



Comparison of Emotional Expression, Ambiguity Tolerance, Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity in Patients with Psychiatric Disorder with and without History of Suicide Attempt in Shahid Dr. Beheshti Psychiatric Hospital in Zanjan City

Sepideh Taghiloo¹, Afsane Sobhi^{2*}

1- M.A Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

Corresponding author: Afsane Sobhi, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

Email: psychsobhi@gmail.com

Received: 17 Oct 2024

Accepted: 25 Jan 2025

Abstract

Introduction: Suicide reflects interactions between psychological, biological and social factors. Patients with mental health problems show more suicidal tendencies. The purpose of this research is to compare emotional expressiveness, ambiguity tolerance, experiential avoidance and anxiety sensitivity in patients with psychiatric disorders with and without a history of suicide in Shahid Dr. Beheshti Psychiatric Hospital in Zanjan city.

Methods: The present research method is descriptive-comparative. The statistical population of this research is all patients with psychiatric disorders with and without a history of suicide in Shahid Dr. Beheshti Psychiatric Hospital in Zanjan city in 2024. The number of the community is 120, which were sampled using the full enumeration method. Of these, 94 instruments were completed and delivered, 41 of which were patients with a history of suicide and 53 patients without a history of suicide. To collect data, a demographic, "Emotional Expressiveness Questionnaire", "Ambiguity Tolerance Scale II", "Acceptance and Action Questionnaire II" and "Anxiety Sensitivity Index" was used. The validity of the instruments was limited to previous researches and the reliability of the instruments was measured by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. The data was analyzed in SPSS .27.

Results: The results of multivariate analysis of variance and t-test showed that there is a significant difference in emotional expressiveness and anxiety sensitivity at the error level of 0.05 and the effect size of 0.97 in patients with and without a history of suicide. Also, ambiguity tolerance with the absolute value of t value equal to 4.61 and the average difference of 6.52 and acceptance and action with the absolute value of t value equal to 5.01 with the average difference of 7.39 at the level below 0.01 in patients with and without a history of suicide, have a significant difference.

Conclusions: Patients with a history of suicide and psychiatric disorders have weaker emotional expression and a lower ability to tolerate ambiguity than patients without a history of suicide. Also, the degree of avoidance of unpleasant experiences and anxiety sensitivity of these patients is higher than that of patients without a history of suicide. Therefore, educational and therapeutic interventions are recommended to reduce suicide attempts.

Keywords: Suicide, Emotional Expression, Ambiguity Tolerance, Experiential Avoidance, Anxiety Sensitivity.



مقایسه ابرازگری هیجانی، تحمل ابهام، اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی با و بدون سابقه خودکشی در بیمارستان روانپزشکی شهید دکتر بهشتی زنجان

سپیده تقی لو^۱، افسانه صبحی^{۲*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

نویسنده مسئول: افسانه صبحی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.
ایمیل: psychsobhi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۲۵

چکیده

مقدمه: خودکشی منعکس کننده تعاملات بین عوامل روانشناختی، زیستی و اجتماعی می باشد. بیماران دارای مشکلات سلامت روان، تمایلات خودکشی گرایانه بیشتری از خود نشان می دهند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه ابرازگری هیجانی، تحمل ابهام، اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی با و بدون سابقه خودکشی در بیمارستان روانپزشکی شهید دکتر بهشتی زنجان است.

روش کار: روش پژوهش حاضر توصیفی -مقایسه ای می باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران دارای اختلالات روانپزشکی با و بدون سابقه خودکشی در بیمارستان روانپزشکی شهید دکتر بهشتی زنجان در سال ۱۴۰۳ است. تعداد جامعه ۱۲۰ تن با روش تمام شمار انتخاب شدند. از این تعداد ۹۴ ابزار تکمیل و تحویل داده شد که ۴۱ تن بیماران دارای سابقه و ۵۳ بیمار بدون سابقه خودکشی بودند. جهت جمع آوری داده ها، از پرسشنامه جمعیت شناختی، "پرسشنامه ابرازگری هیجانی" (Emotional Expressiveness Questionnaire)، "مقیاس تحمل ابهام ویرایش ۲" (Ambiguity Tolerance Scale II)، "پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲" (Acceptance and Action Questionnaire II) جهت سنجش اجتناب تجربی و "شاخص حساسیت اضطرابی" (Anxiety Sensitivity Index) استفاده شد. روایی ابزارها به پژوهش های پیشین اکتفا شده و پایایی همه ابزارها به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۷ تحلیل شد.

یافته ها: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تی نشان داد ابرازگری هیجانی و حساسیت اضطرابی در سطح خطای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۹۷ در بیماران با و بدون سابقه خودکشی تفاوت معنادار دارند. همچنین تحمل ابهام با قدرمطلق مقدار تی معادل ۴/۶۱ و اختلاف میانگین ۶/۵۲ و پذیرش و عمل با قدرمطلق مقدار تی معادل ۵/۰۱ با اختلاف میانگین ۷/۳۹ در سطح زیر ۰/۰۱ در بیماران با و بدون سابقه خودکشی تفاوت معنادار دارند.

نتیجه گیری: بیماران دارای سابقه خودکشی همراه با اختلالات روانپزشکی دارای ابرازگری هیجانی ضعیف تر و توانایی تحمل ابهام پایین تری از بیماران بدون سابقه خودکشی می باشند. همچنین میزان اجتناب این بیماران از تجربیات ناخوشایند و حساسیت اضطرابی بالاتر از بیماران بدون سابقه خودکشی می باشد. لذا مداخلات آموزشی و درمانی، جهت کاهش اقدام به خودکشی پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: خودکشی، ابرازگری هیجانی، تحمل ابهام، اجتناب تجربی، حساسیت اضطرابی.

خودکشی به نگرانی مهم در جهان تبدیل شده است (۱). سالانه بیش از ۷۰۳ هزار تن از طریق خودکشی جان خود را از دست می دهند (۲). خودکشی از مهمترین علل مرگ جوانان ۱۵ تا ۳۰ سال است (۳)؛ همچنین آمار زنان اقدام کننده به خودکشی بیشتر از مردان است (۴). بررسی های انجام شده در جمعیت های غیربالیینی حاکی از آن هستند که بیماران دارای مشکلات و فشار مربوط به سلامت روان، بیشتر تمایل به خودکشی از خود نشان می دهند. به طور کلی می توان خودکشی را به عنوان یک رفتار پیچیده، منعکس کننده تعاملات بین عوامل روانشناختی، زیستی و اجتماعی دانست (۵). براساس تعریفی از Durkheim (۶) اصطلاح خودکشی عبارت است از مرگی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم، ناشی از اقدامات منفی یا مثبت قربانی است و خود می داند که کارش چنین نتیجه ای را به دنبال خواهد داشت. عوامل تنش زاء مسائل اجتماعی، فرهنگی، فشار روحی و اختلالات روانپزشکی می توانند زمینه ساز اقدام به خودکشی باشند (۷).

از این میان اختلالات روانپزشکی که مهمترین عامل خودکشی شناخته می شوند، ممکن است با علائم فیزیولوژیکی، روانشناختی و اضطراب و افسردگی همراه باشند (۸). شایع ترین اختلالات همراه با اقدامات خودکشی، افسردگی و اختلالات خلقی هستند (۹). پژوهش های زیادی در زمینه اقدام به خودکشی صورت گرفته است، کیانی چلمردی و همکاران (۱۰) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که افسردگی، دردهای روانی و ناامیدی به طور مستقیم یا غیر مستقیم از طریق افکار خودکشی روی اقدام به خودکشی اثری معنادار دارند. در پژوهشی دیگر قلعه بان و همکاران (۱۱) به مطالعه عوامل خطر ساز خودکشی در بیماران دارای اختلالات هیجانی پرداخته و دریافتند که ناامیدی و فشار های روانی بر افکار و اقدام به خودکشی موثرند. شفیعی نژاد و همکاران (۱۲) در پژوهشی روابط ناکارآمد خانوادگی و محدودیت های زندگی را از عوامل زمینه ساز خودکشی نشان دادند. Pan و همکاران (۱۳) در مطالعه ای به این نتیجه دست یافتند که اختلالات اضطرابی، افسردگی، شرایط خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی و سوء مصرف دارو با افکار خودکشی ارتباط معناداری دارند. عوامل شناختی و هیجانی نقش مهمی در ارتباط با اختلالات روانی و رفتارهای پر خطر از جمله خودکشی

ایفا می کنند (۱۴)؛ از جمله این موارد می توان به نحوه ابرازگری هیجانی اشاره کرد. هیجان، احساسی ذهنی است که روی رفتار، افکار و جسم اثر می گذارد و از آن ها اثر می پذیرد (۱۵). ابرازگری هیجانی به عنوان یکی از مؤلفه های اصلی هیجان به نمایش بیرونی هیجان گفته می شود (۱۶) و شامل ترکیبی از حالت های هیجانی مثبت و منفی، انگیزش و توانایی کنترل هیجان فرد می باشد (۱۷). پژوهش های صورت گرفته در این حیطه نشان می دهد که ابرازگری هیجانی اهمیت و نقش مهمی در کنترل آسیب های روانی مانند مشکل در ابراز هیجان و ایجاد افکار خودکشی دارد (۱۱). ملکی و همکاران (۱۸) در پژوهشی نشان دادند که بین ابرازگری هیجانی با گرایشات پر خطر مانند خودکشی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. سجادیپور و همکاران (۱۹) در پژوهش خود دریافتند که ابراز هیجان در ۲ گروه افراد دارای افکار و اقدام کننده به خودکشی تفاوت معناداری دارد. Polanco Roman و همکاران (۲۰) در مطالعه ای دریافت که مشکلات در ابرازگری هیجانی و واکنش هیجانی در خطر رفتار خودکشی دخیل است.

