



## رابطه خودیاری و خودآگاهی در افراد با اختلال افسردگی مزمن در مواجهه با تصمیم گیری خودکشی

الهه خسروانجم<sup>۱</sup>

۱- کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران.  
(elaheanjom@gmail.com)

### چکیده:

هدف از انجام این تحقیق، بررسی رابطه خودیاری و خودآگاهی در افراد با اختلال افسردگی مزمن در مواجهه با تصمیم گیری خودکشی بود. از روش توصیفی-همبستگی برای انجام این تحقیق استفاده شده است. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل افراد با اختلال افسردگی مزمن در شهر تهران به تعداد نامحدود بودند که بر اساس فرمول کوکران، در مجموع حجم نمونه لازم ۳۸۵ نفر تعیین شدند. برای بررسی متغیرهای تحقیق از ابزار پرسشنامه استفاده شد که دارای ۵۹ سوال است. پایایی پرسشنامه ها به وسیله ضریب آلفای کرونباخ تایید شد، روایی محتوایی پرسشنامه ها توسط جمعی از اساتید دانشگاه و روایی سازه آنها توسط تحلیل عاملی تاییدی مورد تایید قرار گرفت. از روش های آمار استنباطی از نوع پارامتریک، از قبیل آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای اطمینان از نرمال بودن داده ها و مدل معادلات ساختاری به کمک نرم افزار لیزرل جهت آزمون فرضیه ها استفاده شده است. مهم ترین یافته های تحقیق نشان داد که؛ خودآگاهی بر تصمیم گیری خودکشی تاثیر ۰/۴۳- دارد. خودباوری بر تصمیم گیری خودکشی تاثیر ۰/۴۷- دارد.

**واژگان کلیدی:** خودیاری، خودآگاهی، افراد با اختلال افسردگی مزمن، تصمیم گیری خودکشی.

### ۱. مقدمه

امروزه افزون بر آنکه خودکشی یکی از مسائل مهم روانشناسی و یک مسئله بهداشت روانی نیز به شمار می رود، نتایج پژوهش های گوناگون در زمینه آسیب های روانی و رفتاری، سوء مصرف مواد و... خودکشی را به عنوان آسیب عمده و تهدید کننده شناسایی و سومین علت مرگ شناخته شده است (صادقی و همکاران، ۱۳۹۹).

از آنجا که آگاهی از وضعیت سلامت روانی معتادین، شناسایی عوامل خطر و محافظت کننده و بررسی علائم و نشانه های آسیب پذیری در برابر آسیب های روانی اجتماعی می تواند به تدارک برنامه های آموزشی جهت پیشگیری و مداخله بینجامد. بر همین اساس خودکشی از موضوعات دارای اولویت بهداشت روان برای سازمان جهانی بهداشت بوده و این اولویت در گروه های خاص جامعه به دلیل شرایط ویژه ای که دارند بیشتر احساس می شود. از مهمترین این گروه ها می توان به افراد درگیر افسردگی مزمن اشاره کرد که به دلیل فشار روانی، در برخی از موارد طرد خانواده، روبه رو شدن با مشکلات اقتصادی، زندگی نامعلوم، در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی و خودکشی و خودزنی قرار می گیرند. تحقیقات نشان داده است که افرادی که در معرض افکار خودکشی می باشند، نسبت به خود، خواسته ها، ارزش ها، نیازها، تمایات، نقاط قوت و ضعف، خودآگاهی کمتری دارند. از طریق خودآگاهی، افراد می توانند رفتارهایی را که دوست ندارد شناسایی کرده و تغییر دهند، این گشودگی به سمت مسیرهای متفاوت است که به فرد آزادی بیشتر در انتخاب و عمل کردن به شیوه های که بیشتر با حالات درونی انسان متناقض است را می دهد (حمیدی پور و مسعودی، ۱۳۹۹).

از سوی دیگر فردی که فاقد خودآگاهی می باشد، تمایل به فرافکنی انگیزه ها و اهداف خود به سمت دیگران بدون توانایی تمایز بین ادراک خودش و واقعیت ها دارد. در بین معتادین، پدیده های شایع و عوامل مزاحم، اقدام به خودزنی و خودکشی است. یکی از موانعی که باعث می شود افکار



خودکشی کنترل شود، خودآگاهی و خودیاری است، وقتی فرد به خودآگاهی می‌رسد به احتمال زیاد مثلث تفکر، احساس و رفتار را هم به یاد خواهد آورد و اینکه چگونه نقص در یکی موجب کار کردن دستگاه روانی فرد خواهد شد (تستونی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). تئوری خودآگاهی مبتنی بر این ایده است که شما افکار خود نیستید، بلکه وجودی هستید که افکارتان را رصد می‌کند. شما متفکر هستید، یعنی جدا از افکار خود ما می‌توانیم روز خود را پشت سر بگذاریم بدون اینکه به درون خود بنگریم، فقط فکر و احساس داشته و آنطور که می‌خواهیم عمل کنیم؛ با این حال، همچنین می‌توانیم توجه خود را به درون خود معطوف کنیم، توانایی ای که دووالم و ویکلونند آن را «ارزیابی خود» نامیدند. نظریه خودآگاهی (و تحقیقات بعدی در مورد آن) نشان می‌دهد که چندین عامل مختلف وجود دارد که بر نحوه انتخاب پاسخ ما تأثیر می‌گذارد. در اصل، به نگرش ما به چگونگی نتیجه؛ اگر معتقدیم که احتمال کاهش این اختلاف کم است، پس از آن اجتناب می‌کنیم. اگر اعتقاد داریم که این احتمال وجود دارد که بتوانیم هماهنگی خود را با استاندارد های صحیح خود بهبود بخشیم، دست به عمل می‌زنیم. اقدامات ما همچنین به این بستگی دارد که این هماهنگی با اختلافات چقدر زمان می‌برد. هر چه روند پیشرفت آهسته تر باشد، تمایل ما برای تلاش نیز کمتر خواهد شد. خصوصاً اگر اختلاف ادراک شده بین خود و استاندارد ها زیاد باشد اساساً، این بدان معناست که وقتی با اختلاف قابل توجهی روبرو می‌شویم که کار مداوم و تمرکز زیادی را می‌طلبد، معمولاً به خود زحمت نمی‌دهیم و در مورد این اختلاف خاص از خود ارزیابی صرف نظر می‌کنیم. علاوه بر این، سطح خودآگاهی ما با احتمال موفقیت در اصلاح خود و معیار هایمان در تعامل است تا دیدگاه ما نسبت به نتیجه را تعیین کند. وقتی خودآگاه هستیم و معتقدیم احتمال موفقیت زیادی وجود دارد، به طور کلی سریع می‌خواهیم آن موفقیت یا عدم موفقیت را به تلاش های خود نسبت دهیم. برعکس، وقتی خودآگاه هستیم و معتقدیم احتمال موفقیت کمی وجود دارد، فکر ما به این سمت می‌رود که نتیجه بیشتر از تلاش های ما، تحت تأثیر عوامل بیرونی است و بعضی اوقات موفقیت ما در هماهنگی با استاندارد ها تا حدودی توسط عوامل بیرونی هدایت می‌شود، اما خودمان همیشه در موفقیت ها و شکست هایمان نقشی داریم (داداشی و نامداریان، ۱۳۹۹).

هنگامی که ما درگیر ارزیابی خود قرار می‌شویم، می‌توانیم به این بیندیشیم که آیا آنگونه که باید و شاید فکر و احساس و عمل کرده یا از معیار ها و ارزش های خود پیروی می‌کنیم. این به عنوان مقایسه با معیار های صحیح ما شناخته می‌شود. ما این کار را روزانه انجام می‌دهیم، با استفاده از این استاندارد ها، به عنوان راهی برای قضاوت در مورد درستی افکار و رفتار هایمان افراد باید این واقعیت را در نظر داشته باشند که بسیاری از مواقع خشم موجب افکار ناکارآمد می‌شود و این موجب بروز افکار غیرمنطقی نظیر خودزنی خواهد شد، کنترل خشم باعث می‌شود که فرد از اینگونه افکار آگاهی داشته باشد تا نقش مهمی در خنثی کردن خشم و جلوگیری از اقدامات احتمالی بعد از خشم از جمله افکار خودکشی و خودزنی ایفا کند (علائو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

انسان، مهارت خودآگاهی را در خود پرورش دهد. «خودآگاهی» آگاهی فرد از ویژگی جسمانی و روانشناختی خود، شناخت نیاز خود و پیدا کردن راه حل مناسب برای رویارویی در مشکلات می‌باشد. در این راستا انسان با شناخت خود، هدف درستی را در زندگی انتخاب کرده که آن موجب احساس رضایت فرد از خود و استحکام در زندگی می‌شود. امکان دارد آگاه نبودن از خصلت ها و استعداد های خود، سرچشمه تعارض های فراوان و شکست های اصلی زندگی انسان باشد بنابراین باید نوجوانان را یاری کرد تا ویژگی های اصلی شخصیت و نقاط ضعف و قوت خود را بشناسند و فشارها و دلهره های خود را تشخیص دهند. گذشته از این، خودشناسی پیش نیاز روابط مؤثر اجتماعی و بین فردی است و در ایجاد همدلی و هم حسی با دیگران نقش مهمی ایفا می‌کند (داداشی و نامداریان، ۱۳۹۹). گنجاندن مفهوم خودشناسی در میان مهارت های زندگی، پیامدهای مهمی دارد. اکثر مکاتب و روش های مشاوره ای و روان درمانی در روانشناسی و حتی پیش از آن ها، مکاتب الهی به ویژه اسلام، تمام افراد را به تدبیر در خویشتن فراخوانده اند. از این منظر خودشناسی مقدمه ارتباط مؤثر با دیگران است زیرا علیرغم تفاوت های فردی فراوان، انسان ها ویژگی های مشابه و زیادی هم دارند. برای مثال هر انسانی نیازمند حفظ و تقویت عزت نفس خویشتن است و تخریب عزت نفس در هر فرد موجب احساس شدید حقارت و در نتیجه اضطراب در او خواهد شد. روشن است که هرگاه فرد چنین فرآیندی را در درون خود تشخیص داده باشد، پیامدهای آن را در دیگران درک خواهد کرد. از سوی دیگر پی بردن به انگیزه های بسیاری از اعمال و به خصوص رفتارهای ناهنجار تا حدودی به شناخت بیشتر خودیاری خواهد کرد. توانایی شناخت و آگاهی از

