Journal of Psychological Injuries Volume 1, Issue 2, Winter 2025, Pages: 27-36

The relationship between psychological helplessness, mindfulness and sleep quality with suicidal thoughts in patients with depression

Nastaran Mansouriyeh [1,2 *], **Leila Navaie** [2]

[1] Neuroscience Research center, Tabriz Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
[2] Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Science, Tabriz Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: Aug. 09, 2024
revised: Oct. 13, 2024
Accepted: Oct. 16, 2024
Published Online: Jan. 18,2025

**** Correspondence to:***
Nastaran Mansouriyeh
Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Science, Tabriz Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Email:
n.mansoreye1984@gmail.com

A B S T R A C T

Introduction: Suicide is a crisis for societies. One of the most important methods of suicide prevention is to identify factors that reduce these thoughts. The aim of this study was to determine the relationship between psychological distress, mindfulness, and sleep quality and suicidal thoughts in patients with depressive disorders.

Materials & Methods: The research method was correlational. 150 people were selected by the convenience sampling method from the statistical population of this study, including all patients with depressive disorder in Tabriz County (Iran) who were referred to psychology and psychiatry clinics in the second quarter of 2023. The subjects received a diagnosis of depression from a psychologist based on DSM-5 criteria. The data collection tools were the Psychological Distress Scale (DASS), Kentucky Mindfulness Scale (KIMS), Sleep Quality Scale (PSQI), and Beck Suicidal Questionnaire. The results were analyzed using SPSS V.25 software, Pearson correlation, and multiple regression methods.

Results: In patients with depressive disorders, psychological distress has a positive and significant relationship with suicidal thoughts and mindfulness, and there is a negative and significant relationship between sleep quality and suicidal thoughts ($P<0.05$). Psychological distress, mindfulness, and sleep quality were able to predict suicidal thoughts in patients with depressive disorders ($P<0.05$).

Conclusion: The variables of psychological distress, mindfulness, and sleep quality are also effective in increasing or decreasing these thoughts. Given that suicidal thoughts can be a precursor to suicide attempts, practical steps can be taken to prevent this social problem by providing practical suggestions for improving mindfulness and sleep quality in depressed patients, as well as reducing psychological distress.

Keywords: Psychological Helplessness, Mindfulness, Sleep Quality, Suicidal Thoughts, Depression Disorder

How to cite this paper: Mansouriyeh N, Navaie L. The relationship between psychological helplessness, mindfulness and sleep quality with suicidal thoughts in patients with depression. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2025;1(2):27-36.

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

© The Author(s) Journal of Psychological Injurie. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistributethe material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.

ارتباط درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب با افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی

نسترن منصوریه [۱و۲*]، لیلا نوایی [۲]

[۱] مرکز تحقیقات علوم اعصاب، علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
[۲] گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم پزشکی، علوم پزشکی آزاد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۹
تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۰۷/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۲۵
تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۰/۲۹

نویسنده مسئول:
نسترن منصوریه
مرکز تحقیقات علوم اعصاب، علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

Email:
n.mansoreye1984@gmail.com

چکیده

مقدمه: خودکشی بحرانی برای جوامع است. یکی از مهم‌ترین روش‌های پیشگیری از خودکشی شناسایی عوامل مؤثر بر کاهش این افکار است. هدف این تحقیق تعیین ارتباط درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب با افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش همبستگی بود. ۱۵۰ نفر به روش در دسترس از جامعهٔ آماری این پژوهش، شامل همهٔ بیماران مبتلا به اختلال افسردگی در شهر تبریز انتخاب شدند که در ۳ ماههٔ دوم سال ۱۴۰۲، به کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی مراجعه کردند. آزمودنی‌ها بر اساس معیارهای DSM-5، از سوی روان‌شناس تشخیص افسردگی دریافت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامهٔ درماندگی روان‌شناسی (DASS)، پرسش‌نامهٔ ذهن‌آگاهی کنتاکی (KIMS)، پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب (PSQI) و پرسش‌نامهٔ افکار خودکشی بک بود. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS vol.25 و به روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تحلیل گردیدند.

یافته‌های پژوهش: در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، درماندگی روان‌شناختی رابطهٔ مثبت و معناداری با افکار خودکشی و ذهن‌آگاهی دارد و میان کیفیت خواب نیز با افکار خودکشی رابطهٔ منفی و معناداری برقرار است (P<۰.۰۵). درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب توانستند افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی را پیش‌بینی کنند (P<۰.۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری: متغیرهای درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب نیز در افزایش یا کاهش این افکار مؤثر هستند. با توجه به اینکه فکر خودکشی می‌تواند زمینه‌ساز اقدام به خودکشی باشد؛ بنابراین می‌توان با ارائهٔ پیشنهادهای مؤثر در زمینهٔ ارتقای ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب بیماران افسرده و همچنین کاهش درماندگی روان‌شناختی، گام‌های مؤثری را برای پیشگیری از این معضل اجتماعی برداشت.

