رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۹، شماره پیاپی ۷۸، آذر ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(9), 2022

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر واکنش‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی در اقدام کنندگان مجدد به خودکشی

The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Cognitive Reactivity, Suicidal Thoughts and Social Health in Repeat Suicide Attempters

نرمین برومند
دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
قاسم نظیری (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
اعظم داودی
گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
نجمه فتح
گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

Narmin Bromand
PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
Ghasem Naziryy*
Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran. naziryy@yahoo.com
Azam Davoodi
Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
Najmeh Fath
Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

چکیده
هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر واکنش-پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی در اقدام کنندگان مجدد به خودکشی بود. این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نظر طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه درمانجویان اقدام کننده مجدد به خودکشی در سال ۱۴۰۰ در شهرستان مهاباد در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۴ سال بودند که از این جامعه تعداد ۴۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند و منطبق با معیارهای ورود و خروج انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و گواه هر گروه ۲۰ شرکت‌کننده جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسنامه سلامت اجتماعی (SHQ) (کییز، ۲۰۰۴)، مقیاس افکار خودکشی (BSS) (بک، ۱۹۷۶) و پرسشنامه واکنش‌پذیری شناختی (CRQ) (ون در دوئز و ویلیامز، ۲۰۰۳) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه از نظر متغیرهای واکنش‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی در اقدام کنندگان مجدد به خودکشی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). در واقع رفتار درمانی دیالکتیکی باعث کاهش واکنش‌پذیری شناختی و افکار خودکشی و افزایش سلامت اجتماعی در آن‌ها می‌شود.

واژه‌های کلیدی: *افکار خودکشی، سلامت اجتماعی، واکنش‌پذیری، رفتاردرمانی دیالکتیکی.*

Abstract
The aim of the present study was to determine the effectiveness of dialectical therapy behavior on cognitive reactivity, suicidal thoughts, and social health in repeat suicide attempters. In terms of practical purpose, this research was semi-experimental in terms of pre-test and post-test type with a control group. The statistical population of the present study was all the treatment seekers who committed suicide again in 2021 in Mahabad city, in the age range of 20 to 34 years, of which 40 people were selected based on the purposeful sampling method and in accordance with the entry and exit criteria, and in two The experimental and control groups were replaced by 20 each group. To collect data, Social Health Questionnaire (SHQ) (Keyes, 2004), the Suicidal Ideation Scale (BSS) (Beck, 1976), and Cognitive Responsiveness Questionnaire (CRQ) (Van der Dues and Williams, 2003) were used. became. The results of the research showed that there is a significant difference between the experimental and control groups in terms of cognitive reactivity, suicidal thoughts, and social health in repeat suicide attempters (P<0.01). In fact, dialectical therapeutic behavior reduces cognitive reactivity and suicidal thoughts and increases social health in them.

Keywords: *Suicidal thoughts, social health, responsiveness, dialectical behavior therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : تیر ۱۴۰۱	پذیرش: مرداد ۱۴۰۱	ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.7.0]

مقدمه

خودکشی یک چالش جهانی و نگرانی بزرگ از نظر بهداشت عمومی در سراسر جهان است. خودکشی دهمین عامل مرگ در جهان و سومین علت مرگ در افراد ۱۵ تا ۳۴ ساله است (ییپ[1]، ۲۰۱۱). قاره‌ی آسیا در حدود ۶۰ درصد آمار خودکشی را به خود اختصاص داده است و این در حالی است که کشورهای چین، هند و ژاپن به تنهایی ۴۰ درصد آمار اقدام به خودکشی بوده و بیشترین میزان مرگ در سنین ۱۵ تا ۳۴ سالگی است (کومار[2]، ۲۰۱۷). در ایران نیز میزان بروز خودکشی ۶/۲ در صد هزار نفر است که نسبت به کشورهای غربی پایین‌تر است؛ اما بالاتر از سایر کشورهای خاورمیانه است (محمدزاده و همکاران، ۱۳۹۶).

بر اساس نظریه‌های روانشناختی، خودکشی و اقدام مجدد به خودکشی به عنوان نمونه‌ای از رفتار حل مسئله و جنبه شناختی مطرح است. واکنش‌پذیری شناختی[3] به میزان برانگیخته شدن افکار و نگرش‌های ناکارآمد در قبال ایجاد یک خلق منفی و افسرده‌وار اطلاق می‌شود. در واقع باور بر این است که در اولین دوره‌های افسردگی، ارتباطی میان الگوهای تفکر منفی و خلق غمگین برقرار می‌شود که حالات خلقی منفی بعدی می‌تواند از طریق فعال کردن این ارتباط، شبکه‌ای از افکار منفی را برانگیزد که در دوام و تشدید حالات خلقی منفی و خودکشی و اقدام مجدد به خودکشی نقش داشته باشد (شر[4] و همکاران، ۲۰۰۵). این واکنش پذیری شناختی در برابر افسردگی در حضور یک عامل استرس زای قابل توجه و مرتبط با تجربه درد فعال می گردد و زمانی که این عامل استرس زا، بیش از حد آستانه بحرانی باشد، ممکن است طرحواره های منفی و سه گانه شناختی (نگرش نسبت به خود، دنیا و دیگران) برانگیخته شوند و فرد مبتلا به درد مزمن، وارد یک چرخه کامل از افسردگی تمام عیار گردد. شواهد پژوهشی، از وجود رابطه بین تحریفات شناختی، افکار منفی، نشانههای افسردگی و ناتوانایی در افرادی که اقدام مجدد به خودکشی دارند، حمایت می کند (وود[5] و همکاران، ۲۰۱۶).