تحمل ابهام نیز یکی دیگر از عواملی است که با خودکشی مرتبط است. این اصطلاح برای اولین بار توسط Frankel Brunswik (۲۱) به عنوان متغیر ادراکی و عاطفی شخصیت و عامل تفاوت فردی مطرح شد. تحمل ابهام به معنای پذیرش عدم قطعیت در زندگی است و ابعاد مختلفی از عملکرد عاطفی، شناختی، عملکرد اجتماعی و رفتار های مربوط به حل مسئله را ایجاد می کند (۲۲). همچنین تحمل ابهام شامل طیفی از واکنش ها، انکار و یا جذب محرک های ناآشنا، پیچیده، پویا و یا در معرض تفاسیر متناقض است (۲۳). بیمارانی که نسبت به ابهام کم تحمل هستند، در موقعیت های مبهم تنش زیادی را تجربه می کنند و احتمال وقوع یک رویداد منفی را غیر قابل پذیرش و تهدید کننده در نظر می گیرند (۲۴). اینگونه افراد برانگیختگی هیجانی و اضطراب بالایی را تجربه می نمایند (۲۵) و در صورت مواجهه با شرایط دشوار با رفتاری منفی و غیر منطقی به موقعیت موجود پاسخ می دهند و این پاسخ های غیر منطقی و نامناسب موجب بروز رفتار های خطر آفرین از جمله خودکشی، برای فرار از ابهام می شود (۲۶). عباس نیا و همکاران (۲۷) در پژوهشی دریافتند که بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب، تحمل ابهام اندکی را تجربه می کنند و شکست در یافتن پاسخی برای پرسش های

مبهم در این بیماران، باعث افزایش آسیب پذیری آن ها می شود. در پژوهش دیگری کاکاوند و یوسف وند (۲۸) نشان دادند که میزان تحمل ابهام در زنان مبتلا به افسردگی با سابقه خودآسیب رسانی پایین بوده است. Thomas & Brausch (۲۹) در پژوهشی نشان دادند که تحمل ابهام به طور قابل توجهی با افکار خودکشی مرتبط است. عامل موثر دیگری که با خودکشی در ارتباط است سطوح پذیرش و عمل و میزان اجتناب تجربی می باشد (۳۰).

اجتناب تجربی در مقابل پذیرش و عمل که به معنای تمایل فرد به پذیرش افکار، هیجان ها و تظاهرات رفتاری بدون بدون تلاش برای پرهیز از آن ها است قرار دارد. اجتناب تجربی با هدف کاهش یا تغییر افکار و احساسات به خصوص احساسات منفی و اجتناب از آن ها عمل می کند و در بیماران با علائم افسردگی بیشتر از سایر بیماران مشاهده می شود (۳۱). اجتناب تجربی فرایندی است که موجب ضعف در پذیرش موقعیت و افکار شده و از طریق آن آشفتگی هیجانی و درماندگی در فردی که تمایلات خودکشی دارد، تسریع می شود، در نتیجه فرد با اقدام به خودکشی سعی دارد به احساس ناامیدی و رنج تحمل ناپذیر خود پایان دهد (۳۲). پژوهش ها نشان می دهند که اجتناب تجربی و عدم پذیرش با مشکلات روانشناختی مانند افسردگی، تنش، اضطراب، سازگاری با تجارب آسیب زا و سازگاری با بیماری های مزمن رابطه دارد و بسیاری از آن ها زمینه ساز اعمال پر خطری مثل گرایش به خودکشی هستند (۳۰). اجتناب تجربی، مرتبط با عوامل آسیب شناختی بسیاری از جمله اختلالات روانی و خودکشی است (۳۳). ضابطی و افتاب (۳۴) در پژوهشی با عنوان رابطه اجتناب تجربی و دشواری تنظیم هیجان با اندیشه پردازی خودکشی نشان داد که اجتناب تجربی با افکار و اقدام به خودکشی همبستگی مثبت و معنا داری دارد. سپهری نژاد و حاتمیان (۳۵) در پژوهشی به پیش بینی افکار خودکشی بر اساس پذیرش و عمل پرداختند به این نتیجه دست یافتند که پایین بودن سطح پذیرش و عمل در افراد، پیش بینی کننده افکار خودکشی بوده و میزان آن را افزایش می دهد. در پژوهش دیگری نتایج مطالعه آفتاب (۳۶) نشان داد که اجتناب تجربی و ضعف در پذیرش و عمل زمینه ساز افسردگی است و افسردگی شدید باعث ایجاد افکار خودکشی می گردد. Bardeen & Fergus (۳۷) نیز در پژوهشی دریافتند که اجتناب از تجارب ناخوشایند و عدم پذیرش آن ها پیش بینی کننده اختلالات روانی از

جمله اضطراب و افسردگی است. از عوامل دیگر موثر در اختلالات روانپزشکی و خودکشی، حساسیت اضطرابی است. حساسیت اضطرابی ترسی اغراق آمیز از اضطراب و علائم آن است که موجب پیامدهای آسیب زای جسمی، روانی و اجتماعی در بیماران می شود (۳۸). متغیر حساسیت اضطرابی شامل مولفه های ترس از نگرانی های بدن، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران می باشد (۳۹). بعد شناختی حساسیت اضطرابی به طور قابل توجهی با اختلالات روانپزشکی و اعمال خودکشی مرتبط است (۴۰). حساسیت اضطرابی که نشان دهنده ترس از عدم کنترل شناختی است در ایجاد افکار خودکشی دخالت دارد (۴۱). عمرالطالبانی (۴۲) در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که حساسیت اضطرابی نقش میانجی در ایجاد افکار خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال تنش پس از سانحه دارد. احمدی و همکاران (۴۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که حساسیت اضطرابی در ایجاد اختلالات هیجانی نقش دارد و درمان آن می تواند مشکلات هیجانی را کاهش دهد. Wiebenga و همکاران (۴۴) در مطالعات خود نشان دادند که حساسیت اضطرابی و افسردگی با افکار و اقدامات خودکشی گرایانه همپوشانی بالایی دارند. همچنین در پژوهش دیگری Zhang و همکاران (۴۵) دریافتند که اضطراب بالا می تواند بیماران مبتلا را تا بیش از ۵۴ برابر بیشتر در معرض خودکشی قرار دهد. در پژوهش دیگری که توسط Paulus و همکاران (۴۶) انجام شد، نتایج نشان داد که حساسیت اضطرابی و اختلال در تنظیم هیجان ارتباط تعاملی با علائم هیجانی و روانی دارند. سیر صعودی اقدام به خودکشی و افزایش سالانه آمار آن در کشور به یک دغدغه مهم تبدیل شده (۱) و نیاز به پژوهش و پیشگیری در این مورد را امری ضروری ساخته است (۴۷). علاوه بر افزایش بی سابقه آمار خودکشی، تاثیر عوامل روانشناختی و هیجانی در ایجاد رفتارهای خودکشی گرایانه و همچنین نقش غیرقابل انکار اختلالات روانپزشکی در زمینه سازی این قبیل اقدامات، از دیگر دلایل اهمیت انجام این پژوهش می توان به عدم وجود پژوهش جامع در این زمینه و نیاز به مقایسه ی عوامل شناختی و هیجانی مطرح شده در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی با سابقه خودکشی و بدون سابقه خودکشی اشاره کرد.

با توجه به مطالب مطرح شده، پژوهش حاضر با هدف مقایسه ابرازگری هیجانی، تحمل ابهام، اجتناب تجربی

۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافقم) می باشد که به گزینه کاملاً مخالفم ۱، مخالفم ۲، نظری ندارم ۳، موافقم ۴ و کاملاً موافقم ۵ نمره تعلق می گیرد. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۶ و حداکثر ۸۰ می باشد. نمره بالاتر از ۴۸ ابرازگری هیجانی قوی، بین ۳۲ تا ۴۵ ابرازگری هیجانی متوسط و نمره ۱۶ تا ۳۲ ابرازگری هیجانی ضعیف را نشان می دهند (۴۸).

King & Emmons (۴۸) روایی سازه به روش همگرا «پرسشنامه ابرازگری هیجانی» با «مقیاس آشفتگی شدید رولین» (Raulin Intense Ambivalence Scale) روی ۲۹۹ تن از دانشجویان دانشگاه میشیگان (۱۱۷ مرد و ۱۸۲ زن) بررسی و ۰/۷۰ گزارش نمودند پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۶۸ گزارش شد. در مطالعه Kring و همکاران (۴۹) روایی سازه به روش همگرا «پرسشنامه ابرازگری هیجانی» با «مقیاس رضایت از زندگی» (Satisfaction with Life Scale) روی ۳۷۳ تن (۲۳۷ زن و ۱۳۶ مرد) از دانشجویان کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه استونی بروک بررسی و ۰/۲۷ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۹۰ محاسبه شد.