واژه‌های کلیدی: درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی، کیفیت خواب، افکار خودکشی، اختلال افسردگی

استناد: منصوریه نسترن، نوایی لیلا. ارتباط درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب با افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دی ۱۴۰۳؛ ۱(۲) : ۳۶-۲۷.

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

CC BY NC

حق‌مؤلف © نویسندگان

مقدمه

اختلال افسردگی یکی از اختلال‌های روان‌پزشکی مزمن و ناتوان‌کننده است (۱). سابقهٔ اختلالات خلقی شدید ازجمله افسردگی و همچنین اختلال‌های روان‌پریشی و رفتارهای تکانش‌گری و اختلال شخصیت مرزی، خطر اقدام به خودکشی را در افراد چند برابر می‌کند (۲). خودکشی بار سنگینی از نظر هزینه‌های عاطفی، اقتصادی و بهداشتی بر افراد و جامعه وارد می‌سازد (۳) و به‌عنوان یک مشکل سلامت عمومی اساسی در سراسر جهان شناخته‌شده است. افسردگی و خودکشی به‌صورت یک دغدغه و مشکل اساسی برای متخصصان هستند (۴). خودکشی به‌عنوان دومین علت عمدهٔ مرگ‌ومیر در میان جوانان و نوجوانان در جهان به‌شمار می‌آید (۵). خودکشی فرایند عمدی پایان دادن به زندگی خود است. اقدام فرد منجر به مرگ همان خودکشی موفق است. در اقدام به خودکشی، فرد برای کشتن خود تلاشی انجام می‌دهد؛ اما این تلاش منجر به مرگ نمی‌شود. فکر خودکشی، تنها یک فکر است و با عملی همراه نیست ولی اگر فرد برای افکار خودکشی برنامه و نقشه عملی داشته باشد، در این صورت خطرناک خواهد بود (۶). پژوهش‌های پیشین دربارهٔ علل خودکشی دلایل متفاوت ازجمله آسیب‌ها و علل روان‌شناختی را عنوان کرده‌اند. درماندگی روان‌شناختی افراد افسرده یکی از این علل است. درماندگی روان‌شناختی اصطلاحی کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند است؛ به‌عبارت‌دیگر، آن یک ناراحتی روانی است که با فعالیت‌های فرد با زندگی روزانه تداخل دارد (۷). درماندگی روان‌شناختی به‌عنوان پدیده‌ای جهانی و در قالب مجموعه‌ای از نشانه‌های بیماری روانی فیزیولوژیک و رفتاری مانند اضطراب، واکنش¬های افسردگی، بی‌قراری، تنزل توانایی هوشی، اختلالات خواب و غیبت کاری تعریف می‌شود که از علائم آن می‌توان به کاهش تمرکز، بی‌قراری، توانایی هوشی، اختلال خواب و انزوا اشاره کرد (۸). درماندگی روان‌شناختی تأثیر مثبت و معناداری با افکار خودکشی دارد (۷)؛ همچنین ون اورس و شلبوچ در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که میان درماندگی روان‌شناختی و ناامیدی و افکار خودکشی در میان زنان مبتلا به سرطان پستان رابطهٔ مثبت و معناداری وجود داشت (۹).

ذهن‌آگاهی از دیگر متغیرهایی است که می‌توان ارتباط آن را با افکار خودکشی در افراد مبتلا به افسردگی می‌توان بررسی کرد. ذهن‌آگاهی یعنی توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند و بدون قضاوت به زمان حال (۱۰). پژوهشگران نشان داده‌اند که افزایش ذهن‌آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، افسردگی، استرس و کاهش افکار خودکشی ارتباط دارد. یافته‌های پژوهش هاشمی و همکاران نشان داد که میان ذهن‌آگاهی و افکار خودکشی رابطهٔ منفی معناداری وجود داشت (۱۱)؛ همچنین نتایج مطالعهٔ هس و همکاران نشان داد که ذهن‌آگاهی باعث کاهش رفتارهای خودآسیبی ازجمله خودکشی در افراد می‌شود (۱۲).

کیفیت خواب از مؤلفه‌های دیگر مرتبط با افسردگی است و به کمیت و میزان خواب افراد در کنار راحتی و آرامش خواب اشاره دارد که موجب کسب لذت و آرامش از خواب می‌شود (۱۳). نتایج پژوهشی در سال ۲۰۲۴ نشان داد که در میان دانشجویان، کیفیت خواب ضعیف به‌طور مثبت با افکار خودکشی مرتبط بود و این ارتباط از طریق علائم افسردگی میانجی‌گری می‌شد (۱۴)؛ همچنین در تحقیقی دیگر، کیفیت خواب ضعیف با افکار خودکشی ارتباط مثبت داشت. تجزیه‌وتحلیل مطالعه‌ای نشان داد که درماندگی روان‌شناختی تا حدی نقش میانجی در ارتباط میان کیفیت خواب ضعیف و افکار خودکشی ایفا می‌کند (۱۵).