بر طبق پژوهش‌های انجام گرفته افزایش قابل توجهی در درصد رفتارهای خودکشی‌گرایانه، افکار خودکشی و تلاش‌های منجر به مرگ و میر در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در ده سال گذشته رو به افزایش گذاشته است. افکار خودکشی قوی‌ترین پیش‌بینی کننده برای رفتارهای خودآسیب‌رسان است و افرادی که افکار خودکشی دارند، در زندگی خود تلاش هدفمند ندارند (مارس[6] و همکاران، ۲۰۱۹). افکار خودکشی به ایده‌ی آسیب زدن به خود یا کشتن خود اشاره دارد که می‌تواند از ایده‌های مبهم تا برنامه خودکشی را شامل شود (گیلتو و رای[7]، ۱۹۹۹). خودکشی پدیده چندعلیتی بالینی با عوامل خطر پیچیده زیستی، اجتماعی و روانشناختی است که برای پایان دادن به درد و رنج تحمل ناپذیر و طاقت فرسای زندگی که از افسردگی نیز خطرناک تر است رخ می‌دهد (ریزوی[8] و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج یافته‌های یانگ[9] و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند، اشخاص دارای افکار خودکشی، نرخ بیشتری از مشکلاتی مانند افسردگی دارند و اقدام مجدد به خودکشی در آن‌ها بیشتر شود. بنابراین افکار خودکشی شامل اشتغالات ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن می‌باشد که هنور جنبه عملی به خود نگرفته است و خود یک عامل خطر برای خودکشی محسوب می‌شود (فورتیناش و هودلورت[10]، ۲۰۰۸).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که اقدام کنندگان مجدد به خودکشی متناسب با ویژگی‌هایی که دارند، در زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی از مشکلات عدیده‌ای رنج می‌برند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). یکی از ویژگی‌های اقدام کنندگان به خودکشی، عدم سلامت اجتماعی[11] است (کییز[12]، ۲۰۰۴). امروزه سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی نقش و اهمیّت گسترده‌ای یافته است. به گونه‌ای که دیگر، سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار

1. Yip
2. Kumar
3. cognitive reactivity
4. Sher
5. Wood
6. Mars
7. Gliatto & Rai
8. Rizvi
9. Yang
10. Fortinash & Holodayworret
11. social health
12. Keyes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.7.0]

می‌رود (سام‌آرام[1]، ۲۰۱۰). سلامت اجتماعی در برگیرنده‌ی سطوح مهارت‌های اجتماعی و عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه‌ی بزرگتر است. از این نظر، هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو جامعه‌ای بزرگ‌تر محسوب می‌شود. در سنجش سلامت اجتماعی، به نحوه‌ی ارتباط شخص در شبکه‌ی روابط اجتماعی توجه می‌شود (براوان[2] و همکاران، ۲۰۱۱). سلامت اجتماعی ارزش‌گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه که این بازتابی از سلامت اجتماعی مثبت است، تعریف می‌شود و نشانگر این حقیقت است که سلامت اجتماعی بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی است. در واقع سلامت اجتماعی همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است (کییز، ۲۰۰۴). بر اساس نتایج مطالعات مختلف سلامت اجتماعی بالا در کاهش افسردگی و افکار خودکشی، بهبود بهزیستی و سلامت روانی و کاهش رفتارهای پرخطر نقش دارد (براون و همکاران، ۲۰۱۷؛ اربیات[3] و همکاران، ۲۰۱۸).

ازآنجایی که سابقه اقدام به خودکشی احتمالاً خودکشی مجدد را تا ۴۰ برابر افزایش می‌دهد، لذا کاهش نشانه‌ها و علائم افسردگی و اقدام به خودکشی با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن، مستلزم به کارگیری مداخلاتی است که ویژگی‌ها و خصوصیات اقدام کنندگان به خودکشی از قبیل کنترل عاطفی و هیجانی، واکنش‌پذیری شناختی، سلامت اجتماعی و... در این بیماران را هدف قرار دهد، تا مثمرثمر واقع شوند (آبراماسون[4] و همکاران، ۱۹۸۹). از جمله نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی که به مهارت‌های هیجانی و شناختی توجه خاصی داشته اند، می‌توان به رفتار درمانی دیالکتیکی[5] اشاره کرد. رفتار درمانی دیالکتیکی یک روش شناختی- رفتاری است که اولین بار برای درمان بیماری مرزی به کار رفت و هسته اصلی آن هیجان است (لینهان[6] و همکاران، ۲۰۱۵). رفتار درمانی دیالکتیکی با الهام از اصل تغییر درمان شناختی- رفتاری و اصل پذیرش توسط لینهان شکل گرفته و در تنظیم هیجان‌ها، افکار، احساسات و رفتارهای افراد نقش تعیین کننده‌ای دارد (بلک و اسالویچ[7]، ۲۰۱۶).