در پژوهش رفیعی نیا و همکاران (۵۰) روایی «پرسشنامه ابرازگری هیجانی» سنجیده نشده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۲۰۳ تن (۹۰ زن و ۱۱۳ مرد) از دانشجویان دانشگاه تهران بررسی و ۰/۶۸ و در ۳ مولفه ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ گزارش شد. بهادری رنجبر و همکاران (۵۱) در پژوهش خود روایی «پرسشنامه ابرازگری هیجانی» را سنجیده اند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۴۰ تن از زنان خیانت دیده شهر اردبیل بررسی و ۰/۷۴ گزارش شده است.

«مقیاس تحمل ابهام ویرایش ۲» (Ambiguity Tolerance Scale-II) توسط Mac Lane در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۸ طراحی شد. این مقیاس دارای ۱۳ عبارت بوده و ساختار تک عاملی دارد. روش نمره گذاری این ابزار بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت از دامنه ۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافقم) می باشد که به گزینه کاملاً مخالفم ۱، مخالفم ۲، نظری ندارم ۳، موافقم ۴ و کاملاً موافقم ۵ نمره تعلق

با استفاده از ابزار پذیرش و عمل ویرایش ۲ و حساسیت اضطرابی در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی با سابقه خودکشی و بدون سابقه خودکشی در بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی زنجان انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی-مقایسه ای می باشد. جامعه آماری در این پژوهش کلیه بیماران دارای اختلالات روانپزشکی با سابقه خودکشی و بدون سابقه خودکشی در بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی زنجان در سال ۱۴۰۳ است. تعداد جامعه مطابق با اطلاعات دریافتی از بیمارستان روانپزشکی ۱۲۰ تن می باشد که در بازه زمانی از تاریخ ۱۷ خرداد الی ۱۹ تیر سال ۱۴۰۳ نمونه گیری انجام شد و در این مدت تعداد بیماران بستری در بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی زنجان ۱۲۰ تن بود که با روش تمام شمار نمونه گیری شدند. از این تعداد ۹۴ پرسشنامه تکمیل و تحویل داده شد، که ۴۱ مورد از آن ها دارای سابقه خودکشی و ۵۳ مورد بدون سابقه خودکشی بودند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل: بیماران از شرکت در پژوهش رضایت داشته باشد، در بیمارستان روانپزشکی شهید دکتر بهشتی بستری بوده و دارای اختلال روانپزشکی بر اساس تشخیص روانپزشک باشد و در ۴ روز گذشته تحت درمان با ضربه الکتروشوک (Electroconvulsive Therapy) نبوده باشند. معیارهای خروج از پژوهش نیز عدم تمایل آزمودنی (بیمار) به ادامه پژوهش و عدم تکمیل بیش از ۳۵ درصد از کل عبارات در مجموع ابزارها بود.

جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی شامل جنسیت، سن، وضعیت تاهل، تحصیلات و محل زندگی و ابزارهای زیر استفاده شد.

«پرسشنامه ابرازگری هیجانی» (Emotional Expressiveness Questionnaire) توسط King & Emmons (۴۸) در سال ۱۹۹۰ در کشور آمریکا طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۳ مولفه و ۱۶ عبارت است. مولفه ها شامل ابراز هیجان مثبت (positive emotion expression) ۷ عبارت شامل ۷ تا ۱۳، ابراز صمیمیت (intimacy expression) ۵ عبارت شامل ۸ تا ۱۲ و ابراز هیجان منفی (negative emotion expression) ۴ عبارت شامل ۱۳ تا ۱۶ می باشند. در مورد پاسخ عبارت های ۷، ۸ و ۹ روش نمره گذاری معکوس می باشد. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف ۵ درجه ای لیکرت از

می گیرد. عبارت های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۱ و ۱۲ به شیوه معکوس نمره گذاری می شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۱۵ و حداکثر ۷۵ می باشد. نمره ۱۵ تا ۳۰ تحمل ابهام پایین، نمره بین ۳۱ تا ۴۵ تحمل ابهام متوسط و نمره بالاتر از ۴۵ تحمل ابهام پایین را نشان می دهند (۵۲).

Mac Lane (۵۲) روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس تحمل ابهام ویرایش ۲» را با «پرسشنامه عدم تحمل بالاتر از ابهام» (Intolerance of Uncertainty Questionnaire) روی ۵۴۲ دانشجویان در محدوده سنی ۱۷ تا ۴۲ سال از دانشگاه ویسکونسین بررسی و ۰/۵۷ گزارش کرد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۸۲ گزارش شده است. در مطالعه Park و همکاران (۵۳) «مقیاس تحمل ابهام ویرایش ۲» روایی سنجیده نشده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۳۲۳ تن (۲۳۶ زن و ۸۷ مرد) از دانشجویان دانشگاه کره جنوبی که در دوره های روانشناسی شرکت می کردند، بررسی و ۰/۷۶ گزارش شد. در مطالعه فیضی و همکاران (۵۴) روایی سازه (نوع آن مشخص نشده) «مقیاس تحمل ابهام ویرایش ۲» روی ۱۱۲۲ تن (۶۷۲ زن و ۴۵۰ مرد) از دانشجویان دانشگاه پیام نور استان آذربایجان غربی مشغول به تحصیل، بررسی و ۰/۴۸ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۸۵ گزارش شده است. در پژوهش مرادی (۵۵)، روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس تحمل ابهام ویرایش ۲» روی ۱۵۰ تن از کارکنان دانشگاه اصفهان بررسی و ساختار تک عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۸۳ گزارش شد.

«پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» (Acceptance and Action Questionnaire-II) توسط Bond و همکاران در کشور آمریکا در سال ۲۰۱۱ با ۷ عبارت و ساختار تک عاملی طراحی شد. روش نمره گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس ۷ درجه ای لیکرت (هرگز ۱، خیلی به ندرت ۲، به ندرت ۳، گاهی اوقات ۴، بیشتر اوقات ۵، تقریباً همیشه ۶ و همیشه ۷) رتبه بندی می شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۷ و حداکثر ۴۹ می باشد. نمره های بالاتر نشان دهنده اجتناب تجربی بالا و انعطاف پذیری روانشناختی پایین می باشد. سطح بندی نمره ها گزارش نشده است (۵۶).

در مطالعه Bond و همکاران (۵۶) روایی سازه به روش روایی همگرا «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» با «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory-II) روی ۲۸۱۶ تن از دانشجویان دانشگاه نوادای آمریکا بررسی و ۰/۷۱ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ حاصل شد. پژوهش Fledderus و همکاران (۵۷) در دانشگاه توئنته هلند انجام شد. روایی سازه به روش روایی همگرا «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» با «مقیاس مطالعات اپیدمیولوژیک افسردگی» (Epidemiologic Studies Depression Scale) روی ۳۷۶ زن مبتلا به افسردگی و اضطراب خفیف تا متوسط بررسی و ۰/۴۰ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۷۵ گزارش شد. در ایران عباسی و همکاران (۵۸) روایی سازه به روش روایی همگرا «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» با «سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory) روی نمونه ۱۹۵ تن (۱۱۷ زن و ۷۵ مرد) از دانشجویان دانشگاه تهران بررسی و ۰/۴۴ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ گزارش شد (۵۸). در مطالعه ایمانی (۵۹) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» روی ۳۵۴ تن (۱۳۰ پسر و ۲۲۴ دختر) از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد بررسی قرار گرفت و ساختار تک عاملی ابزار فوق تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۸۱ گزارش شد.

«شاخص حساسیت اضطرابی» (Anxiety Sensitivity Index) توسط Floyd و همکاران (۳۹) در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۵ طراحی شده و دارای ۳ مولفه و ۱۶ عبارت است. مولفه های آن شامل: ترس از نگرانی های بدن (fear of body concerns) ۸ عبارت شامل ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۶، ۴، ۳، ترس از نداشتن کنترل شناختی (fear of not having cognitive control) ۴ عبارت شامل ۱۶، ۱۵، ۱۲، ۲، ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (fear of being seen as anxiety by others) ۴ عبارت شامل ۷، ۱۳، ۵، ۱ می باشد. نمره گذاری این شاخص براساس طیف ۵ درجه ای لیکرت از دامنه ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) رتبه بندی می شوند. حداقل نمره ممکن در این شاخص ۱۶ و حداکثر ۸۰ می باشد. نمره بین

محاسبه شد.

پس از دریافت کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان و دریافت مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی استان زنجان مراجعه شد. سپس با معرفی نامه اخذ شده به بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی هر زنجان مراجعه شد. بعد از ارزیابی بیماران از تاریخ ۱۷ خرداد تا ۱۹ تیر ماه سال ۱۴۰۳ نمونه گیری به صورت تمام شمار انجام شد. لذا پژوهش روی ۱۲۰ تن که همگی دارای اختلالات روانپزشکی بودند، انجام شد. از میان آن ها، تعداد ۴۱ مورد دارای سابقه خودکشی و ۵۳ مورد بدون سابقه خودکشی بودند.