با توجه به اهمیت خودکشی به‌عنوان مسئلهٔ مهم بهداشت عمومیِ قابل‌پیشگیری، بررسی و مطالعات دربارهٔ عوامل مؤثر بر این رفتار اهمیت ویژه‌ای دارد. از سوی دیگر، با توجه به ادبیات پژوهشی موجود دراین‌باره متوجه می‌شویم که پژوهشی که مستقیماً و همزمان به بررسی ارتباط درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب با افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی بپردازد، وجود ندارد؛ بنابراین، با توجه به این خلأ پژوهشی و با توجه به اهمیت بحث افکار خودکشی در مبتلایان به افسردگی، پژوهش حاضر قصد

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

دارد به پاسخ این سؤال بپردازد: «آیا میان درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب با افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی رابطه‌ای وجود دارد؟»

مواد و روش‌ها

این پژوهش بر اساس نحوهٔ گردآوری داده‌ها، تحقیق توصیفی از نوع همبستگی است. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل همهٔ بیماران مبتلا به اختلال افسردگی در شهر تبریز بود که در ۳ ماههٔ دوم سال ۱۴۰۲، به کلینیک‌های روان‌شناسی مراجعه کردند. نمونهٔ پژوهش حاضر با استناد به جدول مورگان بر اساس تعداد جامعهٔ مدنظر، ۱۵۰ بیمار مبتلا به افسردگی در نظر گرفته شد که به‌صورت در دسترس از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک روان‌شناسی بیمارستان‌های ولیعصر (عج) و بهبود تبریز انتخاب گردیدند. تشخیص اختلال افسردگی بر اساس معیارهای DSM-5 از سوی روان‌شناس صورت گرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل سواد خواندن و نوشتن و توانایی فهم زبان فارسی، نداشتن بیماری‌های جسمی و سایر اختلال‌های روان‌پزشکی و معیار خروج ناقص یا مخدوش گذاشتن پرسش‌نامه‌ها بود. در تجزیه‌وتحلیل اطلاعات از روش‌های موجود در آمار توصیفی مانند جداول توزیع فراوانی، درصد فراوانی، درصد فراوانی تجمعی و میانگین برای محاسبهٔ آماره‌ها، آزمون فرضیه‌های تحقیق و تعمیم دادن آماره‌ها به مؤلفه‌های جامعه نیز از روش‌های آمار استنباطی نظیر آزمون میانگین، آزمون همبستگی پیرسون (برای سنجش میزان همبستگی متغیرهای تحقیق) و رگرسیون چندگانه (برای سنجش نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیرها) استفاده شد. نرم‌افزار استفاده‌شده در این تحقیق SPSS vol.25بود.

ابزارهای پژوهش؛ پرسش‌نامهٔ افکار خودکشی بک: مقیاس افکار خودکشی یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است که بک و استیر (۱۹۹۱) برای ارتکاب به خودکشی تهیه کردند. این مقیاس بر اساس ۳ درجه از ۰ تا ۲ تنظیم‌شده است (۱۶). نمرهٔ کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که بین ۰ تا ۳۸ قرار دارد و شامل خرده‌مقیاس‌های تمایل به مرگ (۵ پرسش)، آمادگی برای خودکشی (۷ پرسش) و تمایل به خودکشی واقعی (۴ پرسش) است. در سنجش روایی همزمان و اعتبار مقیاس، ضرایب همبستگی دامنه از ۰/۹۰ برای بیماران بستری تا ۰/۰۹۴ برای بیماران درمانگاهی بود؛ همچنین این مقیاس با پرسش‌نامهٔ خودکشی افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ همبستگی داشت. در سنجش اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون-بازآزمون، اعتبار آزمون ۰/۵۴ به‌دست‌آمده است. آلفای کرونباخ همسانی درونی و اعتبار همزمان این مقیاس به‌ترتیب بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ و ۰/۸۳ بوده است. اعتبار این مقیاس در ایران از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی همزمان آن با سیاههٔ افسردگی پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش‌شده است (۱۷).

پرسش‌نامهٔ درماندگی روان‌شناسی (DASS) (مقیاس کوتاه): این پرسش‌نامه را لاویبوند و لاویبوند در سال ۱۹۹۵ ارائه کرده‌اند. این مقیاس (DASS_۲۱) برای سنجش افسردگی، اضطراب و فشار روانی طراحی‌شده است و ۲۱ پرسش دارد و در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای، از ۱=«بسیار زیاد در مورد من درست است» تا ۴=«به‌هیچ‌وجه دربارهٔ من درست نیست» نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه شامل سه خرده‌مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس است که هرکدام ۷ پرسش دارند. لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) آلفای کرونباخ سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند (۱۸). در ایران، بازیار خیلی و ابراهیمی (۱۴۰۰) نیز ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی ۰/۹۲، اضطراب ۰/۸۹ و استرس ۰/۸۱ برآورد نمودند (۱۹).