در این شیوه درمانی سعی می‌شود که با تأثیرگذاری بر الگوی فکری هشیار مراجعین، افکار و اعمال‌شان اصلاح شود (اولیاژیک[8] و همکاران، ۲۰۱۶). با وجود اینکه پژوهش‌های گوناگونی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را در ارتباط با متغیرهای روان‌شناختی و در گروه‌های بالینی نشان داده‌اند؛ اما این روش درمانی تاکنون در ارتباط با متغیرهای واکنش‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی در اقدام کنندگان مجدد به خودکشی انجام نشده است. از جمله در پژوهشی لینهان و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که زنان دارای اختلال شخصیت مرزی اقدام کننده به خودکشی که از رفتار درمانگری دیالکتیکی استفاده کرده بودند، کمتر از زنانی که از درمانگری‌های دیگر استفاده کرده بودند، دست به خودکشی و خودآسیبی عمدی می‌زدند. زمانی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه دیگری نشان دادند که رفتاردرمانگری دیالکتیکی در کاهش میزان گرایش به افکار خودکشی و کاهش نمره در گروه آزمایش معنی‌دار بوده است. ملهوم[9] و همکاران (۲۰۱۶) در یک پیگیری یک ساله نشان دادند رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با مراقبت‌های معمولی، فراوانی رفتارهای خودآسیب‌رسان، ایده‌پردازی خودکشی، ناامیدی و سلامت اجتماعی را بهبود می‌بخشد.

لازم به ذکر است در زمینه درمان اختلالات و پیشگیری از اقدام به خودکشی، به رغم پیشرفت‌های شایان توجهی که در مداخلات درمانی صورت گرفته است، همچنان با شیوع بالا، عود مکرر دوره‌ها و مزمن شدن اختلال افسردگی و اقدام مجدد خودکشی مواجه هستیم. نکته‌ای که به نابسنده بودن مداخلات درمانی موجود و نیاز به معرفی درمان‌های جدید، با اثربخشی و دوام بیشتر اشاره دارد. همچنین با توجه به کمبود پژوهش‌های مداخله‌ای در زمینه معرفی درمان‌های جدید، یکپارچه و متمرکز روی اقدام به خودکشی، به نظر می‌رسد معرفی درمان‌های نوین یا تدوین و کاربرد درمان‌های اثربخش در این زمینه، می‌تواند هم برای این افراد مثمر به ثمر باشد و هم از عواقب و پیامدهای بعدی اقدام به خودکشی پیشگیری کند. همچنین با توجه به اینکه در برنامه پیشگیری از خودکشی بر تجربه، افکار و احساسات مثبت به عنوان جنبه درمانی تأکید می‌شود و در رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز جنبه‌های هیجانی خودکشی مورد توجه قرار می‌گیرد؛ لذا انجام پژوهش حاضر می‌تواند اهمیّت شناخت و هیجان را مشخص کرده و تأثیرش را بر متغیرهای پژوهش نشان دهد. بنابراین با توجه به

1. Sam Aram
2. Brown
3. Arabiat
4. Abramson
5. Dialectical Behavior Therap (DBT)
6. Linehan
7. Black & Slavich
8. Uliaszek
9. Mehlum

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.7.0]

این مبانی نظری، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر واکنش پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی در اقدام کنندگان مجدد به خودکشی بود.

روش

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نظر طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه درمانجویان اقدام کننده مجدد به خودکشی در سال ۱۴۰۰ در شهرستان مهاباد در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۴ سال بودند که از بین آنها تعداد ۴۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند منطبق با معیارهای ورود و خروج انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و گواه هر گروه ۲۰ نفر جایگزین شدند. به طوری که گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را به مدت ۱۲ جلسه دو ساعته ۲ بار در هفته دریافت کرد؛ در حالی که گروه گواه آموزشی دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل حداقل تحصیلات راهنمایی، دامنه سنی ۲۰ تا ۳۴ سال و حداقل یک بار اقدام به خودکشی در گذشته بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه، ناقص پر کردن پرسشنامه‌ها و عدم تمایل آن‌ها به ادامه همکاری در پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، اخذ رضایت‌نامه از شرکت کنندگان، رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری رعایت گردید. در نهایت، داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت اجتماعی[1] (SHQ): این پرسشنامه توسط کییز (۲۰۰۴) ساخته شده و شامل ۲۰ سؤال بوده و هدف آن بررسی میزان سلامت اجتماعی است. این پرسشنامه شامل مؤلفه‌های (شکوفایی، همبستگی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) است. طیف پاسخگویی آن به صورت لیکرت بوده که کاملاً مخالفم ۱ و کاملاً موافقم نمره ۵ است. نمره‌گذاری سؤالات ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ به صورت معکوس است. کییز (۲۰۰۴) با استفاده از روش بازآزمایی یک ماهه میزان پایایی پرسشنامه را برای یکپارچگی اجتماعی ۰/۷۲، انسجام اجتماعی ۰/۷۰، پذیرش اجتماعی ۰/۷۵، مشارکت اجتماعی (۰/۷۲) و انطباق اجتماعی (۰/۷۸) گزارش کرد. همچنین همبستگی این پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز با مقیاس اصلی پرسشنامه از ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ در نوسان بود. (کییز، ۲۰۰۴). در پژوهشی اهری (۱۳۹۲) روایی سازه و پایایی آن را مورد سنجش قرار داد که روایی محتوایی آن از طریق ارائه به اساتید روانشناسی تأیید شد و پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح ۰/۸۷ معنادار به دست آمد.

