مجله علوم پزشکی زانکو/ دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ زمستان ۱۳۹۷/ ۵۸-۴۲

مقاله پژوهشی
(Originalpaper)

بررسی نقش توانایی‌های شناختی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در پیش‌بینی عضویت گروهی افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد بهنجار

محمدجواد بگیان کوله‌مرز[۱]، جهانگیر کرمی[۲*]، خدامراد مؤمنی[۳]، عادله الهی[۴]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۲- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۳- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۴- استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

موبایل: ۰۹۱۸۱۳۲۴۳۸۹ پست الکترونیک: j.karami@razi.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی سومین علت شایع مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۴۴ سال می‌باشد. نوجوانان و جوانان از جمله گروه‌های در معرض خطر می‌باشند. لذا این پژوهش با عنوان بررسی نقش توانایی‌های شناختی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در پیش‌بینی عضویت گروهی افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد بهنجار انجام گرفت.

مواد و روش‌کار: روش تحقیق مورداستفاده در این پژوهش علی- مقایسه‌ای و از نوع مقطعی(پس‌رویدادی) است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۱۲۱ نفر از مراجعین اقدام کننده به خودکشی به شیوه مسمومیت دارویی بیمارستان امام خمینی (ره) شهر کرمانشاه در فاصله ماه‌های مهر ۱۳۹۶ تا بهمن ۱۳۹۶ بود که با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به پرسشنامه‌های توانایی‌های شناختی (CAQ) نجاتی (۱۳۹۲) و دشواری‌های تنظیم هیجانی (DERS) گراتز و رومر (۲۰۰۴) پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل ممیز استفاده شد. آنالیز با استفاده از برنامه آماری SPSS. 21 صورت گرفت.

یافته‌ها: در تحلیل ممیز به روش همزمان، پانزده متغیر پیش‌بین ۸۵/۱ درصد پراش و در روش گام به گام پنج متغیر پیش‌بین (مشکلات در برنامه‌ریزی، انعطاف‌پذیری شناختی، شناخت اجتماعی، فقدان آگاهی هیجانی و دشواری‌های کنترل تکانه) ۸۳/۱ درصد پراش برای تنها تابع ممیز از اختلاف بین دو گروه افراد اقدام کننده به خودکشی و دانشجویان تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد با در نظر داشتن یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که شناخت و هیجان‌ها دو جنبه بسیار مهم زندگی انسان است و در تجلی اکثر رفتارهای افراد تعامل این دو سازه به چشم می‌خورد. لذا نیازمند است در جهت کاهش آسیب‌های روانی آموزش‌های تنظیم هیجانی و توانبخشی شناختی در افراد اقدام کننده به خودکشی صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: توانایی‌های شناختی، دشواری‌های تنظیم هیجان، اقدام به خودکشی

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

مقدمه

خودکشی[1] یکی از چالش‌های بهداشت روانی است که نرخ گسترش آن در طی ۵۰ سال اخیر سیر افزایشی داشته، به‌طوری‌که در هر ۴۰ ثانیه یک نفر در سراسر دنیا جان خود را براثر خودکشی از دست می‌دهد. خودکشی جزء سه علت اصلی مرگ‌ومیر در میان افراد ۱۵-۳۵ سال است. بر پایه آمار مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها[2] در آمریکا، خودکشی دومین عامل مرگ‌ومیر در نوجوانان و جوانان پس از تصادف است و سرتاسر دنیا پس از تصادفات و کشتار سومین عامل در این ردهٔ سنی به شمار آورده می‌شود (۱). باوجوداینکه در کشورهای غربی آمار رسمی و منتشرشده در رابطه با خودکشی وجود دارد اما در ایران خودکشی هنوز امری پنهانی انگاشته می‌شود و کارگزاران و نهادهای ذی‌ربط از نشان دادن آمارهای رسمی دربارهٔ آن خودداری می‌کنند ازاین‌رو تنها می‌توان از گفته‌های برخی از کارگزاران و گزارش‌های غیررسمی نرخ‌هایی را استنباط کرد. برخی از گزارش‌ها حاکی از آن است که در طی سال‌های ۸۹ تا ۹۳ تراز خودکشی در ایران دو برابر شده است درحالی‌که رشد جمعیت به این میزان نبوده و این امر حکایت از آن دارد که رشد خودکشی با آهنگی پرشتاب‌تر از رشد جمعیت رو به فزونی است (۲). نظریه‌های روان‌شناسی به‌طورکلی به عوامل روانی و فردی توجه دارد و نظریه شناختی، خودکشی را نمونه‌ای از رفتار حل مسئله می‌داند (۳). بر مبنای تعریف مؤسسه ملی بهداشت روان آمریکا[3]، خودکشی تلاش آگاهانه به‌منظور خاتمه دادن به زندگی شخصی است که شاید این تلاش به اقدام تبدیل شود یا فقط به شکل احساسی در فرد بماند (۴). افکار خودکشی به افکار و باورهایی گفته می‌شود که فرد در مورد کشتن خودش دارد، که از برنامه‌ریزی دقیق برای خودکشی تا یک احساس قابل‌ملاحظه را در برمی‌گیرد اما شامل اقدام نهایی برای خودکشی نمی‌شود (۵). آمار خودکشی معمولاً با سایر جرائم و آسیب‌ها ارتباط پیدا می‌کند، به‌طوری‌که در میان گروه‌های مبتلابه اعتیاد خودکشی بیشتر دیده می‌شود. همچنین در آسیب‌های مربوط به انحرافات جسمانی به‌ویژه در میان قربانیان این انحراف، خودکشی پدیده شایعی است. در میان بیماری‌های روانی به‌ویژه افسردگی‌های شدید نیز اغلب خودکشی مسئله قابل‌توجهی است (۶).

پژوهش‌های مختلف متغیرهای مختلفی را به‌عنوان متغیرهای پیش‌بینی خودکشی معرفی نموده‌اند که از آن جمله می‌توان به دشواری‌های تنظیم هیجانی[4] اشاره نمود. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که میان راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و اندیشه پردازی خودکشی نیز ارتباط مستقیم وجود دارد (۷). تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را به‌صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند تا به‌طور درخور به تقاضاهای محیطی گوناگون پاسخ دهند (۸). گراتز و رومر[5] تنظیم هیجان را به‌عنوان مقوله‌ای مشتمل بر الف) آگاهی و درک هیجان، ب) پذیرش هیجانات و ج) توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به‌منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی تعریف کرده‌اند (۹). در پژوهش‌های متعدد، کسانی که پیشینه اقدام به خودکشی داشته‌اند در پاسخ به مسائل زندگی هیجانات منفی بیشتری را نشان داده‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که مشکلات در ارزیابی شناختی مخصوصاً برای تعدیل و تنظیم هیجانات منفی، بیشتر با خطر خودکشی مرتبط هستند (۱۰). همچنین از نقطه نظر روان‌شناختی

1- suicide
2- Centers for Disease Control and Prevention
3 - National Institute of Mental Health (NIMH)

4- Dificulty Emotion Regulation
5- Gratz & and Roemer

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

حالت‌های هیجانی به میزان قابل توجهی با خطر خودکشی در جوانان مرتبط است به عبارت دیگر، واکنش، بی‌ثباتی و شدت هیجانی از عوامل خطرزایی هستند که نقش آن‌ها در افکار خودکشی مطرح است (۷). قاسمی نواب، امیری و آزاد مرزآبادی در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، تجارب عاطفی و دوسوگرایی ابراز هیجان در سربازان با تلاش‌های خودکشی و عادی نشان دادند که راهبردهای تنظیم هیجان و سطوح عواطف مثبت و منفی سربازان با تلاش‌های خودکشی و سربازان عادی اختلاف معنی‌داری دارد. سربازان با تلاش‌های خودکشی نسبت به سربازان عادی سطح بالایی از عاطفه منفی و سطوح پایین عاطفه مثبت را داشتند و بیشتر از راهبرد تنظیم هیجان ملالت دیگران را تجربه کرده بودند (۱۱). پژوهش‌های متعددی ارتباط بین تنظیم هیجان و اختلالات روانی گوناگونی را نشان داده‌اند، به‌گونه‌ای که اشکال در تنظیم هیجان به‌عنوان یک مؤلفه کلیدی در چندین مدل آسیب‌شناسی روانی برای اختلالات خاص، مانند اختلال شخصیت مرزی (۱۲)، اضطراب و اختلال افسردگی اساسی (۱۳)، اختلال دوقطبی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال اضطراب اجتماعی (۱۴) اختلالات خوردن (۱۵)، رفتارهای تکراری متمرکز بر بدن مثل ناخن جویدن و کندن پوست (۱۶)، اختلال احتکار (۱۷)، اختلالات مرتبط با سوءمصرف مواد و الکل (۱۸) و رفتارهای خودکشی گرا (۱۹) ارائه‌شده است.