پرسش‌نامهٔ ذهن‌آگاهی کنتاکی (KIMS) بیر و همکاران (۲۰۰۴): پرسش‌نامهٔ مهارت‌های ذهن‌آگاهی کنتاکی (KIMS) را بیر، اسمیت و آلن در سال ۲۰۰۴ تدوین کرده‌اند. این پرسش‌نامه ۳۹ ماده دارد و برای اندازه‌گیری چهار مؤلفهٔ ذهن‌آگاهی طراحی‌شده است که عبارت‌اند از: مشاهده، توصیف بدون برچسب، عملکرد همراه با آگاهی (تمرکزگری) و پذیرش بدون قضاوت. فرم انگلیسی این

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

مقیاس در آغاز ۷۷ پرسش داشت که به ۳۹ گویه کاهش یافت. این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «خیلی به‌ندرت» تا «اکثراً» نمره‌گذاری می‌شود (۲۰). دهقان منشادی و همکاران (۱۳۹۱) در ایران نشان دادند که آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۲ است (۲۱).

پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب (PSQI): دکتر بویس و همکارانش این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۸۹، در مؤسسهٔ روان‌پزشکی پیتزبورگ تدوین کردند. پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب پیتزبورگ نگرش افراد دربارهٔ کیفیت خواب در چهار هفته گذشته را بررسی می‌کند. این پرسش‌نامه ۱۹ عبارت دارد که جواب‌های این گویه‌ها به‌صورت لیکرت چهاردرجه‌ای از ۰ تا ۳ است. این پرسش‌نامه در اصل ۹ گویه دارد؛ اما چون پرسش ۵ خود شامل ۱۰ گویهٔ فرعی است؛ بنابراین، کل پرسش‌نامه ۱۹ بخش دارد. در نمره گزاری این پرسش‌نامه باید هفت مؤلفه (۱.¬ کیفیت ذهنی خواب، ۲. تأخیر در به خواب رفتن، ۳. مدت‌زمان خواب، ۴. میزان بازدهی خواب، ۵. اختلالات خواب، ۶. استفاده از داروهای خواب‌آور و ۷. اختلالات عملکردی روزانه) را بررسی کنید. حداقل و حداکثر نمره‌ای که برای هر مؤلفه در نظر گرفته‌شده است، از صفر (مشکل بسیار جدی) تا ۳ (نبودن مشکل) است. در پایان، نمره‌های هر مؤلفه را باهم جمع کنید و به نمرهٔ کلی تبدیل نمایید (۰ تا ۲۱). نمرهٔ پایین در هر مؤلفه و یا در نمرهٔ کلی نشان¬دهندهٔ کیفیت خواب نامناسب است. نمره‌های ۳، ۲، ۱ و ۰ در هر مقیاس به‌ترتیب بیان وضعیت طبیعی، وجود مشکل خفیف، متوسط و شدید هستند. جمع نمره‌های مقیاس هفتگانه نمرهٔ کلی را تشکیل می‌دهد که از ۰ تا ۲۱ است. پایایی این پرسش‌نامه با استفاده ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش‌شده است. گفتنی است، روایی محتوای پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب تأییدشده است. پایایی این پرسش‌نامه در تحقیق روحی خطیب (۱۴۰۱) با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه مقدار ۰/۸۹ به‌دست آمد که نشان از پایایی مناسب این پرسش‌نامه است (۲۳، ۲۲).

نتایج

شرکت‌کننده‌ها ۹۸ زن و ۵۲ مرد بودند. ۳۰ نفر از شرکت‌کننده‌ها زیر سی سال سن داشتند و ۷۲ نفر سن ۳۱ تا ۴۰، ۳۸ آزمودنی سن ۴۱ تا ۵۰ و ۱۰ نفر بالای ۵۰ سال سن داشتند. در جدول شمارهٔ ۱ شاخص‌های توصیفی مرتبط با متغیرها عنوان‌شده است. برای بررسی طبیعی بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف–اسمیرنف استفاده گردید. با توجه به اینکه سطح معناداری همهٔ متغیرها بالای ۰/۰۵ است؛ بنابراین، متغیرهای پژوهش طبیعی هستند و می‌توان از روش‌های پارامتریک برای تحلیل فرضیه‌های پژوهش بهره برد.

