/۴۷۴	۰/۱۲۷	۰/۰۷۹	۰/۳۳۱
	گروه	۲۳۳۹/۱۹۰	۱	۲۳۳۹/۱۹۰	۶۹/۰۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۴	۱/۰۰۰
	خطا	۹۸۲/۹۰۲	۲۹	۳۳/۸۹۳				
بی‌برنامگی	پیش آزمون	۳/۲۳۶	۱	۳/۲۳۶	۰/۲۴۹	۰/۶۲۲	۰/۰۰۹	۰/۰۷۷
	گروه	۷۵۲/۸۳۸	۱	۷۵۲/۸۳۸	۵۷/۸۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۶	۱/۰۰۰
	خطا	۳۷۷/۲۸۲	۲۹	۱۳/۰۱۰				
تکانشگری- حرکتی	پیش آزمون	۰/۷۳۰	۱	۰/۷۳۰	۰/۰۵۶	۰/۸۱۴	۰/۰۰۲	۰/۰۵۶
	گروه	۴۶۶/۵۵۷	۱	۴۶۶/۵۵۷	۱۳/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴	۰/۹۵۰
	خطا	۹۷۴/۵۴۶	۲۹	۳۳/۶۰۵				
تکانشگری- شناختی	پیش آزمون	۴/۳۳۲	۱	۴/۳۳۲	۰/۳۳۳	۰/۵۶۸	۰/۰۱۱	۰/۰۸۶
	گروه	۶۲۲/۵۹۹	۱	۶۲۲/۵۹۹	۳۸/۰۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶۸	۱/۰۰۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

	خطا	۴۷۴/۴۵۳	۲۹	۱۶/۳۶۰			
	پیش آزمون	۱۴/۷۸۶	۱	۱۴/۷۸۶	۱/۱۳۷	۰/۲۹۵	۰/۰۳۸	۰/۱۷۸
تکانشگری	گروه	۵۷۵۵/۰۸۸	۱	۵۷۵۵/۰۸۸	۹۹/۳۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷۴	۱/۰۰۰
	خطا	۱۶۷۷/۴۱۰	۲۹	۵۷/۸۴۲			

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بکارگیری درمان پذیرش و تعهد باعث تفاوت معنادار بین گروها در متغیر نشخوار فکری مشترک و تکانشگری (و مولفه‌های آن‌ها) در سطح معناداری ۰/۰۱ شده است. به عبارتی دیگر درمان پذیرش و تعهد موجب کاهش نشخوار فکری مشترک (F=۶۹/۰۱) و تکانشگری (F=۹۹/۳۰) شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تکانشگری و نشخوارفکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری در دانشجویان دارای افکار خودکشی تاثیرگذار بود. نتایج به دست آمده با یافته‌های مطالعه استادیان‌خانی و همکاران (۱۴۰۰)، عباس‌زاده و همکاران (۱۴۰۱)، تیشا و همکاران (۲۰۲۲) و متیو و همکاران (۲۰۲۲) مبنی بر تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که فرایندهای مرکزی درمان پذیرش و تعهد باعث می‌شود که افراد تحت درمان راهبردهای کنترل فکر را رها کنند، با افکار مزاحم روبرو نشوند و هیجانات نامطبوع مانند اضطراب و خشم را بیشتر تحمل کنند و بدون این که فراوانی و محتوای این افکار به طور مستقیم هدف قرار داده شود، استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش، موجب می‌شود که میزان آزاردهندگی این موقعیت‌ها برای آزمودنی‌ها کاهش یابد (مانند آموزش‌های جلسه پنجم در مطالعه حاضر که به بررسی همجوشی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش پرداخت). بعلاوه ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌هایشان و تعیین اهداف، اعمال و موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن رضایت از زندگی ایجاد شود و آنها را از گیر افتادن در حلقه افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، یاس و ناامیدی، افسردگی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات و تکانشگری می‌شود، رهایی دهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). در این رویکرد اعتقاد بر این است که وقتی ذهن می‌گوید درباره موضوعی همه چیز را می‌داند، واکنش‌های غیرمنطقی بیشتری بروز می‌کند. از این رو گسلش در درمان پذیرش و تعهد به معنی یک گام به عقب برداشتن و نظاره‌گر بودن افکار است که موجب می‌شود افکار فقط فکر و نه واقعیت محض پنداشته شوند که این امر کمک شایانی در کاهش واکنش‌های شدید از جمله انواع تکانشگری می‌کند (استنفورد و همکاران، ۲۰۰۹).