<sup>1</sup> Testoni

<sup>2</sup> Alao



خصوصیات شخصی شامل نقاط ضعف، کاستی ها، قدرت ها، توانایی ها، خواسته ها، ترس ها، نفرت ها و غیره... است. رشد خودآگاهی به فرد کمک می کند تا دریابد تحت استرس قرار دارد یا نه؟ و این معمولاً پیش شرط ضروری روابط اجتماعی و روابط بین فردی مؤثر و همدلانه است (بجستانی و همکاران، ۱۴۰۰). از طرفی بخشی از موضوعات و مباحث فلسفی به مسئله خودآگاهی مربوط می شود. هم چنین خودآگاهی را می توان مینا و پایه جنبش خود سنجی دانست. با توجه به عقیده پیرو و طرفداران این جنبش افراد می توانند با بهره گیری از فناوری اطلاعات مختلفی را محیط پیرامون خود جمع آوری کنند و بر این اساس و با کمک ارزیابی اطلاعات به افزایش کیفیت در زندگی خود بپردازند. بنابراین عدم خودآگاهی و خودیاری موجب بروز افسردگی می شود شایع ترین علت خودکشی، افسردگی است (بجستانی و همکاران، ۱۴۰۰).

از سویی برنامه آموزشی خودآگاهی رویکرد تازه ای برای پیشگیری است که در وهله اول بر عوامل عمده فردی و روانی سوق دهنده فرد به تنیدگی ها، عصبانیت و پرخاشگری تمرکز دارد و تأکید عمده این برنامه بر ارتقاء مهارت های شخصی و اجتماعی است. خودآگاهی توانایی شناخت خود، نقاط ضعف و قوت، خواستها، ترس ها، انزجارها است، افرادی که دارای خودآگاهی هستند، احساس های خود را شناسایی می کنند و از آنها آگاه شده و این احساس ها را مهار می کنند، از نقاط ضعف و نقاط قوت خود آگاه می شوند و با تکیه بر نقاط قوت، نقاط ضعف خود را کاهش می دهند (صادقی و همکاران، ۱۳۹۹).

در نتیجه یکی از مهمترین راهکارهای پیشگیری بر افکار خودکشی، آموزش مهارت های خودیاری و خودآگاهی و کنترل خشم است. در جامعه ای امروزی با وجود تغییر در شیوه زندگی، بسیاری از افراد در رویارویی با مسائل زندگی فاقد توانایی لازم هستند و این موجب آسیب پذیر شدن آنها می شود برای توانمند شدن در برابر مشکلات نیاز است.

بنابراین، هدف اصلی در مقاله حاضر این است تا رابطه خودیاری و خودآگاهی در افراد با اختلال افسردگی مزمن در مواجهه با تصمیم گیری خودکشی را بر اساس مبانی نظری موجود از طریق مطالعات کتابخانه ای مورد بررسی قرار دهد.

## ۲. ادبیات نظری و پیشینه تحقیق

### ۱.۲. ادبیات نظری خودآگاهی

انسان موجودی پیچیده با ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی / مذهبی است که نیاز دارد خود را کشف کند. خودآگاهی، مهارتی است که به فرد کمک می کند تا بتواند خود را کشف کند، بفهمد و دریابد.

منظور از خودآگاهی، توانایی توجه به خود و ویژگی های مختلف شخصی است که با استفاده از این مهارت، فرد به صورت یک مشاهده گر، خود را مورد بررسی قرار می دهد و اطلاعات شخصی خود را پردازش می کند.

خود آگاهی نقش مهم و تعیین کننده ای در زندگی هر انسانی دارد، زیرا هر چقدر انسان بیشتر خود را بشناسد و با ابعاد مختلف شخصیت خود آشنا شود، بهتر می تواند از زندگی خود بهره ببرد و زندگی را در مسیر واقعی خود قرار دهد. در چنین شرایطی، انسان تعارض و کشمکش کمتری با خود خواهد داشت و علاوه بر این، از زندگی خود نیز رضایت بیشتری خواهد داشت. به همین دلیل نیازی ندارد که رفتارهای ناسالم و نامناسب انجام دهد. زیرا، وی از آرامش درونی کاملی برخوردار است که او را حتی در مقابل موقعیت های سخت زندگی نیز مقاوم می کند (انصاف و آزادی، ۱۴۰۰).

از سوی دیگر، چنین آگاهی به انسان کمک می کند تا با اطمینان بیشتری سعی در رسیدن به اهداف خود داشته باشد. اهدافی که واقعی، عمیق، اساسی و پایدار است. چنین فردی، در زندگی کمتر به خود و اهداف زندگیش شک خواهد داشت. از زاویه دیگر، چنین شک هایی، استرس های زیادی بر فرد تحمیل خواهد کرد.

شناخت خود، اولین قدم در راه شناخت جهان خلقت و حتی خداوند است (انصاف و آزادی، ۱۴۰۰).

انسان دارای چهار بعد اساسی و مهم است: بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی / دینی است. اگر چه این ابعاد مانند شبکه ای در هم تنیده هستند و گاه جدا کردن کامل هر یک، مشکل است با این حال، برای بررسی و فهم بیشتر، این ابعاد به صورت جداگانه بررسی می شوند.

**۱- بعد جسمی:** فردی که بیمار یا گرسنه است، قادر نخواهد بود به اندازه ای که توانایی دارد به زندگی روزمره و پرورش ابعاد دیگر خود بپردازد. اگر بعد جسمی انسان دچار مشکلات جدی شود، حیات انسان به خطر می افتد و انسانی باقی نمی ماند تا به دیگر ابعاد زندگی خود برسد.



**۲- بعد روانی:** هیجان ها و احساسات انسان، نقش تعیین کننده ای در زندگی دارند. اگر فردی از کار، رشته تحصیلی، دوستان، طبیعت، رانندگی و... راضی باشد، از زندگی لذت خواهد برد و اگر ناراضی باشد، با آنها می جنگد و کلافه است. این مسئله به بعد روانی فرد بستگی دارد. چیزی که زندگی فرد را رقم می زند و او آگاهی اندکی از این احساسات دارد (عباسیان و همکاران، ۱۳۹۸).

**۳- بعد اجتماعی:** یکی از ویژگی های خاص انسان ها، زندگی جمعی آنان است. بسیاری از پیشرفت های انسان به دلیل زندگی گروهی و در نتیجه همکاری، تعامل و همیاری آنان ایجاد شده است. لازمه زندگی اجتماعی، خودآگاهی اجتماعی و دانستن قواعد زندگی جمعی و احترام به حقوق دیگران است (انصاف و آزادی، ۱۴۰۰).

**۴- بعد معنوی / دینی:** نیاز عمیقی در انسان برای تعالی و پیوند با نیروی فراتر از جهان مادی وجود دارد. نیاز برای پیوند با جهان غیر مادی، نیازی همه جانبه، فراگیر، بنیادی و عمیق است. در صورتی که این نیاز تامین شود، انسان ها زندگی خود را هدفمند و معنادار می دانند و دچار سرگردانی و پوچی نخواهند شد.

تمامی ادیان، مکاتب عرفانی و گروه های دینی-معنوی در تمام اعصار براساس این نیاز فعالیت کرده اند. بعد دینی انسان دارای اجزای متفاوتی است.

### ۳. ادبیات نظری خودیاری

از طرفی ایده‌ی ورود روش‌های روان‌شناسی به زندگی، و به عبارت دیگر روان‌شناسی کاربردی، تاریخچه‌ای طولانی دارد. از زمان به رسمیت شناخته شدن روان‌شناسی به عنوان یک علم، همواره برخی از متخصصان به دنبال استفاده از اصول آن در زندگی فردی و شخصی انسان بوده و هستند. اینکه ما بتوانیم با کمک اصول روان‌شناسی دنیای بهتری داشته باشیم، هدفی است که ما در مکتبی به نام «خودیاری» دنبال می‌کنیم. خودیاری به دنبال آن است که با ایجاد تغییر در فرد باعث بهبود و پیشرفت وی در زمینه‌های شخصی، اجتماعی، اقتصادی و عاطفی شود. تمرکز روش‌های خودیاری مبتنی بر تغییر فرد است. یعنی به فرد کمک کنیم که با تغییر از درون خود با محیط اطراف سازگاری پیدا کند یا آن را تغییر دهد. در هر زمینه‌ای می‌توان از راهکارهای خودیاری استفاده کرد: از استقلال مالی و بهبود زندگی اقتصادی گرفته تا تسلط بر ابعاد شخصیتی و عاطفی خودمان. این روش‌ها مختص به زمینه‌ی خاصی نیست. کمک‌های خودیاری به انسان طیف گسترده‌ای از زندگی فردی و اجتماعی او را شامل می‌شود. در زمینه‌های فردی به دنبال پرورش مهارت‌های فرد از قبیل مهارت‌های تفکر و حل مسئله، تقویت عزت نفس و جرأت ورزی است. خودیاری در زندگی اجتماعی هم اهدافی دارد از جمله، کمک به ایجاد و حفظ روابط موثر و سالم با دیگران و توانایی مصالحه با آنان. اما اهداف خودیاری را بصورت کلی می‌توان در تغییر و انعطاف‌پذیری خلاصه نمود. هدف از درمان در روان‌شناسی افزایش آستانه‌ی تحمل فرد است که با بالا رفتن ظرفیت سازگاری و تغییر وی و همچنین توانایی مقابله با محدودیت‌ها ارتباط مستقیم دارد (صادقی و همکاران، ۱۳۹۹).