جدول شماره ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
درماندگی روان‌شناختی	۷۱/۳۴۰	۹/۳۳۱	۲۴	۸۲
ذهن‌آگاهی	۸۷/۹۰۶	۲۴/۶۹۹	۴۵	۱۹۵
کیفیت خواب	۷/۸۲۰	۳/۵۳۵	۱	۱۸
افکار خودکشی	۲۸/۲۵۳	۸/۷۳۶	۸	۳۸

جدول شماره ۲. نتایج حاصل از همبستگی پیرسون

		متغیر ملاک: افکار خودکشی		
	متغیر پیش‌بین	تعداد	سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون
۱	درماندگی روان‌شناختی	۱۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۰
۲	ذهن‌آگاهی	۱۵۰	۰/۰۰۱	-۰/۶۰۴
۳	کیفیت خواب	۱۵۰	۰/۰۰۱	-۰/۴۴۴

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

جدول شماره ۳. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه

ضریب رگرسیون چندگانه (R)	ضریب تعیین (R۲)	ضریب تعیین تعدیل‌شده	F	سطح معنی‌داری	دوربین- واتسن
۰/۶۸۸	۰/۴۷۳	۰/۴۶۲	۴۳/۷۳۳	۰/۰۰۰	۱/۹۵۷

بر اساس نتایج مندرج در جدول شمارهٔ ۳، مقدار رگرسیون چندگانهٔ به‌دست‌آمده ۰/۶۸۸ است. مقدار F برابر با ۴۳/۷۳۳ در سطح ۰/۰۰۰ معنادار است که این نشان‌دهندهٔ معناداری میزان R به‌دست‌آمده است؛ همچنین ضریب تعیین الگو برابر با ۰/۴۷۳ است. این بدان معنا است که متغیرهای مستقل ۴۷/۳ درصد تغییرات متغیر وابسته رو تبیین می‌کنند؛ همچنین آمارهٔ دوربین- واتسن برای بررسی استقلال خطاها استفاده می‌شود که این آماره هم باید بین ۱/۵ و ۲/۵ باشد که در اینجا ۱/۹۵۷ به‌دست‌آمده است که قابل‌قبول است..

جدول شماره ٤. ضرایب آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه

متغیرهای مستقل				t مقدار بحرانی	سطح معناداری	وضعیت
	B	خطای استاندارد	ضریب تأثیر Beta			
مقدار ثابت	۱۵/۷۴۳	۸/۵۹۱	–	۱/۸۳۲	۰/۰۶۹	–
درماندگی روان‌شناختی	۰/.۳۴۰	۰/۰۸۶	۰/۳۶۳	۳/۹۵۹	۰/۰۰۰	تأیید
ذهن‌آگاهی	-۰/۰۹۵	۰/۰۳۱	-۰/۲۶۹	-۳/۰۲۶	۰/۰۰۳	تأیید
کیفیت خواب	-۰/۴۳۴	۰/۱۶۷	-۰/۱۷۶	-۲/۵۹۸	۰/۰۱۰	تأیید

بر اساس نتایج جدول شمارهٔ ۴ مشاهده می‌شود که با توجه سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ و مقدار بحرانی بالای ۱/۹۶ و یا کوچک‌تر از ۱/۹۶- می‌توان گفت که متغیرهای درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب تأثیر معنادار بر افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی دارند که نوع این تأثیر برای متغیر درماندگی روان‌شناختی به‌صورت مثبت و معنادار و برای متغیرهای ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب به‌صورت منفی و معنادار بود؛ بنابراین، درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب می‌توانند افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی را پیش‌بینی کنند؛ همچنین می‌توان با توجه به مقدار ضریب تأثیر (Beta) بیان کرد که میزان تأثیر درماندگی روان‌شناختی بر افکار خودکشی ۳۶/۳ درصد، میزان تأثیر ذهن‌آگاهی بر افکار خودکشی ۲۶/۹- درصد و میزان تأثیر کیفیت خواب بر افکار خودکشی نیز ۱۷/۶- درصد است .

بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق با هدف بررسی ارتباط درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب با افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، درماندگی روان‌شناختی رابطهٔ مثبت و معناداری با افکار خودکشی و ذهن‌آگاهی دارد و میان کیفیت خواب نیز با افکار خودکشی رابطهٔ منفی و معناداری برقرار است؛ همچنین درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب توانستند افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی را پیش‌بینی کنند. یافتهٔ اول پژوهش حاکی از رابطهٔ مثبت و معنادار میان میزان درماندگی روان‌شناختی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی بود. این یافته با پژوهش‌های پیشین همسو است (۹-۷). درماندگی روان‌شناختی و ابعاد آن یعنی اضطراب، افسردگی و