یکی دیگر از متغیرهای که می‌توان پیش‌بینی کننده اقدام به خودکشی باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، توانایی‌های شناختی[1] است. توانایی‌های شناختی عبارت‌اند از فرایندهای عصبی درگیر در اکتساب، پردازش، نگهداری و کاربست اطلاعات (۲۰) فرایندهای شناختی انسان به دلیل ضرورت حل مشکلات بوم‌شناختی (۲۱) و هدایت محیط‌های اجتماعی پیچیده (۲۲) تحول‌یافته‌اند. توانایی‌های شناختی رابط بین رفتار و ساختار مغز بوده و گستره وسیعی از توانایی‌ها (برنامه‌ریزی، توجه، بازداری پاسخ، حل مسئله، انجام هم‌زمان تکالیف و انعطاف‌پذیری شناختی) را در برمی‌گیرد. این موارد فقط شامل بخشی از توانایی‌های شناختی می‌شود که پایهٔ آن منطق است. این توانایی‌ها شناخت سرد[2] نامیده می‌شوند. پایهٔ بخشی دیگر از توانایی‌های شناختی که به شناخت گرم[3] معروف‌اند و در تجربهٔ پاداش و گزند، تنظیم رفتارهای اجتماعی و تصمیم‌گیری در حالت‌های هیجانی نقش دارند، خواسته‌ها، باورها و هیجان‌ها هستند (۲۳). آسیب ساختاری مغز موجب نقص در کارکردهای شناختی شده و به‌تبع آن رفتارهای فرد را در زندگی روزانه مختل می‌سازد. نقص در کارکردهای شناختی با اثر منفی بر عملکردهای روزانه، موجب افت کیفیت زندگی می‌شود. بررسی فعالیت‌های روزانهٔ افراد دارای نقص شناختی می‌تواند نقش مهمی در ارزیابی و درمان آن‌ها داشته باشد (۲۴). نتایج تحقیق روک، روسیر، ریدل، بلک‌ول[4] نشان می‌دهد که بیماران افسرده با ایده پردازی خودکشی نقایصی در حوزه‌های تصویربرداری، حافظه کلامی، حافظه کاری، توجه، عملکردهایی اجرایی و سرعت پردازش از خود نشان می‌دهند (۲۵). علاوه بر این نتایج مطالعه‌ای پو، ستویاما و نودا[5] باهدف ارتباط بین نارسایی شناختی و ایده پردازی خودکشی در بیماران با افسردگی اساسی نشان می‌دهد که نمرات کارکردهای شناختی در بیماران با افسردگی اساسی اقدام کننده به خودکشی به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از بیماران غیر اقدام کننده به خودکشی بود. علاوه بر این بین کارکردهای شناختی (اجرایی)، عملکرد سرعت سایکوموتور و نمره تجمیع

1- Cognitive Abilities

2- Cold Cognition
3- Hot Cognition
4- Rock, Roiser, Riedel & Blackwell
5- Pu, Setoyama & Noda

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

شده با ایده پردازی خودکشی رابطه منفی وجود داشت (۲۶).

در مجموع هیجان و شناخت از ارکان مهم رفتار محسوب می‌شود و تجربه‌های هیجانی می‌توانند به رفتار نیرو و انرژی تزریق کنند. با توجه به نقش مشکلات تنظیم هیجان و عدم کارکردهای شناختی در ایجاد و ابقای مشکلات هیجانی و روند فزایندهٔ اقدام به خودکشی بررسی دقیق‌تر موضوع ضروری به نظر می‌رسد و چنین می‌نماید که یکی از ضعف‌های اساسی الگوهای بررسی رفتارهای خودکشی عدم توجه به نقش هیجان‌ها، فرایندهای تنظیم هیجان و توانایی‌های شناختی است. هر چند پژوهش‌های زیادی در زمینه روابط راهبردهای تنظیم هیجانی با آسیب‌شناسی روانی انجام شده است، اما نقش این راهبردها و توانایی‌های شناختی در گروه‌های اقدام کننده به خودکشی، مورد بررسی قرار نگرفته است. در نهایت، با عنایت به روابط موجود بین راهبردهای شناختی و هیجانی و نقش راهبردهای تنظیم هیجانی و کارکردهای شناختی در اقدام به خودکشی پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش توانایی‌های شناختی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در پیش‌بینی عضویت گروهی افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد بهنجار صورت گرفت.

مواد و روش‌کار

روش تحقیق مورداستفاده در این پژوهش علی-مقایسه‌ای و از نوع مقطعی(پس‌رویدادی) است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیهٔ افراد اقدام کننده به خودکشی به روش مسمومیت دارویی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر کرمانشاه در فاصله ماه‌های مهر تا بهمن سال ۱۳۹۶ و کلیه دانشجویان دانشگاه رازی که در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌دهند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۱۲۱ نفر از افراد اقدام کننده به خودکشی به شیوه مسمومیت دارویی در فاصله ماه‌های مهر ۱۳۹۶ تا بهمن ۱۳۹۶ بود که با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین ۱۲۱ نفر از دانشجویان دانشگاه رازی که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبتی[1] از بین دانشکده‌های مختلف این دانشگاه با گروه اقدام کننده به خودکشی بر اساس سن، جنسیت و وضعیت اجتماعی و اقتصادی همتا شدند. بدین‌صورت که پس از هماهنگی‌های لازم با دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و کسب مجوزهای لازم از سوی این دانشگاه، ضمن بیان اهداف پژوهش، با رعایت ملاحظات اخلاقی در اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) به‌صورت یک نوبت‌کاری حضور و از بین افراد اقدام کننده به خودکشی به شیوه مسمومیت دارویی ۱۲۱ نفری که متمایل به حضور در پژوهش بودند و حداقل ۶ ساعت از زمان بستری شدن آن‌ها در بخش گذشته بود و حال عمومی آنان پایدار بود و ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند به روش در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. لازم به ذکر است حجم نمونه اولیه ۱۴۰ نفر افراد اقدام کننده به خودکشی و ۱۴۰ نفر از دانشجویان در نظر گرفته‌شده بود، ولی درنهایت با خارج کردن پرسشنامه‌های ناقص (۱۹ پرسشنامه از هر گروه) حجم نمونه ۱۲۱ نفر مورد و ۱۲۱ نفر شاهد شد که درمجموع به ۲۴۲ نفر رسید. با به‌کارگیری ملاک‌های ورود برای گروه‌های مورد مطالعه معیار همگونی[2] آزمودنی‌ها رعایت گردید: ۱- افراد نمونه تحقیق اقدام به خودکشی به روش مسمومیت دارویی کرده باشند؛ ۲- برای اولین بار اقدام به خودکشی کرده باشند، ۳- دارا بودن حداقل سن ۱۶ و حداکثر ۴۰؛ ۴- داشتن حداقل سطح تحصیلات راهنمایی برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها. ملاک‌های خروج

1- proportional stratified random sampling
2- benchmark

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

برای افراد اقدام‌کننده به خودکشی نیز شامل ۱- هشیار نبودن، ۲- عقب‌ماندگی ذهنی، ۳- ابتلا به اختلال‌های روان‌پریشی و اعتیاد به الکل (تشخیص با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس پنجمین راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-V)، ۴- اقدام به خودکشی بیش از یک‌بار.

ملاک‌های ورود گروه گواه (دانشجویان) به مطالعه شامل: ۱- تمایل به شرکت در پژوهش، ۲- نداشتن سابقه بیماری روانی (پاسخگویی به اطلاعات پرسشنامه جمعیت‌شناختی)، ۳- هرگونه سابقه اقدام به خودکشی نیز ملاک خروج برای دانشجویان بود. در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، دشواری‌های تنظیم هیجانی و پرسشنامه توانایی‌های شناختی استفاده شد.