تقریباً همه‌ی افراد می‌توانند اهدافی را که می‌خواهند، کسب کنند، چیزهایی که می‌خواهند عوض کنند، تغییر دهند و چیزهایی را که دوست دارند، به دست آورند. با این حال بیشتر مردم این را نیز می‌دانند که عملی کردن این نقشه‌ها و برنامه‌ها چندان ساده نیست. باندورا و دیگران کشف کرده‌اند خودکارآمدی می‌تواند نقش مهمی در نحوه‌ی مواجهه‌ی شخص با اهداف، چالش‌ها و کارهایش ایفا کند.

افرادی که خودیاری بالایی دارند:

- مشکلات و مسائل چالش‌برانگیز را به چشم تمرینی برای کسب مهارت می‌بینند.
- به فعالیت‌هایی که در آنها شرکت می‌کنند علاقه‌ی بیشتری پیدا می‌کنند.
- در برابر علاقه‌مندی‌ها و فعالیت‌های خود احساس تعهد و وظیفه‌شناسی می‌کنند.
- موانع و شکست‌ها دلسردشان نمی‌کند و خیلی زود آنها را پشت سر می‌گذارند.

افرادی که خودیاری ضعیفی دارند:

- از کارهای چالش‌برانگیز اجتناب می‌کنند.
- باور دارند کارها و موقعیت‌های دشوار فراتر از حد توانایی‌های آنهاست.



• روی شکست‌ها و نتایج منفی تمرکز می‌کنند.

• به سرعت اعتماد خود نسبت به قابلیت‌ها و توانمندی‌هایشان را از دست می‌دهند (دادفر و همکاران، ۱۳۹۳).

بر طبق نظریه‌ی بندورا خودیاری از چهار منبع عمده سرچشمه می‌گیرد (جزایری، ۱۳۹۹):

۱. تجربه‌های موفقیت‌آمیز

۲. الگوبرداری اجتماعی

۳. ترغیب اجتماعی

۴. واکنش‌های روان‌شناختی

از طرفی منابع مختلفی وجود دارند که در شکل‌گیری و پرورش این احساس در افراد دخیل هستند. این منابع تجربیات فردی، مشاهدات، افتاح و هیجانات را شامل می‌شوند که در ادامه به توضیح هر یک از آن‌ها خواهیم پرداخت.

✓ **خودکارآمدی و تجربیات فردی:** هنگامی که افراد می‌خواهند در مورد توانایی خود برای انجام یک کار قضاوت کنند، معمولاً به تجارب مشابه در این زمینه نگاه می‌کنند. تجارب گذشته تأثیر بسیار قوی در احساس خودکارآمدی کنونی ما خواهند داشت که منطقی نیز هست. در واقع این منطقی به ما می‌گوید اگر کاری را بارها توانسته‌ای انجام دهی در آینده نیز در انجام آن موفق خواهی بود.

افرادی که دچار خودکارآمدی پایینی هستند معمولاً در این مورد دچار یک چرخه معیوب می‌شوند. به این صورت که به دلیل اعتقاد کمی که به توانایی‌های خود دارند از انجام کارها خودداری می‌کنند. این باعث می‌شود که فرصت کسب تجارب مثبت را از خود بگیرند. در نتیجه کمبود تجارب مثبت و انگیزه بخش باعث می‌شود که این احساس به میزان بیشتری آسیب ببیند (عبادی و موقر، ۱۴۰۰).

✓ **مشاهده:** علاوه بر تجربیات شخصی، ما با مشاهده توانایی‌های دیگران نیز در مورد خود قضاوت می‌کنیم. برای مثال تصور کنید دوستی داشته‌اید که به تازگی ورزش را شروع کرده و برخلاف انتظارات توانسته به قهرمانی نیز دست یابد. این امر می‌تواند باعث شود که وقتی به توانایی‌های ورزشی خود نگاه می‌کنید به این نتیجه برسید که شما نیز می‌توانید به موفقیت‌های بزرگ دست پیدا کنید. محققان به این نتیجه رسیده‌اند که وقتی افراد می‌بینند که دیگران از پس کارهای بسیار دشوار برمی‌آیند میزان خودکارآمدی آن‌ها برای انجام همان کارها افزایش می‌یابد.

✓ **افزایش خودکارآمدی از طریق افتاح:** گاهی ممکن است دیگران تلاش کنند تا میزان خودکارآمدی ما را از طریق تشویق و فراهم کردن حمایت‌های کافی بالا ببرند. این روش می‌تواند تأثیرگذار باشد اما اثر آن هرگز با فرایند تجربیات شخصی برابر نیست.

✓ **هیجانات:** بندورا معتقد بود هیجانات منفی نظیر ترس و اضطراب می‌توانند منجر به تضعیف خودکارآمدی ما شوند. برای مثال ممکن است شما در گفت و گوهای روزمره از میزان خودکارآمدی بسیار بالایی برخوردار باشید اما هنگامی که برای یک سخنرانی بزرگ دچار ترس و اضطراب می‌شوید خودکارآمدی شما نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. نکته مهم در زمینه تأثیر هیجانات بر این احساس این است که تنها احساسات منفی نیستند که بر باورهای ما در مورد توانایی‌هایمان تأثیرگذار هستند بلکه تقویت هیجانات مثبت نیز می‌تواند منجر به افزایش این احساس شود (نیکمراد و عازم‌نیا، ۱۳۹۸).

### ۱.۳. ادبیات نظری اختلال افسردگی

اختلالات افسردگی به صورت احساس بی‌ارزش بودن و ناراحتی مداوم و فقدان انگیزه برای شرکت در فعالیت‌هایی که پیش‌تر برای فرد لذت‌بخش بوده‌اند، تعریف می‌شوند. افسردگی یک احساس غم‌گذرا که همه ممکن است هر از گاهی آن را تجربه کنند، نیست، بلکه یک بیماری جسمی/ذهنی پیچیده است که در عملکرد روزمره فرد اختلال ایجاد می‌کند. این بیماری نه تنها دیدگاه فرد را به زندگی تیره می‌کند، بلکه معمولاً همراه با مشکلات خواب و تغییر در سطوح انرژی و اشتها است. افسردگی ساختار و عملکرد سلول‌های عصبی را به گونه‌ای تغییر می‌دهد که پردازش اطلاعات و تفسیر تجربیات توسط مغز مختل می‌گردد. علی‌رغم احساسات ناامیدی و بی‌ارزش بودن، اختلالات افسردگی یک بیماری قابل درمان است. این بیماری می‌تواند توسط روان‌درمانی یا دارو یا ترکیبی از هر دو درمان شود. افسردگی یکی از بیماری‌های شایع زندگی مدرن است. بر اساس





اطلاعات موسسه‌ی ملی سلامت، همه ساله بیش از ۱۶ میلیون بزرگسال در ایالات متحده حداقل یک اپیزود افسردگی شدید را تجربه می‌کنند. احتمال ابتلای هر فرد به افسردگی در مقطعی از زندگی خود، تقریباً ۱۰ درصد است (نیکمراد و عازم‌نیا، ۱۳۹۸).

اضطراب اجتماعی طولانی‌مدت و اختلالات عمده در روابط اجتماعی ریسک فاکتورهای شناخته شده برای ابتلای فرد به افسردگی هستند. اتفاقات منفی زندگی مانند از دست دادن عزیزان یا از دست دادن شغل نیز ریسک افسردگی را افزایش می‌دهند. ناملایمت‌های زودهنگام در زندگی، از قبیل جدایی والدین یا بی‌توجهی والدین یا مورد سوءاستفاده واقع شدن، ممکن است از طریق واداشتن سیستم عصبی به پاسخ دادن بیش از حد به استرس، باعث آسیب‌پذیری بعدی فرد نسبت به افسردگی شدید شوند (گودینهو و همکاران، ۲۰۱۹). اختلالات افسردگی، یک بیماری است که خلق و افکار فرد را در بر می‌گیرد. این بیماری انگیزه را از بین برده و در عملکرد عادی زندگی روزمره تداخل ایجاد می‌کند. این بیماری معمولاً باعث رنجش خود فرد افسرده می‌شود و هم افرادی که به او اهمیت می‌دهند را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اختلالات افسردگی همان احساس غم گذرا نیست. بر اساس تعریف، علائم حداقل باید به مدت دو هفته وجود داشته باشند تا بتوان گفت که فرد افسرده است. افسردگی نه نشانه‌ی ضعف شخصی است و نه وضعیتی است که به اراده و میل فرد از بین برود. افسردگی به صورت اپیزودی رخ می‌دهد. هر اپیزود آن هم هفته‌ها یا ماه‌ها طول می‌کشد. گرچه علائم به طور خودبه‌خود در طول زمان بازمی‌گردند. اما برخی از اشکال درمان برای کاهش احتمال وقوع اپیزودهای عودشونده حائز اهمیت هستند. درمان مناسب می‌تواند به بسیاری از افرادی که از افسردگی رنج می‌برند، کمک کند. (گودینهو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

اختلالات افسردگی هم‌چون سایر بیماری‌ها از قبیل بیماری قلبی، انواع گوناگونی دارد. در ادامه برخی از رایج‌ترین اختلالات افسردگی بررسی می‌شوند. با این حال، تمام انواع افسردگی، با تنوع در تعداد علائم افسردگی و شدت و تداوم آن‌ها شناخته می‌شوند (عباسیان و همکاران، ۱۴۰۰).

## انواع رایج اختلالات افسردگی

### ۱) اختلال افسردگی شدید یا افسردگی ماژور

این نوع از افسردگی به صورت یک غم مداوم به همراه تعدد از علائمی که با قابلیت کار کردن، مطالعه کردن، خوابیدن، غذا خوردن و لذت بردن از فعالیت‌هایی که قبلاً خوشایند بوده‌اند، تداخل می‌کنند، در فرد ظاهر می‌شود.

اپیزود ناتوان‌کننده افسردگی ممکن است تنها یک بار اتفاق بیافتد ولی معمولاً چندین بار در طول زندگی رخ می‌دهد. افسردگی بسیار بیشتر از یک اختلال است. این بیماری عملکرد بسیاری از سیستم‌های بدن را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد.