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

استرس، نقش مهمی در میزان تمایل به افکار خودکشی دارند (۷). درماندگی روان‌شناختی یک اصطلاح کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند است؛ به‌عبارت‌دیگر، آن یک ناراحتی روانی است که با فعالیت‌های فرد و با زندگی روزانه تداخل دارد. درماندگی روان‌شناختی می‌تواند بر اساس دیدگاه‌های منفی از محیط، دیگران و خود ایجاد شود. غم و اندوه، اضطراب، حواس‌پرتی و نشانه‌های بیماری‌های روانی تظاهرات درماندگی روان‌شناختی هستند. به‌طورکلی، خودکشی محصول و نتیجهٔ درد روانی است و منبع اولیهٔ این روان درد نیز نیازهای نابرآوردهٔ روان‌شناختی است. اساس رفتارهای انسان به‌طور بدیهی مبتنی بر نیازهای زیست‌شناختی اساسی و بنیادی است؛ مانند نیاز به اکسیژن غذا، آب و درجهٔ حرارت مناسب؛ اما پس از رفع این نیازها، نیاز انسان به کاهش تنش‌های درونی پیش می‌آید که آن‌هم از رهگذر ارضای نیازهای روان‌شناختی تحقق می‌یابد؛ ازجمله: نیاز به پیشرفت، پیوند و رابط، تسلط یافتن، سالم ماندن، خودمختاری، دوست داشته شدن، کمک به شناخت مسائل و بسیاری از نیازهای دیگر. به‌طورکلی، ما بخش عمده‌ای از زندگی خود را برای رفع نیازهای روان‌شناختی خویش صرف می‌کنیم. وقتی فرد خودکشی می‌کند، درواقع می‌خواهد درد روانی خود را از بین ببرد؛ دردی که ناشی از ارضا نشدن نیازهای حیاتی او است (۲۴)؛ بنابراین، با توجه به ویژگی‌های درماندگی روان‌شناختی و استناد بر نتایج این فرضیه و تحقیقات پیشین می‌توان انتظار داشت افرادی که درماندگی روان‌شناختی بیشتری دارند، افکار خودکشی بیشتری نیز داشته باشند.

یافتهٔ دوم پژوهش مبنی بر ارتباط میان ذهن‌آگاهی با افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی بود؛ به‌عبارت‌دیگر، می‌توان گفت ذهن‌آگاهی در جامعهٔ آماری مطالعه‌شده رابطهٔ منفی و معناداری با افکار خودکشی دارد و با افزایش میزان ذهن‌آگاهی، میزان افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی کاهش می‌یابد. این یافته با نتایج دریدن، همکاران (۲۰۱۷) ، شیرازی، همکاران (۱۴۰۱)، دی اقایر (۲۰۲۲) همسو است (۲۷-۲۵). در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت، در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، یکی از عوامل خطر اقدام به خودکشی تحت تأثیر افکار خودکشی است. بیر (۲۰۰۴) «ذهن‌آگاهی» را به‌عنوان مشاهدهٔ بدون قضاوت نسبت به جریان در حال پیشرفت درونی و بیرونی محرک‌ها و بروز آن‌ها تعریف کرد (۲۰). قضاوت نکردن ذهن‌آگاهی را پرورش می‌دهد. هنگامی‌که شما با وضعیت هیجانی یا فیزیکی دشواری روبه‌رو می‌شوید، با قضاوت نکردن دربارهٔ تجربیات، بیشتر از آنچه می‌بینید و هستید و چیزی که باید باشید، آگاه می‌گردید. ذهن‌آگاهی به آگاهی از تجارب خوب و ناخوشایند منجر می‌شود و در اوقاتی که فرد تحت تأثیر خلق منفی است، این عامل خطر را کم می‌کند. درواقع، بالا بودن ذهن‌آگاهی سبب می‌گردد فرد این توانایی را در خود بهبود ببخشد و در برابر افسردگی، حالتی مشاهده‌گر داشته باشد و خود را در افکار تکرارشونده و هیجانات منفی مرتبط با آن غرق نکند.

یافتهٔ سوم پژوهش این‌گونه بود: در جامعهٔ آماری مطالعه‌شده، کیفیت خواب رابطهٔ منفی و معناداری با افکار خودکشی دارد. این یافته همسو یا نتایج پژوهش‌های پیشین است (۲۹، ۲۸). در تبیین نتایج این فرضیه می‌تواند بیان کرد که خواب مهم‌ترین و اساسی‌ترین نیاز بدن برای بازسازی خود است و بخش جدایی‌ناپذیری از زندگی افراد و جزو عوامل مهم و ضروری برای استراحت است. خواب حالتی منظم و تکراری برای برگشت به حالت عادی و استراحت بدن است. خواب موجب کاهش بی‌تحرکی نسبی و افزایش چشمگیر آستانهٔ توجه در افراد است که به محرک‌های بیرونی پاسخ کمتری می‌دهد. اختلالات خواب می‌تواند شروعی برای اختلالات روانی باشد و با افکار خودکشی همبستگی دارد (۱۵، ۱۴).

در یافتهٔ چهارم به این نتیجه رسیدیم که درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب می‌توانند افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی را پیش‌بینی کنند. این یافته همسو با یافته‌های پیشین است (۲۹، ۲۶، ۲۵، ۹-۸). تمایل به افکار خودکشی معمولاً واکنش‌هایی از قبیل اضطراب، بلاتکلیفی و سردرگمی را به همراه دارد و افراد در