روند اجرای پژوهش بدین‌صورت بود که بعد از هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و مسئولین مراکز درمانی و تعیین نحوهٔ حضور در بیمارستان جهت انجام پژوهش، پژوهشگران در خصوص نحوه برقراری ارتباط با آزمودنی‌ها تحت آموزش قرار گرفتند، پس از آموزش، پژوهشگران در مراکز اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) حاضر و پس از بررسی پرونده، از بین ۱۴۰ نفر مراجعه کننده در فاصله ماه‌های مهر تا بهمن ۱۳۹۶ در صورتی که فرد موردنظر ملاک‌های ورود را داشت، به ایشان مراجعه می‌شد و پس از معرفی، در مورد پژوهش، اهداف آن و محرمانه ماندن اطلاعات توضیح داده می‌شد و با کسب رضایت آگاهانه او و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و اجرای پرسشنامه‌ها به وسیله روانشناس بر بالینی بیمار انجام می‌شد. همچنین ۱۴۰ نفر از دانشجویان به شیوه همتاسازی بر اساس سن، جنسیت و وضعیت اجتماعی- اقتصادی با گروه اقدام کننده به خودکشی همتا شدند. ملاحظات اخلاقی رعایت شده نیز شامل کسب تأییدیه کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به شماره IR. KUMS. REC. 1396. 399 و عدم ذکر نام آزمودنی‌ها در فرم اطلاعاتی به جهت محرمانه بودن اطلاعات و آماده کردن آنها از لحاظ روحی روانی برای پاسخگویی به سؤالات بود. در نهایت داده‌های پژوهش با نرم‌افزار SPSS. 21 و به روش تحلیل تمایزات مورد تحلیل قرار گرفتند.

پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجانی[1] (DERS): مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی یک مقیاس ۳۶ آیتمی است که توسط گراتز و رومر طراحی‌شده است. این پرسشنامه دارای شش خرده مقیاس است که عبارت‌اند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی سؤالات (۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵ و ۲۹)، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف) سؤالات (۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶ و ۲۳)، دشواری‌های کنترل تکانه (تکانه) سؤالات (۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷ و ۳۲)، فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی) سؤالات (۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷ و ۳۴)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها) سؤالات (۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵ و ۳۶)، فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت) سؤالات (۱، ۴، ۵، ۷ و ۹). نحوه پاسخ‌دهی به این مقیاس بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس است (۹). گراتز و رومر ضریب آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه را ۰/۹۳ و خرده‌مقیاس‌های آن را بزرگ‌تر از ۰/۸۰ گزارش کردند که نشان دهندهٔ همسانی درونی این پرسشنامه است. پایایی آزمون- بازآزمون آن نیز در یک دوره زمانی ۸-۴ هفته‌ای برای (زیر مقیاس‌ها P<۰/۰۱ P>۰/۵۷ و نمره کل P<۰/۰۱، P=۰/۸۸) مناسب گزارش شد. در یک پژوهش خانزاده، سعیدیان، حسین‌چاری و ادریسی پایایی این پرسشنامه را در یک نمونه ایرانی بر اساس آلفای کرونباخ (و باز آزمایی) برای عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ۰/۸۸ (و ۰/۹۱)، دشواری در انجام

1- Dificulty Emotion Regulation Scale

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

رفتار هدفمند ۰/۸۱ (و ۰/۸۶)، دشواری در کنترل تکانه ۰/۸۱ (و ۰/۸۳)، فقدان شفافیت هیجانی ۰/۷۴ (و ۰/۸۱)، فقدان آگاهی هیجانی ۰/۶۶ (۰/۷۹) و راهبردهای محدود ۰/۸۳ (و ۰/۸۸) گزارش کردند. روایی هم‌زمان این پرسشنامه نیز از طریق اجرای هم‌زمان آن با پرسشنامه افسردگی بک BDI-II و اضطراب بک BIA صورت گرفته بود، نتایج نشان داد که خرده مقیاس‌های پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجانی دارای دامنهٔ ضریب همبستگی ۰/۱۱ تا ۰/۴۴ با اضطراب بک و ۰/۱۶ تا ۰/۵۱ با افسردگی بک است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۳ و به ترتیب برای خرده مقیاس عدم پذیرش هیجان‌ها ۰/۸۴، دشواری‌های کنترل تکانه ۰/۷۶، فقدان آگاهی هیجانی ۰/۷۶ و شفافیت هیجانی ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه توانایی‌های شناختی[1] (CAQ): این پرسشنامه توسط نجاتی تهیه و هنجاریابی شده است. این مقیاس ۳۰ سؤالی توانایی شناختی را در یک طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌سنجد این مقیاس دارای ۶ خرده مقیاس حافظه سؤالات ۱ تا ۶، کنترل مهاری و توجه انتخابی ۷ تا ۱۲، تصمیم‌گیری ۱۳ تا ۱۷، برنامه‌ریزی ۱۸ تا ۲۰، توجه پایدار ۲۱ تا ۲۳، شناخت اجتماعی ۲۴ تا ۲۶ و انعطاف‌پذیری شناختی ۲۷ تا ۳۰ است. نمرهٔ بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده مشکلات شناختی بیشتر است. سؤالات ۲۴، ۲۵ و ۲۶ نمره‌گذاری معکوس دارد (۲۸). پایایی پرسشنامه در پژوهش نجاتی با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و ضریب آلفای ۰/۸۳۴ به دست آمد. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها برای سؤال‌های مربوط به حافظه ۰/۷۵۵، کنترل مهاری و توجه انتخابی ۰/۵۷۸، تصمیم‌گیری ۰/۶۱۲، برنامه‌ریزی ۰/۵۷۸، توجه پایدار ۰/۵۳۴، شناخت اجتماعی ۰/۴۳۸ و انعطاف‌پذیری شناختی ۰/۴۵۵ نشان داده شد. که به همین دلیل استفاده از خرده مقیاس‌ها به‌تنهایی سفارش نمی‌شود. نتایج بررسی پایایی آزمون، به روش آزمون- بازآزمون در یک نمونه ۲۳ نفری از دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی ۰/۸۶۵ بود و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سطح ۰/۰۰۰۱ باهم ارتباط معنادار داشتند. برای سنجش روایی هم‌زمان آزمون از همبستگی معدل تحصیلی و زیر مقیاس‌های آزمون ۳۹۵ نفر از دانشجویان موردبررسی استفاده شد، که به‌جز شناخت اجتماعی سایر زیر مقیاس‌ها در سطح P≤۰/۰۰۱ با معدل همبستگی داشتند (۲۸). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴۱ و برای خرده مقیاس‌های حافظه ۰/۸۶۷، کنترل مهاری و توجه انتخابی ۰/۸۴۵، تصمیم‌گیری ۰/۷۷۳، برنامه‌ریزی ۰/۷۹۵، توجه پایدار ۰/۶۶۴، شناخت اجتماعی ۰/۷۹۴ و انعطاف‌پذیری شناختی ۰/۷۴۷ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد اقدام کننده به خودکشی ۲۶/۵۱ و انحراف استاندارد آن ۷/۲۷ بود. میانگین سنی دانشجویان ۲۵/۸۲ و انحراف استاندارد آن‌ها ۶/۰۵۳ بود. در نمونه اقدام کننده به خودکشی۲۸/۱ درصد در گسترهٔ سنی ۱۶ تا ۱۹ سال، ۳۹/۷ درصد در گسترهٔ سنی ۲۰ تا ۲۳ سال، ۱۹ درصد در گسترهٔ سنی ۲۴ تا ۲۷ سال و ۱۳/۲ درصد نیز در گسترهٔ سنی ۲۸ سال و بالاتر قرار داشتند. همچنین از بین دانشجویان ۲۹/۷۵ درصد در گسترهٔ سنی ۱۶ تا ۱۹ سال، ۳۳/۸۸ درصد در گسترهٔ سنی ۲۰ تا ۲۳ سال، ۲۴/۸ درصد در گسترهٔ سنی ۲۴ تا ۲۷ سال و ۱۱/۵۷ درصد نیز در گسترهٔ سنی ۲۸ سال و بالاتر قرار داشتند. برای مقایسه میانگین‌های سنی دو گروه آزمون تی مستقل استفاده شد نتایج نشان داد که بین دو گروه افراد اقدام کننده به