در مرحله اجرا فرم رضایت نامه به بیماران داده شده و از آن ها و یا قیم قانونیشان (در صورت عدم توانایی بیمار) جهت اجرای پژوهش رضایت گرفته شد. سپس «پرسشنامه های ابرازگری هیجانی»، «مقیاس تحمل ابهام ویرایش ۲»، «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» و «شاخص حساسیت اضطرابی»، بین ۹۴ تن از بیماران بیمارستان روانپزشکی شهید دکتر بهشتی زنجان توزیع و پس از تکمیل جمع آوری شد. مدت جمع آوری داده ها حدود ۱ ماه از تاریخ ۱۷ خرداد تا ۱۹ تیر ماه سال ۱۴۰۳ انجام شد.

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی از جمله رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات و حریم خصوصی بیماران رعایت شده و رضایت آگاهانه از آن ها جهت شرکت در پژوهش کسب شد. همچنین به بیماران در هر مرحله از پژوهش حق انصراف داده شد.

داده ها در آمار توصیفی از شاخص های دامنه تغییرات (Range)، میانگین (Mean) و انحراف استاندارد (Standard Deviation) استفاده و در آمار استنباطی از آزمون های کلموگروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov)، آزمون مانووا (MANOVA)، آزمون تی مستقل (Independent T) و لون (Levene) با فرض برابری واریانس ها استفاده شده است. داده های به دست آمده در نرم افزارهای آماری اس پی اس اس نسخه ۲۷ در ۲ سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر تعداد ۳۹ تن (۴۱/۵ درصد) از بیماران مورد مطالعه را زنان و تعداد ۵۵ تن (۵۸/۵ درصد) از بیماران را مردان تشکیل دادند. تعداد ۱۴ تن (۱۴/۹ درصد) از بیماران

۱۶ تا ۲۶ نشان دهنده حساسیت اضطرابی کم، نمره بین ۲۷ تا ۳۳ حساسیت اضطرابی متوسط و نمره بالاتر از ۳۳ در این شاخص نشان دهنده حساسیت اضطرابی زیاد است.

Floyd و همکاران (۳۹) روایی سازه به روش همگرا «شاخص حساسیت اضطرابی» با «پرسشنامه حیطه های نگرانی» (Worry Domain Questionnaire) روی ۳۴۲ تن (۱۴۱ مرد و ۲۰۱ زن) از دانشجویان دانشگاه نوادای آمریکا بررسی و ۰/۶۹ گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در مطالعه Reiss و همکاران (۶۰) روایی سازه به روش روایی همگرا «شاخص حساسیت اضطرابی» با «پرسشنامه اضطراب آشکار تیلور» (Taylor Manifest Anxiety Questionnaire) که روی ۹۸ دانشجو (۴۹ مرد و ۴۹ زن) در شیکاگو آمریکا بررسی و ۰/۴۶ حاصل شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۸۰ گزارش شد. ثبات به روش باز آزمون در طول ۲ هفته در نمونه های فوق، ۰/۷۵ محاسبه شده است.

در پژوهش مشهودی و همکاران (۶۱) روایی «شاخص حساسیت اضطرابی» سنجیده نشده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۳۱۷ تن از دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی بررسی و ۰/۸۷ گزارش شده است. مرادی منش و همکاران (۶۲) روایی ملاک به روش روایی همزمان «شاخص حساسیت اضطرابی» با «فهرست نشانه های بازنگری شده-۹۰» (Symptoms Checklist- 90- Revised) روی ۶۸۵ تن (۲۸۷ پسر و ۳۹۸ دختر) از دانشجویان دانشگاه شیراز بررسی و ۰/۵۶ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۹۳ گزارش شد.

در مطالعه حاضر، روایی «پرسشنامه ابرازگری هیجانی»، «مقیاس تحمل ابهام ویرایش ۲»، «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» و «شاخص حساسیت اضطرابی» به پژوهش های پیشین اکتفا شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۹۴ تن از بیماران دارای اختلال روانپزشکی بستری در بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی زنجان برای «پرسشنامه ابرازگری هیجانی» ۰/۸۸، «مقیاس تحمل ابهام ویرایش ۲» ۰/۸۹، «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» ۰/۹۲ و «شاخص حساسیت اضطرابی» ۰/۸۹

را تشکیل داده‌اند. تعداد ۶۶ تن (۷۰/۲ درصد) از بیماران مورد مطالعه در شهر و تعداد ۲۸ تن (۲۹/۸ درصد) از بیماران نیز در روستا زندگی می‌کنند. همچنین تعداد ۴۱ تن (۴۳/۶ درصد) از بیماران نمونه مورد مطالعه دارای سابقه خودکشی و تعداد ۵۳ تن (۵۶/۴ درصد) از بیماران نیز فاقد سابقه خودکشی می‌باشند.

جدول ۱ داده‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

مورد مطالعه در گروه سنی ۲۶ تا ۳۴ سال، کمترین و تعداد ۳۶ تن (۳۸/۳ درصد) از بیماران نیز در گروه سنی ۳۵ تا ۴۳ سال، بیشترین فراوانی گروه مورد مطالعه (بیماران) را تشکیل می‌دهند. تعداد ۴۴ تن (۴۶/۸ درصد) از بیماران مورد مطالعه متاهل و تعداد ۵۰ تن (۵۳/۲ درصد) از بیماران نیز مجرد بودند. تعداد ۱۲ تن (۱۲/۸ درصد) از بیماران مورد مطالعه با تحصیلات دانشگاهی، کمترین و تعداد ۴۵ تن (۴۷/۹ درصد) از بیماران نیز زیر دیپلم، بیشترین فراوانی گروه مورد مطالعه

جدول ۱: داده‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرها	سابقه خودکشی	ابعاد	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
فقد سابقه خودکشی		ابراز هیجان مثبت	۵۳	۷/۰۰	۳۵/۰۰	۱۸/۴۳	۳/۸۴
		ابراز صمیمیت	۵۳	۵/۰۰	۲۵/۰۰	۱۵/۲۶	۳/۰۷
		ابراز هیجان منفی	۵۳	۴/۰۰	۲۰/۰۰	۱۰/۷۹	۲/۸۹
		متغیر ابرازگری هیجانی	۵۳	۱۶/۰۰	۸۰/۰۰	۴۴/۴۹	۸/۴۴
ابرازگری هیجانی		ابراز هیجان مثبت	۴۱	۹/۰۰	۲۶/۰۰	۱۵/۴۸	۳/۷۹
		ابراز صمیمیت	۴۱	۱۰/۰۰	۱۶/۰۰	۱۳/۲۴	۱/۶۷
		ابراز هیجان منفی	۴۱	۱۰/۰۰	۱۶/۰۰	۹/۶۵	۱/۷۸
		متغیر ابرازگری هیجانی	۴۱	۲۹/۰۰	۵۸/۰۰	۳۸/۳۹	۶/۰۶
دارای سابقه خودکشی		فقد سابقه خودکشی	۵۳	۱۳/۰۰	۶۵/۰۰	۳۶/۳۷	۷/۴۳
		دارای سابقه خودکشی	۴۱	۱۷/۰۰	۴۴/۰۰	۲۹/۸۵	۵/۸۶
		فقد سابقه خودکشی	۵۳	۷/۰۰	۴۹/۰۰	۲۷/۳۵	۷/۵۴
		دارای سابقه خودکشی	۴۱	۱۴/۰۰	۴۴/۰۰	۳۴/۷۵	۶/۴۴
تحمل ابهام		ترس از نگرانی‌های بدن	۵۳	۸/۰۰	۴۰/۰۰	۱۷/۶۰	۵/۶۵
		ترس از نبود کنترل شناختی	۵۳	۴/۰۰	۲۰/۰۰	۱۱/۵۸	۲/۵۷
		ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	۵۳	۴/۰۰	۲۰/۰۰	۱۰/۸۱	۲/۱۶
		متغیر حساسیت اضطرابی	۵۳	۱۶/۰۰	۸۰/۰۰	۴۰/۰۰	۹/۴۶
پذیرش و عمل (اجتناب تجربی)		ترس از نگرانی‌های بدن	۴۱	۱۲/۰۰	۳۲/۰۰	۲۰/۹۲	۴/۴۰
		ترس از نبود کنترل شناختی	۴۱	۸/۰۰	۱۷/۰۰	۱۲/۸۰	۲/۱۲
		ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	۴۱	۸/۰۰	۱۶/۰۰	۱۱/۴۶	۲/۰۲
		متغیر حساسیت اضطرابی	۴۱	۳۱/۰۰	۶۴/۰۰	۴۵/۱۹	۷/۳۴

۲۷/۳۵ و ۴۰/۰ می‌باشد که نشانگر بالا بودن میانگین این ۲ متغیر در بیماران دارای سابقه خودکشی است. جهت بررسی همگنی واریانس داده‌های ۲ گروه از آزمون لوین استفاده شده است. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرهای مورد بررسی در سطح زیر ۰/۰۵ معنادار نبود، لذا همگنی واریانس‌ها در داده‌ها تأیید می‌گردد، که نشان می‌دهد این پیش فرض رعایت شده است.