محققان دریافته‌اند که عملکرد سیستم ایمنی در شرایط افسردگی لطمه می‌بیند. همین مختل شدن عملکرد ایمنی، خود ممکن است عامل بروز اختلالات دیگری از جمله بیماری‌های قلبی باشد.

### ۲) افسردگی مزمن

افسردگی مزمن شامل علائم ناراحتی و دلسردی در بیشتر روزها در یک مدت طولانی است. ولی این خلق افسرده ناتوان‌کننده نیست، گرچه تا حدی عملکرد فرد را مختل می‌کند. البته بسیاری از افراد مبتلا به افسردگی مزمن اپیزودهای افسردگی شدید را نیز در برهه‌ای از زندگی خود تجربه می‌کنند. برخی از اشکال افسردگی شامل تغییرات اندک در خلق و خوی فرد است و تحت شرایط خاصی ایجاد می‌شود.

### ۳) اختلال ملال پیش از قاعدگی

این نوع از افسردگی که به عنوان سندروم پیش از قاعدگی نیز شناخته می‌شود، در هفته‌ی پیش از شروع قاعدگی به وجود می‌آید. این حس در روزهای پس از شروع قاعدگی فروکش می‌کند و در هفته‌ی پس از اتمام قاعدگی بهبود می‌یابد. بر اساس اطلاعات موسسه‌ی ملی سلامت، ۳ تا ۸ درصد زنان در سن باروری، اختلال پیش از قاعدگی را تجربه می‌کنند.

### ۴) افسردگی شدید همراه با خصوصیات سایکوتیک

<sup>1</sup> Godinho



افسردگی سایکوتیک، زمانی رخ می‌دهد که بیمار دچار افسردگی شدید همراه با توهم و هذیان باشد. علائم سایکوتیک ممکن است متجانس با علائم خلقی افسردگی باشند. علائم سازگار با پیش‌زمینه‌های افسردگی از قبیل احساس عدم کفایت، گناه، پوچ‌گرایی یا مرگ و یا توهم‌ها و هذیان‌ها ممکن است در این نوع از افسردگی بروز کند.

۵) افسردگی شدید با الگوی فصلی

اختلال خلقی فصلی به صورت شروع بیماری افسردگی در طول زمان‌های خاصی از سال تعریف می‌شود. معمولاً، افسردگی در طول ماه‌های زمستان که آفتاب محدود است، ایجاد شده و به طور کامل در ماه‌های بهار و تابستان بهبود می‌یابد.

در تعداد کمی از موارد افسردگی فصلی، افسردگی در طول ماه‌های تابستان هم رخ می‌دهد، اختلال خلقی فصلی می‌تواند به طور موثر توسط نوردرومانی بهبود یابد، اما تقریباً نیمی از افراد مبتلا به اختلال خلقی فصلی، با نوردرومانی بهبود نمی‌یابند. داروهای ضدافسردگی و روان‌درمانی می‌توانند علائم اختلال خلقی فصلی را به تنهایی یا در ترکیب با نوردرومانی کاهش دهند (عباسیان و همکاران، ۱۴۰۰).

### ۲.۳. ادبیات نظری تصمیم‌گیری خودکشی

بسیاری از افراد در برخی مواقع دشوار زندگی، افکار گذرا در مورد خودکشی دارند. ولی معمولاً با فکر کردن در مورد آنچه خودشان و عزیزانشان با خودکشی از دست می‌دهند، با این افکار مقابله می‌کنند. افسردگی به دلیل ماهیت خود چنین انعطاف‌پذیری شناختی را مختل می‌کند. این بیماری الگوهای تفکر و احساس را به گونه‌ای تغییر می‌دهد که فرد مبتلا هیچ راه نجاتی از حالت ذهنی کنونی خود یا احتمال بهتر شدن در آینده نمی‌بیند. افراد افسرده نه تنها برای موقعیت کنونی خود، بلکه برای تمام شکست‌های خود در گذشته، تمام فقدان‌ها و رابطه‌های شکست‌خورده، تمام تجربیات نامطلوب کودکی غصه خورده و توسط این منفی‌بافی‌ها بیشتر به پایین کشیده می‌شوند. به علاوه افسردگی احساس درد را تشدید می‌کند (میشارا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

افراد مبتلا به افسردگی ممکن است خودکشی را تنها راه فرار از رنج و درد روانی ببینند. بسیاری از افراد در برخی مواقع دشوار زندگی، افکار گذرا در مورد خودکشی دارند. ولی معمولاً با فکر کردن در مورد آنچه خودشان و عزیزانشان با خودکشی از دست می‌دهند، با این افکار مقابله می‌کنند. افسردگی به دلیل ماهیت خود چنین انعطاف‌پذیری شناختی را مختل می‌کند. این بیماری الگوهای تفکر و احساس را به گونه‌ای تغییر می‌دهد که فرد مبتلا هیچ راه نجاتی از حالت ذهنی کنونی خود یا احتمال بهتر شدن در آینده نمی‌بیند. افراد افسرده نه تنها برای موقعیت کنونی خود، بلکه برای تمام شکست‌های خود در گذشته، تمام فقدان‌ها و رابطه‌های شکست‌خورده، تمام تجربیات نامطلوب کودکی غصه خورده و توسط این منفی‌بافی‌ها بیشتر به پایین کشیده می‌شوند. به علاوه افسردگی احساس درد را تشدید می‌کند. افراد مبتلا به افسردگی ممکن است خودکشی را تنها راه فرار از رنج و درد روانی ببینند.

### علائم و نشانه‌های خودکشی

با توجه به اینکه افراد مختلف، روان و شخصیت متفاوتی از یکدیگر دارند نمی‌توان گفت علائم و نشانه‌های خودکشی در همه افراد یکسان است. برخی افراد ممکن است این موضوع را به زبان آورده و برخی از آنها این موضوع را پنهان کنند. البته برای اشخاص درونگرا که زیاد اهل ابراز احساسات نیستند نیز کسانی وجود دارد که با آنها درد و دل کنند. با این وضعیت، دوستان نیز عامل مهمی هستند که نباید از آنها غافل شد. در زیر به تعدادی از علائم و نشانه‌های خودکشی اشاره شده است (حمیدی‌پور و مسعودی، ۱۳۹۹):

تغییرات شخصیتی و رفتاری

افسردگی و عدم اشتیاق برای انجام فعالیت‌های روزمره

تمایل و گرایش به انحرافات دینی و فرقه‌ای

بیان جملات و سوالاتی مانند من نباشم چه کار می‌کنید؟ و...

رفتارهای مشکوک و غیرطبیعی

<sup>1</sup> Mishara



عدم تلاش برای اثبات توانایی های خود  
بی حوصلگی بسیار شدید و عدم تمایل به بحث و گفتگو  
و ده ها مورد دیگر...

### دلایل تصمیم گرفتن به خودکشی

صدها دلیل می تواند وجود داشته باشد. از دلایل تاثیرگذار و مهم تا دلایل بسیار سطحی! مهم ترین چیزی که بهتر است دلایل این موضوع را بررسی کرده و بدانیم این است که یک راهکار مناسب برای آن بیابیم. موضوعی که والدین و اطرافیان شخص باید به آن توجه کنند این است که پس از دانستن دلیل نیازی به بحث های بی مورد و واکاوی این موضوع با شخص نیست و بهتر است برای دستیابی به راهکار مناسب، موضوع با یک مشاور روانشناس مطرح شود. برخی از دلایل خودکشی بشرح زیر است (پاک گوهر و هاشمی، ۱۴۰۰):  
مشکلات خانوادگی مانند مشاجره، اختلافات، طلاق و...

مشکلات و ناتوانی های جسمی و حتی بلوغ  
تحقیر، سرخوردگی و نبود اعتماد به نفس  
انواع اختلالات شخصیتی  
شکست در روابط عاشقانه، کار و تحصیل  
انحرافات دینی و فرقه ای  
سرگردانی و بلاتکلیفی  
فقر، بی آبرویی، اعتیاد، لجاجت و...  
و صدها مورد فراوان دیگر...

### ۴. پیشینه تحقیق

از تحقیقات داخلی نزدیک به موضوع مقاله می توان به پژوهش های زیر اشاره نمود:

**پاک گوهر و هاشمی در سال (۱۴۰۰)**، به نقش واسطه ای ارزیابی شناختی استرس، مهارت خودآگاهی و سبکهای حل مسئله در بین دانشجویان پرداختند و تایید به دست آمده نشان داد: از بین سبکهای حل مسئله، تنها سبک خلاقیت میتواند نقش میانجی بین متغیر مهارت خودآگاهی و ارزیابی شناختی استرس داشته باشد. با توجه به نتایج تحقیق میتوان گفت که مهارت خودآگاهی میتواند حل مسئله به روش خلاقیت را افزایش داده و در نهایت داشتن این نوع از سبک حل مسئله سبب میشود که افراد، موقعیت را استرس زا تلقی نکرده و ارزیابی شناختی مثبتی از خود داشته باشند. همچنین از طرفی دیگر **باغبان در سال (۱۳۹۹)** به رابطه ابعاد خودآگاهی با افسردگی دانشجویان پرداخت و نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد میان افسردگی با خودآگاهی خصوصی رابطه معنادار منفی و میان افسردگی با اضطراب اجتماعی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. نتایج حاصل از رگرسیون به روش همزمان نیز نشان داد متغیرهای پیش بین خودآگاهی خصوصی و اضطراب اجتماعی به طور همزمان توان تبیین ۶۰ درصد از واریانس افسردگی را دارند. نتایج پژوهش حاضر نشان از اهمیت خودآگاهی در افسردگی و سلامت روان افراد می باشد در نتیجه ارائه آموزش های خودآگاهی برای بهبود افسردگی افراد توصیه می گردد. از سویی دیگر **منظری و همکاران در سال (۱۳۹۷)** به تعیین اثربخشی آموزش مهارتهای اجتماعی بر رشد مهارتهای خودیاری و مهارت خودفرمانی در کودکان و نوجوانان (۵ تا ۱۷ ساله) پرداختند و یافته ها با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان داد که بر اساس نتایج میتوان گفت آموزش مهارت های اجتماعی، مهارت خودیاری عمومی، مهارت خودیاری در لباس پوشیدن، غذا خوردن و مهارت خودفرمانی در کودکان و نوجوانان با اختلال طیف اتیسم شدید را افزایش داده است. و در همین راستا **خلیلی و همکاران در سال (۱۳۹۶)** بررسی تاثیر درمان مثبتگرایی گروهی بر افسردگی و گرایش به خودکشی (مطالعه موردی نمونه ای از آموزشگاه سربازی در همدان) پرداختند و نتایج نشان داد، میانگین نمرات افسردگی در پس-آزمون گروههای آزمایش  $4/68 \pm 21/96$  نسبت به پیشآزمون این گروه  $6/65 \pm 44/19$  کاهش پیدا کرده است. در بین مولفه های خودکشی، در گروه آزمایش کتمان خودکشی با میانگین وزنی (میانگین تقسیم بر تعداد سوالات)  $1/58$  قویترین و تمایل به مرگ با



