

Explaining The Structural Model of The Relationship Between Defense Mechanisms and Mental Pain with Suicidal Thoughts with the Mediation of Depression in Sailor Men

Karimi Z¹, Karbalai Mohammad Migouni A², Rezabakhsh H², Atai Far R²

Author Address

1. PhD student in general psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
2. Assistant Professor of Psychology Department, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

*Corresponding author Email: dr.karbalaie1335@gmail.com

Received: 2023 Apr 25; Accepted: 2023 Jun 14

Abstract

Background & Objective: "Suicide" is a major public health problem and one of the main causes of death worldwide. Suicide is generally defined as an act of self-destruction with some degree of intent to end life. "Suicidal behavior" refers to death by suicide. Still, it also includes different types of suicidal actions, which range from lethal actions to die to less lethal actions that may occur in the context of a psychosocial crisis. It is varied and sometimes includes a part of the request for help. "Suicidal thoughts" is a broad term used to define thoughts and wishes of death and preoccupation with death. Suicidal thoughts are important because most suicidal actions happen after them. Suicidal thoughts are evaluated as the best predictor of suicidal actions. Identifying risk factors and cognitive processes that lead to suicidal thoughts can be effective in screening, prevention, evaluation, and treatment of suicide. Accurately identifying people who are at risk of committing suicide in the future is a big challenge in psychiatry and especially in patients with depression. Factors related to increasing the risk of suicidal thoughts and behaviors are numerous and diverse and include psychological and family characteristics and socio-economic and demographic dynamics. Tendency to suicidal thoughts and behaviors is the most disturbing symptom of depression, which is potentially the most deadly. Mental pain and defense mechanisms are strong predictors of suicide attempts in depressed people. The present study aimed to explain the structural model of the relationship between defense mechanisms and mental pain with suicidal thoughts with the mediation of depression in Iranian Seafaring men.

Methods: The research method was a descriptive-analytical type. The statistical population of this research included all seafaring men working in a tanker company in 2021 among them, 378 people entered the research voluntarily. The criteria for entering the present study include employment in the tanker company, work experience for at least 1 year, age 25 to 60 years, male gender, absence of physical disabilities and suffering from chronic diseases, not taking medication, and the lack of hospitalization during the last year due to the physical and mental condition, the lack of receiving psychotherapy simultaneously and during the last year. The criterion for leaving the research was the distorted and incomplete questionnaire. To collect data Beck Scale for Suicide Ideation (1979), Beck Depression Questionnaire (1961), Defense Style Questionnaire-40 by Andrews et al. (1993) and Mental Pain Scale by Orbach et al. (2003) were used. Structural equation model and SPSS-24 and AMOS-24 software and a significance level of 0.05 were used for data analysis.

Results: In the present study, the results showed that the hypothesized model had fitness with the collected data ($\chi^2/df=2.16$, CFI=.988, GFI=.990, AGFI=.893, and RMSEA=.092). The results of this study showed that the direct path coefficient between immature mechanisms ($p=0.016$, $\beta=0.160$) and neurotic mechanisms ($p=0.010$, $\beta=0.156$) and mental pain ($p=0.010$, $\beta=0.627$) with depression was positive and significant. The results also showed the indirect path coefficient between immature mechanisms ($p=0.011$, $\beta=0.218$), neurotic mechanisms ($p=0.017$, $\beta=0.054$), and mental pain ($p=0.021$, $\beta=0.055$) with suicidal thoughts with the mediation of depression were positive and significant.

Conclusion: The results of the present study showed that there is a relationship between immature and neurotic defense mechanisms and mental pain with suicidal thoughts mediated by depression in in sailor men. In the explanation of the present findings, it can be said that defenses are unconscious psychological mechanisms that are directed towards both pressures caused by internal impulses and external pressures, especially pressures that threaten a person's self-esteem and self-concept, and maybe their integration is guided by the conscious awareness of the individual's personality structure. Defense mechanisms arise in a specific developmental sequence and are a function of healthy personality development. More mature defense mechanisms require a greater ability to adapt to reality so that they can effectively eliminate threatening emotions without distorting reality. Improper and excessive use of them can prevent healthy coping responses. Psychological factors such as the belief that a person cannot effectively solve their problems lead to increased helplessness and despair, the use of immature defenses, and depression. Although some self-injurious behaviors may not be done with the motive of dying, the common motive in these behaviors is to escape from unbearable conditions and mental suffering.

Keywords: Depression, Suicidal Thoughts, Mental Pain, Defense Mechanisms, Sailor.

تبیین الگوی ساختاری رابطه بین مکانیسم‌های دفاعی و درد روانی با افکار خودکشی با واسطه‌گری افسردگی در مردان دریانورد

زهرا کریمی^۱، *احمد کربلایی محمدمیگونی^۲، حسین رضابخش^۲، ربابه عطایی فر^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛
۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
*اربابانامه نویسنده مسئول: dr.karbalaei1335@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۵ اردیبهشت ۱۴۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۲۴ خرداد ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: درد روانی و سازوکارهای دفاعی پیش‌بینی‌کننده‌های نیرومندی برای اقدام به خودکشی در افراد دچار افسردگی هستند. هدف پژوهش حاضر تبیین الگوی ساختاری رابطه بین سازوکارهای دفاعی و درد روانی با افکار خودکشی با واسطه‌گری افسردگی در مردان دریانورد بود.

روش بررسی: روش پژوهش توصیفی-تحلیلی بود. جامعه آماری پژوهش را تمام مردان دریانورد شاغل در یک شرکت نفت‌کش در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که از میان آن‌ها ۳۷۸ نفر به صورت داوطلبانه وارد پژوهش شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه افکار خودکشی بک (بک و همکاران، ۱۹۷۹)، پرسش‌نامه افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۶۱)، پرسش‌نامه مکانیسم‌های دفاعی-۴۰ (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳) و مقیاس درد روانی (اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳) به کار رفت. برای تحلیل داده‌ها از مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۴ و مقدار احتمال ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر نتایج نشان داد، مدل مفروض با داده‌های گردآوری‌شده برازش دارد ($\chi^2/df=2/16$ ، $CFI=0/988$ ، $GFI=0/990$ ، $AGFI=0/893$ ، $RMSEA=0/092$). نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد، ضرایب مسیرهای مستقیم بین سازوکارهای ناپخته ($\beta=0/160$ ، $p=0/016$) و سازوکارهای روان‌رنجور ($\beta=0/110$ ، $p=0/0156$) و درد روانی ($\beta=0/627$ ، $p=0/010$) با افسردگی مثبت و معنادار است؛ همچنین، ضرایب مسیرهای غیرمستقیم بین سازوکارهای ناپخته ($\beta=0/218$ ، $p=0/011$) و سازوکارهای روان‌رنجور ($\beta=0/054$ ، $p=0/017$) و درد روانی ($\beta=0/055$ ، $p=0/021$) با افکار خودکشی با واسطه‌گری افسردگی مثبت و معنادار است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بین سازوکارهای دفاعی ناپخته و روان‌رنجور و درد روانی با افکار خودکشی با واسطه‌گری افسردگی در مردان دریانورد رابطه وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، افکار خودکشی، درد روانی، دریانورد، مکانیسم‌های دفاعی.

خودکشی^۱، مشکل عمده بهداشت عمومی و یکی از علل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است (۱). اقدام به خودکشی به طور کلی به عنوان عملی خودتخریبی تعریف شده است که با درجاتی از قصد پایان دادن به زندگی انجام می شود. رفتار خودکشی گرا^۲، به مرگ بر اثر خودکشی اشاره دارد؛ اما انواع مختلفی از اقدامات خودکشی گرا را شامل می شود که دامنه آن از اقدامات مرگبار برای مردن تا اقدامات کمتر کشنده که ممکن است در بستر بحرانی روانی اجتماعی رخ دهد و در مواقعی بخشی از درخواست برای کمک را در بر می گیرد، متنوع است. افکار خودکشی^۳، اصطلاح گسترده ای است که برای تعریف افکار و آرزوی مرگ و اشتغال فکری به مرگ به کار می رود (۲). افکار خودکشی از این جنبه حائز اهمیت است که اغلب اقدامات خودکشی در پی آن اتفاق می افتد. در واقع، افکار خودکشی به عنوان بهترین پیش بینی کننده اقدامات خودکشی گرایانه ارزیابی می شود (۳). تجربه افکار خودکشی احتمال اقدام به خودکشی و رخداد خودکشی کامل را افزایش می دهد (۴). افکار خودکشی عامل خطری برای خودکشی در جمعیت های بالینی و غیر بالینی است (۵)؛ با این حال افکار و برنامه ریزی و اقدام به خودکشی بیشتر در جمعیت عمومی مشاهده می شود (۶). در جمعیت غیر بالینی، افراد دچار مشکلات سلامت روان، رفتارهای خودتخریبگر و خودکشی گرایانه بیشتری را از خود نشان می دهند (۷). همچنان که خودکشی با نشانه های روان پزشکی بسیاری در ارتباط است، ارزیابی گسترده و فراگیر عوامل خطر خودکشی ضرورت دارد (۸).