مقیاس افکار خودکشی[2] (BSS): برای سنجش این متغیر از مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۷۶) استفاده خواهد شد. این مقیاس شامل یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی بوده که بر اساس ۳ درجه‌ای نقطه‌ای از صفر تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود و دامنه نمره از صفر تا ۳۸ است. سؤالات این مقیاس در مورد فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر نافعال، مدت و تمایل به خودکشی به صورت فعال و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس افکار خودکشی بک شامل سه مؤلفه تمایل به مرگ، آمادگی بر خودکشی و تمایل به خودکشی واقعی است. مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون‌های استانداردشده بالینی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی دارد. ضرایب همبستگی آن برای بیماران بستری ۰/۹۰ و برای بیماران درمانگاهی ۰/۹۴ می‌باشد. مقیاس افکار خودکشی بک دارای پایایی بالایی بوده و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ به دست آمده است (بک، ۱۹۷۶). همچنین مقیاس افکار خودکشی توسط انیسی و همکاران (۱۳۸۴) ترجمه و هنجاریابی شده است و روایی این مقیاس با آزمون افسردگی گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشته و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است. همچنین در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح ۰/۹۱ معنادار به دست آمد.

پرسشنامه واکنش‌پذیری شناختی[3] (CRQ): این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که به منظور ارزیابی سطح واکنش‌پذیری شناختی طراحی شده است. شاخص واکنش‌پذیری شناختی توسط ون در دوئز و ویلیامز (۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای

1. Social health questionnaire
2. Beck Suicide Scale Ideation
3. Cognitive responsiveness questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.7.0]

۳۴ سوال خود گزارش‌دهی برای اندازه‌گیری ۶ خرده مقیاس ناامیدی/ خودکشی، پذیرش/ مقابله، پرخاشگری/ خصومت، کنترل/ کمال‌گرایی، اجتناب از خطر و نشخوار فکری است. این شاخص، حساسیت به افسردگی را به واسطه پرسش‌های شرطی می‌سنجد. آزمودنی‌ها به این پرسش‌ها بدین نحو پاسخ می‌دهند که در زمان تجربه خلق پایین چگونه احساس می‌نمایند و فکر می‌کنند. همچنین آزمودنی‌ها باید در دامنه صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) به سؤال‌های این پرسشنامه پاسخ دهند. روایی این پرسشنامه با مقیاس افسردگی بک بررسی شده و در سطح ۰/۸۷ معنادار به دست آمده و تأیید شده است. ضریب پایایی پرسشنامه نیز به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است (ون در دوئز و ویلیامز، ۲۰۰۳). در پژوهشی بگیان‌کوله و همکاران (۱۳۹۸) روایی صوری و محتوایی پرسشنامه را با نظرخواهی از اساتید روانشناسی بالینی تأیید کردند و ضریب پایایی این پرسشنامه را نیز ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح ۰/۹۳ معنادار به دست آمد.

بسته آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی: منظور از رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اساس نظریه لینهان و توسط لیندهان (۲۰۰۸) تهیه شده و طی ۱۲ جلسه دو ساعته ۲ بار در هفته روی گروه آزمایش اجرا گردید. مشروح جلسات به شرح زیر است:

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی

جلسات	محتوای آموزشی
جلسه اول و دوم	در طول ۲ جلسه اول مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی و توجه برگردانی شامل (پذیرش بنیادین، توجه برگردانی، تدوین برنامه توجه برگردانی، خود آرامش بخشی و تدوین طرح آرمیدگی) و مهارت‌های پیشرفته تحمل آشفتگی شامل (تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها، شناسایی قدرت برتر، زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق گرایانه، خودگویی‌های تائیدگرانه و تدوین راهبردهای مقابله‌ای)
جلسه سوم و چهارم	مهارت‌های بنیادین و پیشرفته ذهن آگاهی شامل (آموزش مهارت‌های توجه و تمرین بی-توجهی، ذهن خردمند و شهود، تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین و ذهن آغازگر، قضاوت و برچسب و ارتباط آگاهانه با دیگران، شناسایی مقاومت‌ها و موانع، مراقبه و غیره).
جلسه پنجم و ششم	مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم‌بخشی هیجانی شامل (شناسایی هیجان‌ها، چگونگی عمل هیجان‌ها، غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، کاهش آسیب‌پذیری در برابر هیجان‌های آشفته-ساز، مشاهده خویشتن، کاهش آسیب‌پذیری شناختی، افزایش هیجان‌های مثبت، توجه و رویارویی با هیجان‌ها، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی و حل مسئله)
جلسه هفتم و هشتم	مهارت‌های بنیادین و پیشرفته ارتباط مؤثر (رفتارهای منفعلانه، تناسب بین خواسته‌های من و خواسته‌های دیگران، نسبت خواسته‌ها و بایدها، مهارت‌های کلیدی بین فردی، موانع استفاده از مهارت‌های بین فردی، شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدت خواسته‌ها، طرح درخواست، پیشنویس‌های جسارت‌مندی، گوش دادن، نه گفتن و مقابله با مقاومت و تعارض، چگونگی مذاکره و تحلیل مشکلات بین فردی) آموزش داده شد
جلسه نهم و دهم	تشخیص رنج هیجانی، افزایش هیجان، کاهش آسیب پذیری و هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از از طریق عمل متضاد افزایش کارآمدی آموزش داده شد.
جلسه یازدهم و دوازدهم	افزایش کارآمدی بین فردی، تداوم سلامت روابط خویشاوندی، آموزش مهارت‌های فردی مهم (توصیف، بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن) و جمع بندی جلسات و مرور و تمرین محتوای جلسات آموزشی بود