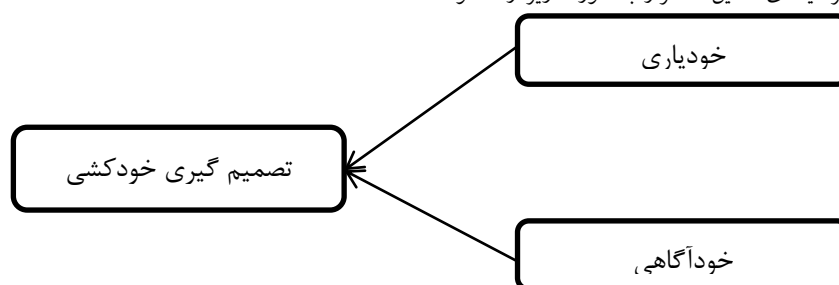


میانگین وزنی ۱/۲۱ ضعیفترین مولفه‌های خودکشی در بین افراد مورد بررسی گروه آزمایش بوده است. در گروه کنترل نیز کتمان خودکشی با میانگین وزنی ۱/۵۲ قویترین و آمادگی برای خودکشی با میانگین وزنی ۱/۲۳ ضعیفترین مولفه‌های خودکشی در بین افراد مورد بررسی گروه آزمایش بود و در نهایت رضایی و همکاران در سال (۱۳۹۵)، به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی بیماران افسرده تحت درمان دارویی پرداختند و نتایج این پژوهش نشان داد، درمان فراشناختی با تمرکز بر نشخوار فکری می‌تواند در کاهش اندیشه خودکشی بیماران مبتال به افسردگی موثر باشد. از سویی تحقیقات خارجی نزدیک به موضوع مقاله می‌توان به پژوهش‌های زیر اشاره نمود:

**اسپیچر و همکاران در سال (۲۰۲۱)** به نقش حس انسجام و سبک‌های اسنادی در پیش‌بینی افکار خودکشی و مهارت‌های بین فردی بیماران افسرده پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که سبک‌های اسنادی ۵/۱۱ درصد از واریانس مهارت‌های بین فردی بیماران افسرده را تبیین میکنند. نتایج نیز نشان داد که حس انسجام ۴۴ درصد، سیستم‌های مغزی رفتاری ۹/۲۸ درصد و سبک‌های اسنادی ۹/۳۳ درصد از واریانس افکار خودکشی بیماران افسرده را تبیین میکنند. این یافته‌ها بیان می‌کنند که سبک‌های اسنادی بر مهارت‌های بین فردی، حس انسجام، سیستم‌های مغزی رفتاری و سبک‌های اسنادی بر افکار خودکشی از متغیرهای تاثیرگذار بر مهارت‌های بین فردی بیماران افسرده هستند. همچنین **موری و همکاران در سال (۲۰۲۰)**، به بررسی تاثیر آموزش مهارت خودآگاهی بر خودکشی دانش‌آموزان دختر پرداختند. یافته‌ها نشان داد آموزش مهارت‌های خودآگاهی سبب کاهش خودکشی ( $p < 0/01$ ) در دانش‌آموزان شده است. نتایج پژوهش بیانگر آن است که مهارت خودآگاهی روش مناسب برای بهبود رفتار خودکشی محسوب می‌شود و باید در سطح مدارس به عنوان آموزش موثر مورد توجه قرار گیرد. در همین راستا **فکت در سال (۲۰۱۹)**، به بررسی تاثیر آموزش مهارت خودآگاهی بر کاهش رفتارهای پرخطر، اعتیادپذیری، و خودکشی پرداختند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد آموزش مهارت‌های خودآگاهی سبب کاهش پرخطرگری در دانش‌آموزان می‌شود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد آموزش مهارت‌های خودآگاهی سبب کاهش اعتیادپذیری دانش‌آموزان نشد (۰/۰۱). از طرفی **میشارا و همکاران در سال (۲۰۱۸)**، به بررسی پیش‌بینی گرایش به افسردگی براساس ذهن‌آگاهی و باورهای فراشناختی در دانشجویان پرداختند. نتایج نشان داد که بین مولفه‌های ذهن‌آگاهی (عمل همراه با آگاهی و عدم قضاوت) با افسردگی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد اما بین مولفه‌های مشاهده، توصیف و عدم واکنش با افسردگی رابطه منفی وجود دارد. همچنین بین مولفه‌های باور فراشناختی (باور مثبت درباره نگرانی و باور منفی در مورد کنترل‌پذیری افکار و خطرات، عدم اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار) با افسردگی رابطه مثبت معناداری بدست آمد. تحلیل رگرسیون نشان داد که حدود ۴۶ درصد از واریانس افسردگی با ذهن‌آگاهی و باور فراشناختی تبیین می‌شود. بنابراین یافته‌های تحقیق نشان داد که ذهن‌آگاهی و باور فراشناختی بر گرایش به افسردگی تاثیر داشته و آن را پیش‌بینی می‌کنند.

## ۵. مدل و فرضیه‌های تحقیق

با توجه به اینکه تحقیق حاضر به دنبال «رابطه خودیاری و خودآگاهی در افراد با اختلال افسردگی مزمن در مواجهه با تصمیم‌گیری خودکشی» می‌باشد، می‌توان مدل مفهومی و فرضیه‌های تحقیق حاضر را به صورت زیر ارائه نمود:



نمودار ۱- مدل مفهومی پژوهش

با توجه به مدل ذکر شده، فرضیه‌های تحقیق به شرح زیر مورد بررسی قرار می‌گیرند:



بین خودیاری در افراد با اختلال افسردگی مزمن و مواجهه با تصمیم‌گیری خودکشی رابطه معناداری وجود دارد.  
بین خودآگاهی در افراد با اختلال افسردگی مزمن و مواجهه با تصمیم‌گیری خودکشی رابطه معناداری وجود دارد.

## ۶. روش‌شناسی تحقیق

### ۱.۶. روش تحقیق

تحقیق حاضر از نظر هدف، یک تحقیق کاربردی می‌باشد. پژوهش حاضر از نظر گردآوری داده‌ها و اطلاعات و روش تجزیه و تحلیل یک تحقیق توصیفی و غیرآزمایشی می‌باشد که سعی پژوهشگر بر این است تا یک مسئله و پرسش واقعی که در عمل وجود دارد طی یک فرایند تحقیق پاسخ دهد و در ضمن هیچگونه تغییری بر روی متغیرهای مستقل انجام نشده است از این رو بر حسب نحوه گردآوری داده‌ها طرح پژوهش جزو پژوهش‌های توصیفی-پس‌رویدادی طبقه بندی می‌شود.

### ۲.۶. جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری تحقیق حاضر شامل افراد با اختلال افسردگی مزمن در شهر تهران می‌باشند که به کلینیک‌های روانشناسی در سال ۱۴۰۰ مراجعه داشتند به منظور پاسخگویی به سؤال‌های پرسشنامه از آنها کمک گرفته شد و تعداد آنها چون نامشخص می‌باشد بنابراین جهت تعیین حداقل حجم نمونه لازم، از فرمول دوم کوکران برای جامعه نامشخص استفاده می‌گردد. بنابراین حجم نمونه لازم ۳۸۵ نفر می‌باشد که مبنای تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شایان ذکر با توجه به عدم دسترسی به همه اعضای جامعه، روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده شد.

### ۳.۶. روش و ابزار گردآوری داده‌ها

برای جمع‌آوری اطلاعات از روش‌های مطالعات کتابخانه‌ای و تحقیقات میدانی استفاده شد. لذا با توجه به گردآوری داده‌ها دو نوع ابزار بررسی اسناد و مدارک و پرسشنامه نیز استفاده می‌شود که پرسشنامه حاضر که دارای ۵۹ گویه می‌باشد به شرح زیر است:

خودآگاهی: جهت سنجش این متغیر از پرسشنامه استاندارد کوپر (۱۹۹۷) استفاده شد که دارای ۲۵ گویه می‌باشد و سوالات ۱ تا ۲۵ پرسشنامه راتشکیل می‌دهد و در طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت سنجیده شده است.

تصمیم‌گیری خودکشی: جهت سنجش این متغیر از پرسشنامه استاندارد پک (۱۹۶۱) استفاده شد که دارای ۱۹ گویه می‌باشد و سوالات ۲۶ تا ۴۴ پرسشنامه راتشکیل می‌دهد و در طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت سنجیده شده است.

خودداری: جهت سنجش این متغیر از پرسشنامه استاندارد دال (۱۹۶۸) استفاده شد که دارای ۱۵ گویه می‌باشد و سوالات ۴۵ تا ۵۹ پرسشنامه راتشکیل می‌دهد و در طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت سنجیده شده است.