همچنین نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوارفکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی تاثیر گذار بود. این نتایج با یافته‌های مرادی و صادقی (۱۳۹۹) حمیدی و همکاران (۱۳۹۹) و شاره و رباطی (۱۴۰۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که فرایندهای موثر در درمان پذیرش و تعهد، معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش می‌باشد. مولفه‌ی تمایل و پذیرش این امکان را برای مراجع فراهم می‌کند تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها بپذیرد و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات و نشخوارهای فکری، کمتر تهدید کننده به نظر برسند و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشد (جیانگ و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر شود (فیریریا و همکاران، ۲۰۲۲). براین اساس برقرار ارتباط درست با تجارب فردی موجب می‌شود این افراد با اتخاذ نگرش متفاوت در خصوص افکارخودکشی، رفتارهای خود را نیز کاهش دهند، که یکی از این رفتارها کاهش نشخوار فکری مشترک است. بعلاوه توجه کمتر فرد به نشخوارفکری خودشان، باعث می‌گردد تا آنان به صورت مشترک نیز نشخوار فکری بسیار کمتری داشته باشند. بعلاوه قابل بیان است که در طی این درمان دانشجویان یاد گرفتند که با هیجانات و موقعیت‌های دشوار خود از طریق پذیرش، همدلی و سبک‌های مشفقانه سازگار شوند و فضای را برای رخداد آنها باز کنند (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹)، در نتیجه انگیزه برای مدیریت تجربیات روانشناختی دشوار و سخت مانند نشخوارهای مربوط به خودکشی و صحبت درباره آن کاهش یابد.

براساس این نتایج قابل بیان است که درمان پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر کاهش تکانشگری و نشخوارفکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی داشته است و استفاده روانشناسان و مشاوران مراکز رواندرمانی از این مداخله درمانی می‌تواند در کاهش متغیرهای مذکور موثر افتد. از محدودیت‌های این پژوهش عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های مورد مطالعه، عدم وجود دوره پیگیری و نیز بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی بود. براین اساس پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آتی ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی افراد مورد مطالعه از طریق

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

پرسشنامه‌ها بررسی و کنترل گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد تا با بهره‌گیری از روش‌های تصادفی برای انتخاب نمونه‌های آماری قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد.

منابع

آریاپوران، س. (۱۴۰۰). *روان‌شناسی پیشرفته: مباحثی در شناخت، هیجان*. تهران: انتشارات ارجمند.https://www.arjmandpub.com/book/1978

استادیان‌خانی، ز.، حسنی، ف.، سپاه‌منصور، م.، و کشاورزی‌رشدی، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری تصویر بدنی و کنترل عواطف در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۸)، ۲۸۵-۳۰۹. *http://ijrn.ir/article-1-538-fa.html*

انیسی، ج.، فتحی‌آشتیانی، ع.، سلیمی، س.ح.، و احمدی‌نوده، خ. (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) در سربازان. *مجله طب نظامی*، ۷(۱۱)، ۳۳-۳۷. https://sid.ir/paper/62015/fa

جاوید، م.، محمدی، ن.، و رحیمی، چ. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲(۸)، ۲۱-۳۲. 20.1001.1.22285516.1391.2.8.2.1

جواهری‌رنانی، ر.، عاقبتی، ا.، جوکار، س.، و عطایی، ش. (۱۳۹۸). پرسشنامه نشخوار فکری مشترک: تعیین ویژگی‌های روانسنجی در نوجوانان ایرانی. *نهمین همایش سراسری روانپزشکی کودک و نوجوان*، تهران، ایران. https://civilica.com/doc/996570

جهانی، ح.، اقبالی، م.، و جعفرزاده‌داشبلاغ، ح. (۱۴۰۲). پیش‌بینی قلدری سایبری براساس تکانشگری، بی‌تفاوتی‌اخلاقی و صفات تاریک شخصیت در نوجوانان دارای وابستگی به فضای مجازی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۴)، ۱۸۷-۱۹۶.http://frooyesh.ir/article-4576-1

حشمتی، آ.، خاکپور، س.، کوثری، ز.، محمدی، م.، و زنوزیان، س. (۱۳۹۸). شیوع خودکشی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۱)، ۳۵-۴۳. files/site1/rds_journals/219/article-219-2431505.pdf.

حمیدی، م.، شاهمرادی، س.، جواهری، ع.، و رهبان‌فرد، ح. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT). بر نشخوار فکری در دختران نوجوان ورزشکار حرفه‌ای. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۱(۲۰)، ۱۶۵-۱۸۰.10.22059/japr.2020.298582.643453 .