یافته‌ها

یافته‌ها نشان دادند که میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گروه گواه به ترتیب برابر با ۲۶/۹۵ و ۲۶/۰۱ بود. همچنین بر اساس وضعیت تحصیلی، در گروه آزمایش، ۱۵٪ زیر دیپلم، ۴۰٪ دیپلم، ۲۵٪ کارشناسی و ۲۰٪ دارای مدرک تحصیلی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.7.0]

کارشناسی ارشد بودند. در گروه گواه نیز ۲۰٪ زیر دیپلم، ۴۵٪ دیپلم، ۲۰٪ کارشناسی و ۱۵٪ دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد بودند. در گروه آزمایش، تعداد ۳ نفر (۱۵٪) مشکلات اقتصادی و مالی، ۶ نفر (۳۰٪) مشکلات خانواده و همسر، ۶ نفر (۳۰٪) مشکلات روانشناختی و ۵ نفر (۲۵٪) اعتیاد را علت اقدام به خودکشی ذکر کرده بودند. همچنین در گروه گواه نیز تعداد ۶ نفر (۳۰٪) مشکلات اقتصادی و مالی، ۷ نفر (۳۵٪) مشکلات خانواده و همسر، ۴ نفر (۲۰٪) مشکلات روانشناختی و ۳ نفر (۱۵٪) اعتیاد را علت اقدام به خودکشی ذکر کرده بودند.

شاخص‌های پراکندگی و تمایل مرکزی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و نوع آزمون در جداول ذیل نشان داده شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها

متغیرها	گروه مرحله	گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی میانگین (انحراف معیار)	گروه گواه میانگین (انحراف معیار)
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	۵۷/۳۵ (۸/۶۷)	۵۷/۶۰ (۶/۳۶)
	پس‌آزمون	۷۴/۱۵ (۵/۶۰)	۵۷/۷۵ (۳/۴۴)
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	۲۱/۷۰ (۱/۵۹)	۲۱ (۱/۷۱)
	پس‌آزمون	۱۷/۱۵ (۲/۲۷)	۲۱/۱۵ (۱/۶۶)
واکنش پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۷۱/۵۵ (۳/۵۷)	۷۱/۳۰ (۳/۵۲)
	پس‌آزمون	۵۹/۴۰ (۵/۳۵)	۶۹/۳۰ (۲/۷۱)

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون میانگین نمرات واکنش‌پذیری و افکار خودکشی در گروه آزمایش کاهش یافته؛ اما در گروه گواه تغییر چندانی ایجاد نشده است. همچنین میانگین سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش افزایش یافته؛ اما در گروه گواه تغییر زیادی ایجاد نشده است.

به منظور انجام تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض همگونی شیب خط رگرسیون با آزمون F اثرات تقابلی بررسی شد و نتایج حاصل از F محاسبه شده برای متغیرهای واکنش‌پذیری (F=۰/۳۸، P>۰/۰۵)، افکار خودکشی (F=۰/۲۴، P>۰/۰۵) و سلامت اجتماعی (F=۰/۲۸، P>۰/۰۵) حاکی از رعایت این پیش‌فرض بود. بعلاوه آزمون برابری واریانس از طریق آزمون لون (واکنش‌پذیری، F=۲/۲۰، P>۰/۰۵، افکار خودکشی؛ F=۱/۷۰، P>۰/۰۵ و سلامت اجتماعی F=۲/۱۰، P>۰/۰۵) حاکی از برقرار بودن این پیش‌فرض های برای متغیرهای وابسته بود. همچنین نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنوف نشان داد که داده‌ها نرمال هستند (P<۰/۰۵)؛ بنابراین بر اساس این مفروضه‌ها و پیش‌شرط‌های آزمون تحلیل کواریانس که محقق شده‌اند، برای تحلیل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

در ادامه نتایج مربوط به شاخص های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج مربوط به شاخص های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

	شاخص های اعتباری	مقدار	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۰	۴۳/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	لامبدای ویلکز	۰/۲۰	۴۳/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	اثر هتلینگ	۳/۹۹	۴۳/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	بزرگترین ریشه روی	۳/۹۹	۴۳/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۰

با توجه به نتایج جدول ۳ با کنترل اثر پیش آزمون، سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز حاکی از این است حداقل از نظر یکی از متغیرهای واکنش‌پذیری، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و نشانگر آن است که ۸۰ درصد از تفاوت مشاهده شده در میانگین متغیرهای واکنش‌پذیری، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی مربوط به تأثیر آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی می باشد (P<۰/۰۱). در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.7.0]

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) برای متغیرهای پژوهش

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	واکنش‌پذیری شناختی	۵۰۹/۳۵	۱	۵۰۹/۳۵	۳۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۲
	افکار خودکشی	۵۳/۴۸	۱	۵۳/۴۸	۱۲/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	سلامت اجتماعی	۲۱۲/۴۴	۱	۲۱۲/۴۴	۹/۸۴	۰/۰۰۳	۰/۴۶
گروه	واکنش‌پذیری شناختی	۸۲۳/۸۴	۱	۸۲۳/۸۴	۴۸/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	افکار خودکشی	۱۴۸/۱۷	۱	۱۴۸/۱۷	۳۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	سلامت اجتماعی	۲۵۰۵/۵۸	۱	۲۵۰۵/۵۸	۱۱۶/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶
خطا	واکنش‌پذیری شناختی	۵۹۲/۹۷	۳۵	۱۶/۹۴			
	افکار خودکشی	۱۴۶/۳۳	۳۵	۴/۱۸			
	سلامت اجتماعی	۷۵۵/۱۹	۳۵	۲۱/۵۷			