روایی پرسشنامه: در این پژوهش جهت اطمینان بیشتر از روش روایی صوری استفاده می‌شود. به این منظور پرسش‌نامه در اختیار متخصصین و خبرگان قرار گرفت و از آنان در مورد هر سوال و در خصوص ارزیابی هدف مربوط، نظرخواهی شد و با اصلاحات جزئی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت.

پایایی پرسشنامه: در این تحقیق برای تعیین پایایی ابزار اندازه‌گیری از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای سنجش میزان تک‌بعدی بودن نگرش‌ها، قضاوت‌ها، عقاید و سایر مقولاتی که اندازه‌گیری آنها آسان نیست به کار می‌رود، در واقع اینجا بررسی می‌شود تا چه حد برداشت پاسخگویان از سوالات یکسان بوده است. به همین منظور از فرمول ضریب آلفای کرونباخ برای تعیین اعتبار پرسشنامه استفاده می‌شود. ابزاری که آلفای کرونباخ آن بالاتر از سطح مقدار مینیمم که توسط نالی (۱۹۸۷) پیشنهاد گردید یعنی ۰/۷ باشد از پایایی مناسبی برخوردار است. در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با روش آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه برآورد شد. چنانچه این برآورد بالاتر از حداقل مقدار ۰/۷ باشد، بیانگر این است که پرسشنامه‌های مورد استفاده از پایایی بالایی برخوردار است.



جدول ۱- ویژگی های جمعیت شناختی

متغیر	شماره سؤالات	کرونباخ
خودآگاهی	۲۵	۰/۹۲
تصمیم گیری خودکشی	۱۹	۰/۹۲
خودیاری	۱۵	۰/۸۵

#### ۴.۶. روش تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از تحقیق حاضر شامل دو بخش به شرح زیر می باشد:

**الف. آمار توصیفی:** به منظور توصیف یافته‌ها، از جداول و نمودارهای فراوانی استفاده شد. ضمن این که به منظور توصیف بهتر داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و همچنین شاخص‌های پراکندگی بهره گرفته شد در این بخش از نرم افزار SPSS استفاده گردید.

**ب. آمار استنباطی:** در این بخش از آزمونهای کولموگروف-اسمیرنوف و همچنین تحلیل عامل تاییدی و مدل معادلات ساختاری استفاده شد که نرم افزار مورد استفاده در این بخش نرم افزار لیزرل بوده است.

#### ۴.۶. یافته‌ها و تحلیل داده‌ها

##### ۱.۴.۶. یافته‌های مربوط به آمار توصیفی

جدول ۲- ویژگی های جمعیت شناختی نمونه آماری تحقیق

ویژگی های پاسخ دهندگان	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۱۷۸
	زن	۶۷
سن	کمتر از ۳۰ سال	۵۷
	۳۰ تا ۴۰ سال	۹۶
	۴۰ تا ۵۰ سال	۱۴۶
وضعیت تأهل	مجرد	۱۶۲
	متاهل	۲۲۲
تحصیلات	فوق دیپلم و پایین تر	۷۷
	کارشناسی	۱۶۳
	کارشناسی ارشد	۱۳۲
	دکتری	۱۲

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که ۵۷٪ از نمونه آماری تحقیق مرد و ۴۳٪ از آنها زن، بیشتر آنها (۳۹٪) در دامنه سنی ۴۰-۵۰ سال و کمترین آنها (۱۵٪) در دامنه سنی کمتر از ۳۰ سال، بیشتر آنها (۵۸٪) متاهل، بیشتر آنها (۴۳٪) دارای مدرک کارشناسی و کمترین آنها (۳٪) دارای مدرک دکتری هستند.



جدول ۳- توصیف داده ها مربوط به متغیرهای تحقیق

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
خودآگاهی	۳۸۵	۴/۲۹	۰/۴۹
تصمیم گیری خودکشی	۳۸۵	۴/۲۵	۰/۵۰
خودیاری	۳۸۵	۴/۲۴	۰/۵۷

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، میانگین متغیرهای خودآگاهی، تصمیم گیری خودکشی، خودیاری بالاتر از میانگین نظری (۳) می باشد و می توان گفت از سطح بالایی برخوردار هستند. انحراف معیار آنها از میانگین نیز به ترتیب برابر با ۰/۴۹، ۰/۵۰ و ۰/۵۷ می باشد.

#### ۲.۴.۶. یافته های مربوط به آمار استنباطی

جدول ۴- نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف مربوط به متغیرهای تحقیق

متغیر	تعداد	کلموگروف	معناداری
خودآگاهی	۳۸۵	۰/۷۷	۰/۱۱
تصمیم گیری خودکشی	۳۸۵	۰/۸۲	۰/۰۸
خودیاری	۳۸۵	۰/۴۴	۰/۱۹

همانطور که ملاحظه می شود، مقدار معناداری مربوط به متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ است، بنابراین می توان گفت که داده ها نرمال هستند و می توان از آمار پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۵- نتایج آزمون همبستگی پیرسون

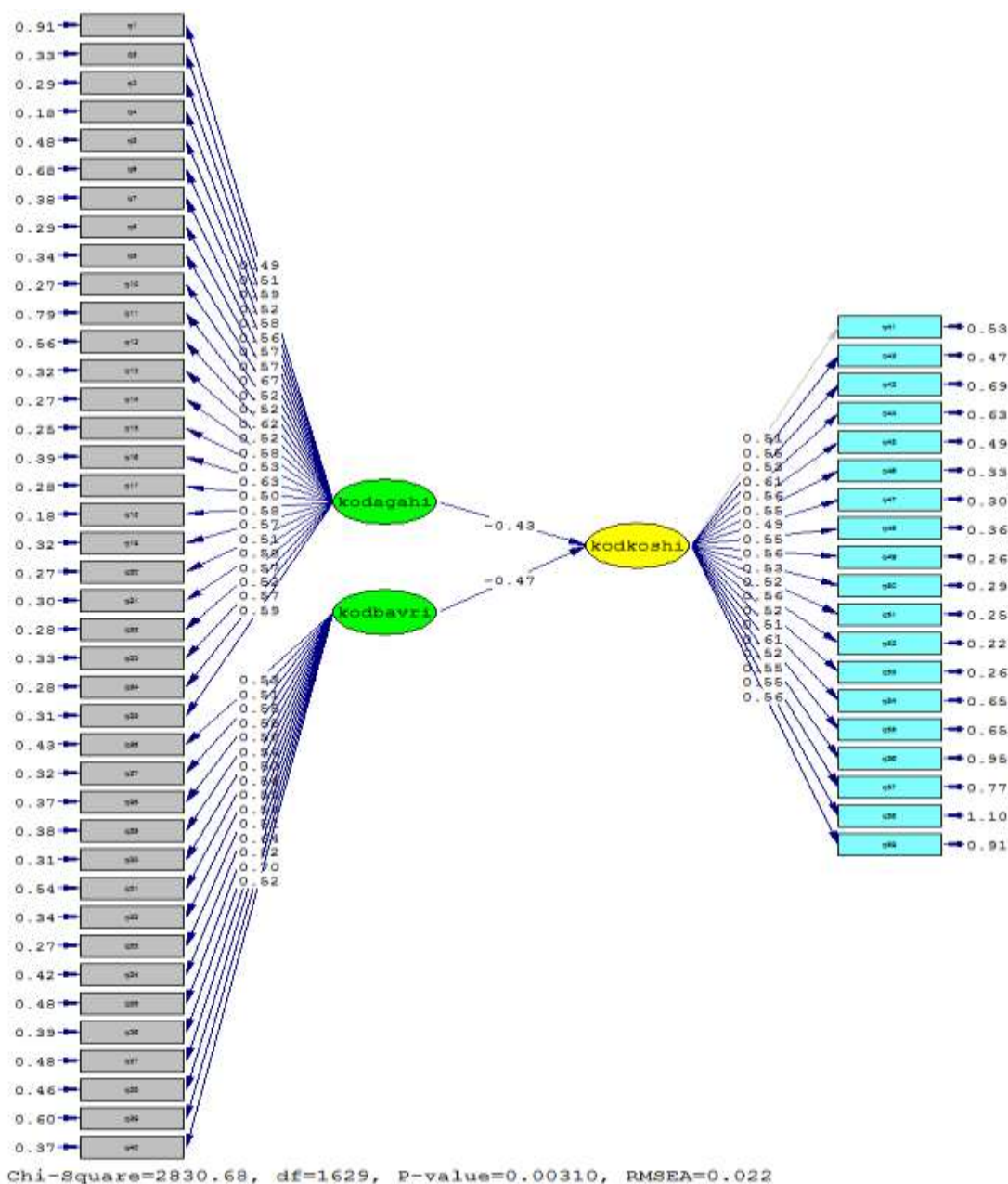
متغیر مستقل	متغیر وابسته	همبستگی	معناداری
خودآگاهی	تصمیم گیری خودکشی	-۰/۶۴	۰/۰۰۰
تصمیم گیری خودکشی	تصمیم گیری خودکشی	-۰/۶۹	۰/۰۰۰

همانطور که ملاحظه می شود، مقدار معناداری مربوط به متغیرها از ۰/۰۰۰ است، بنابراین می توان گفت که بین متغیرها همبستگی وجود دارد. بین متغیر خودآگاهی با تصمیم گیری خودکشی ارتباط منفی ۰/۶۴- و بین خودبآوری با تصمیم گیری خودکشی ارتباط منفی ۰/۶۹- وجود دارد.

#### آزمون فرضیه های تحقیق

##### بررسی ضرایب مسیر استاندارد مربوط به فرضیه های پژوهش

در زیر (شکل ۱) خروجی تخمین استاندارد شده مدل معادلات ساختاری، برای مدل مفهومی تحقیق شامل فرضیه های پژوهش نمایش داده شده است. همانطور که از نتایج حاصل نشان داده شده در شکل مشخص است کلیه بارهای عاملی مدل دارای مقادیر بالای ۰/۳ می باشد.