شاره، ح.، و رباطی، ز. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، افکار خودکشی، افسردگی و ناامیدی در سربازان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۷ (۴)، ۴۲۷-۴۱۲. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3095-fa.html

عباس‌زاده، ف.، فخری، م.، و عباسی، ق. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی و تکانشگری در دختران نوجوان دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *ابن سینا*، ۲۴ (۲)،۷۰-۷۶.http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-1110-fa.html

فیض‌الهی، س.، نریمانی، م.، و موسی‌زاده، ت. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افکار خودکشی، خودنهان سازی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای افکار خودکشی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰ (۲)، ۶۹-۸۰.*http://frooyesh.ir/article-1-2524-fa.html*

مرادی، ز.، و صادقی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روانشناسی مثبت‌نگر بر نشخوار فکری زنان مبتلا آرتریت روماتوئید. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۷ (۶)، ۷۵-۸۹. *http://rjms.iums.ac.ir/article-1-6182-fa.html*

میرزایی، س.ن.، و شمس‌علیزاده، ن. (۱۳۹۲). بررسی شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۸ (۱)، ۲۶-۱۸.URL: http://sjku.muk.ac.ir/article-1004-fa.html

ورمقانی، ح.، پورشریفی، ح.، سلیمانی، ع.، و فتحی‌آشتیانی، ع. (۱۴۰۱). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس حالت شرم و احساس گناه در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۳(۲)، ۱-۱۰. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_694938.html

هیز، اس.، استروسال، س.، و یلسون. ک.ج. (۲۰۱۲). مبانی نظری و راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرایند و تمرین تغییر آگاهانه. مترجمان: زارع، ح.، عابدین، م.، و برادران، م. (۱۳۹۶). تهران: ناشر محراب. *https://www.gisoom.com/book/11360048*

Barbayannis, G., Bandari, M., Zheng, X., Baquerizo, H., Pecor, KW., & Ming, X. (2022). Academic Stress and Mental Well-Being in College Students: Correlations, Affected Groups. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-10. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.886344

Bastin, M., Amy, H., Mezulis, J.T., Aldrich, G.B., Sabine, N., & Filip, R. (2021). Problem Talk in Adolescence: Temperament and Attachment as Predictors of Co-Rumination Trajectories in Boys and Girls. *Brain Sciences*, 11(9), 1157-1165. doi: 10.3390/brainsci11091157.

Baumeister, R. F., Schmeichel, B. J., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation and the executive function: The self as controlling agent. In A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 516–539). The Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2007-11239-022.

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1991). *Manual for the Beck scale for suicide ideation*. San Antonio. TX: Psychological Corporation.https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/referencePapers.aspx?ReferenceID=2594738.

Benton, T.D. (2022). Suicide and suicidal behaviors among minority's youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 31(2), 211-221. DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30400-0 .

Brokke, S.S., Landrø, N.I., & Haaland, V. (2022). Impulsivity and aggression in suicide ideators and suicide attempters of high and low lethality. *Boston Medical psychiatry*, 22(1), 753. DOI: 10.1186/s12888-022-04398-w .

Bruno, S., Anconetani, G., Rogier, G., Del Casale, A., Pompili, M., & Velotti, P. (2023). Impulsivity traits and suicide related outcomes: A systematic review and meta-analysis using the UPPS model. *Journal of affective disorders*, 339, 571-583. DOI: *10.1016/j.jad.2023.07.086.*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

Chiang, Y.H., Ma, Y.C., Lin, Y. C., Jiang, J.L., Wu, M., & Chiang, K. C. (2022). The relationship between depressive symptoms, rumination, and suicide ideation in patients with depression. *International journal of environmental research and public health*, *19*(21), 14492. doi: 10.1017/S0033291721001720.

Davidson, C.L., Grant, D.M., Byrd-Craven, J., Mills, A.C., & Lechner, W.V. (2014). Psychometric properties of the co-rumination questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 70, 171-5. https://doi.org/10.1016/j.pai d.2014.07.002

Diblasi, E., Kang, J., & Docherty, A. R. (2021). Genetic contributions to suicidal thoughts and behaviors. *Psychological medicine*, *51*(13), 2148-2155. DOI: 10.1017/S0033291721001720.

Falcone, T. & Timmons-Mitchell, J. (2018). Mood Disorders and Suicide. Suicide Prevention: A Practical Guide for the Practitioner. *Berlin*, 47(10), 97-107. DOI: *10.1007/978-3-319-74391-2*.

Ferreira, M.G., Mariano, L.I., de Rezende, J.V., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *309*, 297-308. DOI: 10.1016/j.jad.2022.04.134.