بر اساس نتایج جدول ۴، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی منجر به تفاوت معنادار بین گروه ها در متغیر واکنش‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی شد؛ بدین معنا که بخشی از تفاوت های فردی در متغیرهای واکنش‌پذیری شناختی (P<۰/۰۱)، افکار خودکشی (P<۰/۰۱) و سلامت اجتماعی (P<۰/۰۱) به دلیل تفاوت در عضویت گروهی (تأثیر مداخله) بود. میزان تأثیر آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر واکنش‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۵۸، ۰/۵۰ و ۰/۷۶ به دست آمد. از این رو می توان مطرح کرد که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش واکنش پذیری شناختی و افکار خودکشی و بهبود سلامت اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر واکنش‌پذیری، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی اقدام کنندگان مجدد به خودکشی بود. یافته‌های پژوهش نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر واکنش‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های (ناامیدی/ خودکشی، پذیرش/ مقابله، پرخاشگری، کنترل/ کمال‌گرایی، اجتناب از خطر و نشخوار فکری) تأثیر دارد و واکنش‌پذیری شناختی را به طور معناداری کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های وانگ و همکاران (۲۰۱۷)، بلیر و همکاران (۱۳۹۷) و علی زاده و همکاران (۱۳۹۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت بیمارانی که دست به خودکشی می‌زنند، مشکلات پایداری در تنظیم هیجانات، کنترل تکانه و بی ثباتی در روابط بین فردی و خودانگاره دارند، مبتلایان به اقدام مجدد به خودکشیشدیداً محتاج حضور دیگران اند؛ وقتی به سمت دیگران می‌روند، به دلایل متعدد ناکام می‌شوند. این جزر و مد شدید در روابط بین‌فردی و مصائب حاصل از آن، سبب می‌شود تا سکوت و بی تفاوتی را به عنوان بهترین راه برای تسکین درد ناشی از رابطه ها تلقی کنند؛ حالتی که در نظریه طرحواره درمانی یانگ، با عنوان ذهنیت محافظ بی تفاوت مشخص می‌شود (ولی این وضع دوام دیرپایی ندارد، چراکه درون‌ریزی‌های مکرر ناکامی‌ها، ذره ذره انباشته شده و به طغیان‌های ناگهانی خشم منجر می‌شود. از سوی دیگر رفتاردرمانی دیالکتیکی از یک مدل ترکیبی انگیزشی و نقص توانایی ریشه گرفته است که ترکیبی از روش‌های مربوط به درمان حمایتی، شناختی و رفتاری است. بنابراین، مفهوم راهبرد دیالکتیکی دقیقاً همین برقراری تعادل میان ارتباط گرم متقابل و حمایت کننده (در برابر لحنی غیرمؤدبانه و گستاخانه) است. بدین ترتیب، تعادلی میان پذیرش و تغییر رخ می دهد که در آن متخصص بالینی پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسأله رفتاری- شناختی و آموزش مهارت های اجتماعی ترکیب می‌کند و با پذیرش بیمار، تغییر او را تسهیل می کند و تأکید بر تغییر نیز موجب تسهیل پذیرش می‌شود (وانگ و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی چون تحمل درماندگی با افزایش انعطاف پذیری و ارائه راه حل های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت کننده به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک کمک می‌کند. با آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی به افراد اقدام کننده به خودکشی کمک می کند تا تجربه هیجانی خود را مجدداً ارزیابی و پردازش نموده و به زندگی خود معنای جدیدی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.7.0]