شناسایی عوامل خطر و فرایندهای شناختی که به فکر خودکشی منجر می شود می تواند در غربال کردن، پیشگیری، ارزیابی و درمان خودکشی مؤثر باشد (۹). شناسایی دقیق افرادی که در معرض خطر اقدام به خودکشی در آینده هستند، چالشی بزرگ در روان پزشکی و به ویژه در بیماران مبتلا به افسردگی^۴ است (۱). عوامل مرتبط با افزایش خطر افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه، بسیار متعدد و متنوع است و شامل عوامل روانی و خانوادگی، پویایی های اجتماعی اقتصادی و جمعیتی می شود (۱۰). گرایش به افکار و رفتارهای خودکشی، آشفته کننده ترین علامت افسردگی به شمار می رود که به صورت بالقوه مهلک ترین آن است (۱۱).

تجارب منفی زندگی^۵ و عوامل تنش زا^۶ از دیرباز، تسریع کننده اختلال های روانی شناخته شده است. پاسخ به رویدادهای نامطلوب زندگی، به تفاوت های فردی مانند شناخت واره ها، شخصیت و ویژگی های روانی اجتماعی و نیز عوامل اجتماعی مانند وضعیت اجتماعی اقتصادی بستگی دارد (۱۲). در تبیین افکار و رفتارهای خودکشی گرا، الگوها و نظریه های متعددی مطرح شده است. هائو و همکاران الگویی سه بُعدی از درد روانی^۷ منجر به خودکشی، ارائه دادند. این الگو شامل برانگیختگی درد و احساسات دردناک و اجتناب فعال

از درد می شود. برانگیختگی درد یک جزء شناختی است که در ارزیابی تجربیات دردناک گذشته نقش دارد. احساسات دردناک منعکس کننده علائم بدنی و ذهنی درد روانی است. در نهایت اجتناب از درد فعال به عنوان مؤلفه اصلی، انگیزه های قوی برای فرار از درد روانی تحمل نشدنی معرفی شده که تنها با خودکشی میسر است (۱۳). اوکانور و همکاران در الگوی یکپارچه انگیزشی-ارادی^۸ پیشنهاد کردند، قصد رفتاری برای خودکشی، به نوبه خود، با احساس گرفتار شدن تعیین می شود که در آن خودکشی، تنها راه حل برجسته برای شرایط زندگی در مقابل درد ذهنی در نظر گرفته خواهد شد. علاوه بر این، عوامل زمینه ای (برای مثال آسیب پذیری ها، شخصیت و تفاوت های فردی) که در مجموع مرحله پیش انگیزشی (قبل از آغاز شکل گیری ایده ها) را تشکیل می دهد، بافت زیست اجتماعی گسترده ای را برای خودکشی فراهم می آورد (۱۴).

در پژوهش های متعددی به رابطه بین درد روانی و افسردگی و افکار خودکشی اشاره شده است. وروچیو و همکاران با مرور ادبیات پژوهشی موجود چنین نتیجه گرفتند که درد روانی، عاملی اصلی بالینی در زمینه درک و فهم خودکشی است؛ هم در زمینه اختلال های خلقی و هم مستقل از افسردگی (۱۵). در این راستا، عباس پور و همکاران در پژوهشی نشان دادند، درد روانی و ناامیدی عوامل مهم تر اثرگذار در اقدام به خودکشی هستند (۱۶). بگیان و همکاران دریافتند، از میان مؤلفه های درد، مؤلفه های پوچی/بی ارزشی و ناتوانی در پذیرش و مقابله با عوامل شناختی منفی، زمینه ساز اقدام به خودکشی به شمار می روند (۱۷). در پژوهش کیانی چلمردی و همکاران مشخص شد، ناامیدی و درد روانی از جمله عواملی هستند که در بروز افسردگی و ایده پردازی خودکشی و نیز اقدامات خودکشی گرایانه تأثیر دارند (۱۸). هائو و همکاران نشان دادند که درد روانی، پیش بینی کننده ای قوی برای اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است (۱۳). در پژوهش لی و همکاران رویدادهای استرس زای زندگی و درد روانی با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در بیماران افسرده مرتبط بود. مردان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بیشتر از زنان در معرض خطر مرگ خودکشی قرار داشتند (۱۹). در پژوهش آنجلاکیس و گودینگ مشخص شد، افراد قربانی که افسردگی و اضطراب بیشتر و حمایت اجتماعی کمتری داشته اند، اقدامات خودکشی گرایانه شدیدتری را گزارش کرده اند (۲۰). گویون و همکاران با بررسی افراد افسرده نشان دادند که درد روانی، افسردگی، ناامیدی، خشم و خشونت در بیماران خودکشی گرا بیشتر از دیگر افراد است (۲۱).

سازوکارهای دفاعی^۹ شخصیت نیز از جمله عوامل اثرگذار بر خودکشی به شمار می روند (۲۲). سازوکارهای دفاعی شخصیت، کارکردهای ذهنی هستند که به روش هایی بر واقعیت سرپوش می نهند یا به طرق دیگر محتوای درون ذهن یا ادراک از واقعیت را تغییر می دهند (۲۳). کولمن معتقد بود، سازوکارهای دفاعی الگوهایی از احساسات و تفکر

6. Stressful Factors

7. Psychological Pain Model of Suicide

8. Integrated Motivational-Volitional (IMV) Model

9. Defense Mechanisms

1. Suicide

2. Suicidal Behavior

3. Suicidal Thoughts

4. Depression

5. Negative Life Experiences

و رفتارهایی هستند (۲۴) که در پاسخ به ادراک خطر و درد روانی برانگیخته می‌شوند (۲۵) و فرد را به اجتناب از آگاهی هشیار یا تعارض‌های درونی یا اضطرابی برخاسته از آمال و آرزوها قادر می‌سازند؛ به‌طورکلی سازوکارهای دفاعی که ناهشیار، غیرارادی، مقاوم و خودکار هستند، از طریق اجتناب یا شیوه‌ای خاص از مواجهه با تعارض‌های درونی، شرایط روانی را سازمان و بقا می‌بخشند. پلاتچیک به دفاع‌های شخصیت به‌عنوان ریشه هیجان‌های اساسی نگریست (۲۶)؛ همچنان‌که هیجان‌ها و احساسات و عواطف، بخش عمده شخصیت انسان را تشکیل می‌دهند (۲۷). در واقع سازوکارهای دفاعی رفتارهای مقابله‌ای و تنظیم هیجانی را تسهیل می‌کنند (۲۸). ایشوئر و ایلبرت در الگوی نظری خود به نام الگوی آبشار دفاعی^۱، رفتارهای اجتنابی نظیر خودکشی را به‌منزله از هم‌گسستگی کارکردهای روانی و آگاهی و به‌عنوان سازوکاری دفاعی مفهوم‌پردازی کردند که به‌واسطه آن فرد با تجارب و هیجان‌های درهم‌شکننده و درد روانی مقابله می‌کند (۲۹).

وایلانت، الگوی سلسله‌مراتبی از سازوکارهای دفاعی را براساس میزان بلوغ‌یافتگی آن‌ها پیشنهاد کرد که دفاع‌های پخته^۲ یا انطباقی، روان‌رنجور و ناپخته را در یک پیوستار در بر داشت. دفاع‌های پخته تا حد امکان به‌شیوه‌ای مؤثر و منطقی، کنارآمدن آگاهانه با تنش‌زها و کاهش تعارض را فراهم می‌کنند. زمانی که افراد با دفاع‌های روان‌رنجور^۳ واقع در حد وسط این پیوستار، ظاهر می‌گردند، با تعارض‌ها یعنی افکار، احساسات، تمایلات، خاطرات و ترس‌ها به‌وضوح و آگاهانه مواجه نمی‌شوند و منجر به کارکرد روان‌رنجور از جمله نگرانی و اضطراب مفرط و کنترل‌نداشتن بر موقعیت خواهد شد. زمانی که دفاع‌های ناپخته^۴ به‌کار می‌روند، افراد به‌شیوه‌ای ناخودآگاه با تعارض‌ها مواجه می‌شوند و قادر به دسترسی به تنش‌زها، تکانه‌ها، افکار، عواطف یا مسئولیت‌های خود نیستند که سبب تحریف در ادراک از خود و دیگران و اسناد احساسات خصومت‌آمیز به علل بیرونی خواهد شد (۳۰).