Forman, EM., & Herbert, JD. (2009). *New directions in cognitive behavior therapy; acceptance based therapies*. In: O'Donohue WT, Fisher JE. General Principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. New Jersy: Wiley & Sons. https://psycnet.apa.org/record/2009-02305-005.

Hayes, SC., Levin, ME., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, JL., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavther*; 44(2)180-98. DOI: 10.1016/j.beth.2009.08.002.

Herbert, M.S., Dochat, C., Wooldridge, J.S., Materna, K., Blanco, B. H., Tynan, M., & Afari, N. (2022). Technology-supported Acceptance and Commitment Therapy for chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *148*, 103-103. DOI: 10.1016/j.brat.2021.103995.

Holdaway, A.S., Luebbe, A.M., & Becker, S.P. (2018). Rumination in relation to suicide risk, ideation, and attempts: Exacerbation by poor sleep quality?. *Journal of affective disorders*, 236, 6-13. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.087.

Jang, Y., Lee, W., & Kim, Y. (2022). Suicide Rate and Social Environment Characteristics in South Korea: The Roles of Socioeconomic, Demographic, Urbanicity, general health behaviors, and other environmental factors on suicide rate. *Public Health*, 22, 410- 419. DOI: 10.1186/s12889-022-12843-4.

Leboyer, M., Godin, O., Llorca, P., & Aubin, V. (2022). Key findings on bipolar disorders from the longitudinal Fonda Mental Advanced Center of Expertise-Bipolar Disorder (FACE-BD) cohort. *Journal of Affective Disorders*, 307(15), 149-156. *DOI:* 10.1016/j.jad.2022.03.053.

Moore, F.R., Doughty, H., Neumann, T., McClelland, H., Allott, C., & O'Connor, R. C. (2022). Impulsivity, aggression, and suicidality relationship in adults: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Medicine*, 45, 3201-3211. *DOI:* 10.1016/j.eclinm.2022.101307.

Nicolai, K.A., Wielgus, M.D., & Mezulis, A. (2016). Identifying risk for self-harm: Rumination and negative affectivity in the prospective prediction of no suicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(2), 223-233. https://doi.org/10.1111/sltb.12186

Park, S.M., Park, Y.A., Lee, H.W., Jung, H.Y., Lee, J.Y., & Choi, J.S. (2013). The effects of behavioral inhibition/ approach system as predictors of Internet addiction in adolescents. *Personality and Individual Differences*. 54(1), 7-11. *doi.org/10.1016/j.paid.2012.07.033*

Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (1995). *Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)* [Database record]. APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t05661-000.

Raines, A.M., Vidaurri, D.N., Portero, A.K., & Schmidt, N.B. (2017). Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Personality and Individual Differences*, *113*, 63–67. doi.org/10.1016/j.paid.2017.03.001.

Rose, A.J. (2002). Co-rumination in the friendships of girls and boys. *Child Development*. 73: 1830–1843. https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/1467-8624.00509

Salvo, G.L., & Castro, A. (2013). Reliability and validity of Barratt impulsiveness scale (BIS-11) in adolescents. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254. DOI:10.4067/S0717-92272013000400003.

Shapiro, L., Kennedy, K., Dimick, M., Benjamin, I. (2022). Elevated atherogenic lipid profile in youth with bipolar disorder during euthymia and hypomanic/mixed but not depressive states. *Journal of Psychosomatic Research*, 156(5), 76-84. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2022.110763.

Stanford, M.S., Mathias, C.W., Dougherty, D.M., & Lake, S.L. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: an update and review. *Personality and individual difference*, 47(5), 385-395. doi:10.1016/j.paid.2009.04.008.

Susan, C.C., Bianca, C., Akseer, N., Zasowski, C., Peter, S., & Zulfiqar, A. (2020). Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health*, 20(1102), 352-364. DOI: 10.1186/s12889-020-09209-z .

Verónica, V.A., Bravo, A., & Ortet-Walker, J. (2022). Neuroticism, rumination, depression and suicidal ideation: A moderated serial mediation model across four countries. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(3),100-109. doi: 10.1016/j.ijchp.2022.100325.

Waller, E.M., & Rose, A.J. (2013). Brief report: Adolescents' co-rumination with mothers, co-rumination with friends, and internalizing symptoms. *Journal of Adolescence*. 36(2), 429–433. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.12.006.

Young, A. S., Youngstrom, E. A., Findling, R. L., Van Eck, K., Kaplin, D., Youngstrom, J. K., & Lams Consortium. (2020). Developing and validating a definition of impulsive/reactive aggression in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *49*(6), 787-803. DOI: 10.1080/15374416.2019.1622121

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]