ببخشند. این شیوه به افراد اقدام کننده به خودکشی یاری می دهد تا به طور معنی داری برانگیختگی و تجربه هیجانی عمیق را تجربه کنند که با نتایج مثبت درمان مشکلات بیماران همراه است. استفاده از تکنیک های مانند شناسایی احساس های متناقض، قرار دادن بیماران در موقعیت گفتگوی صندلی خالی، آرام سازی، شکستن احساس ناقص بودن، توصیف حالت صدا و میزان بروز ناراحتی و آموزش فرایند انتقال در درمان دیالکتیکی نیز موجب شده که بیماران عملکرد بهتری در موضوعات مرتبط با سلامت روانی کسب کنند (بگیان کوله مرزی و همکاران، ۱۳۹۸).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افکار خودکشی و مؤلفه‌های (تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی و تمایل به خودکشی واقعی) تأثیر دارد و افکار خودکشی را به طور معناداری کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اشنل و هرپرتز (۲۰۱۷)، زمانی و همکاران (۱۳۹۵) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی چون تحمل درماندگی با افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت کننده به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک کمک می‌کند. همچنین با استفاده از مهارت های تنظیم هیجان به درمانجویان کمک می‌کند تا احساس خود را دقیق تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند و هدف تعدیل احساسات بدون رفتاری واکنشی و مخرب است. به طوری که افرادی که از حمایت اجتماعی پایین برخوردارند و افرادی که مشکلاتی در روابط بین فردی دارند بیشتر مستعد افکار خودکشی و انجام آن با تصمیم قبلی هستند و با توجه به که رفتاردرمانی دیالکتیکی نگرشی کاملاً دلسوزانه و انسان مدارانه است و این نگرش دلسوزانه و تا اندازه ای مادرانه لینهان گرانه ارائه شده است که مستلزم یک در قالب یک درمان حمایت درمانگر است و درمانگر میان درمانجو و قوی و ارتباط مشترک دهد و سازگارانه را به درمانجو آموزش می دهد و تقویت می‌کند، می‌تواند در کاهش افکار و اقدام به خودکشی مؤثر واقع شود. افرادی که افکار خودکشی دارند دچار درد هیجانی و افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند دچار رنج هیجانی هستند و از نکات جالب در رفتاردرمانی دیالکتیکی تفاوت بین درد هیجانی و رنج هیجانی است. درد هیجانی واکنش طبیعی به مشکلات زندگی است؛ اما مسئله از اینجا آغاز می شود که افراد نخواهند این درد هیجانی طبیعی را بپذیرند و تمایل داشته باشند با آن بجنگند و بخواهند سریع از شر آن خالص شوند و دیگران را مقصر بدانند (زمانی و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی نقش مهمی در کاهش افکار خودکشی در اقدام کنندگان مجدد به خودکشی دارد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های (شکوفایی، همبستگی، انسجام، پذیرش و مشارکت اجتماعی) تأثیر دارد و سلامت اجتماعی را به طور معناداری افزایش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های ملهوم و همکاران (۲۰۱۶)، بلیر و همکاران (۱۳۹۷) همسو بود. رفتاردرمانی دیالکتیکی با تغییر سبک زندگی افراد تغییر در نقش ها و در نتیجه تغییر در روابط اجتماعی افراد و نیز منطقی و عینی اندیشی به جای اغراق درباره رویدادهای اضطراب برانگیز، به نحو موثری می‌تواند کارکردهای روان شناختی افراد را تحت تاثیر قرار دهد. بنابراین می‌توان گفت افرادی که نوع نگاه خود را به رویدادها تغییر میدهند و رویدادها را به اشکال مختلف تعبیر و تفسیر می‌کنند، می توانند با استفاده از این روش، مهارت هایی به دست آورند؛ مانند تعاریف متفاوت از یک مشکل یا مسئله خاص، شکل دهی افکار و ایده های مختلف و متنوع در مورد یک رویداد خاص، سبک و سنگین کردن تفسیرها در مورد یک رویداد خاص و لحاظ کردن نفع یا زیان هر یک از آنها و در نهایت تصمیم گیری در مورد انتخاب بهتری تعبیر و تفسیر که ناگفته پیداست به فرد، در پشت سر گذاشتن موانع یا حل مسایل کمک می کنند. افرادی که دارای این مهارت ها هستند، در مقایسه با سایر افرادی که فاقد این خصوصیات اند، اعتماد به نفس بالاتر، احساس خودکارآمدی بیشتر و آرامش خاطر زیادی خواهند داشت و استفاده از تجارب قبلی در حل مسایل گوناگون زندگی، از آنها افرادی متکی به خود خواهد ساخت. بدیهی است که همه ی این موارد، می توانند سلامت اجتماعی فرد را در سطح بالایی نگهدارند و لذا رفتاردرمانی دیالکتیکی نقش مهمی در افزایش سلامت اجتماعی دارد (ملهوم و همکاران، ۲۰۱۶).

با توجه به اینکه برای اینکه خودکشی در جامعه و به خصوص در مورد کسانی که برای نوبت اول خودکشی ناموفق داشته‌اند تکرار نشود، ضروری است که مداخلات پرستاری و سیاست‌هایی جهت پیشگیری از روش‌های خودکشی مآبانه به کار گرفته شود. آموزش مهارت‌های زندگی، شناسایی موارد خشونت خانوادگی، ارایه راه کارهای مناسب در حل مشکلات خانوادگی، معرفی دستگاه‌های حمایتی به مددجو و ارجاع و پیشگیری از جمله اقداماتی است که می‌توانند در جهت کاهش موارد اقدام به خودکشی موثر باشند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. استفاده از روش نمونه گیری هدفمند و عدم کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر نظیر ابتلا به اختلالات روانی، مدت و شدت آن، تعداد دفعات اقدام به خودکشی، روش خودکشی و جدیت اقدام به آن بود که پیشنهاد می‌شود از

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.7.0]

روش نمونه گیری هدفمند در سایر تحقیقات استفاده شود و همچنین متغیرهای ابتلاء به اختلالات روانی و دفعات اقدام به خودکشی و روش خودکشی در پژوهش‌های بعدی کنترل شود.

منابع

اهری، م. (۱۳۹۲). *بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد و پیام نور اهر*، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، پایان نامه کارشناسی.

بگیان‌کوله مرز، م.؛ کرمی، ج.؛ مؤمنی، خ.؛ و الهی، ع. (۱۳۹۸). نقش تجربه‌ی ترومای دوران کودکی، واکنش پذیری شناختی و درد ذهنی در اقدام کنندگان به خودکشی و افراد بهنجار. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۴(۵۳)، ۷۷-۸۹. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1570.html

بلیر، س.؛ انصاری شهیدی، م.؛ محمدی، ش. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتارهای مخاطره‌آمیز، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به ایدز. *مجله پژوهش سلامت*، ۳ (۳): ۱۵۵-۱۶۲. http://hrjbaq.ir/article-1-63-fa.html

زمانی، م.، نوحی، س.؛ نیکدل تیموری، ن.؛ جهانگیر، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش افکار خودکشی در اقدام کنندگان به خودکشی با سابقه قبلی. *مجله پژوهش سلامت*، ۱ (۳)، ۱۶۶-۱۵۹. https://hrjbaq.ir/article-1-57-fa.pdf