1- Cognitive Abilities Questionnaire

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

خودکشی و افراد عادی ازنظر میانگین سنی باهم تفاوتی ندارند بنابراین فرض همتا بودن گروه‌ها در متغیر سن به‌درستی رعایت شده است. در گروه اقدام کننده به خودکشی ۴۹/۶ درصد (۶۰ نفر) زن و ۵۰/۴ درصد (۶۱ نفر) مرد بودند. همچنین در نمونه دانشجویان ۴۳ درصد (۵۲ نفر) زن و ۵۷ درصد (۶۹ نفر) مرد بودند. نتایج آزمون خی دو نشان داد فراوانی جنسیت در طبقات جنسیتی مرد و زن متفاوت نیست. بالاترین میزان اقدام به خودکشی در وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین با (درآمد کمتر از ۱ میلیون در ماه) با فراوانی ۵۷ /۴ درصد (۳۵ نفر در مردان و ۵۳/۴ درصد (۳۲ نفر) در زنان بود.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمره توانایی‌های شناختی و دشواری‌های تنظیم هیجانی و خلاصهٔ اطلاعات مربوط به تابع ممیز متغیرهای پیش‌بین به‌صورت تفکیکی

متغیر	خودکشی	دانشجویان	لامبدای ویلکز	F	DF_1	DF_2	P
	M±SD	M±SD					
عدم پذیرش	۱۹/۲۲±۴/۵۵	۱۴/۳۶±۵/۰۹	۰/۷۹۱	۶۳/۵۹۲	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
اهداف	۱۶/۷۴±۳/۰۸	۱۳/۳۸±۳/۴۸	۰/۸۰۳	۵۸/۹۳۰	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
کنترل تکانه	۲۰/۳۱±۳/۵۶	۱۵/۴۷±۴/۵۵	۰/۷۳۱	۸۸/۳۲۴	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
آگاهی هیجانی	۱۷/۹۲±۴/۶۷	۱۸/۷۴±۳/۰۸	۰/۹۴۲	۱۴/۷۹۱	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
راهبردها	۲۶/۷۵±۵/۱۵	۱۹/۸۰±۵/۹۷	۰/۷۱۹	۹۳/۶۴۵	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
شفافیت هیجانی	۱۳/۶۷±۲/۵۳	۱۳/۵۰±۲/۹۴	۰/۹۹۹	۰/۱۹۸	۱	۲۴۰	۰/۶۵۷
تنظیم هیجانی	۱۱۱/۵۲±۱۵/۶۶	۹۵/۵۳±۹/۲۴	۰/۸۲۷	۵۰/۱۸۴	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
مشکلات حافظه	۱۵/۸۰±۴/۲۳	۱۱/۶۸±۴/۲۶	۰/۸۰۹	۵۶/۷۵۹	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
کنترل مهاری و توجه انتخابی	۱۶/۴۳±۴/۳۲	۱۰/۹۱±۳/۴۵	۰/۶۶۶	۱۲۰/۳۵۴	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
مشکلات تصمیم‌گیری	۱۶/۹۶±۳/۹۹	۱۲/۰۶۶±۴/۴۳	۰/۷۴۶	۸۱/۶۸۵	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
مشکلات برنامه‌ریزی	۱۰/۵۲±۲/۷۹	۶/۳۰±۲/۷۷	۰/۶۳۳	۱۳۸/۹۹۱	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
مشکلات توجه پایدار	۱۰/۳۴±۲/۶۷	۷/۷۳±۲/۸۷	۰/۸۱۸	۵۳/۴۴۵	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
شناخت اجتماعی	۷/۶۶±۲/۷۴	۹/۸۷±۲/۵۳	۰/۸۵۰	۴۲/۲۹۳	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
انعطاف‌پذیری شناختی	۱۳/۶۷±۳/۱۵	۹/۰۴±۳/۲۵	۰/۶۵۵	۱۲۶/۵۰۷	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
توانایی‌هایی شناختی	۹۴/۷۷±۱۶	۷۰/۲۳±۱۷/۵۶	۰/۶۵۰	۱۲۹/۱۱۷	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمرات دشواری‌های تنظیم هیجانی در افراد اقدام کننده به خودکشی ۱۱۱/۵۲ (و ۱۵/۶۶) و نمرات دانشجویان در دشواری‌های تنظیم هیجانی ۹۵/۵۳ (۹/۲۴) است. همچنین نمرات مشکلات در توانایی‌های شناختی افراد اقدام کننده به خودکشی ۹۴/۷۷ (۱۶) و نمرات دانشجویان در توانایی‌های شناختی ۷۰/۲۳ (و ۱۷/۵۶) می‌باشد. به‌عبارت‌دیگر افراد اقدام کننده به خودکشی نمرات بالاتری در دشواری‌های تنظیم هیجانی و مشکلات در توانایی‌های شناختی به دست آوردند. همچنین با نگاهی به مندرجات جدول مشخص می‌شود که، مؤلفه دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها) با ضریب لامبدای ۰/۷۱۹ در متغیر دشواری‌های تنظیم هیجانی و مشکلات در برنامه‌ریزی با ضریب لامبدای ۰/۶۳۳ در متغیر مشکلات در توانایی‌های شناختی بیشترین تفاوت میانگین میان دو گروه را نشان می‌دهد.

جدول ۲: تابع ممیز متعارف و اطلاعات مهم تابع به روش تحلیل ممیز و گام‌به‌گام

اطلاعات مهم مربوط	تحلیل ممیز	
به تابع ممیز	روش هم‌زمان	روش گام‌به‌گام
مقدار ویژه	۱/۲۴۳	۱/۰۶۹
همبستگی متعارف	۰/۷۴۴	۰/۷۱۹
مجذور اتا	۰/۵۵۳	۰/۵۱۶
لامبدای ویکلز	۰/۴۴۶	۰/۴۸۳
مجذور کای	۱۸۷/۸۱۳	۱۷۲/۶۴۴
درجه آزادی	۱۵	۵
معنی‌داری تابه ممیز	P≤۰/۰۰۱	P≤۰/۰۰۱
مرکز واره نمره‌ها برای گروه خودکشی	۱/۱۱۰	۱/۰۲۹
مرکز واره نمره‌ها برای افراد عادی	−۱/۱۱۰	−۱/۰۲۹
پیش‌بینی عضویت گروهی	۸۵/۱	۸۳/۱
ضریب کپا	۰/۷۰۲	۰/۶۶۱
معنی‌داری ضریب کپا	P≤۰/۰۰۱	P≤۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۲مشاهده می‌گردد به توجه به مقدار لامبدای کوچک، مقدار مجذور کای بالا و سطح معنی‌داری (P≤0.001)، تابع ممیز به‌دست‌آمده از قدرت تشخیصی خوبی برای تبیین واریانس متغیر وابسته برخوردار است. با نگاهی به جدول، مقدار ویژهٔ تنها تابع ممیز ۱/۲۴۳ (به روش هم‌زمان) و ۱/۰۶۹ (به روش گام‌به‌گام) به دست آمده است. همبستگی متعارف این مقدار در تابع ممیز به روش تحلیل هم‌زمان ۰/۷۴ و به روش گام‌به‌گام ۰/۷۱ است. مجذور اتا برای تحلیل ممیز به روش هم‌زمان ۵۵ درصد پراش پانزده متغیر و ۵۱ درصد پراش پنج متغیر پیش‌بین را تبیین می‌کند.