در پژوهش نیک‌فلاح و برکت رابطه مستقیم سازوکارهای پخته و ناپخته با افکار خودکشی معنادار بود. افراد خودکشی‌گرا از پریشانی خود برای استفاده از سازوکارهای دفاعی پخته اجتناب می‌ورزند و بدین ترتیب هیجان‌های منفی کمتری را در مقایسه با دیگران تجربه می‌کنند (۲۲). نیکوسرشت و شمالی اسکویی نتیجه گرفتند، بدتنظیمی هیجانی موجب می‌شود، در زمان‌هایی که فرد رویدادهای استرس‌زا و افسردگی را تجربه می‌کند، نشانگان تجزیه به‌عنوان سازوکاری دفاعی ظهور یابد (۳۱). رحیم‌زاده یقنی و همکاران دریافتند، سبک‌های دفاعی ناپخته و روان‌رنجور موجب شکل‌گیری هرچه بیشتر ایده‌پردازی خودکشی می‌شود (۳۲). دی روتن و همکاران نشان دادند، در روند درمان بیماران افسرده، کارکردهای دفاعی و دفاع‌های پخته به‌طور درخور توجهی ارتقا یافته است؛ در حالی که دفاع‌های نابالغ و ناپخته در طول دوره روان‌درمانی کاهش پیدا کرده است؛ علاوه‌براین، در دسته دفاع‌های نابالغ، گروه دفاع‌های افسردگی بیشترین تغییر را داشته است

(۳۳).

اگرچه متغیرهای جمعیت‌شناختی و سابقه خودکشی به‌منزله متغیرهای خطر ساز کلیدی برای خودکشی تعریف شده است (۳۴)، این متغیرها به‌طور کامل نمی‌تواند رفتار خودکشی را در افراد پیش‌بینی کند؛ بنابراین لازم است تا برخی دیگر از عوامل خطر ساز برای خودکشی بررسی شود؛ در حالی که افسردگی از عوامل بسیار مهم خطر خودکشی است، از پیشینه پژوهش چنین برمی‌آید که افسردگی خود تحت‌تأثیر عوامل شخصیتی نظیر سازوکارهای دفاعی و عوامل روان‌شناختی از جمله درد روانی قرار دارد؛ از این رو، به‌نظر می‌رسد می‌توان الگویی را طراحی کرد که نشان دهد، بین سازوکارهای دفاعی و درد روانی با افکار خودکشی با واسطه‌گری افسردگی رابطه وجود دارد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تبیین الگوی ساختاری رابطه بین سازوکارهای دفاعی و درد روانی با افکار خودکشی با واسطه‌گری افسردگی در مردان دریانورد بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش توصیفی تحلیلی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را تمام مردان دریانورد شاغل در یک شرکت نفت‌کش در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. در پژوهش حاضر متناسب با تعداد پارامترها در شکل ۱ (شش خطای نشانگر مربوط به سازوکارهای دفاعی روان‌رنجور، پخته و ناپخته، درد روانی، افسردگی و افکار خودکشی، نه مسیر و دو خطای متغیر درون‌زاد نهفته مربوط به متغیرهای افسردگی و افکار خودکشی)، تعداد نمونه ۲۳ برابر تعداد پارامتر یعنی معادل ۳۹۱ نفر برآورد شد (۳۵). آزمودنی‌ها به‌صورت داوطلبانه وارد پژوهش شدند و بعد از حذف سیزده پرسش‌نامه مخدوش و ناقص تعداد آن‌ها به ۳۷۸ نفر رسید. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت بود از: اشتغال در شرکت نفت‌کش؛ سابقه شغلی به‌مدت حداقل یک سال؛ سن ۲۵ تا ۶۰ سال؛ جنسیت مرد؛ نداشتن معلولیت‌های جسمانی و نداشتن بیماری‌های مزمن؛ مصرف نکردن دارو به‌علت وضعیت جسمانی و روانی؛ بستری نشدن در طول سال گذشته به‌دلیل وضعیت جسمانی و روانی؛ دریافت نکردن روان‌درمانی به‌طور هم‌زمان و در طول یک سال گذشته. ملاک خروج از پژوهش مخدوش و ناقص بودن پرسش‌نامه بود. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات ابزارهای زیر به‌کار رفت.

- پرسش‌نامه افکار خودکشی بک^۵ (بک و همکاران، ۱۹۷۹): پرسش‌نامه اندیشه‌پردازی خودکشی ساخته بک و همکاران در سال ۱۹۷۹ برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شد. شامل نوزده گویه است که در طیف لیکرتی سه‌درجه‌ای از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود. نمره بیشتر در این ابزار حاکی از افکار خودکشی بیشتر است (۳۶). بک و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۶ به‌دست آوردند. همچنین همبستگی این پرسش‌نامه را با مقیاس افسردگی بک در بیماران سرپایی و بستری به‌ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۵۳ و همبستگی آن را با مقیاس ناامیدی بک در بیماران سرپایی و بستری به‌ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۶۴ گزارش کردند (۳۷). در ایران انیسی و

4. Immature

5. Beck Scale For Suicide Ideation

1. Defense Cascade Model

2. Mature

3. Neurotic

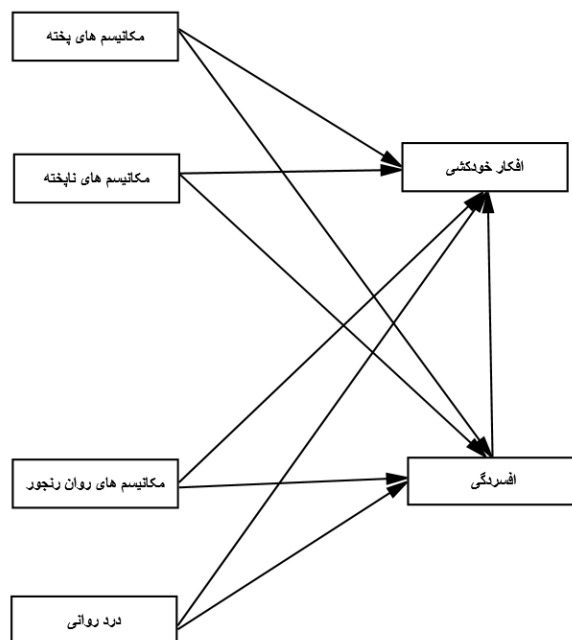
کردند (۴۲). در پژوهش اندروز و همکاران بیماران دچار اختلال‌های اضطرابی در مقایسه با افراد سالم تفاوت معناداری را در سازوکارهای پخته و روان‌رنجور و ناپخته نشان دادند که حاکی از روایی افتراقی این ابزار بود (۴۲). حیدری‌نسب و همکاران در هنجاریابی این ابزار در ایران برای آن ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ۰/۸۷ و روایی همگرایی ۰/۲۱ تا ۰/۴۰ را براساس همبستگی آن با ویژگی‌های شخصیتی پرسش‌نامه تجدیدنظرشده شخصیت نئو^۳ گزارش کردند (۴۳).

– مقیاس درد روانی^۴ (اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳): مقیاس درد روانی اورباخ و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. شامل ۴۴ گویه است که نه خرده‌مقیاس تغییرناپذیری، فقدان کنترل، خودشیفتگی/بی‌ارزشی، آشفتگی هیجانی، خشک‌زدگی (بهت)، ازخودبیگانگی، سردرگمی، فاصله‌گیری اجتماعی و پوچی (بی‌معنایی) را در طیفی پنج‌درجه‌ای لیکرت به‌صورت کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، تاحدودی موافقم=۳، موافقم=۴ و کاملاً موافقم=۵ ارزیابی می‌کند. نمره بیشتر در این ابزار حاکی از درد روانی بیشتر است (۴۴). اورباخ و همکاران برای این مقیاس ضریب بازآزمایی را در فاصله‌های سه‌هفته‌ای در دامنه‌ای از ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ و ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های ابزار در دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ به‌دست آوردند؛ همچنین همبستگی این ابزار را با پرسش‌نامه افسردگی بک در دامنه‌ای از ۰/۲۶ تا ۰/۶۴ و با پرسش‌نامه اضطراب بک^۵ در دامنه‌ای از ۰/۲۷ تا ۰/۵۰ گزارش کردند (۴۴). کرمی و همکاران برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۶۱ تا ۰/۹۶ و همبستگی آن را با پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه اضطراب بک به‌ترتیب برابر با ۰/۶۷ و ۰/۴۱ به‌دست آوردند (۴۵).