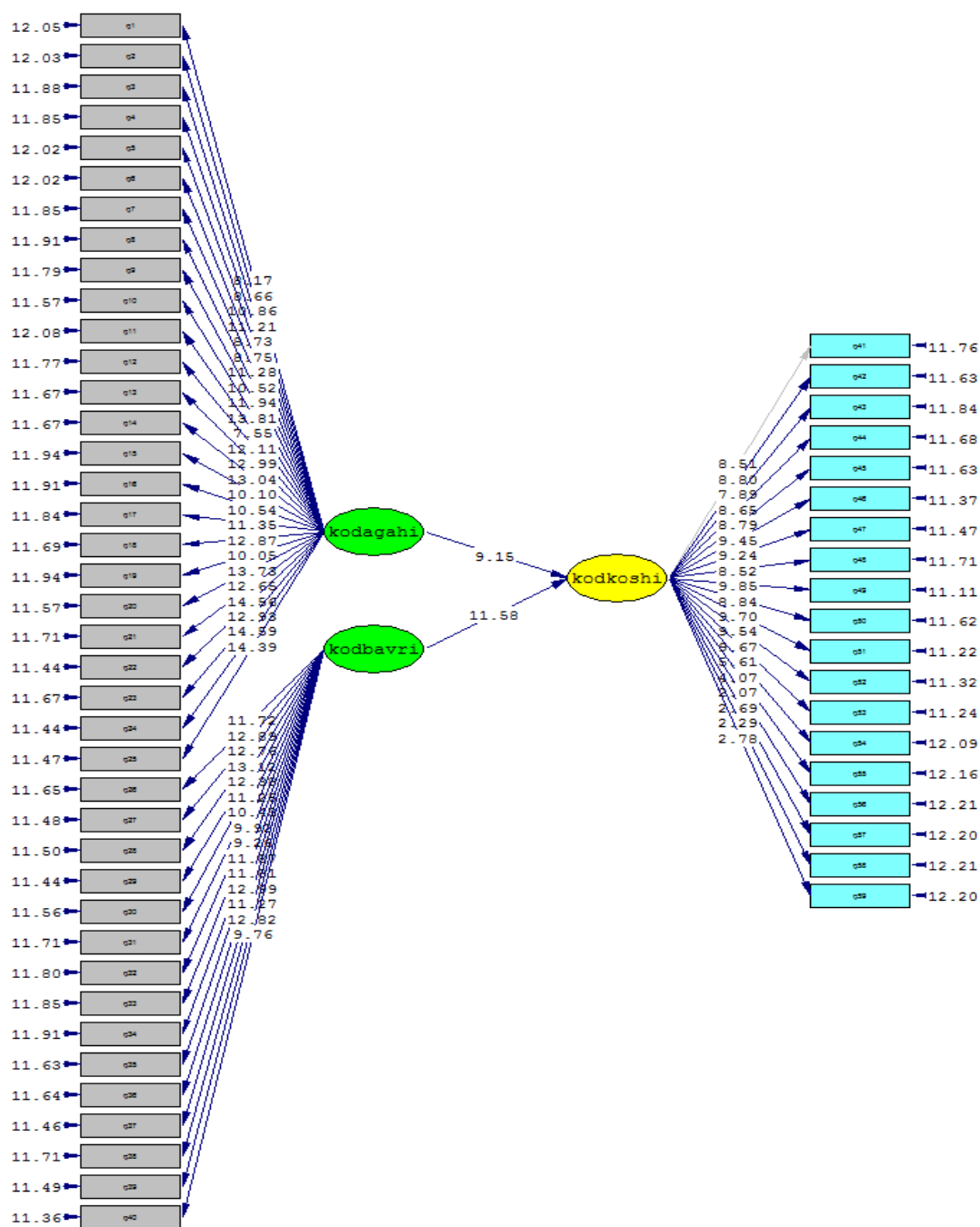


شکل ۱- مدل ساختاری فرضیه های تحقیق در حالت استاندارد

بررسی ضرایب معناداری مربوط به هر یک از ضرایب مسیر

در شکل (۲) اعداد معناداری مربوط به آن ارائه گردیده است. این جدول نشان دهنده این مطلب است که تمام اعداد معناداری حاضر بزرگتر از ۱.۹۶ بوده، بنابراین تمامی بارهای عاملی و ضرایب مسیر موجود معنادار می باشند.





شکل ۲- مدل ساختاری فرضیه های تحقیق در حالت معناداری



### بررسی شاخص‌های برازش مدل مفهومی

جهت بررسی مدل پژوهش، قبل از تأیید روابط ساختاری باید از مناسب بودن و برازش مطلوب مدل اطمینان حاصل نمود. شاخص‌های اندازه‌گیری مربوط به برازش، به همراه مقادیر محاسبه شده آن‌ها برای مدل ارائه شده، در جدول (۶) گزارش گردیده است. که نشان دهنده برازش مناسب مدل مورد نظر می‌باشد.

جدول ۶- بررسی شاخص‌های برازش

شاخص‌های برازش	مقادیر مناسب	مدل	نتیجه برازش
$\chi^2/df$	$\leq 3$	۱/۷۳	برازش مناسب
RMSEA	$\leq 0/1$	۰/۰۲۲	برازش مناسب
NFI	$\geq 0/9$	۰/۹۴	برازش مناسب
NNFI	$\geq 0/9$	۰/۹۰	برازش مناسب
CFI	$\geq 0/9$	۰/۹۰	برازش مناسب
IFI	$\geq 0/9$	۰/۹۳	برازش مناسب
GFI	$\geq 0/9$	۰/۹۱	برازش مناسب
AGFI	$\geq 0/8$	۰/۹۲	برازش مناسب

### بررسی فرضیه‌های تحقیق

جدول ۷- نتیجه بررسی فرضیه‌های تحقیق

نتیجه	ضریب مستقیم (معناداری)	مسیر فرضیه‌ها
تایید	-۰/۴۳ (۹/۱۵)	خودآگاهی بر تصمیم‌گیری خودکشی تأثیر دارد.
تایید	-۰/۴۷ (۱۱/۵۹)	خودباوری بر تصمیم‌گیری خودکشی تأثیر دارد.

بر اساس جدول ۷، خودآگاهی بر تصمیم‌گیری خودکشی تأثیر ۰/۴۳- دارد. خودباوری بر تصمیم‌گیری خودکشی تأثیر ۰/۴۷- دارد. بنابراین فرضیه‌های تحقیق مورد تأیید قرار می‌گیرد.

### ۷. بحث، نتیجه‌گیری و پیشنهادات

بر اساس نتایج تحقیق، ضریب تأثیر بین متغیر خودآگاهی با تصمیم‌گیری خودکشی برابر با ۰/۴۳- صدم است. پس می‌توان نتیجه گرفت که خودآگاهی با تصمیم‌گیری خودکشی رابطه منفی و معناداری دارد. در نتیجه، خودآگاهی بر تصمیم‌گیری خودکشی در در افراد با اختلال افسردگی مزمن تأثیر منفی و معکوس دارد. از این رو فرضیه اول تحقیق تأیید می‌شود و فرض مقابل رد می‌شود. نتایج این بخش از تحقیق با نتیجه تحقیقات اسپیجکر و همکاران (۲۰۲۱)، مری و همکاران (۲۰۲۰)، پاک گوهر و هاشمی (۱۴۰۰)، منظری و همکاران (۱۳۹۷)، هم جهت و همسو می‌باشد. همچنین، بر اساس نتایج تحقیق، ضریب تأثیر بین متغیر خودباوری با تصمیم‌گیری خودکشی برابر با ۰/۴۷- صدم است. پس می‌توان نتیجه گرفت که خودباوری با تصمیم‌گیری خودکشی رابطه منفی و معناداری دارد. در نتیجه، خودباوری بر تصمیم‌گیری خودکشی در در افراد با اختلال افسردگی مزمن تأثیر منفی و معکوس دارد. از این رو فرضیه دوم تحقیق تأیید می‌شود و فرض مقابل رد می‌شود. نتایج این بخش از تحقیق با نتیجه تحقیقات اسپیجکر و همکاران (۲۰۲۱)، مری و همکاران (۲۰۲۰)، پاک گوهر و هاشمی (۱۴۰۰)، منظری و همکاران (۱۳۹۷)، هم جهت و همسو می‌باشد.

خودکشی یکی از عوامل شایع مرگ و میر در میان نوجوانان و جوانان بشمار می‌رود، با این وجود بیشتر افرادی که دست به خودکشی می‌زنند، نسبت به این کار و کشتن خود تردید دارند؛ آنچه این افراد در پی آنند پایان دادن به احساسات طاقت فرسا یا شرایطی است که به نظر تحمل‌ناپذیر می‌آیند.



اغلب افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، این عمل را به عنوان راه حلی برای نجات از شرایط بحرانی می دانند. افرادی که تمایل به خودکشی دارند، ممکن است احساساتی مانند ترس، ناامیدی، ناتوانی، سردرگمی و افسردگی داشته باشند؛ این قبیل افراد بیشتر می خواهند از رنجی که گرفتار آن هستند، رهایی یابند، نه اینکه واقعا قصد خودکشی داشته باشند. اما شاید در چنین شرایطی خودکشی از نظر آنها تنها راه نجات است. افکار مربوط به خودکشی ممکن است به ذهن بسیاری از افراد خطور کند. اکثر مردم ممکن است در لحظه هایی از زندگی خود به خودکشی بیندیشند. بحران خودکشی تجربه ای دردناک، مغشوش کننده و سخت است. برای بیرون آمدن از بحران خودکشی، تعیین عوامل ایجاد کننده بحران، فهم احساسات شخص خودکشی کننده و مواجهه با افکار خودکشی گرا، مسائل بسیار مهم و اساسی هستند. بر اساس نتایج تحقیق، خودآگاهی و خودباوری فرد تاثیر زیادی بر کاهش تصمیم به خودکشی دارد.