جدول ۲ داده‌های آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت

با توجه به داده‌های جدول ۱ میانگین متغیرهای ابرازگری هیجانی و تحمل ابهام به ترتیب با مقادیر ۳۸/۳۹ و ۲۹/۸۵ در بیماران دارای سابقه خودکشی و با مقادیر ۴۴/۴۹ و ۳۶/۳۷ در بیماران فاقد سابقه، نشان دهنده پایین بودن میانگین ۲ متغیر در بیماران دارای سابقه خودکشی است. همچنین میانگین اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی در بیماران دارای سابقه خودکشی به ترتیب با مقادیر ۳۴/۷۵ و ۴۵/۱۹ بالاتر از میانگین بیماران فاقد سابقه به ترتیب با مقادیر

سنجش نحوه توزیع داده ها مربوط به متغیرهای مورد بررسی را در دو گروه نشان می دهد.

جدول ۲: نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای سنجش نحوه توزیع داده ها در ۲ گروه

گروه ها	متغیرها	تعداد	میانگین	مقدار آزمون	مقدار احتمال
بدون سابقه خودکشی	ابرازگری هیجانی	۵۳	۴۴/۴۹	۰/۰۸۸	۰/۱۳۳
	تحمل ابهام	۵۳	۳۶/۳۷	۰/۰۷۳	۰/۰۸۴
	(پذیرش و عمل) اجتناب تجربی	۵۳	۲۷/۳۵	۰/۰۶۲	۰/۲۰۰
	حساسیت اضطرابی	۵۳	۴۰/۰۰	۰/۰۹۱	۰/۱۱۴
دارای سابقه خودکشی	ابرازگری هیجانی	۴۱	۳۸/۳۹	۰/۰۸۵	۰/۱۱۰
	تحمل ابهام	۴۱	۳۹/۸۵	۰/۰۹۵	۰/۲۰۰
	(پذیرش و عمل) اجتناب تجربی	۴۱	۳۴/۷۵	۰/۰۹۹	۰/۱۲۲
	حساسیت اضطرابی	۴۱	۴۵/۱۹	۰/۱۰۷	۰/۲۰۰

لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) ابرازگری هیجانی و تحمل ابهام؛ همچنین تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه متغیرهای ابرازگری هیجانی و حساسیت اضطرابی را نشان می دهد.

از آنجا که آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای متغیرهای مورد بررسی معنادار نمی باشد، لذا چنین استنباط می شود که فرض توزیع نرمال داده های مربوط به آن ها برقرار است.

جدول ۳ نتایج آزمون های چند متغیره (۴ آزمون پیلائی،

جدول ۳: نتایج آزمون های چند متغیره و تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه مولفه های ابرازگری هیجانی و حساسیت اضطرابی

متغیرها	آزمون ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	مقدار احتمال	اندازه اثر
ابرازگری هیجانی	اثر پیلائی	۰/۱۸۵	۶/۸۲	۳	۹۰/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲
	لامدا ویلکز	۰/۸۱۵	۶/۸۲	۳	۹۰/۰	۰/۰۰۱	
	اثر هتلینگ	۰/۲۷۷	۶/۸۲	۳	۹۰/۰	۰/۰۰۱	
	بزرگترین ریشه روی	۰/۲۷۷	۶/۸۲	۳	۹۰/۰	۰/۰۰۱	
حساسیت اضطرابی	اثر پیلائی	۰/۱۰۴	۳/۴۷	۳	۹۰/۰	۰/۰۱۹	۰/۷۶۱
	لامدا ویلکز	۰/۸۹۶	۳/۴۷	۳	۹۰/۰	۰/۰۱۹	
	اثر هتلینگ	۰/۱۱۶	۳/۴۷	۳	۹۰/۰	۰/۰۱۹	
	بزرگترین ریشه روی	۰/۱۱۶	۳/۴۷	۳	۹۰/۰	۰/۰۱۹	
مجموع مربعات		درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	مقدار احتمال	اندازه اثر	
ابراز هیجان مثبت		۱	۲۰۰/۶۵	۱۳/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۹۵۶	
ابراز صمیمیت		۱	۹۴/۳۵	۱۴/۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶۴	
ابراز هیجان منفی		۱	۲۹/۷۲	۴/۸۶	۰/۰۳۰	۰/۵۸۸	
ترس از نگرانی های بدن		۱	۲۵۵/۲۷	۹/۵۶	۰/۰۰۳	۰/۸۶۴	
ترس از نبود کنترل شناختی		۱	۳۴/۴۰	۶/۰۲	۰/۰۱۶	۰/۶۴۵	
ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران		۱	۹/۸۳	۱/۳۲	۰/۰۴۵	۰/۵۰۴	

و در بعد ابراز هیجان منفی، بیماران دارای سابقه خودکشی بالاتر از بیماران فاقد سابقه می باشند.

همچنین با توجه به نتایج آزمون لامبدای ویلکز در سطح $P < ۰/۰۵$ و اندازه اثر ۰/۷۶ برای متغیر حساسیت اضطرابی، بین ۲ گروه بیماران دارای اختلال روانپزشکی با سابقه خودکشی و بدون سابقه خودکشی از نظر مولفه های حساسیت اضطرابی تفاوت معنادار وجود دارد. به طوری که

با توجه به داده های جدول ۳ و نتایج آزمون لامبدای ویلکز در سطح $P < ۰/۰۵$ و اندازه اثر ۰/۹۷ می توان گفت که بین دو گروه بیماران دارای اختلال روانپزشکی با سابقه خودکشی و بدون سابقه خودکشی از نظر ابرازگری هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد. بطوری که با استناد به میانگین های اندازه گیری شده در مؤلفه های ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت، بیماران فاقد سابقه خودکشی بالاتر از دارای سابقه

جدول ۴ مقایسه متغیرهای تحمل ابهام و پذیرش و عمل (اجتناب تجربی) را در بیماران با و بدون سابقه خودکشی با استفاده از آزمون T نشان می دهد.

با استناد به میانگین های اندازه گیری شده، در هر ۳ مؤلفه حساسیت اضطرابی، نمره بیماران دارای سابقه خودکشی بالاتر از بیماران فاقد سابقه خودکشی می باشند.

جدول ۴: نتایج آزمون T برای مقایسه متغیرهای تحمل ابهام و اجتناب تجربی بین ۲ گروه

متغیر	گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار T	درجه آزادی	اختلاف میانگین	مقدار احتمال
تحمل ابهام	بدون سابقه خودکشی	۵۳	۳۶/۳۷	۷/۴۳	۴/۶۱	۹۲	۶/۵۲	۰/۰۰۱
	دارای سابقه خودکشی	۴۱	۲۹/۸۵	۵/۸۶				
(پذیرش و عمل) اجتناب تجربی	بدون سابقه خودکشی	۵۳	۲۷/۳۵	۷/۵۴	۵/۰۱	۹۲	۷/۳۹	۰/۰۰۱
	دارای سابقه خودکشی	۴۱	۳۴/۷۵	۶/۴۴				

تفاوت معنادار دارد، با این توصیف که بیماران بدون سابقه خودکشی دارای میانگین ابرازگری هیجانی بالاتری هستند، در حالی که ابرازگری هیجانی در بیماران دارای سابقه خودکشی پایین تر است. در راستا یافته های پژوهش حاضر، ملکی و همکاران (۶۳) در پژوهش خود روی ۲۸۲ تن از دانش آموزان دوره دوم متوسطه همدان نشان دادند بین ابرازگری هیجانی با گرایشات پر خطر از جمله خودکشی همبستگی معکوس و منفی وجود دارد. بعلاوه، سجادیپور و همکاران (۶۴) در مطالعه خود روی ۱۴۱ بیمار بستری در بیمارستان امام حسن خراسان شمالی نشان دادند؛ نحوه تنظیم هیجان و میزان وضوح ابراز هیجانی با افکار خودکشی همبستگی معکوس و منفی دارند و ابراز هیجان می تواند افکار خودکشی را پیش بینی کنند، همچنین با پژوهش های قلعه بان و همکاران (۱۱)، سیفی و همکاران (۲۶)، Riddle (۶۵) و Polanco Roman و همکاران (۲۰) همسو و همخوان بود. در راستای این یافته پژوهش غیر همسو یافت نشد. در تبیین این یافته می توان بیان نمود که ابرازگری هیجانی و مولفه های آن (ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی) در سلامت روان انسان حائز اهمیت است. نوع ابراز هیجان و مشکلات در ابرازگری هیجانی و ناتوانی در بیان احساسات مثبت و منفی در ایجاد خطر خودکشی دخیل می باشد. این ناتوانی و عدم ابراز می تواند منجر به افزایش تنش، افسردگی و در نهایت خطر خودکشی شود. بنابراین، بیمارانی که دارای سابقه خودکشی هستند به خصوص در بیماران دارای اختلالات افسردگی با توجه به وضعیت و فشارهای روانی و همچنین مشکلات هیجانی، ابرازگری هیجانی کمتری را نشان می دهند (۱۹).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کنار آمدن با موقعیت مبهم و تحمل آن در بیماران دارای اختلالات

با توجه به داده های جدول ۴، نتایج آزمون T به صورت زیر قابل تفسیر است:

در متغیر تحمل ابهام، تفاوت میانگین ها از نظر آماری با قدرمطلق مقدار تی معادل ۴/۶۱ و با قدرمطلق اختلاف میانگین معادل ۶/۵۲ در سطح زیر ۰/۰۱ معنادار است و این نشان می دهد که از نظر میزان تحمل ابهام بین بیماران بدون سابقه خودکشی و بیماران دارای سابقه خودکشی در بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی تفاوت وجود دارد. با این توصیف که، بیماران بدون سابقه خودکشی دارای تحمل ابهام بالاتری می باشند و تحمل ابهام در بیماران دارای سابقه خودکشی پایین تر است.