همکاران برای این پرسش‌نامه ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۵ و همبستگی آن را با پرسش‌نامه سلامت عمومی ۰/۷۶ به‌عنوان شاخصی از روایی مناسب به‌دست آوردند (۳۸). اصفهانی و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۲ و همبستگی آن را با خرده‌مقیاس افسردگی سیاهه تجدیدنظرشده نشانه‌های روانی-۹۰ در نمونه‌هایی شامل ۵۳۵ نفر و ۵۱ نفر به‌ترتیب برابر با ۰/۵۷ و ۰/۵۰ گزارش کردند (۳۹).

– پرسش‌نامه افسردگی بک^۱ (بک و همکاران، ۱۹۶۱): پرسش‌نامه افسردگی بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ ساخته شد. شامل ۲۱ گویه است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را براساس گروه جملات روی مقیاسی از صفر تا ۳ درجه‌بندی کنند. نمره بیشتر در این ابزار حاکی از افسردگی بیشتر است. بک و همکاران برای این مقیاس ضریب اسپیرمن-براون را ۰/۹۳ و همبستگی آن را با درجه‌بندی‌های بالینی برابر با ۰/۶۶ به‌دست آوردند (۴۰). طاهری تنجانی و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ و همبستگی آن را با پرسش‌نامه سلامت عمومی (I=۰/۸) به‌عنوان شاخصی از روایی همگرایی ابزار گزارش کردند (۴۱).

– پرسش‌نامه مکانیسم‌های دفاعی-۲۴۰ (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳): پرسش‌نامه مکانیسم‌های دفاعی-۴۰ اندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ ساخته شد. شامل چهار گویه است که سه مؤلفه پخته و روان‌رنجور و ناپخته در طیفی نه‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۹ ارزیابی می‌کند (۴۲). اندروز و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های پخته و روان‌رنجور و ناپخته در دو گروه سالم و اضطرابی به‌ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۵۸ و ۰/۸۰ گزارش



شکل ۱. الگوی مفهومی روابط ساختاری بین سازوکارهای دفاعی، درد روانی، افسردگی و افکار خودکشی در مردان دریانورد

4. Mental Pain Scale (Ommp)

5. Beck Anxiety Scale

1. Beck Depression Inventory

2. Defense Style Questionnaire-40

3. Neo Personality Inventory-Revised

برازندگی^۱ با نقطه برش کوچکتر از ۰/۹۰، شاخص برازندگی تطبیقی^۲ با نقطه برش کوچکتر از ۰/۹۵، نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۴ و سطح معناداری ۰/۰۵ به‌کار رفت (۱۳).

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۳۷۸ مرد شرکت کردند. در این پژوهش ۶۱ نفر (۱۶/۲۰ درصد) تا ۲۵ سال، ۵۲ نفر (۱۳/۸ درصد) تا ۳۱ سال، ۸۲ نفر (۲۱/۷ درصد) تا ۳۶ سال، ۵۶ نفر (۱۴/۸ درصد) تا ۴۱ سال، ۲۴ نفر (۶/۳۰ درصد) تا ۴۶ سال، ۵۰ نفر (۱۳/۲ درصد) تا ۵۱ سال و ۴۸ نفر (۱۲/۷۰ درصد) ۵۶ سال و بیشتر داشتند. لازم به ذکر است، ۳۱ نفر (۸/۲۰ درصد) سن خود را گزارش نکردند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب $39/87 \pm 11/76$ سال بود. میزان تحصیلات ۸۲ نفر (۲۱/۷ درصد) از شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر دیپلم، ۵۴ نفر (۱۴/۳ درصد) فوق‌دیپلم، ۱۴۰ نفر (۳۷/۰ درصد) لیسانس، ۷۴ نفر (۱۹/۶ درصد) فوق‌لیسانس و ۱۶ نفر (۴/۲۰ درصد) دکتری بود. لازم به ذکر است، ۱۲ نفر (۳/۲۰ درصد) تحصیلات خود را گزارش نکردند. همچنین ۸۵ نفر (۲۲/۵ درصد) از شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر مجرد، ۲۷۱ نفر (۷۱/۷ درصد) متأهل و ۸ نفر (۲/۱۰ درصد) مطلقه بودند. لازم به ذکر است، ۱۴ نفر (۳/۷۰ درصد) وضعیت تأهل خود را گزارش نکردند.

پس از هماهنگی و کسب کد اخلاق پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، فراخوان شرکت در این پژوهش به‌همراه شماره تماس پژوهشگر در کانال‌ها و گروه‌های رسمی و غیررسمی شرکت‌کنندگان قرار گرفت. افراد داوطلب برای شرکت در پژوهش با پژوهشگر تماس گرفتند و از اهداف پژوهش به‌طور کامل مطلع شدند. بعد از بررسی مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه‌ها به‌صورت برخط آماده شد و برای شرکت‌کنندگان ارسال گردید. زمان لازم برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بود. در این پژوهش رعایت اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری و محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد صورت گرفت. به شرکت‌کننده‌ها اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش هیچ‌گونه آسیب احتمالی برای آن‌ها ندارد. در پژوهش حاضر پرسش‌نامه‌ها به‌مدت سه ماه و در زمستان سال ۱۴۰۰ جمع‌آوری شد. به شرط برقراری پیش‌فرض‌های نرمال بودن و نبود رابطه همخطی در بین متغیرهای برون‌زا و آماره‌های چولگی و کشیدگی، ضریب تحمل و تورم واریانس و ضریب همبستگی پیرسون، برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و روش الگوسازی معادلات ساختاری استفاده شد. برای آزمون برازش مدل‌سازی معادلات ساختاری، شاخص‌های نکویی برازش مجذور کای^۱ با مقدار احتمال بزرگتر از ۰/۰۵، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب^۲ با نقطه برش کوچکتر از ۰/۰۸، شاخص نکویی برازندگی^۳ با نقطه برش کوچکتر از ۰/۹۵، شاخص تعدیل‌شده

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی و ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	±	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
۱. سازوکارهای پخته	۴۶/۴۹	±	۹/۶۵	-۰/۵۰۳	-۰/۰۷۶	۰/۷۵۰	۱/۳۳
۲. سازوکارهای ناپخته	۱۰۶/۴۴	±	۲۴/۹۳	۰/۲۷۷	-۰/۳۰۲	۰/۴۶۷	۲/۱۴
۳. سازوکارهای روان‌رنجور	۴۲/۹۴	±	۹/۳۸	-۰/۰۰۸	۰/۱۰۷	۰/۶۸۹	۱/۴۵
۴. درد روانی	۳۸/۷۹	±	۲۴/۸۷	۱/۰۵	۱/۷۳	۰/۶۱۹	۱/۶۱
۵. افسردگی	۳۰/۴۵	±	۹/۰۷	۱/۳۱	۱/۴۴	-	-
۶. افکار خودکشی	۹/۴۳	±	۱/۹۰	۰/۸۱۹	۱/۵۳	-	-

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. خودشناسی تأملی	-									
۲. خودشناسی تجربی	۰/۱۱۲	-								
۳. یکپارچگی تجارب	۰/۱۷۹**	۰/۸۱۸**	-							
۴. ضعف ایگو	-۰/۳۵۵**	-۰/۶۰۱**	-۰/۶۲۰**	-						
۵. سازوکارهای پخته	-۰/۲۳۳**	۰/۰۴۴	۰/۰۵۸	۰/۱۹۵**	-					
۶. سازوکارهای ناپخته	۰/۱۱۲**	۰/۵۵۲**	۰/۵۸۶**	-۰/۴۲۰**	-۰/۲۵۵**	-				
۷. سازوکارهای روان‌رنجور	۰/۰۱۸	۰/۲۶۷**	۰/۲۴۵**	-۰/۰۶۴	-۰/۳۳۲**	۰/۴۹۲**	-			
۸. درد روانی	۰/۱۹۳**	۰/۵۵۲**	۰/۵۵۲**	-۰/۵۱۱**	-۰/۱۲۷	۰/۳۷۶**	۰/۰۷۳	-		
۹. افسردگی	۰/۰۸۸**	۰/۴۴۴**	۰/۴۱۹**	-۰/۳۴۳**	-۰/۱۱۰	۰/۳۱۷**	۰/۰۳۸	۰/۶۸۲**	-	
۱۰. افکار خودکشی	۰/۲۶۷**	۰/۱۰۸	۰/۱۷۷**	-۰/۰۸۹	-۰/۰۸۴	۰/۰۱۳	۰/۱۹۸**	۰/۲۶۲**	۰/۳۷۷**	-