خود آگاهی نقش مهم و تعیین کننده ای در زندگی هر انسانی دارد، زیرا هر چقدر انسان بیشتر خود را بشناسد و با ابعاد مختلف شخصیت خود آشنا شود، بهتر می تواند از زندگی خود بهره ببرد و زندگی را در مسیر واقعی خود قرار دهد. در چنین شرایطی، انسان تعارض و کشمکش کمتری با خود خواهد داشت و علاوه بر این، از زندگی خود نیز رضایت بیشتری خواهد داشت. به همین دلیل نیازی ندارد که رفتارهای ناسالم و نامناسب انجام دهد. زیرا، وی از آرامش درونی کاملی برخوردار است که او را حتی در مقابل موقعیت های سخت زندگی نیز مقاوم می کند. از سوی دیگر، چنین آگاهی به انسان کمک می کند تا با اطمینان بیشتری سعی در رسیدن به اهداف خود داشته باشد. اهدافی که واقعی، عمیق، اساسی و پایدار است. چنین فردی، در زندگی کمتر به خود و اهداف زندگی شک خواهد داشت. از زاویه دیگر، چنین شک هایی، استرس های زیادی بر فرد تحمیل خواهد کرد. از طرف دیگر، خودیاری به دنبال آن است که با ایجاد تغییر در فرد باعث بهبود و پیشرفت وی در زمینه های شخصی، اجتماعی، اقتصادی و عاطفی شود. تمرکز روش های خودیاری مبتنی بر تغییر فرد است. یعنی به فرد کمک کنیم که با تغییر از درون خود با محیط اطراف سازگاری پیدا کند یا آن را تغییر دهد. در هر زمینه ای می توان از راهکارهای خودیاری استفاده کرد: از استقلال مالی و بهبود زندگی اقتصادی گرفته تا تسلط بر ابعاد شخصیتی و عاطفی خودمان. این روش ها مختص به زمینه خاصی نیست. کمک های خودیاری به انسان طیف گسترده ای از زندگی فردی و اجتماعی او را شامل می شود. در زمینه های فردی به دنبال پرورش مهارت های فرد از قبیل مهارت های تفکر و حل مسئله، تقویت عزت نفس و جرأت ورزی است. خودیاری در زندگی اجتماعی هم اهدافی دارد از جمله، کمک به ایجاد و حفظ روابط موثر و سالم با دیگران و توانایی مصالحه با آنان. اما اهداف خودیاری را بصورت کلی می توان در تغییر و انعطاف پذیری خلاصه نمود. هدف از درمان در روان شناسی افزایش آستانه تحمل فرد است که با بالا رفتن ظرفیت سازگاری و تغییر وی و همچنین توانایی مقابله با محدودیت ها ارتباط مستقیم دارد.

در پایان پیشنهادات کاربردی زیر جهت تقویت خودآگاهی و خودباوری ارائه می شود:

شناخت احساسات و هیجان ها به فرد کمک می کند تا بتواند به موقع از مکانیزم های مقابله ای استفاده کند. شناخت احساسات و هیجان های فردی، کمک می کند تا درک و فهم شخص از دیگران افزایش یابد و بتواند با آنان همدلی کند. آگاهی از احساسات و هیجان ها و توانایی مدیریت آنها کمک می کند تا فرد بتواند اختلافات و تعارض های خود را به درستی حل کند. شناخت احساسات و هیجان ها و مدیریت صحیح آنها کمک می کند تا فرد دچار تصمیم گیری های احساسی نشود و تصمیم های درستی در زندگی اتخاذ کند. شناخت لذت، سرگرمی و تفریح ها، کمک می کند تا فرد بتواند برای مقابله با هیجان های منفی و ایجاد هیجان های مثبت از آنها استفاده کند. شناخت اهداف زندگی کمک می کند تا فرد بتواند تصمیم گیری های صحیح انجام دهد. شناخت خصوصیات مثبت به افزایش و بهبود عزت نفس فرد کمک می کند. شناخت خصوصیات منفی، کمک می کند تا فرد بتواند با اقدام به برطرف کردن آنها به رشد خود ادامه دهد. شناخت آرزوها و رویاهای فرد به او کمک می کند تا بتواند مسیر خود را در زندگی تعیین کند. عزت نفس قوی به فرد کمک می کند تا سلامت روان بالاتری داشته باشد. خودکنترلی به فرد کمک می کند تا احساسات و هیجان های خود را به درستی تنظیم کند. خود ارزیابی کمک می کند تا اهداف، فعالیت ها و برنامه های شخص مبتنی بر ویژگی های واقعی وی باشد. شناخت ارزش ها به شخص کمک می کند تا چارچوب مشخصی برای زندگی خود داشته باشد و کمتر تحت تاثیر وسوسه ها و پیشنهادات دیگران قرار بگیرد. معنا و هدف زندگی، به شخص کمک می کند تا هدف ها و برنامه های خود را مبتنی بر مسیر واقعی خود تنظیم کند.



## منابع

۱. صادقی، خیرالله و فروغی، علی اکبر و کیانی مقدم، امیرسام و بازانی، میثم و پرویزی فرد، علی اکبر (۱۳۹۹). اثربخشی خودیاری توازن هیجانی مبتنی بر توجه آگاهی بر کژتنظیمی هیجان و شفقت بر خود.
۲. حمیدی پور، رحیم و مسعودی، هستی (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی معنویت گرا با رویکرد روانشناسی مثبتنگر و گروه خودیاری خانواده معنادار گمنام (نارانان)، بر تاب آوری و کیفیت زندگی همسران معنویت گرا، سومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد.
3. Testoni, I., Francescon, E., De Leo, D., Santini, A., & Zamperini, A. (2019). Forgiveness and blame among suicide survivors: a qualitative analysis on reports of 4-year self-help-group meetings. *Community mental health journal*, 55(2), 360-368
۴. داداشی، حسین و نامداریان، پرستو (۱۳۹۹). تاثیر نرم افزارهای خودیاری بر افزایش سلامت جسم و روان دوران بارداری و انتخاب نوع زایمان، هفتمین کنفرانس بین المللی یافته های نوین علوم و تکنولوژی با محوریت علم در خدمت توسعه، تهران.
5. Alao, A. O., Soderberg, M., Pohl, E. L., & Alao, A. L. (2016). Cybersuicide: review of the role of the internet on suicide. *CyberPsychology & Behavior*, 9(4), 489-493.
۶. انصاف، مریم و آزادی، فاطمه (۱۴۰۰). تاثیر مهارت خودآگاهی بر هویت انسانها، نهمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران.
۷. عباسیان، راضیه و اورومی، یگانه و رضایی، زهرا و کریمی، گلناز (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی برنامه آموزش مهارت های خودیاری با رویکرد توانبخشی مبتنی بر خانواده بر افزایش توانایی در انجام فعالیت های روزمره زندگی افراد دارای اختلال طیف اتیسم و کیفیت زندگی مادران این افراد، همایش خانواده، اختلال اتیسم و چالش های همراه، تهران.
۸. عبادی، صدیقه و موقر، مجید (۱۴۰۰). تاثیر یادگیری خودراهبر بر خودکارآمدی و خودتنظیمی تحصیلی دانش آموزان، پنجمین کنگره بین المللی علوم روان و آموزش، تهران.
۹. نیکمراد، علیرضا؛ عازم نیا، زهرا (۱۳۹۸). کتاب خودزنی در جوانان. نویسنده اوگرین، دنیس؛ تسوندل، تویاس. نشر اسحاق.
10. Godinho, A., Schell, C., & Cunningham, J. A. (2021). Falling between the cracks: The effect of using different levels of suicide risk exclusion criteria on sample characteristics when recruiting for an online intervention for depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
11. Mishara, B., & Kerkhof, A. J. F. M. (Eds.). (2018). *Suicide prevention and new technologies: evidence based practice*. Springer.
۱۲. پاک گوهر، علیرضا و هاشمی، زهرا (۱۴۰۰). نقش واسطه ای ارزیابی شناختی استرس، مهارت خودآگاهی و سبکهای حل مسئله در بین دانشجویان، ششمین کنفرانس بین المللی علوم انسانی، اجتماعی و سبک زندگی.
۱۳. باغبان طرقدری، علیرضا (۱۳۹۹). رابطه ابعاد خودآگاهی با افسردگی دانشجویان، اولین همایش ملی آسیب شناسی روانی، اردبیل.
۱۴. منظری توکلی، فرزانه و کریمی، لیلا و حسینی، سید ابراهیم (۱۳۹۷). تعیین اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی بر رشد مهارت های خودیاری و مهارت خودفرمانی در کودکان و نوجوانان (۱۷ تا ۱۵ ساله) با اختلال طیف شدید، سومین کنفرانس توانمندسازی جامعه در حوزه علوم انسانی و مطالعات روانشناسی، تهران.
۱۵. رضا خلیلی، محمد و اسماعیل ابراهیمی، محمد و صاحبی، علی (۱۳۹۶). بررسی تاثیر درمان مثبتگرایی گروهی بر افسردگی و گرایش به خودکشی (مطالعه موردی نمونه ای از آموزشگاه سربازی در همدان).
۱۶. جزایری، سید علی (۱۳۹۹). مازوخیسم و خود. نویسنده روی بامایستر. انتشارات ارجمند.
۱۷. رضایی، مهدی و حاتمی، سیداسماعیل و حجت، سیدکاوه و عین بیگی، الهه (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی بیماران افسرده تحت درمان دارویی.



۱۸. معصوم زاده بجستانی، احسان و طالبیان شریف، جعفر (۱۴۰۰). روش های خودیاری برای مقابله با وسواس فکری و عملی در بحران کرونا، دومین کنفرانس بین المللی مدیریت، علوم انسانی و رفتاری در ایران و جهان اسلام، تهران.

19. Merry, S. N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M. F. (2020). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *Bmj*, 344.
20. Fekete, S. (2019). The Internet-a new source of data on suicide, depression and anxiety: a preliminary study. *Archives of Suicide Research*, 6(4), 351-361.
21. van Spijker, B. A., van Straten, A., & Kerkhof, A. J. (2021). The effectiveness of a web-based self-help intervention to reduce suicidal thoughts: a randomized controlled trial. *Trials*, 11(1), 1-7.