همچنین در ابزار پذیرش و عمل (متغیر اجتناب تجربی)، تفاوت میانگین ها از نظر آماری با قدرمطلق مقدار تی معادل ۵/۰۱ و با قدرمطلق اختلاف میانگین معادل ۷/۳۹ در سطح زیر ۰/۰۱ معنادار است و این نشان می دهد که از نظر میزان اجتناب تجربی بین بیماران دارای سابقه خودکشی و بیماران بدون سابقه خودکشی در بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی تفاوت وجود دارد. با این توصیف که، بیماران دارای سابقه خودکشی دارای اجتناب تجربی بالاتر و پذیرش کمتری می باشند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ابرازگری هیجانی، تحمل ابهام، اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی با و بدون سابقه خودکشی در بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی زنجان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد میزان ابرازگری هیجانی در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی با سابقه خودکشی و بدون سابقه خودکشی در بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی زنجان

روانپزشکی با سابقه خودکشی و بدون سابقه خودکشی در بیمارستان شهید بهشتی زنجان تفاوت معنادار دارد. با این توصیف که؛ بیماران بدون سابقه خودکشی دارای میانگین بالاتری از تحمل ابهام نسبت به بیماران دارای سابقه خودکشی می باشند. این یافته با مطالعات زیر همسو است. یطور مثال، نتایج پژوهش ششکلانی قالیباف و همکاران (۶۶) روی ۴۰ تن از دانش آموزان نوجوان پسر دارای سابقه اقدام به خودکشی شهر مشهد نشان داد که همبستگی معکوس و منفی بین میزان تحمل ابهام با انگیزه ی اقدام به خودکشی در نوجوانان وجود دارد، همچنین یافته حاضر با پژوهش های کاکاوند و یوسف وند (۲۸)، اکبری (۶۷)، عمرالطالبانی (۴۲)، Alan و همکاران (۶۸) و Garcia و همکاران (۶۹) همسو می باشد. در این راستا پژوهش غیر همسو یافت نشد. در تبیین یافته ها می توان بیان نمود بیمارانی که تحمل ابهام پایینی دارند، معمولاً در مواجهه با وضعیت های نامشخص دچار اضطراب و نگرانی می شوند. این اضطراب می تواند به احساس ناامیدی و بی ارزشی منجر شود؛ عدم تحمل ابهام می تواند توانایی فرد در تصمیم گیری را تحت تأثیر قرار دهد. بیماران ممکن است در مواجهه با چالش های زندگی نتوانند گزینه های مناسب را انتخاب کنند و این می تواند به احساس شکست و ناامیدی منجر شود. به طور کلی تحمل ابهام در بیمارانی که دارای اختلالاتی همچون افسردگی و اختلالات خلقی هستند پایین گزارش می شود، با این حال این مولفه در بیمارانی که علاوه بر اختلالات گفته شده دارای سابقه خودکشی نیز هستند به علت مشکلاتی که در کنار آمدن با عدم قطعیت در زندگی دارند، به شدت پایین تر می باشد (۶۹).

بعلاوه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» اجتناب تجربی در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی با سابقه خودکشی و بدون سابقه خودکشی در بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی زنجان تفاوت دارد. میانگین حساسیت اضطرابی و مولفه های آن (ترس از نگرانی های بدن، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران) در بیماران دارای سابقه خودکشی نسبت به بیماران فاقد سابقه خودکشی بالاتر می باشد. یافته مطالعه حاضر با پژوهش های عمرالطالبانی (۴۲)، وفاپور و همکاران (۷۲) Alan و همکاران (۶۸) و Brooks و همکاران (۷۴) همسو می باشد. نتایج پژوهش وفاپور و همکاران (۷۲) روی ۳۵۰ تن از دختران نوجوان شهر کرمانشاه نشان داد حساسیت اضطرابی و نگرانی از تصویر بدنی به طور معناداری در احتمال خودکشی دختران نوجوان همبستگی مستقیم و مثبت دارد. عمرالطالبانی (۴۲) در پژوهشی روی ۵۱۶ تن از دانشجویان عراق، نشان داد بین حساسیت اضطرابی و افکار خودکشی همبستگی مستقیم و مثبتی وجود دارد و حساسیت اضطرابی نقش مهمی در ایجاد افکار خودکشی بخصوص در بیماران

روانپزشکی با سابقه خودکشی و بدون سابقه خودکشی در بیمارستان شهید بهشتی زنجان تفاوت معنادار دارد. با این توصیف که؛ بیماران بدون سابقه خودکشی دارای میانگین بالاتری از تحمل ابهام نسبت به بیماران دارای سابقه خودکشی می باشند. این یافته با مطالعات زیر همسو است. یطور مثال، نتایج پژوهش ششکلانی قالیباف و همکاران (۶۶) روی ۴۰ تن از دانش آموزان نوجوان پسر دارای سابقه اقدام به خودکشی شهر مشهد نشان داد که همبستگی معکوس و منفی بین میزان تحمل ابهام با انگیزه ی اقدام به خودکشی در نوجوانان وجود دارد، همچنین یافته حاضر با پژوهش های کاکاوند و یوسف وند (۲۸)، اکبری (۶۷)، عمرالطالبانی (۴۲)، Alan و همکاران (۶۸) و Garcia و همکاران (۶۹) همسو می باشد. در این راستا پژوهش غیر همسو یافت نشد. در تبیین یافته ها می توان بیان نمود بیمارانی که تحمل ابهام پایینی دارند، معمولاً در مواجهه با وضعیت های نامشخص دچار اضطراب و نگرانی می شوند. این اضطراب می تواند به احساس ناامیدی و بی ارزشی منجر شود؛ عدم تحمل ابهام می تواند توانایی فرد در تصمیم گیری را تحت تأثیر قرار دهد. بیماران ممکن است در مواجهه با چالش های زندگی نتوانند گزینه های مناسب را انتخاب کنند و این می تواند به احساس شکست و ناامیدی منجر شود. به طور کلی تحمل ابهام در بیمارانی که دارای اختلالاتی همچون افسردگی و اختلالات خلقی هستند پایین گزارش می شود، با این حال این مولفه در بیمارانی که علاوه بر اختلالات گفته شده دارای سابقه خودکشی نیز هستند به علت مشکلاتی که در کنار آمدن با عدم قطعیت در زندگی دارند، به شدت پایین تر می باشد (۶۹).

بعلاوه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در «پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲» اجتناب تجربی در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی با سابقه خودکشی و بدون سابقه خودکشی در بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی زنجان تفاوت معناداری دارد. با این توصیف که؛ بیماران دارای اختلالات روانپزشکی با سابقه خودکشی دارای میانگین اجتناب تجربی بالاتر و انعطاف روانشناختی پایین تری نسبت به بیماران بدون سابقه خودکشی می باشند. این یافته با نتایج پژوهش های صفا (۷۰)، رحیمی (۷۱)، وفاپور و همکاران (۷۲)، Ordonez Carrasco و همکاران (۷۳) همسو و همخوان است. صفا (۷۰)، در نتایج مطالعه روی ۱۹۲ تن از دانشجویان دانشگاه قم، نشان داد بین اجتناب تجربی و گرایش به

آوری داده ها براساس خودگزارش دهی، بالا بودن تعداد عبارت های ابزار ها و احتمال افزایش بی دقتی و محدود بودن جامعه آماری به بیماران دارای اختلالات روانپزشکی در بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی زنجان روبرو بوده است. لذا در تعمیم یافته ها احتیاط لازم صورت گیرد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد سپیده تقی لو در رشته روانشناسی بالینی با راهنمایی خانم دکتر افسانه صبحی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان است که در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان با شناسه IR.IAU.Z.REC.1403.044 در تاریخ ۱۴۰۲/۱۲/۵ ثبت شده است. همچنین پایان نامه با کد ۱۴۰۲/۱۲/۳ در تاریخ ۱۳۸۴۲۵۰۵۶۹۳۶۱۹۲۰۰۲۲۱۶۲۸۵۴۱۸۹ در سامانه پژوهشیار دانشگاه آزاد ثبت شده است. بدین وسیله از همه بیماران و افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی زنجان که با همکاری خود امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

References

1. Lutz J, Van Orden KA, Bruce ML, Conwell Y. Social disconnection in late life suicide: NIMH workshop on state of the research in identifying mechanisms, treatment targets, and interventions. *American Journal Psychiatry*. 2021; 29(8): 731-744. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.01.137>
2. World Health Organization. Suicide: Geneva: World Health Organization; [cited 2021 July 20]. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Cai Z, Chang Q, Yip PSF, Conner A, Azrael D, Miller M. The contribution of method choice to gender disparity in suicide mortality: A population-based study in Hong Kong and the United States of America. *Journal of Affect Disorder*. 2021; 294: 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.063>

دارای اختلال تنش پس از سانحه دارد. در راستای این یافته، پژوهش غیر همسو یافت نشد. در تبیین این یافته می توان بیان نمود که بعد شناختی حساسیت اضطرابی به طور قابل توجهی با اختلالات روانپزشکی و اعمال خودکشی مرتبط است؛ حساسیت اضطرابی باعث می شود فرد به نشانه های جسمی اضطراب (مانند تپش قلب، تعریق، و احساس خفگی) به شدت واکنش نشان دهد. این تجربه ها می توانند به احساس ترس و وحشت منجر شوند و سطح حساسیت اضطرابی را بالا ببرند که در نهایت ممکن است فرد را به سمت افکار خودکشی سوق دهند (۷۴).