با توجه به موارد توضیح داده‌شده، نمایش آماری مجذور کای برای روش هم‌زمان (P≤0.001) و ۱۸۷/۸۱۳ = (N= ۱۲۱ و df =۱۵) χ۲ و Λ=۰/۴۴۶ (لامبدای ویلکز) و برای روش گام‌به‌گام (P≤0.001) و ۱۷۲/۶۴۴ = (N=۱۲۱ و df =۵) χ۲ و Λ=۰/۴۸۳ (لامبدای ویلکز) است. با دقت در ردیف پیش‌بینی عضویت گروهی آشکار می‌شود که تابع ممیز به‌دست‌آمده با روش هم‌زمان (۱۵ متغیر پیش‌بین)

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

به‌طورکلی ۸۵/۱ درصد اقدام به خودکشی و با روش گام‌به‌گام (۵ متغیر پیش‌بین) ۸۳/۱ درصد اقدام به خودکشی به‌درستی طبقه‌بندی‌شده‌اند. همچنین ضرایب کپا که برای ارزیابی دقت در پیش‌بینی عضویت گروهی به کار می‌روند، برای تابع ممیز حاصل از روش‌های هم‌زمان و گام‌به‌گام در سطح ($P\leq0.001$) ، معنی‌دار است. بنابراین، می‌توان گفت که قدرت پیش‌بینی که از تابع ممیز فوق به‌دست‌آمده معنی‌دار است.

جدول ۳: خلاصه اطلاعات مربوط به تحلیل ممیز گام‌به‌گام همراه با لامبدای ویکلز پنج متغیر پیش‌بین

تعداد متغیرها	واردشده	لامبدای ویکلز	F دقیق			
			آماره	DF_1	DF_2	P
۱	مشکلات برنامه‌ریزی	۰/۶۳۳	۱۳۸/۹۹۱	۱	۲۴۰	P≤۰/۰۰۱
۲	انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۵۷۶	۸۷/۹۰۵	۲	۲۳۹	P≤۰/۰۰۱
۳	شناخت اجتماعی	۰/۵۳۳	۶۹/۶۳۵	۳	۲۳۸	P≤۰/۰۰۱
۴	فقدان آگاهی هیجانی	۰/۵۰۶	۵۷/۸۹۵	۴	۲۳۷	P≤۰/۰۰۱
۵	کنترل تکانه	۰/۴۸۳	۵۰/۴۴۳	۵	۲۳۶	P≤۰/۰۰۱

مطابق با اطلاعات مندرج در جدول ۳، مقدار لامبدا و F کلی این پنج متغیر به ترتیب ۰/۴۸۳ و ۵۰/۴۴۳ است. ضریب زیربنایی این پنج متغیر برابر با ۰/۷۱ و میزان طبقه‌بندی صحیح افراد اقدام کننده به خودکشی ۸۳/۱ درصد و ضریب کپا برابر با ۰/۶۶ است بنابراین این پنج متغیر می‌توانند عضویت گروهی را پیش‌بینی کنند.

جدول ٤: ضرایب استاندارد، غیراستاندارد، ساختاری و طبقه‌بندی تابع ممیز به روش هم‌زمان و گام‌به‌گام

متغیر پیش‌بین	به روش هم‌زمان					به روش گام‌به‌گام				
	ضرایب استاندارد تابع ممیز	ضرایب غیراستاندارد تابع ممیز	ضرایب ساختاری	ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز		ضرایب استاندارد تابع ممیز	ضرایب غیراستاندارد تابع ممیز	ضرایب ساختاری	ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز	
				خودکشی	عادی				خودکشی	عادی
عدم پذیرش	۰/۳۳۰	۰/۰۶۹	۰/۴۶۲	-۰/۹۴۷	-۱/۰۹۹	–	–	۰/۴۵۶	–	–
اهداف	۰/۲۶۲	۰/۰۷۹	۰/۴۴۴	-۰/۰۲۰	-۰/۱۹۶	–	–	۰/۴۳۹	–	–
تکانه	۰/۴۰۹	۰/۱۰۱	۰/۵۴۴	-۰/۲۲۳	-۰/۴۴۷	۰/۳۲۵	۰/۰۸۰	۰/۵۸۷	۰/۸۱۴	۰/۶۴۹
آگاهی	۰/۲۹۵	۰/۰۶۵	۰/۲۲۳	۰/۸۸۴	۰/۷۳۹	۰/۳۰۲	۰/۰۶۶	۰/۲۴۰	۰/۸۷۹	۰/۷۴۲
راهبردها	۰/۶۱۱	۰/۱۱۰	۰/۵۶۰	-۰/۸۶۰	-۱/۱۰۳	–	–	۰/۵۲۹	–	–
شفافیت	۰/۰۹۱	۰/۰۳۳	۰/۰۲۶	۰/۴۲۵	۰/۳۵۱	–	–	۰/۱۶۳	–	–
تنظیم هیجانی	-۱/۱۲۷	-۰/۰۶۴	۰/۴۱۰	۰/۶۹۵	۰/۸۳۷	–	–	۰/۴۷۰	–	–
مشکلات حافظه	-۰/۲۸۵	-۰/۰۶۷	۰/۴۳۶	۰/۳۷۲	۰/۵۲۰	–	–	۰/۴۸۶	–	–
کنترل مهاری و توجه انتخابی	-۰/۱۰۹	-۰/۰۲۸	۰/۶۳۵	۰/۴۹۹	۰/۵۶۱	–	–	۰/۵۹۹	–	–
مشکلات تصمیم‌گیری	-۰/۰۱۵	-۰/۰۰۴	۰/۵۲۳	۰/۴۰۴	۰/۴۱۲	–	–	۰/۴۸۳	–	–
مشکلات برنامه‌ریزی	۰/۲۷۶	۰/۰۹۹	۰/۶۸۳	۰/۴۱۵	۰/۱۹۵	۰/۴۷۱	۰/۱۶۹	۰/۷۳۶	۰/۷۱۵	۰/۳۶۷
مشکلات توجه پایدار	-۰/۵۰۸	-۰/۱۸۳	۰/۴۲۳	-۰/۰۸۴	۰/۳۲۳	–	–	۰/۵۴۹	–	–
شناخت اجتماعی	-۰/۴۲۵	-۰/۱۶۱	-۰/۳۷۷	۰/۷۷۵	۱/۱۳۲	-۰/۴۰۸	-۰/۱۵۴	-۰/۴۰۷	۱/۰۱۰	۱/۳۲۸
انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۰۹۲	۰/۰۲۹	۰/۶۵۱	۰/۸۱۲	۰/۷۴۹	۰/۳۲۰	۰/۱۰۰	۰/۷۰۲	۰/۶۶۷	۰/۴۶۱
توانایی‌هایی شناختی	۰/۸۶۵	۰/۰۵۱	۰/۶۵۸	-۰/۱۲۲	-۰/۲۳۶	–	–	۰/۶۸۴	–	–
عدد ثابت	–	-۲/۵۸۶	–	-۴۲/۱۵۰	-۳۶/۴۰۸	–	-۳/۷۴۸	–	-۲۹/۰۲۶	-۲۱/۳۰۹

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

همان‌طور که از اطلاعات مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد در روش تحلیل هم‌زمان نمره کل دشواری‌های تنظیم هیجان، توانایی‌هایی شناختی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و به روش گام‌به‌گام نیز مشکلات در برنامه‌ریزی و شناخت اجتماعی بیشترین سهم را در تمایز دو گروه دارد. با توجه به ستون ضرایب غیراستاندارد و عدد ثابت تابع ممیز به روش هم‌زمان معادلهٔ پیش‌بین زیر به دست می‌آید:

$$D= -2.581+ (0.065\times X_4) + (0.110\times X_5) + (0.033\times X_6) + (0.051\times X_{15})$$
$$(0.069\times X_1) + (0.079\times X_2) + (0.101\times X_3) + (0.065\times$$

با توجه به ستون ضرایب غیراستاندارد و عدد ثابت تابع ممیز به روش گام‌به‌گام معادلهٔ پیش‌بین زیر به دست می‌آید:

$$D= -3.748+ (0.080\times X_1) + (0.066\times X_2) + (0.169\times X_3) + (0.154\times X_4) + (0.100\times X_5)$$