** $p < 0/05$

4. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

5. Comparative Fit Index (CFI)

1. Chi Square

2. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

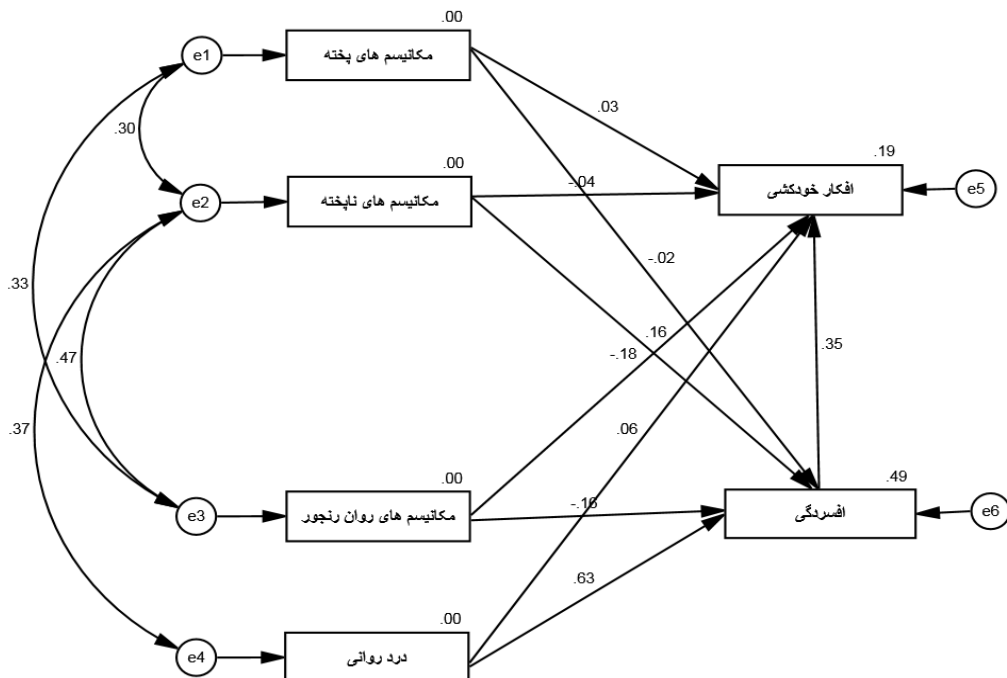
3. Goodness Of Fit Index (GFI)

جدول ۱ نشان می‌دهد، توزیع داده‌های تک‌متغیری در پژوهش حاضر نرمال است؛ زیرا شاخص‌های مربوط به چولگی و کشیدگی هیچ‌کدام از متغیرهای پژوهش خارج از محدوده ± 2 نیست. همچنین ارزیابی مقادیر ضریب تحمل و تورم واریانس مشخص کرد، پیش‌فرض همخطی نبودن در بین متغیرهای برون‌زا برقرار است؛ زیرا ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای برون‌زا به ترتیب بزرگ‌تر از 0.1 و 10 است.

جدول ۳. ضرایب مسیرهای کل مستقیم و غیرمستقیم بین سازوکارهای دفاعی، درد روانی، افسردگی و افکار خودکشی

مسیر	متغیر برون‌زا- ملاک	برآورد اثر استاندارد نشده	خطای معیار	برآورد اثر استاندارد شده	مقدار احتمال
مستقیم	سازوکارهای پخته- افسردگی	۰/۰۰۶	۰/۰۶۴	۰/۰۱۹	۰/۶۴۷
	سازوکارهای ناپخته- افسردگی	۰/۰۰۳	۰/۰۸۰	۰/۱۶۰	۰/۰۱۶
	سازوکارهای روان‌رنجور- افسردگی	۰/۰۳۸	۰/۰۶۰	۰/۱۵۶	۰/۰۱۰
	درد روانی- افسردگی	۰/۲۳۱	۰/۰۹۵	۰/۶۲۷	۰/۰۱۰
	سازوکارهای پخته- افکار خودکشی	-۰/۰۰۶	۰/۱۲۵	-۰/۰۳۱	۰/۷۶۹
	سازوکارهای ناپخته- افکار خودکشی	۰/۰۰۳	۰/۰۹۸	۰/۰۳۷	۰/۹۹۸
	سازوکارهای روان‌رنجور- افکار خودکشی	۰/۰۳۸	۰/۱۳۰	۰/۱۸۱	۰/۱۶۵
	درد روانی- افکار خودکشی	۰/۰۰۵	۰/۱۱۹	۰/۰۵۶	۰/۸۱۵
	افسردگی- افکار خودکشی	۰/۰۷۶	۰/۱۱۵	۰/۳۴۷	۰/۰۱۱
	غیرمستقیم	سازوکارهای پخته- افسردگی- افکار خودکشی	-۰/۰۰۱	۰/۰۲۰	-۰/۰۰۷
سازوکارهای ناپخته- افسردگی- افکار خودکشی		۰/۰۰۴	۰/۰۲۶	۰/۰۵۵	۰/۰۲۱
سازوکارهای روان‌رنجور- افسردگی- افکار خودکشی		۰/۰۱۱	۰/۰۲۶	۰/۰۵۴	۰/۰۱۷
درد روانی- افسردگی- افکار خودکشی		۰/۰۱۸	۰/۰۶۱	۰/۲۱۸	۰/۰۱۱

جدول ۳ نشان می‌دهد، ضرایب مسیرهای مستقیم بین سازوکارهای ناپخته ($\beta = 0.160, p = 0.016$) و سازوکارهای روان‌رنجور ($\beta = 0.054, p = 0.017$) و درد روانی ($\beta = 0.156, p = 0.010$) و افسردگی مثبت و معنادار است؛ همچنین، ضرایب مسیرهای غیرمستقیم بین سازوکارهای ناپخته ($\beta = 0.218, p = 0.011$) و سازوکارهای روان‌رنجور ($\beta = 0.054, p = 0.017$) و افکار خودکشی با واسطه‌گری افسردگی مثبت و معنادار است.



شکل ۲. الگوی ساختاری براساس داده‌های استاندارد

جدول ۴. شاخص‌های برازندگی الگوی ساختاری براساس داده‌های استاندارد

شاخص‌های برازندگی	الگوی ساختاری
مجذورکای	۴/۳۳
درجه آزادی	۲
مجذورکای هنجار شده	۲/۱۶
شاخص نکویی برازش	۰/۹۹۰
شاخص نکویی برازش تطبیقی	۰/۸۹۳
شاخص نکویی تطبیقی	۰/۹۸۸
ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب	۰/۰۹۲

جدول ۴ نشان می‌دهد، الگوی ساختاری با داده‌های گردآوری شده برازش دارد.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تبیین الگوی ساختاری رابطه بین سازوکارهای دفاعی و درد روانی با افکار خودکشی با واسطه‌گری افسردگی در مردان دریانورد بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بین سازوکارهای دفاعی ناپخته و روان‌رنجور با افکار خودکشی با واسطه‌گری افسردگی رابطه وجود دارد. این نتایج با پژوهش‌های زیر همسوست: نیک‌فلاح و برکت به رابطه بین سازوکارهای دفاعی ناپخته و افکار خودکشی اشاره داشتند (۲۲)؛ نیکوسرشت و شمالی اسکویی به رابطه بین سازوکار دفاعی گسستگی ذهن و افسردگی دست یافتند (۳۱)؛ رحیم‌زاده ینقی و همکاران نتیجه گرفتند، سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌رنجور بیشتر، با افکار خودکشی بیشتر در ارتباط است (۳۲)؛ دی روتن و همکاران نشان دادند، کارکردهای دفاعی و دفاع‌های ناپخته و روان‌رنجور با افسردگی رابطه مستقیم دارد (۳۳).