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که میزان ابرازگری هیجانی و تحمل ابهام در بیماران دارای سابقه خودکشی کمتر از بیماران فاقد سابقه بوده و همچنین اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی در بیماران دارای سابقه خودکشی در سطوح بالاتری نسبت به بیماران فاقد سابقه خودکشی تجربه می شود. به متخصصان روانشناسی و مراکز پیشگیری از خودکشی پیشنهاد می گردد از بسته های آموزشی مرتبط، جهت شناسایی ابرازگری هیجانی، تحمل ابهام، پذیرش و عمل (اجتناب تجربی) و حساسیت اضطرابی در بیماران دارای اختلالات روانپزشکی و بیماران دارای سابقه خودکشی استفاده و متعاقب آن مداخلات آموزشی و درمانی در این زمینه انجام شود. پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش ها با محدودیت هایی همچون جمع

4. Avila-Quevedo L, Scholl CC, de Matos MB, da Silva RA, Cunha-Coelho FM, Pinheiro KAT. Suicide risk and mood disorders in women in the postpartum period: A longitudinal study. *Psychiatric Quarterly*. 2021; 92(2): 513-522. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09823-5>
5. Aftab R, Bermas H, Abol-Maali Hosseini K. [Prediction of suicidal ideation based on 5-factor personality traits with the mediation of defense mechanisms]. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 11(43): 11-24.
6. Durkheim Emile. Suicide, A study in sociology. France: library Felix Alcan. 1897. <https://www.gacbe.ac.in/images/E%20books/Durkheim%20-%20Suicide%20-%20A%20study%20in%20sociology.pdf>
7. Haghbin A, Mahmadi M, Khalghi A, Golamkani H, Kaviani F. [Prevalence of psychiatric disorders

- in children and adolescents in North Khorasan province.] *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2018; 10(1): 117-127. <https://journal.nkums.ac.ir/article-1-2679-fa.html> <https://doi.org/10.52547/nkums.10.1.117>
8. Namvar M, Khorrami M, Nouroollahi A, Pournemat M. [The effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction Therapy (MBSR) on anxiety and depression symptoms in patients with multiple sclerosis]. *Bojnoord, Iran*. 2019; 10 (39): 179-200. <https://www.sid.ir/paper/208705/fa>
 9. Sher L, Kahn RS. Suicide in schizophrenia. *Medicine (Kaunas)*. 2019; 55(7): 361-384. <https://doi.org/10.3390/medicina55070361>
 10. Kyani Chalmardi A, Safdarian Z, Jafari-Banafshe-Dargh A, Ahmad-Boukani S. [Structural investigation of the three-stage model of suicide despair, pain, depression, interpersonal needs, acquired capacity for suicide and attempted suicide in students]. *Counseling Research*. 2019; 19(76): 117-92. <https://www.sid.ir/paper/390588/fa>
 11. Ghaleban K, Mohib N, Abdi R, Farnam A. [Structural equation modeling of suicide risk factors based on the three-stage theory of suicide in people with emotional disorders]. *Psychology and Psychiatry*. 2021; 8(5): 126-139. <https://doi.org/10.32598/shenakht.8.5.126>
 12. Shafinejad M, Zare-Shahabadi A, Mohammadi Z, Azadvari E. [Analyzing the role of family factors in committing suicide (case study: Women of Abadan city) thematic axes]. *Social Sciences Specialized Areas*. 2021; 1(2): 1-29. <http://ensani.ir/fa/article/508580>
 13. Pan CH, Lee M, Wu C, Liao SH, Chan CT, Chen C. Suicidal ideation, psychopathology, and help-seeking in 15 to 19-year-old adolescents in Taiwan: A population-based study. *Journal Affect Disorder*. 2021; 282(1): 846-851. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.139>
 14. Trogolo M, Melchior F, Medrano L. The role of difficulties in emotion regulation on driving behavior. *Journal of Behavior, Health and Social*. 2014; 6(1): 107- 117. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2014.6.1.48532>
 15. Mesken J, Hagenzieker M, Rothengatter T, Waard D. Frequency, determinants, and consequences of different drivers' emotions: An on-the-road study using self-reports, (observed) behavior, and physiology. *Transportation Research* 2007; 10(6): 458-475. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2007.05.001>
 16. Kring A, Smith D, Neale J. Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994; 66(5): 934-49. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.66.5.934>
 17. Lisa AB, Ross DP. The role of family emotional expressiveness in the development of children's social competence. *Journal of Marriage and the Family* 1995; 57(3): 593-608. <https://doi.org/10.2307/353915>
 18. Maleki M, Mohaghegi H, Nabizadeh S. [Predicting tendency towards risky behaviors based on anger rumination and emotional expression]. *Thought and Behavior*. 2019; 13(52): 7-16. <https://www.sid.ir/paper/365836/fa>
 19. Sajjadpour H, Heydarinasab L, Shoairi MR, Gholami Feshharaki M. [Comparison of experiences of dissociation and difficulty in expressing emotions in patients with suicidal thoughts and suicide attempts]. *North Khorasan University of Medical Sciences*. 2021; 12(2): 57-63. <https://doi.org/10.52547/nkums.12.2.57>
 20. Polanco-Roman L, Moore A, Tsypes A, Jacobson C, Miranda R. Emotion reactivity, comfort expressing emotions, and future suicidal ideation in emerging adults. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 74(1): 123-135. <https://doi.org/10.1002/jclp.22486>
 21. Frenkel Brunswick E. Tolerance toward ambiguity as a personality variable. *American Psychologist*. 1949; 3: 268-280. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=939298>
 22. Frenkel Brunswik E. Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of Personality*. 1949; 18(1): 108-143. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1949.tb01236.x>
 23. McLain D L. The MSTAT-1: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity. *Educational and Psychological Measurement* 1993; 53(1): 183-189. <https://doi.org/10.1177/0013164493053001020>
 24. Carleton RN, Sharpe D, Asmundson GJ. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears. *Behavior*

- Research Therapy. 2007; 45(10): 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.006>
25. Meeten F, Dash SR, Scarlet AL, Davey GC. Investigating the effect of intolerance of uncertainty on catastrophic worrying and mood. Behavior Research Theory. 2012; 50(11): 690-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.003>
26. Seifi A, Jamshad P, Najafelizadeh A, Asadi F. [Predicting the tendency to risky behaviors based on emotional ataxia and intolerance of uncertainty in adolescents with a history of self-injurious behaviors]. Applied Research in Counseling. 2021; 4(14): 131-142. <http://ensani.ir/fa/article/508079>
27. Abbasnia S, Sangani A, Dinavi R, Abbas Nia N, Rezaei Fard E, Mousavi Seyed M. [Comparison of metacognitive beliefs and ambiguity tolerance of depression and anxiety patients with healthy people]. Scientific Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2019; 21(1): 60-68. <http://goums.ac.ir/journal/article-1-3236-fa.html>
28. Kakavand F, Yusufvand M. [The effectiveness of meaning therapy in group mode on tolerance of uncertainty and worry about body image and metacognitive beliefs of women with depressive symptoms]. Journal of Medical Ethics - Scientific Research. 2022; 47(16): 1-12. <https://www.magiran.com/p2655832>
29. Thomas AL, Brausch AM. Family and peer support moderates the relationship between distress tolerance and suicide risk in black college students. Journal of American College Health. 2022; 70(4): 1138-1145. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1786096>
30. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. Clinical Psychology Review. 2010; 30(7): 865-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
31. Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. Journal of Anxiety Disorder. 2009; 23(2): 185-96. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.06.006>
32. Ellis TE, Rufino KA. Change in experiential avoidance is associated with reduced suicidal ideation over the course of psychiatric hospitalization. Archives of Suicide Research 2016; 20(3): 426-437. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1093983>
33. Boulanger J, Hayes S, Pistorello J. Experiential Avoidance as a Functional Contextual Concept. Emotion regulation and psychopathology: a trans diagnostic approach to etiology and treatment. New York: Guilford Press. 2010; 7(13): 107-136. https://www.researchgate.net/publication/285328752_Experiential_avoidance_as_a_functional_contextual_concept
34. Zabeti A, Aftab R. [The relationship between experiential avoidance and difficulty in emotion regulation with suicidal ideation: The mediating role of interpersonal difficulties]. Applied Psychological Research. 2021; 12(4): 399-419.
35. Sepehrinejad M, Hatamian P. [Prediction of suicidal thoughts based on emotion regulation difficulties and experiential avoidance in nurses]. Iranian Journal of Nursing Research. 2019; 13(4): 39-44.
36. Aftab R. [The mediating role of interpersonal problems in the relationship between experiential avoidance and depression and anxiety]. Journal of Applied psychology. 2017; 10 (4): 523-42. <http://ensani.ir/fa/article/journal-number/45608>
37. Bardeen JR, Fergus TA. Cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. Journal of Context Behavior Sciences. 2016; 5(1): 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.002>
38. Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA. Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and Implications. Psychological Assessment 1997; 9(3): 277-284. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.3.277>
39. Floyd M, Garfield A, Marcus T. Anxiety sensitivity and worry. Personality and Individual Differences 2005; 38(5): 1223-1229. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.005>
40. Capron DW, Blumenthal H, Medley AN, Lewis S, Feldner MT, Zvolensky MJ, Schmidt NB. Anxiety sensitivity cognitive concerns predict suicidality among smokers. Journal of Affective Disorders 2012; 138(3): 239-246. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.02.001>
41. Raines AM, Capron DW, Stentz LA, Walton JL, Allan N, McManus E, Franklin C, et al. Posttraumatic stress disorder and suicidal ideation, plans, and impulses: The mediating role of anxiety sensitivity cognitive concerns