همچنین با توجه به ضرایب ساختاری به روش هم‌زمان و گام‌به‌گام، به ترتیب متغیرهای مشکلات در برنامه‌ریزی، انعطاف‌پذیری شناختی و توانایی‌های شناختی بالاترین همبستگی را با تنها تابع ممیز با متغیر پیش‌بین به شیوه هم‌زمان و گام‌به‌گام نشان می‌دهند. با توجه به اطلاعات مندرج در جدول تنها تابع ممیز بیشترین همبستگی را با متغیر ملاک دارد مشکلات در برنامه‌ریزی است. ازاین‌رو، می‌توانیم تنها تابع ممیز را مشکلات در برنامه‌ریزی نام‌گذاری کنیم.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش توانایی‌های شناختی و دشواری‌های تنظیم هیجانی در پیش‌بینی عضویت گروهی افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد بهنجار بود. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات مؤلفه‌های دشواری‌های تنظیم هیجانی در افراد اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با افراد عادی به‌طور معنی‌داری بالاتر است. این نتایج با مطالعات (۷، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۹) همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، شاید یکی از دلایل تغییرپذیری افکار خودکشی تأثیر هیجان بر افکار خودکشی و آمیختگی تجارب هیجانی با آن‌ها باشد. علی‌رغم وجود شواهد بالینی قوی مبنی بر تجربه هیجان‌های منفی همانند خشم، غم، ناامیدی و رهاشدگی در افراد دارای ایده پردازی و اقدام به خودکشی (۲۹) مطالعات کم‌تری به‌صورت نظام‌دار به بررسی توانایی مدیریت و تنظیم هیجان‌های تأثیرگذار بر ایده پردازی و اقدام به خودکشی پرداخته‌اند. تنظیم هیجان اشاره دارد به توانایی فرد برای درک و قبول احساس خود و همچنین استفاده از راهبردهای مدیریت مناسب هیجان‌های ناخوشایند، نتیجه کمبود توانایی‌ها و قابلیت‌ها برای تنظیم هیجان است (۳۰). تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری افراد با وقایع استرس‌زای زندگی دارند (۳۱)؛ به‌عبارت‌دیگر تجربه هیجان‌های منفی در زندگی اجتناب‌ناپذیر است؛ بنابراین، پتانسیل قابل‌توجهی برای تجربه دشواری در تنظیم هیجان وجود دارد (۳۲). بنابراین درنتیجه ارزیابی شناختی هیجانی نادرست از شرایط و موقعیت استرس‌زا به دلیل کمبود اطلاعات، ارزیابی، برداشت و تعبیر اشتباه و یا فرض‌ها و اعتقادات بی‌منطق و نادرست، فرد راهبرد هیجانی مقابله‌ای خود را برای روبرو شدن با آن موقعیت و شرایط برمی‌گزینند. انتخاب راهبرد هیجانی مقابله‌ای ناکارآمد و خود ناتوان‌سازی در ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری علاوه برافزایش استفاده از راهبردهای هیجانی مقابله‌ای ناسازگارانه و غیر سودمند، بر عدم ارتقای سلامت روان و کاهش بهزیستی روان‌شناختی اثرگذار است. بر اساس این دیدگاه رشد هیجانی و عاطفی نابسنده، دشواری در سازمان‌دهی رفتار و هیجان و داشتن هیجانات منفی، باعث می‌شود که احساسات و عواطف بر قدرت منطق و استدلالشان غلبه داشته باشند

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

و فرد در شرایط و موقعیت‌های مختلف تنها با در نظر گرفتن جو احساسی و عوامل محیطی و بدون توجه راه‌حل‌های منطقی ممکن تصمیم‌گیری کند و دست به عمل بزند.

همچنین نتایج نشان داد که بین دو گروه افراد اقدام کننده به خودکشی و دانشجویان در توانایی‌های شناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر نتایج نشان داد که افراد اقدام کننده به خودکشی نمرات بالاتری در توانایی‌های شناختی گرفتند. این نتایج با مطالعات دیگر همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، ازنظر عصب- روان‌شناختی، نارسایی‌های دیده‌شده در افراد اقدام کننده به خودکشی با اختلال کارکرد قشر پره‌فرونتال[15] در این افراد سازگار است (۳۳). اختلال کارکرد عصب- روان‌شناختی در افراد دارای سابقه اقدام به خودکشی ممکن است با تخریب فرآیند تصمیم‌گیری در هنگام بحران‌های حاد روان‌پزشکی، خطر اقدام به خودکشی را در این افراد افزایش دهد. همچنین ممکن است اختلال کارکرد عصب- روان‌شناختی، ناهنجاری‌های عصبی- زیستی مربوط به خطر اقدام به خودکشی را در این افراد آشکار کند. شواهدی که نشان می‌دهد توجه انتخابی در رفتار خودکشی نقش دارد از بررسی‌هایی که به کمک آزمون استروپ انجام‌شده‌اند، به‌دست‌آمده‌اند (۳۳). آشفتگی یا گیجی ایجادشده توسط محرکات نامربوط و شکست در جلوگیری از پاسخ‌های نامربوط ممکن است تأثیر عمیقی بر روی حافظه و دیگر توانایی‌های شناختی این افراد داشته باشد. درواقع این افراد به دلیل اشکال در بازخوانی از حافظه شخصی توانایی مسئله گشایی مؤثر را ندارند و در یک چرخه معیوب افسردگی- اشکال در مسئله گشایی- ناامیدی، گرفتار می‌آیند که نهایتاً به خودکشی می‌انجامد.

بر این اساس عملکردهای شناختی به دو بخش سرد و گرم تقسیم می‌شود که بخش سرد توصیف‌کننده وظایف شناختی (انتزاعی) و بخش گرم توصیف‌کننده هیجان و انگیزش است. در فرایند تصمیم‌گیری که یک پردازش عالی شناختی است، عواطف (هیجان) با دخالت در ارزیابی میزان اهمیت محرک‌های محیطی و میزان تأثیرپذیری فرد از بردوباخت درگذشته و یا آینده حضوری فعال دارد (۳۴). این موضوع نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز تحت تأثیر هیجان اتفاق می‌افتد و می‌توان در تأیید یافته پژوهش مبنی بر بی‌ارتباط بودن توجه و حافظه کاری و تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز، ساختارهای متفاوت این دو را در نظر گرفت که خاستگاه شناخت گرم (هیجان، انگیزش، تصمیم‌گیری مخاطره‌آمیز) قشر پیش پیشانی میانی و حدقه‌ای و خاستگاه شناخت سرد (توجه و حافظه کاری) قشر پیش پیشانی خلفی خارجی است (۳۵). لذا درزمینهٔ فرآیندهای شناختی، زیلازو و کاینگام (۳۶) مدلی ارائه داده‌اند که در آن هیجان یک جنبه انگیزشی از شناخت برای حل مسئله مرتبط باهدف است. در این مدل تنظیم هیجان در دو ساختار اولیه و ثانویه معرفی‌شده است که در هر دو سطح حداقل به‌صورت سهمی با کارکردهای اجرایی مغز مرتبط است. در اغلب موارد، تنظیم هیجان با فراهم کردن انگیزه یا خودکنترلی برای ادامه دادن به راه‌حل‌ها یا ناتوانی سرکوب کردن ناکامی و ناامیدی در جریان حل مسئله، نقش ثانویه در کارکردهای اجرایی ایفا می‌کند؛ اما گاهی مسئله‌ای که قرار است حل شود، خیلی پرتنش و آشفته است که در این موارد ابتدا نیاز به آرام‌سازی است، در اینجا تنظیم هیجان نقشی اولیه دارد، اما همچنان با کارکردهای اجرایی مرتبط است (۳۷). به