در تبیین رابطه سازوکارهای دفاعی ناپخته و روان‌رنجور با افکار خودکشی با واسطه‌گری افسردگی می‌توان گفت، دفاع‌ها سازوکارهای روانی ناهشیاری هستند که به سمت هر دو فشار ناشی از تکانه‌های درونی و فشارزاهای بیرونی به‌ویژه فشارهایی که عزت‌نفس و خودپنداره فرد را تهدید می‌کند و ممکن است با یکپارچگی آن‌ها با آگاهی هشیار ساختار شخصیتی فرد درهم شکند، هدایت می‌شوند. سازوکارهای دفاعی در توالی رشدی مشخصی به وجود می‌آیند و کارکردی از رشد شخصیت سالم به‌شمار می‌روند. سازوکارهای دفاعی بالغ‌تر، مستلزم توانایی بیشتر برای سازگاری با واقعیت هستند؛ به‌طوری‌که می‌توانند به‌طور مؤثر احساسات تهدیدکننده را بدون تحریف واقعیت از بین ببرند. دفاع‌های نابالغ یا حتی ابتدایی با تغییر شدید محتوای ذهنی دردناک یا تحریف افراطی از واقعیت خارجی مشخص می‌شود (۴۶). سازوکارهای دفاعی، تنظیم‌کننده‌های خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به‌حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت‌های درونی و بیرونی از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده وارد عمل می‌شوند (۴۷). دفاع‌ها، تلاش‌هایی هستند که در رویارویی با تعارض روانی صورت می‌گیرند و رفتارهای مقابله‌ای ارادی را تسهیل می‌کنند؛ از این لحاظ قطعات زیربنایی شخصیت بزرگسال هستند که کارکرد

اجتماعی‌هیجانی فرد را رقم می‌زند (۴۸). عاطفه بخشی از سیستم هشداردهنده بسیار ابتدایی است که خود شخص و دیگران را از حالتی آگاه می‌سازد که در حال «خود» تجربه می‌کند. عاطفه پاسخی سریع و واکنشی به شدت خودکار است که تا حدودی تحت نظارت «ایگو» و سازوکارهای دفاعی آن قرار دارد. وجود و شدت عاطفه این حقیقت را آشکار می‌سازد که عنصر ذهنی مهمی «خود» را درگیر خود کرده و عاطفه هماهنگ با آن ظهور کرده است و در فهم آنچه در ذهن فرد می‌گذرد، کمک می‌کند (۴۹)؛ درعین‌حال، ظرفیت تنظیم هیجانی شخص موجب افزایش کارکرد «ایگو» می‌شود که انطباق روان‌شناختی را منعکس می‌سازد (۵۰). اختلال در سازوکارهای دفاعی، می‌تواند نقص و نارسایی در شناسایی و ابراز هیجان‌های منفی نظیر غم و اندوه را در پی داشته باشد (۵۱). استفاده نامناسب و افراطی از آن‌ها، از پاسخ‌های مقابله‌ای سالم جلوگیری می‌کند (۵۲)؛ همچنان‌که همسو با این نتایج، نیکوسرشت و شمالی اسکویی نتیجه گرفتند، سازوکارهای دفاعی نظیر علائم گسستگی ذهن، برای تنظیم هیجانی و محافظت از هیجان‌های دردآور و تکانه‌ها استفاده می‌شوند و از آگاهی شخص محافظت می‌کنند. افرادی که دفاع‌های ناسازگارانه را به‌کار می‌برند یا از عواطف ناخوشایند درونی اجتناب می‌ورزند، با گذشت زمان به‌دلیل رفتارهایی که از خود بروز می‌دهند، با شدت بیشتری با این عواطف روبه‌رو می‌شوند. از طرفی از آنجاکه توانایی مقابله انطباقی و سازگار ندارند، به استرس‌ها پاسخ‌های مناسبی نمی‌دهند (۳۱). دی روتن و همکاران نشان دادند، راهبردهای مقابله‌ای که اجتناب از تفکر درباره مشکلات و انکار آن‌ها در شرایط تنش‌زا را در بر می‌گیرد، با نشانه‌های افسردگی بیشتر در ارتباط است (۳۳).

زمانی که استرس‌زاهای بالقوه زندگی بزرگسالی را تهدید می‌کند، سازوکارهای دفاعی فعال خواهند شد (۵۳). عواطف منفی نظیر احساس گناه و غم از تعارض‌های ناهشیار ناشی می‌شود و کارکرد آن‌ها راه‌اندازی دفاع‌ها است (۵۴). سازوکارهای مقابله و تنظیم هیجانی ناسازگارانه برای محافظت از هیجان‌های دردآور به‌کار می‌روند؛ بدین ترتیب، تکانه‌های پرخاشگرانه که بعدها به‌شکل میل به خودکشی بروز می‌یابند، با اجتناب از هیجان‌های دردآور نظیر احساس گناه و غم از آگاهی شخص محافظت می‌کنند (۴۹). در دو سازوکار روان‌رنجور و ناپخته افراد از تجربه احساس‌های خویش اجتناب می‌ورزند؛ اما این به‌معنای از بین رفتن آن احساس نیست و احساس نادیده‌گرفته‌شده، خود را در قالب رفتارهایی نشان می‌دهد که در برخی مواقع خارج از کنترل است (۵۵)؛ درحالی‌که، سازوکارهای دفاعی پخته با واقعیت‌آزمایی

خوب و پاسخ‌دهی مناسب و سازنده به مشکلات مرتبط هستند (۵۳). استفاده کمتر از دفاع‌های سازگارانه، مقابله غیرانطباقی، ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها و بی‌ثباتی هیجانی را شامل می‌شود که کنترل ناپذیری هیجانی و رفتاری نظیر خشم و پرخاشگری را نتیجه می‌دهد. افرادی که از دفاع‌های ناسازگارانه بیشتری استفاده می‌کنند احتمالاً خشم بیشتری را درقبال خود ابراز می‌دارند و اجتناب و انکار را که موجب افزایش تجربه هیجان‌های منفی می‌شود، به عنوان راهی برای مقابله با تنش، از خود نشان می‌دهند؛ زیرا فاقد ابزارهای لازم برای درگیر شدن در راهبردهای مقابله‌ای انطباقی‌تر هستند (۵۶).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بین درد روانی با افکار خودکشی با واسطه‌گری افسردگی رابطه وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های هائو و همکاران مبنی بر وجود رابطه بین درد روانی با اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی (۱۳)، عباس‌پور و همکاران مبنی بر وجود رابطه بین درد روانی و ناامیدی با اقدام به خودکشی (۱۶)، بگیان و همکاران مبنی بر وجود رابطه بین درد روانی و پوچی/بی‌ارزشی با اقدام به خودکشی (۱۷)، کیانی چلمردی و همکاران مبنی بر وجود رابطه بین درد روانی و ناامیدی به‌طور مستقیم و نیز به‌طور غیرمستقیم از طریق افسردگی، افکار خودکشی و ظرفیت ادراکی خودکشی با اقدام به خودکشی (۱۸)، لی و همکاران مبنی بر وجود رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و درد روانی با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در بیماران افسرده (۱۹) و گیویون و همکاران مبنی بر بیشتر بودن درد روانی، افسردگی، ناامیدی، خشم و خشونت در بیماران خودکشی‌گرا در مقایسه با دیگر افراد (۲۱)، همسوست.

در تبیین رابطه درد روانی با افکار خودکشی با واسطه‌گری افسردگی می‌توان گفت، در رویدادهای آسیب‌زا شخص احساس درماندگی را تجربه می‌کند که با درد روانی درهم‌شکننده مشخص می‌شود و به‌موجب آن «ایگو» از مواجهه با محرک‌های آسیب‌زننده بالقوه در آینده اجتناب می‌ورزد. براساس مفهوم «تکرار اجباری» انسان به هر وسیله‌ای حتی رنج دیدن و پرخاش درقبال «ایگو»، حاضر است از این محرک‌های آسیب‌زننده و آسیب‌های دوباره و دوباره اجتناب کند؛ بدین ترتیب تجارب آسیب‌زا می‌تواند اشخاص را تسلیم نشانه‌های بالقوه از آسیب‌های محتمل سازد و از این رو، اقدامات خودکشی‌گرایانه در این دیدگاه دفاعی است که برای اجتناب از آسیب‌پذیری صورت می‌گیرد (۵۷). در نظریه فریاد و درد^۱ ویلیامز عنوان شد، رفتار خودکشی‌گرا پاسخی به موقعیت‌های فشارزا است که احساس شکست را برمی‌انگیزد و اجتناب‌ناپذیر در نظر گرفته می‌شود. عوامل روان‌شناختی مانند اعتقاد به اینکه فرد قادر نیست به‌طور مؤثر مشکلات خود را حل کند، به افزایش درماندگی و ناامیدی منجر می‌شود. این نظریه‌پردازان پیشنهاد کردند، اگرچه بعضی از رفتارهای خودآسیب‌رسان امکان دارد با انگیزه مردن صورت نگیرد، انگیزه مشترک در این رفتارها فرار از شرایط تحمل‌ناپذیر و رنج و درد روانی است (۵۸). وورچو و همکاران اعتقاد داشتند، این هیجان‌های ناتوان‌کننده و احساس ناامیدی و درماندگی، برای بسیاری از افراد خودکشی‌گرا دردناک است. ناتوانی در ارزیابی

علل و پیامدهای درد روانی با خودکشی مرتبط فرض شده است. باور به اینکه امکان تغییر این شرایط وجود ندارد، می‌تواند منجر به این نتیجه‌گیری شود که تنها راه‌حل موجود اجتناب از موقعیت و خودکشی است (۱۵). حالت شناختی شایع در خودکشی، دوسوگرایی است. بسیاری از افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند دچار دوسوگرایی هستند؛ آن‌ها می‌خواهند بمیرند و همچنین می‌خواهند با درد و رنج کمتری به زندگی ادامه دهند (۵۹). اقدام به خودکشی را می‌توان «فریاد برای کمک» یا یک «قمار» در نظر گرفت؛ مرگ پیامد مطلوب است؛ اما، شاید بهتر باشد، اطرافیان درک کنند که فرد خودکشی‌گرا در تیره‌بختی به‌سر می‌برد یا نیاز به کمک دارد (۶۰).

هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. در پژوهش حاضر افراد شرکت‌کننده در نهایت به‌صورت داوطلبانه انتخاب شدند که این امر ممکن است نتایج پژوهش را اندکی دچار سوءگیری کند. در این پژوهش از ابزار خودگزارشی برای اندازه‌گیری اندیشه‌پردازی خودکشی استفاده شد که ممکن است افراد به‌صورت‌های آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه‌دادن خود و انکار میل به مرگ و خودکشی کرده باشند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، روش‌های نمونه‌برداری تصادفی برای انتخاب شرکت‌کننده‌ها به‌کار رود. توصیه می‌شود، پژوهشگران آتی با انجام پژوهش کیفی با به‌کارگیری مصاحبه عمیق به بررسی میل شخص به مرگ و خودکشی و شناسایی عوامل دیگر اثرگذار بر اندیشه‌پردازی خودکشی بپردازند. با توجه به اینکه بهترین راه برای کمک به پیشگیری اولیه از اقدام به خودکشی، دادن آگاهی و ارتقای درک افراد از شرایط و متغیرهای زمینه‌ای مرتبط است، در این خصوص می‌توان از طریق آموزش‌های رسمی و غیررسمی مناسب و افزایش سطح آگاهی افراد و خانواده‌ها، فرایند پیشگیری را در افراد مستعد اقدام به خودکشی تسریع کرد و پیامدهای متعاقب آن را کاهش داد؛ بدین صورت که افراد را به‌لحاظ پیش‌آمدگی‌های زیست‌شناختی و روان‌شناختی دخیل در جمعیت‌های مستعد غربالگری کرد و از شیوه‌های ناکارآمد مقابله با فشار روانی و دفاع‌های ناسازگار و پیامدهای آن از جمله افسردگی که به‌واسطه درد روانی رخ می‌دهد، آگاه ساخت؛ همچنین سعی شود آموزش روش‌های مؤثرتر کنار آمدن، صورت گیرد. با هدف پیشگیری ثانویه و ثالث در افراد مستعد خودکشی به‌لحاظ متغیرهای بررسی‌شده در پژوهش حاضر و نیز دارا بودن اندیشه‌پردازی خودکشی پیشنهاد می‌شود، در گام نخست از گسترش هرچه بیشتر اندیشه‌ها و رفتارهای مخرب و آسیب‌زننده این افراد جلوگیری شود. در مرحله بعد، با اتخاذ تدوین و طراحی مداخلات درمانی متناسب و منطبق با فرهنگ و رخداد‌های تاریخی اجتماعی در زمان مداخله، وضعیت اجتماعی اقتصادی و پیش‌آمدگی‌های منش شناختی و شرایط هر بیمار، سعی شود بیمار به وضعیت مناسب‌تر و متعادل‌تری دست یابد تا بتواند با محیط خود سازگار شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بین سازوکارهای دفاعی ناپخته و روان‌رنجور و درد روانی با افکار خودکشی با واسطه‌گری افسردگی در

^۱. Cry Of Pain Model

مردان دریانورد رابطه وجود دارد.

تحویلی داده نمی‌شود؛ اما به شکل خام در اختیار محقق است تا مراکز مربوط رسمی (مثل دانشگاه) بتوانند به منظور صحت‌سنجی در صورت لزوم از آن بهره ببرند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی مردان دریانورد مشغول به کار در شرکت نفت کش که در پژوهش حاضر شرکت داشتند و همچنین مسئولان محترم دانشگاه، تشکر و قدردانی می‌شود.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به صورت فایل ورودی داده در نزد نویسنده مسئول حفظ خواهد شد.

۷ بیانیها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1400.061 است. از شرکت‌کننده‌های تحقیق حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیهای درباره تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد.

تزامن منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

اعتبار برای مطالعه گزارش شده از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله و بازبینی و اصلاح مقاله حاضر بر عهده داشتند.

رضایت برای انتشار

داده‌های جمع‌آوری شده در پژوهش حاضر به هیچ سازمانی یا ارگانی

References

1. Nordin N, Zainol Z, Mohd Noor MH, Chan LF. An explainable predictive model for suicide attempt risk using an ensemble learning and Shapley Additive Explanations (SHAP) approach. *Asian J Psychiatr*. 2023;79:103316. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103316>
2. Sher L, Oquendo MA. Suicide: an overview for clinicians. *Med Clin North Am*. 2023;107(1):119–30. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.03.008>
3. Donnelly HK, Han Y, Kim S, Lee DH. Predictors of suicide ideation among South Korean adolescents: a machine learning approach. *J Affect Disord*. 2023;329:557–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.079>
4. Christensen K, Chu C, Silverman AL, Peckham AD, Björgvinsson T, Beard C. Prevalence and correlates of past-month suicidal thoughts, suicide attempts, and non-suicidal self-injury among adults in a partial hospital program. *J Psychiatr Res*. 2021;144:397–404. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.10.022>
5. Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, Brewer JL, Mackinnon AJ, Beautrais A, et al. A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychol Assess*. 2015;27(2):501–12. <https://doi.org/10.1037/pas0000053>
6. Kim H, Ryu S, Jeon HJ, Roh S. Lifestyle factors and suicide risk: a nationwide population-based study. *J Affect Disord*. 2023;328:215–21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.044>
7. Ronzitti S, Kraus SW, Hoff RA, Clerici M, Potenza MN. Problem-gambling severity, suicidality and DSM-IV Axis II personality disorders. *Addict Behav*. 2018;82:142–50. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.003>
8. Giupponi G, Innamorati M, Baldessarini RJ, De Leo D, De Giovannelli F, Pycha R, et al. Factors associated with suicide: case-control study in South Tyrol. *Compr Psychiatry*. 2018;80:150–4. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.09.010>
9. Qayyum Z, Taylor SM, Schneider MR. Training and education related to suicide prevention. *Adv Psychiatry Behav Health*. 2022;2(1):211–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypsc.2022.03.005>
10. Busby Grant J, Batterham PJ, McCallum SM, Werner-Seidler A, Calear AL. Specific anxiety and depression symptoms are risk factors for the onset of suicidal ideation and suicide attempts in youth. *J Affect Disord*. 2023;327:299–305. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.024>
11. Bornheimer LA, Wastler H, Li Verdugo J, Im V, Burke H, Holzworth J, et al. Depression, suicide intent, and plan among adults presenting in an emergency department after making a suicide attempt: exploratory differences by psychosis symptom experience. *J Psychiatr Res*. 2023;157:197–201. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.11.033>
12. O'Brien E, Whitman K, Buerke M, Galfalvy H, Szanto K. Life-satisfaction, engagement, mindfulness, flourishing, and social support: do they predict depression, suicide ideation, and history of suicide attempt in late life? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2023;31(6):415–24. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.12.192>
13. Hao Z, Li H, Lin Y. The characterization of static and dynamic brain functional networks in suicide attempters with major depressive disorder and its relation to psychological pain. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2022;327:111562. <https://doi.org/10.1016/j.pscychres.2022.111562>
14. O'Connor RC, Platt S, Gordon J. International handbook of suicide prevention: research, policy and practice. First edition. Wiley; 2011. <https://doi.org/10.1002/9781119998556>