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

حالت درماندگی روان‌شناختی قرار می‌گیرند (۳۰). بیشتر انسان‌ها در مقطعی از زندگی خود، احساس افسردگی و درماندگی می‌کنند. نشانه‌های افسردگی در برخی از افراد به مدت طولانی باقی می‌ماند و در همهٔ جوانب زندگی آنان نفوذ می‌کند. انسان‌های افسرده ازجمله افرادی هستند که بیش از همه در معرض خودکشی قرار دارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که زندگی به شیوهٔ ذهن‌آگاهانه باعث بهبود افسردگی و کاهش افکار خودکشی می‌شود؛ زیرا افراد نسبت به خود، توانایی‌ها و محیط اطرافشان آگاهی بیشتری دارند و درنتیجه، از امیدواری و خوش‌بینی بیشتری در زندگی برخوردارند. افرادی که ذهن‌آگاهی بالایی داشته باشد، نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی بیشتری دارند و بیشتر با ویژگی‌های خودکار ذهنشان، به‌طور مثال تمایل به گریز از زمان حال و درگیر در گذشته و آینده، آشنایی پیدا می‌کنند و آگاهی لحظه‌به‌لحظه را در خود پرورش می‌دهند که باعث می‌شود این افراد کمتر افکار خودآسیبی داشته باشند (۳۱). کیفیت خواب عامل پیش‌بینی خودکشی است. درواقع، کیفیت خواب، علائم بی‌خوابی و کابوس حل‌نشده به‌طور چشمگیری با افکار خودکشی در میان بیماران مبتلا به افسردگی ارتباط دارند (۳۲).

محدودیت‌های این پژوهش عبارت‌اند از: استفاده از پرسش‌نامه و کنترل نکردن متغیرهای مزاحم مانند وضعیت اقتصادی افراد، وجود اختلافات و تعارضات در خانواده و تفاوت‌های فرهنگی و اقتصادی. پیشنهاد می‌گردد، به بررسی رابطهٔ میان ویژگی‌های شخصیتی و متغیرهای دیگر همانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی و... با افکار خودکشی پرداخته شود. پیشنهاد می‌گردد علاوه بر پرسش‌نامه، از سایر ابزارها ازجمله مصاحبه و گزارش‌های شخصی نیز استفاده شود.

متغیرهای درماندگی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب در افزایش یا کاهش افکار خودکشی مؤثر هستند. با توجه به اینکه فکر خودکشی می‌تواند زمینه‌ساز اقدام به خودکشی باشد؛ بنابراین می‌توان با ارائهٔ پیشنهادهای مؤثر دربارهٔ ارتقای ذهن‌آگاهی و کیفیت خواب بیماران افسرده و همچنین کاهش درماندگی روان‌شناختی، گام‌های مؤثری را برای پیشگیری از این معضل اجتماعی برداشت.

سپاس‌گزاری

از همهٔ شرکت‌کنندگان و افرادی که در این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافعی در نگارش مقاله وجود ندارد.

کد اخلاق

مطالعه مستخرج از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد است و همهٔ ملاحظات اخلاقی رعایت شده است. این پژوهش کد اخلاق به شناسهٔ IR.IAU.TABRIZ.REC.1402.046 دارد.

دسترس‌پذیری داده‌ها

مجموعه داده‌های ارائه‌شده در این مطالعه بنا به درخواست از نویسندهٔ مسئول در زمان ارسال یا پس از انتشار در دسترس است.

حمایت مالی

حمایت مالی از پژوهش انجام‌نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول نسترن منصوریه مسئول نگارش مقاله، ویرایش مقاله در طی داوری، پاسخ دهی به داوران ، تهیه عنوان مقاله و راهنمایی را به عهده دارد. نویسنده دوم لیلا نوایی جمع اوری دیتا ها و تجزیه و تحلیل دیتا ها را به عهده داشت.