علیزاده، ع.؛ علیزاده، ع.؛ محمدی، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش فردی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک در بهبود علایم افسردگی و افکار خودکشی. *روان پرستاری*، ۱ (۲): ۶۲-۶۹. https://www.sid.ir/fA/Journal/ViewPaper.aspx?id=195259

هاشمی‌فرد، ع.؛ صفاری، س.؛ حسین‌آبادی، ا.؛ هاشمی‌فرد، ح.؛ و هاشمی‌فرد، م. (۱۳۹۴). تعیین عوامل موثر در اقدام به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به بیمارستان واسعی سبزوار در سال ۹۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲(۱)، ۸۴-۹۲. http://jsums.medsab.ac.ir/article_540.html

Arabiat, D.H., Shaheen, A., Nassar, O., Saleh, M. & Mansour, A. (2018). Social and Health Determinants of Adolescents' Wellbeing in Jordan: Implications for Policy and Practice. *The Journal of Pediatric Nursing*, 39, 55-60. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.03.015

Abramson, L.Y., Metalsky, G. L., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372. https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0033-295X.96.2.358

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: international university Press. https://psycnet.apa.org/record/1976-28303-000

Black, D.S., Slavich, G.M. (2016). Mindfulness meditation and the immune system: a systematic review of randomized controlled trials, *Ann. N. Y. Acad. Sci*, 11(2), 1-2. https://doi.org/10.1111/nyas.12998

Brown, S.J., Yelland, J.S., Sutherland, G.A., Baghurst, P.A., Robinson, J.S. (2011). Stressful life events, social health issues and low birthweight in an Australian population-based birth cohort: challenges and opportunities in antenatal care. *BMC public health*, 11(1), 196. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-196

Brown, C.R., Hambleton, I.R., Sobers-Grannum, N., Hercules, S.M., Unwin, N. & et al. (2017). Social determinants of depression and suicidal behaviour in the Caribbean: a systematic review. *BMC Public Health*, 17, 577. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4371-z

Fortinash, K.M., Holodayworret, P. A. (2008). *Psychiatric mental health nursing*. 5th ed. New York Mosby Publication, P.236. https://www.elsevier.com/books/psychiatric-mental-health-nursing/fortinash/978-0-323-07572-5

Gliatto, M.F., Rai, A.K. (1999). Evaluation and Treatment of Patients with Suicidal Ideation. *AFP*,59(6), 1500–6. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10193592/

Keyes, C. L. M. (2004). *Complete mental health*: an agenda for the 21 century Washington. https://www.researchgate.net/profile/Corey-Keyes-2/publication/259344979_Complete_Mental_Health_An_Agenda_for_the_21st_Century/links/02e7e52b1fbf5eecd1000000/Complete-Mental-Health-An-Agenda-for-the-21st-Century.pdf

Kumar, U (2017). Handbook of Suicidal Behaviour. Singapore: Springer. https://www.amazon.sg/Handbook-Suicidal Behaviour-Updesh-Kumar/dp/9811048150

Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*. 72(5), 475-82. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039

Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 327-337. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30030-6

Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley B. H., et al. (2016). Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and selfharming behavior: Outcomes over a one-year follow-up. Journal of the .*American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295-300. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.7.0]

Uliaszek, A.A., Rashid, T., Williams, G.E., Gulamani, T. (2016). Group Therapy for University Students: A Randomized Control Trial of Dialectical Behavior Therapy and Positive Psychotherapy, *Behav Res Ther*, 77 (41),78- 85. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.003

Rizvi, S., Iskric, A., Calati, R., Courtet, P. (2017). Psychological and physical pain as predictors of suicide risk: Evidence from clinical and neuroimaging findings. Current Opinion in Psychiatry, 30(2), 159-67. https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000314

Sam Aram, A. (2010). Investigation of the relationship between social health and social security with emphasis on community-based policing approach. *Entezam-E-Ejtemae*i, 1, 9-29. http://gsj.uma.ac.ir/article_652_425823272167e0a4c9e1b9af93f20ac4.pdf

Schnell,K., Herpertz, S.C. (2017). Effects of dialectical behavior therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 41(10) , pp 837–847. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.08.011

Sher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25, 487–510. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.01.005

Van der Does, A.J.W., Williams, J.M.G. (2003). *Liden Index of Depression Sensitivity Revised* (LEIDS-R). Available from: htpp://www.dousa.nl/ Publication_depression.html. https://doi.org/10.1016%2Fj.ijchp.2017.02.001

Wang, X., Chen, Z., Poon, K. T., Teng, F. & Jin, J. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333. https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.10.030

Wood, B.M., Nicholas, M.K., Blyth, F., Asghari, A., Gibson, S. (2016).The mediating role of catastrophizing in the relationship between pain intensity and depressed mood in older adults with persistent pain: A longitudinal analysis. Scandinavian *Journal of Pain*, 11(33), 157-162. https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.12.009

World Health Organization. (2020). *The world health report 2002*: reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization. https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241562072

World Health Organization. (2018). *World health statistics* 2018: Monitoring health for the SDGs(sustainabledevelopment goals). Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/.

Yang, S-J., Kim, J-M., Kim, S-W., Shin, I-S., Yoon, J-S. (2006). Bullying and victimization behaviors in boys and girls at South Korean primary schools. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(1), 69–77. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000186401.05465.2c

Yip, P. S. (2011). Suicide methods in .Asia: Implications in suicide prevention. *International journal of environmental research and public health*, 9(4), 1135-58. https://doi.org/10.3390%2Fijerph9041135

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.7.0]