15. Verrocchio MC, Carrozzino D, Marchetti D, Andreasson K, Fulcheri M, Bech P. Mental pain and suicide: a systematic review of the literature. *Front Psychiatry*. 2016;7:108. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00108>
16. Abbaspour Z, Fathalipour Z, Mombeini I. Identifying factors affecting attempt to suicide in Izeh and Masjed Soleyman. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*. 2020;9(1):215–33. [Persian] https://jisr.ut.ac.ir/article_75909.html?lang=en
17. Bagian MJ, Karami J, Momeni Kh, Elahi A. The investigation of the role of childhood trauma experience, cognitive reactivity, and mental pain in suicide attempted and normal individuals. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2019;14(53):77–89. [Persian] https://jtbcpriau.ac.ir/article_1570_en.html
18. Kiani Chalmari A, Safdarian Z, Jafari Banafshedaragh A, Ahmadbookani S. Three-step structural assessment of suicide (hopelessness, ache, depression, interpersonal needs, acquired capability for suicide, and suicide attempt) in students. *Journal of Counseling Research*. 2021;19(76):92–117. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/jcr.19.76.92>
19. Li X, Mu F, Liu D, Zhu J, Yue S, Liu M, et al. Predictors of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death among people with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Affect Disord*. 2022;302:332–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.103>
20. Angelakis I, Gooding P. Associations of anxiety and depression with suicide experiences in individuals with and without childhood trauma: the role of social support. *Psychiatry Res*. 2022;309:114424. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114424>
21. Gvion Y, Horresh N, Levi-Belz Y, Fischel T, Treves I, Weiser M, et al. Aggression–impulsivity, mental pain, and communication difficulties in medically serious and medically non-serious suicide attempters. *Compr Psychiatry*. 2014;55(1):40–50. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.09.003>
22. Nikfallah R, Barekat A. The mediating role of emotion regulation difficulties and experiential avoidance in the relationship between defense mechanisms and suicidal ideation in adolescents. *Journal of Applied Psychology*. 2022;16(1):202–183. [Persian] <https://doi.org/10.52547/apsy.2021.223949.1166>
23. Cramer P, Porcerelli JH. Defense mechanisms. In: Friedman HS; editor. *Encyclopedia of mental health*. Second edition. Oxford: Academic Press; 2016. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00020-3>
24. Colman AM. *A dictionary of psychology*. Oxford University Press; 2009.
25. Babl A, Grosse Holtforth M, Perry JC, Schneider N, Dommann E, Heer S, et al. Comparison and change of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2019;252:212–20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.021>
26. Plutchik R. The circumplex as a general model of the structure of emotions and personality. In: Plutchik R, Conte HR; editors. *Circumplex models of personality and emotions*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1997. <https://doi.org/10.1037/10261-001>
27. Abdi R, Pak R. The mediating role of emotion dysregulation as a transdiagnostic factor in the relationship between pathological personality dimensions and emotional disorders symptoms severity. *Pers Individ Dif*. 2019;142:282–7. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.09.026>
28. Vaillant GE. Defense Mechanisms. In: Ramachandran VS; editor. *Encyclopedia of human behavior*. Second edition. San Diego: Academic Press; 2012. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375000-6.00124-5>
29. Schauer M, Elbert T. Dissociation following traumatic stress: etiology and treatment. *J Psychol*. 2010;218(2):109–27. <https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018>
30. Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J Abnorm Psychol*. 1994;103(1):44–50. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.103.1.44>
31. Nikooseresht T, Shomali Oskoei A. Structural relationships between emotional regulation and stress with dissociation symptoms: the mediating role of depression. *Journal of Applied Psychological Research*. 2021;12(1):333–49. [Persian] https://japr.ut.ac.ir/article_81337.html?lang=en
32. Rahimzadeh Yinghi A, Kord B, Aprouz K. The relationship between self-defense styles and emotional intelligence with suicidal ideation. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*. 2020;11(40):13–24. [Persian]
33. De Roten Y, Djillali S, Crettaz Von Roten F, Despland JN, Ambresin G. Defense mechanisms and treatment response in depressed inpatients. *Front Psychol*. 2021;12:633939. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633939>
34. Cunningham KC, Aunon FM, Patel TA, Mann AJ, DeBeer BB, Meyer EC, et al. Nonsuicidal self-injury disorder, borderline personality disorder, and lifetime history of suicide attempts among male and female veterans with mental health disorders. *J Affect Disord*. 2021;287:276–81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.033>
35. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, US: Guilford Press; 2016.
36. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343–52. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343>
37. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol*. 1988;44(4):499–505. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4<499::aid-jclp2270440404>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::aid-jclp2270440404>3.0.co;2-6)

38. Anisi J, Fathi-Ashtiani A, Soltani Nejad A, Amiri M. Prevalence of suicidal ideation in soldiers and its associated factors. *Journal of Military Medicine*. 2006;8(2):113–18. [Persian] https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000243.html?lang=en
39. Esfahani M, Hashemi Y, Alavi K. Psychometric assessment of beck scale for suicidal ideation (BSSI) in general population in Tehran. *Med J Islam Repub Iran*. 2015;29:268.
40. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
41. Taheri Tanjani P, Garmaroudi G, Azadbakht M, Fekrizadeh Z, Hamidi R, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;22(1):189–98. [Persian] https://jsums.medsab.ac.ir/article_550_en.html
42. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181(4):246–56. <https://doi.org/10.1097/00005053-199304000-00006>
43. Heidari Nasab L, Mansouri M, Azadfallah P, Shaieeri MR. Validity and reliability of Defens Style Questionnaire (DSQ-40) in Iranian samples. *Clinical Psychology & Personality*. 2007;5(1):11–27. [Persian] https://cpap.shahed.ac.ir/article_2594.html?lang=en
44. Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E. Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threat Behav*. 2003;33(3):219–30. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219>
45. Karami J, Bagian MJ, Momeni Kh, Elahi A. Measurement of mental pain: Psychometric properties and confirmatory factor analysis of multidimensional mental pain questionnaire. *Health Psychology*. 2018;7(25):146–72. [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4765_en.html
46. Granieri A, La Marca L, Mannino G, Giunta S, Guglielmucci F, Schimmenti A. The relationship between defense patterns and dsm-5 maladaptive personality domains. *Front Psychol*. 2017;8:1926. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01926>
47. Prout TA, Malone A, Rice T, Hoffman L. Resilience, defense mechanisms, and implicit emotion regulation in psychodynamic child psychotherapy. *J Contemp Psychother*. 2019;49(4):235–44. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09423-w>
48. Diehl M, Chui H, Hay EL, Lumley MA, Grün D, Labouvie-Vief G. Change in coping and defense mechanisms across adulthood: longitudinal findings in a European American sample. *Dev Psychol*. 2014;50(2):634–48. <https://doi.org/10.1037/a0033619>
49. Rice TR, Hoffman L. Defense mechanisms and implicit emotion regulation: a comparison of a psychodynamic construct with one from contemporary neuroscience. *J Am Psychoanal Assoc*. 2014;62(4):693–708. <https://doi.org/10.1177/0003065114546746>
50. Hussein Shehata AG, Ramadan F. Relationship between emotional regulation strategies and self –reported ego defense styles among nursing interns at Alexandria main university hospital. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;14(1):3. <https://doi.org/10.4103/2231-1505.262419>
51. Sala MN, Testa S, Pons F, Molina P. Emotion regulation and defense mechanisms. *Journal of Individual Differences*. 2015;36(1):19–29. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000151>
52. Iwanicka K, Gerhant A, Olajossy M. Psychopathological symptoms, defense mechanisms and time perspectives among subjects with alcohol dependence (AD) presenting different patterns of coping with stress. *PeerJ*. 2017;5:e3576. <https://doi.org/10.7717/peerj.3576>
53. Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J Abnorm Psychol*. 1998;103(1):44–50. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.103.1.44>
54. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. First edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc; 2007.
55. Javaheri A, Ghanbari S, Zarandi AR. Relationship between defense mechanisms with experience and express of anger in female university students. *Journal of Applied Psychology*. 2011;5(2):97–110. [Persian] https://apsy.sbu.ac.ir/article_95380.html?lang=en
56. Whitman CN, Gottdiener WH. Implicit coping styles as a predictor of aggression. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2015;24(7):809–24. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1062447>
57. Yates TM. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(1):35–74. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.10.001>
58. Williams JMG. *The Cry of Pain*. London: Penguin; 2001.
59. Britton PC, Bryan CJ, Valenstein M. motivational interviewing for means restriction counseling with patients at risk for suicide. *Cogn Behav Pract*. 2016;23(1):51–61. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.09.004>
60. Den Hartogh G. Two kinds of suicide. *Bioethics*. 2016;30(9):672–80. <https://doi.org/10.1111/bioe.12287>