15- Prefrontal cortex

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

عبارتی در افراد اقدام کننده به خودکشی وقتی با موقعیت‌های پرتنش و آشفته ساز مواجه می‌شوند و تحت تأثیر آن قرار می‌گیرند به دو روش تکانشگری کنشی و کژ کنشی به رویداد آشفته ساز پاسخ دهند، تکانشگری کنشی تمایل به تصمیم‌گیری سریع است و زمانی صورت می‌گیرد که تصور می‌شود، تصمیم پاداش به دنبال دارد. این نوع تکانشگری با ساختارهای شناختی در ارتباط است. تکانشگری کژ کنشی تصمیمات سریع و بازتابی است که پیامد منفی در برداشته و به مشکلات اجتماعی و بین فردی منجر می‌شود (۳۸). تکانشگری کنشی و کژ کنشی به سبک پردازش اطلاعات مرتبط است، تکانشگری کنشی با پردازش سریع اطلاعات و تکانشگری کژ کنشی با ناتوانی در مهار ساخت‌های رقیب مشخص می‌شود (۳۹). به‌عبارت‌دیگر در این افراد یک بیش‌فعالی در ناحیه پیشانی مغز یعنی ناحیه مربوط به فرآیندهای عالی عقلی همچون مهارت‌های حل مسئله و پردازش هشیار، همچنین کارکردهای توجهی و نواحی مرتبط با حافظه کاری (که کارکردهای توجهی هسته آن هستند) دیده می‌شود که با مشکل پردازش اطلاعات این افراد در ارتباط است. درواقع افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در مقایسه با افراد عادی ازلحاظ شناختی انعطاف‌ناپذیر هستند، کمتر توانایی تدابیر حل مسئله رادارند و در شناسایی، نوآوری و یا اقدام به تدابیر واگرا برای حل مشکلات شناختی ناتوان هستند. که این امر تفاوت موجود بین سطح پردازش شناختی افراد اقدام کننده به خودکشی را نشان می‌دهد. از سوی دیگر توجه انتخابی توانایی نگهداشت منابع توجهی برای محرک خاص و چشم‌پوشی از محرک‌های انحرافی است (۴۰). سوگیری توجه در توجه انتخابی یکی از آسیب‌های شناختی مرتبط با افسردگی، اضطراب و اقدام به خودکشی است (۴۱). افراد اقدام کننده به خوکشی عمدتاً در پاسخ به اطلاعات هیجانی سوگیری نشان داده و هنگام ارائه محرکی با بار هیجانی منفی (غم)، در مقایسه با محرک‌های خنثی و شاد، برای زمانی نسبتاً طولانی (مثلاً یک ثانیه) روی آن توقف می‌کنند. این قبیل سوگیری‌ها در پردازش اطلاعات همگرا با خلق ملول و افسرده نقش مهمی در شروع ایده پردازی خودکشی و اقدام به خودکشی بر عهده‌دارند.

در مجموع با توجه به اینکه جامعه موردمطالعه در پژوهش حاضر افراد اقدام کننده به خودکشی بودند، ازاین‌رو یافته‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش قابلیت تعمیم به سایر گروه‌های سنی و جمعیتی را ندارد. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به استفاده از پرسشنامه‌های با سؤالات زیادی اشاره کرد که بهتر است در پژوهش‌های بعدی از پرسشنامه‌های مشابه با حجم کمتر استفاده کرد. همچنین، محدودیت دیگر این بود که اطلاعات پژوهش حاضر با داده‌های خودگزارش دهی به‌دست‌آمده است. این داده‌ها در معرض سوگیری قرار دارند. بنابراین، بهتر است در پژوهش‌های آتی از سایر روش‌های اندازه‌گیری نظیر مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته، مقیاس درجه‌بندی رفتاری و ارزیابی مستقیم رفتار استفاده شود. همچنین مهم است که به خاطر داشته باشیم که مطالعه حاضر مطالعه‌ای مقطعی بود و بنابراین ترسیم روابط علی در مورد ارتباط ابعاد شناختی و هیجانی با رفتار خودکشی امکان‌پذیر نیست و تطبیق الگوهای ارتباط نیازمند مطالعات بیشتری است تا اعتبار بیشتری برای یافته‌های پژوهش حاضر به دست آید.

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

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

اجتماعی و روانشناختی آن مطالعه هر دو سازه شناخت و هیجان ضروری است. در مجموع، پژوهش حاضر نشان داد که سطوح بالایی راهبردهای منفی تنظیم هیجان (فقدان آگاهی هیجانی و دشواری‌های کنترل تکانه) و مشکلات در برنامه‌ریزی و عدم انعطاف‌پذیری شناختی منجر به اختلال می‌گردد. از سوی دیگر، به‌نظر می‌رسدکه باید به ابعاد آسیب‌شناسی خودکشی و عوامل پیش‌بین و موثر در نوجوانان و جوانان، در سطحی گسترده‌تر و با طور کاربردی توجه شود تا بتوان با ارتقاء سلامت‌روانی و آموزش به خانواده‌ها، مدارس و مؤسسات آموزشی، از درمان محوری به سمت رویکرد سلامت محور گام برداشت. همچنین نتایج این مطالعه و نیز منابع علمی نشان می‌دهد اقدام به خودکشی از مهم‌ترین مسائل بهداشت عمومی جوامع در تمام کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می‌باشد و رخداد خودکشی در استان کرمانشاه به‌عنوان یکی از مسائل بهداشت عمومی محسوب می‌گردد. با توجه به اینکه بیشترین موارد اقدام به خودکشی در گروه سنی زیر ۲۰ سال و نیز در زنان، افراد مجرد و افراد بیکار گزارش شده است توصیه می‌شود ضمن آموزش کافی به خانواده‌ها و گروه‌های آسیب‌پذیر و تشکیل مراکز مشاوره برای سنین و گروه‌های پرخطر، سیاست‌گذران استان در این راستا اهتمام جدی داشته باشند. ازآنجاکه عوامل زمینه‌ساز خانوادگی و تفاوت‌های فردی نوجوانان پیش‌زمینه تدوین و اجرای مداخلات گوناگون جهت اصلاح و پیشگیری از آسیب‌های روانی است؛ پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی در جهت تکمیل داده‌های پژوهش حاضر، به متغیرهای مرتبط دیگر نظیر تفاوت‌های فردی در سبک‌های مقابله‌ای، صفات شخصیت و همچنین ابعاد خانوادگی مانند وجود اعضای خانواده دارای رگه‌های اختلال‌های رفتاری و دچار اختلال‌های شخصیتی توجه کنند. پیشنهاد می‌شود تا در سطح مدارس هرساله آزمون‌های غربالگری به عمل آید، تا ضمن بررسی وضعیت سلامت روانی نوجوانان اعم از دختر و پسر، مواردی که نیاز به مداخله در حیطه‌های سلامت و بهداشت روانی دارند، شناسایی کنند و با کمک سازمان‌های مربوطه و همکاری خانواده‌ها در جهت تعدیل شرایط نوجوانان دارای اختلال‌های روانی و همچنین مشکلات درون خانوادگی آن‌ها گام‌های عملی بردارند تا از وخیم‌تر شدن شرایط آن‌ها و تبدیل‌شدن آن‌ها به وضعیت آسیب‌های روانی جدی مانند رفتار خودکشی پیشگیری شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر مستخرج از رسالهٔ دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی از دانشگاه رازی می‌باشد. بدینوسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از همهٔ افرادی که در اجرای این پروژه با ما همکاری نمودند و پرسشنامه‌ها را به‌طور کامل پر نموده و تحویل دادند، تشکر و قدردانی نمایند. همچنین از شواری پژوهشی دانشگاه و ریاست دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ریاست و حراست بیمارستان امام خمینی (ره)، و تمامی مسئولینی که نویسندگان را در انجام پژوهش حاضر یاری رساندند تشکر به عمل می‌آید.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

References

1- Nock MK, Leg RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology.* 2014; 115: 616-623.

2- Zemestani M, Yousefi, N & Keshavarzi S. The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy with Family Education on Suicidal Factors in Suicidal Girls. Journal of Family Counseling & Psychotherapy. 2015; 5 (3): 107-120.

3- Hawton KI, Comabella CC, Haw C, & Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders.* 2013; 147(1): 17-28.

4- Leenaars AA. Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology online*. 2010; 1(1): 5-18.

5- Drapeau CW, Cerel J, & Moore M. How personality, coping styles, and perceived closeness influence help-seeking attitudes in suicide-bereaved adults. *Death studies.* 2016; 40 (3): 165-71.

6- Sullivan EM, Annest JL, Simon TR, Luo F, Dahlberg LL. Suicide trends among persons aged 10-24 years--United States, 1994-2012. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015; 64(8): 201-5.

7- Palmier-Claus JE, Taylor PJ, Gooding P, Dunn G, Lewis SW. Affective variability predicts suicidal ideation in individuals at ultra-high risk of developing psychosis: an experience sampling study. Br J Clin Psychol. 2011; 51:72-83.

8- Gross JJ, & John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2014; 85: 348-362.

9- Gratz KL and Roemer L. Multidiminsional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure and Initial Validation of Thedifficultics in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26 (1): 41- 54.

10- Kudinova AY, Owens M, Burkhouse KL, Barretto KM, Bonanno GA, & Gibb BE. Differences in emotion modulation using cognitive reappraisal in individuals with and without suicidal ideation. *Journal of Cognition and Emotion.* 2015; 10(2): 221 – 230.