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

References

1. Depression WH. Other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization. 2017 Feb;24(1).
2. Zeng R, Cohen LJ, Tanis T, Qizilbash A, Lopatyuk Y, Yaseen ZS, Galynker I. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. Psychiatry research. 2015 Mar 30;226(1):361-7.
3. Kinchin I, Doran CM. The economic cost of suicide and non-fatal suicide behavior in the Australian workforce and the potential impact of a workplace suicide prevention strategy. International journal of environmental research and public health. 2017 Apr;14(4):347.
4. Pourhossein R, Farhoudi F, Amiri M, Janbozorgi M, Reza'i Bidakhvidi A, Nourollahi F. The relationship of suicidal thoughts, depression, anxiety, resilience, daily stress and mental health in university of Tehran students. Clinical Psychology Studies. 2014 Mar 21;4(14):21-40.
5. Simbar M, Golezar S, Alizadeh SH, Hajifoghaha M. Suicide risk factors in adolescents worldwide: a narrative review. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2018 Mar 10;16(12):1153-68.
6. Miri M, Rezaeian M, Ghasemi SA. A systematic review on the prevalence and causes of suicide (thoughts and actions) in Iranian school and university students. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2022 Sep 10;21(5):551-74.
7. Nooshabadi SS, Arani SS, Naderian F, Bahadoran A, Namjoo F. Predicting suicide ideation and psychological helplessness based on domestic violence in women. Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC). 2021 Jul 10;3(2):60-71.
8. Wang L, Li D, Pan S, Zhai J, Xia W, Sun C, Zou M. The relationship between 2019-nCoV and psychological distress among parents of children with autism spectrum disorder. Globalization and health. 2021 Dec;17:1-4.
9. Van Oers H, Schlebusch L. Breast cancer patients' experiences of psychological distress, hopelessness, and suicidal ideation. Journal of Nature and Science of Medicine. 2021 Jul 1;4(3):250-7.
10. Prakash RS, Fountain-Zaragoza S, Kramer AF, Samimy S, Wegman J. Mindfulness and attention: Current state-of-affairs and future considerations. Journal of Cognitive Enhancement. 2020 Sep;4:340-67.
11. Hashemi R, Moustafa AA, Rahmati Kankat L, Valikhani A. Mindfulness and suicide ideation in Iranian cardiovascular patients: Testing the mediating role of patience. Psychological reports. 2018 Dec;121(6):1037-52.
12. Heath NL, Carsley D, De Riggi ME, Mills D, Mettler J. The relationship between mindfulness, depressive symptoms, and non-suicidal self-injury amongst adolescents. Archives of Suicide Research. 2016 Oct 1;20(4):635-49.
13. AFKHAM EA, Ghalehbandi MF, SALEHI M, KAFIAN TA, Vakili Y, AKHLAGHI FE. Sleep parameters and the factors affecting the quality of sleep in patients attending selected clinics of Rasoul-e-Akram hospital.
14. Yang Q, Xie J, Li Z, Zhai C, Sheng M, Li S, Gao M. Association between sleep quality, depressive symptoms, and suicidal ideation in college students. Psychology, Health & Medicine. 2024 Mar 21:1-9.
15. Shi X, Xu L, Wang Z, Wang S, Wang A, Hu X, Jiang L, Li Z. Poor sleep quality and suicidal ideation among Chinese community adults: A moderated mediation model of mental distress and family functioning. Current Psychology. 2023 Feb;42(6):4936-47.
16. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1991;63.
17. Anisi J, Fathi AA, SALIMI S, AHMADI NK. Validity and reliability of Beck suicide scale ideation among soldiers.
18. Lovibond SH. Manual for the depression anxiety stress scales. Psychology Foundation of Australia. 1995.
19. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. Assessment. 2004 Sep;11(3):191-206.
20. Barari Baziarkhili Zahra, EBRAHIMI SEDIGHEH. Prediction of Psychological Helplessness and Fault Tolerance Based on Emotional Alexithymia in Women with Breast Cancer. IRAN JOURNAL OF NURSING (IJN)[Internet]. 2021;34(129):96-108
21. Dehgan Z, Tagavi M, Dehgan M. Examining the psychometric properties of the Kentucky Mindfulness Skill List. Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2013; 7(25):27-37.
22. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry research. 1989 May 1;28(2):193-213.
23. Mansouri A, Tavakkol Z, Farrokhran EM, Mokhayeri Y, Fotouhi A. Sleep quality of students living in dormitories in Tehran

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

University of Medical Sciences (TUMS) in 2011. irje 2012; 8 (2) :71-82.
24. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment. 2006 Mar;13(1):27-45.
25. Crane R. Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features. Routledge; 2017 Sep 19.
26. Shirazi F, Jahangiri N, Jafari L, Akbari Z. The Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy in Cognitive Fusion, Emotional Dysregulation, and Suicidal Ideation in Patients with Major Depressive Disorder. IJPN. 2022 Jan 1;10(5):1-3.
27. de Aguiar KR, Bilhalva JB, Cabelleira MD, Guimarães GO, Madureira T, Agako A, de Souza MS, Souza LD. The impact of mindfulness on suicidal behavior: a systematic review. Trends in psychiatry and psychotherapy. 2022 May 6;44:e20210316.
28. Harris LM, Huang X, Linthicum KP, Bryen CP, Ribeiro JD. Sleep disturbances as risk factors for suicidal thoughts and behaviours: a meta-analysis of longitudinal studies. Scientific Reports. 2020 Aug 17;10(1):13888.
29. Lopes MC, Boronat AC, Wang YP, Fu-I L. Sleep complaints as risk factor for suicidal behavior in severely depressed children and adolescents. CNS neuroscience & therapeutics. 2016 Nov;22(11):915-20.
30. Nooshabadi SS, Arani SS, Naderian F, Bahadoran A, Namjoo F. Predicting suicide ideation and psychological helplessness based on domestic violence in women. Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC). 2021 Jul 10;3(2):60-71.
31. Shorey RC, Elmquist J, Wolford-Clevenger C, Gawrysiak MJ, Anderson S, Stuart GL. The relationship between dispositional mindfulness, borderline personality features, and suicidal ideation in a sample of women in residential substance use treatment. Psychiatry research. 2016 Apr 30;238:122-8.
32. Jafari A, Heidari-soureshjani R, Zarea K. Investigation of relationship between sleep quality and stress, anxiety and depression among students in the Shoushtar Faculty of Medical Sciences. Educational Development of Judishapur. 2018 Apr 1;9(3):197-205.

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-02]