11- Ghasemi Navab A, Amiri S, Azadmarzabadi E. Comparison of Emotion Regulation Strategies, Emotional Experience and Ambivalence of Emotional Expression in Soldiers with and without Suicide Attempts. *Journal of Military Medicine*. 2017; 19 (3): 282-290.

12- Schulze L, Schmahl C, & Niedtfeld I. Neural correlates of disturbed emotion processing in borderline personality disorder: a multimodal meta-analysis. *Biological psychiatry*, 2016; 79 (2): 97-106.

13- Schneider RL, Arch JJ, Landy LN, Hankin BL. The Longitudinal Effect of Emotion Regulation Strategies on Anxiety Levels in Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2016; 2: 1-14.

14- Gong L, Li W, Zhang D, & Rost DH. Effect of emotionregulation strategies on anxiety during job interview in chinese college students. *Anxiety Stress Coping.* 2015; 19: 1-13.

15- Innamorati M, Imperatori C, Harnic D, Erbuto D, Patitucci E, Janiri L, & Fabbricatore M. Emotion regulation and mentalization in people at risk for food addiction. *Behavioral Medicine.* 2017; 43(1): 21-30.

16- Roberts S, O'Connor K, & Bélanger C. Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33(6): 745-762.

17- Fernández de la Cruz L, Landau D, Iervolino AC, Santo S, Pertusa A, Singh S. Experiential avoidance and emotionregulation difficulties in hoarding disorder. J Anxiety Disord, 2013; 27(2): 204-209.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

18- Aldo D, Hooria J, Goldin R, & Gross JJ. Adaptive and Maladaptive Emotion Regulation Strategies: Interactive effects during CBT for Social Anxiety Disorder. *J Anxiety Disord.* 2014; 28(4), 382-9.
19- Neacsiu AD, Fang CM, Rodriguez M, Rosenthal MZ. Suicidal Behavior and Problems with Emotion Regulation. Suicide Life Threat Behav. 2018; 48 (1): 52-74.
20- Shettleworth SJ. *Cognition, Evolution, and Behavior*. 2nd ed. New York: Oxford University Press. 2010.
21- Sol D, Szekely T, Liker A, Lefebvre L. Bigbrained birds survive better in nature. *Proceed Royal Society B*. 2007; 274: 763-69.
22- Holekamp KE, Sakai ST, Lundrigan BL. Social intelligence in the spotted hyena (Crocuta crocuta). *Philosophical Transactions of the Royal Society*. 2007; 362: 523-38.
23- Madrigal R. Hot vs. cold cognitions and consumers' reactions to sporting event outcomes. *Journal of Consumer Psychology*. 2008; 18(4): 304-19.
24- Klepac N, Trkulja V, Relja M, Babic T. Is quality of life in non-demented Parkinson's disease patients related to cognitive performance? A clinic-based cross-sectional study. *European Journal of Neurology* 2008; 15 (2):128–33.
25- Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014; 44(10): 2029-40.
26- Pu S, Setoyama S, Noda T. Association between cognitive deficits and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Sci Rep*. 2017; 14;7(1): 11637.
27- Khanzadeh M, Saidiyan, M, Hosseichary M & Edrissi, F. Factor structure and psychometric properties of difficulties in emotional regulation scale. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 6 (1): 8796.
28- Nejati V. Cognitive Abilities Questionnaire: Development and Evaluation of Psychometric Properties. *Advances in Cognitive Science.* 2013; 15 (2): 11-19.
29- Aldwin CM. *Stress, coping and development.* New York: The Guilford Press. 1994.
30- Coutinho J, Ribeiro E, Ferreirinha R, & Dias P. The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo).* 37(4): 145-151.
31- DiClemente CC, Schlundt D, & Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*. 2004; 13(2): 103-119.
32- Azizi B, Radpey L, & Alipour O. The relation between emotion regulation strategies and marital satisfaction of youths in sardasht, *Indian Journal of fundamental and applied life sciences.* 2015; 5 (S1): 5555-5560.
33- Heeringen KV**.** *Understanding suicidal behavior: The suicidal process approach to research, treatment and prevention***.** New York: John Wiley & Sons, Inc. 2001.
34- Bechara A. The role of emotion in decision making: Evidence from neurological patients with orbitofrontal damage. *Brain And Cognitions.* 2004; 55: 30-40.
35- Schulz P, Fan J, Magidina O, Marks D, Hahn B, Halperin J. Does emotional go-no go task really measure behavioral inhibition. *Archive Of Clinical Neuropsychology.* 2007; 22:151-160.
36- Lejuez CW, Akline WM, Michael J, Christina M. Evaluation of ballon analogue risk task (BARAT) as a predictor of adolescent real world risk taking behaviours. *Journal Of Adolescence*. 2003; 26:475-479.
37- Dellon, JA. *Play, creativity, emotion regulation and excutive functioning.* Master Theses of Psychology, Case Western Reserve University. 2009.
38- Franken, IHA, Muris P. Individual differences in decision making. *Personality and Individual Differencies*. 2005; 17: 289-292.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

39- Schmidt C, Fallon A, Coccaro E. Assessment of behavioural and Cognitive Impulsivity: development and validation of the life time history of impulsive behaviour interview. Psychiatry Research 2004; 126: 107-121.
40- Stuss DT, Levine B, Alexander MP, Hong J, Palumbo C, Hamer L, et al. Wisconsin Card Sorting Test performance in patients with focal frontal and posterior brain damage: effects of lesion location and test structure on separable cognitive processes. *Neuropsychology*. (38), 388-402.
41- Leung KK, Lee TMC, Yip P, Li LSW, Wong MMC. Selective attention biases of people with depression: Positive and negative priming of depression-related information. *Journal of Psychiatric Research.* 2009; 165 (3): 241-251.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]

Original paper

Investigating the Role of Cognitive Abilities and Emotional Regulation Difficulties in Predicting the Grouping Membership of People Attempting Suicide and Normal Individuals

Mohammad Javed Bagiyan Koulemarz[1], Jahangir Karami[2*], Khodamorad Momeni[3], Adele Elahi[4]

1- Ph.D. Student in General Psychology, University of Razi Kermanshah, Kermanshah, Iran.
2- Associate Professor in Psychology, University of Razi Kermanshah, Kermanshah, Iran.
3- Associate Professor in Psychology, University of Razi Kermanshah, Kermanshah, Iran.
4- Assistant Professor of Psychiatry, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
*Corresponding Author Address: Associate Professor in Psychology, University of Razi Kermanshah, Kermanshah, Iran. Email: j.karami@razi.ac.ir

Abstract

Background and Aim: Suicide is the third most common cause of death among those aged 15-44. Adolescents and young people are two groups exposed to a high risk of suicide. Thus, current study was aimed to investigate the role of cognitive abilities and emotional regulation difficulties in predicting the grouping membership of people attempting suicide and to compare it with normal individuals**.**

Material and Method: The research method used in this study was causal-comparative and of a cross-sectional (ex post facto) type. The studied cases included 121 people, whom attempted suicide by drug poisoning, referred to Imam Khomeini Hospital, Kermanshah City, Iran, in October 2016-February 2017. The people who participated in this study were chose based on convenient sampling method, regarding the inclusion and exclusion criteria. The participants answered "Nejati's Cognitive Abilities Questionnaire" (CAQ) and "Gratez, and Romer's Difficulties in Emotional Regulation Scale" (DERS). Case series method was used to analyze the data, using SPSS software version 21.

Results: In the case series analysis, by the method of concurrent analysis, the 15 predictor variables explained 85.1% of the variance. In the step-by-step method, 5 predictor variables (problems in planning, cognitive flexibility, social cognition, lack of emotional awareness and impulse control difficulties) explained 83.1% of variance for the only case series function of the difference between the two groups of individuals attempting suicide and students.

Conclusion: according to the findings, it seems that cognition and emotions are two important aspects of human life, so that interaction of these two structures is observed in the manifestation of most of the people's behaviors. Therefore, it is necessary to teach suicide attempters emotional regulation and cognitive rehabilitation, in order to reduce the psychological harms.

Keywords: Cognitive abilities, Emotional regulation difficulties**,** Attempt to suicide.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-01]