- among veterans. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 222(1): 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.035>
42. Omaraltalebani TS. [The role of anxiety sensitivity, experiential avoidance and distress intolerance in predicting suicidal thoughts in Iraqi students with symptoms of post-traumatic stress disorder]. Master's thesis. 2021. <https://helpdesk.irandoc.ac.ir/Dana/Kb/group/5>
43. Ahmadi R, Saed O, Rezaei M, Ahmadizadeh R. [Anxiety sensitivity as a trans diagnostic construct in the emergence and persistence of emotional disorders: A review of the research literature]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2020; 25(3): 44-60. <https://www.magiran.com/p2153339> <https://doi.org/10.52547/sjku.25.3.44>
44. Wiebenga J, Dickhoff J, Merelle SY, Eikelenboom M, Heering H, Gilissen R, Oppen P. Prevalence, course, and determinants of suicide ideation and attempts in patients with a depressive and/or anxiety disorder: A review of NESDA findings. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 283(11): 277-267. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.053>
45. Zhang J, Liu X, Fang I. Combined effects of depression and anxiety on suicide: A case-control psychological autopsy study in rural China. *Psychiatry Research*. 2019; 271(6): 370-373. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.010>
46. PaulusD, GallagherM, BartlettB, TranJ, Vujanovic A. The unique and interactive effects of anxiety sensitivity and emotion dysregulation in relation to posttraumatic stress, depressive, and anxiety symptoms among trauma exposed firefighters. *Comprehensive Psychiatry*. 2019; 84: 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.03.012>
47. Asadi M, Nazarifar M, Ebrahimzadeh H, Fathi E, Daneshpour M. [Comparison of mental disorders and resilience against suicide in people with and without suicide attempt experience]. *Consulting Research*. 2022; 21 (82): 114-140. <http://ensani.ir/fa/article/journal-number/59255>
48. King LA, Emmons R. Conflict over emotional expression: Psychological and physic correlates. *Journal of Personality and Social Psychology Bulletin*. 1990; 58(5): 864-877. <https://doi.org/10.1177/0146167202250924>
49. Kring AM, Smith DA, Neale JM. Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994; 66(5): 934-949. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.5.934>
50. Rafinia P, Rasolzadeh Tabatabai K, Azadfalah P. [The relationship between emotional expression styles and general health in students]. *Journal of psychology*. 2007; 10(1): 84-105. <http://ensani.ir/fa/article/journal-number/25173>
51. Bahadori Ranjbar S, Taklavi S, Kazemi R. [The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotional expressiveness and differentiation betrayed women]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 2022;11(1): 116-117. <https://ensani.ir/fa/article/journal-number/56021>
52. McLain D. Evidence of the properties of an Ambiguity Tolerance Measure (MSTATII). *Psychological Reports*. Article Currently Under Review. 2008. <https://doi.org/10.2466/PRO.105.3.975-988>
53. 53. Park IJ, Hai S, Lee S, Sohn Y. Investigating psychometrics of career decision Ambiguity Tolerance Scale. *Journal of Front Psychology*. 2019; 10(1): 20-67. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02067>
54. Feizi A, Mahboubi T, Zare H, Mustafaei A. [The relationship between cognitive intelligence and ambiguity tolerance with entrepreneurship in students of Payam Noor University]. *Behavioral Science Research*. 2013; 10(4): 276-8. <http://ensani.ir/fa/article/journal-number/35192>
55. Moradi M, Hafizi P. [The role of emotion control and ambiguity tolerance in wise decision making]. *Studies of Organizational Behavior*. 2014; 4(4): 1-29. <http://noo.rs/10IN4>
56. Bond F, Hayes S, Baer R, Carpenter K, Guenole N, Orcutt H, Waltz T, Zettle R. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Theory*. 2011; 42(4): 88-676. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
57. Fledderus M, Oude Voshaar MA, Ten Klooster PM, Bohlmeijer ET. Further evaluation of the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psychology Assessment*. 2012; 24(4): 925-36. <https://doi.org/10.1037/a0028200>
58. Abbasi I, Fati L, Molodi R, Zarrabi H. [The

- psychometric adequacy of the Persian version of the Acceptance and Practice Questionnaire - the second version]. *Psychological Methods and Models*. 2012; 2(10): 65-80. <http://ensani.ir/fa/article/journal-number/38427>
59. Imani M. [Examining the factor structure of psychological flexibility questionnaire in students]. *Journal of Education and Learning Studies*. 2015; 8(1): 162-181.
60. Reiss S, Peterson R, Gursky D, McNally R. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*. 1986; 24(1): 241-248. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
61. Mashhadi A, Ghasempour A, Akbari E. [The role of anxiety sensitivity and emotion regulation in predicting students' social anxiety disorder]. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2013; 14(2): 82-99. <https://profdoc.um.ac.ir/paper-abstract-1037040.html>
62. Moradi Manesh F, Mirjafari Seyyed A, Godarzi MA, Mohammadi N. [Investigating the psychometric properties of the revised Anxiety Sensitivity Index (ASIR)]. *Journal of Psychology*. 2007; 11(4): 426-446. <http://noo.rs/ENqKo>
63. Maleki M, Mohaghegi H, Nabizadeh S. [Predicting high-risk behaviors of rumination, anger and emotional opposition]. *Thought and Behavior*. 2019; 13(52): 7-16. <http://noo.rs/ENuqA>
64. Sajjadpour H, Heydari Nasab L, Shoiri MR, Gholami Feshharaki M. [Prediction of suicidal thoughts based on the components of difficulty in emotion regulation in suicidal ideation patients]. *Journal of Police Medicine*. 2021; 10(2): 109-116.
65. Riddle K. Transportation into Vivid Media Violence: A Focus on Attention, Emotions, and Mental Rumination. *Communication Quarterly*. 2015; 61(4): 466-462. <https://doi.org/10.1111/comt.12040>
66. Shashkalani Qalibaf F, Najafi A, Hashemi Khalilabad R. [Investigating the relationship between ambiguity tolerance and self-criticism with the motivation to commit suicide among adolescents]. *The 1st International Conference on Psychology, Educational Sciences, Social Sciences and Humanities*. 2024. <https://civilica.com/doc/1986908>
67. Akbari Z. [Comparison of uncertainty intolerance, emotional ataxia and perceived stress in students with and without suicidal thoughts]. Master's thesis. Payam Noor Zarin Dasht University. 2021. <https://ganj.irandoc.ac.ir>
68. Allan NP, Gorka SM, Saulnier KG, Bryan CJ. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Trans diagnostic risk factors for anxiety as targets to reduce risk of suicide. *Current Psychiatry Reports*. 2023; 25(4): 139-147. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01413-z>
69. García Alandete J. Does meaning in life predict psychological well-being? *The European Journal of Counselling Psychology* 2017; 3(2): 89-98. <https://doi.org/10.5964/ejcop.v3i2.27>
70. Safa D. [Investigating suicidal tendencies based on psychological flexibility and experiential avoidance with the mediating role of stress coping strategies in Qom University students]. Master's thesis. Tolo-e-Mehr Institute of Higher Education. Department of Psychology. 2024. <https://ganj.irandoc.ac.ir>
71. Rahimi A. [The relationship between experiential avoidance and negative spontaneous thoughts with psychological disturbance with the mediating role of emotional regulation in suicide attempters in Luqman Hospital]. Master's thesis. South Tehran Payam Noor University. Faculty of Humanities. 2024. <https://ganj.irandoc.ac.ir>
72. Vafapour H, Karmi J, Momeni Kh. [The role of experiential avoidance, emotion regulation difficulty and body image concern in predicting the possibility of suicide in teenage girls]. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*. 2021; 8(2): 88-99. <http://ensani.ir/fa/article/journal-number/52117> <https://doi.org/10.32598/shenakht.8.2.88>
73. Ordóñez-Carrasco JL, Cuadrado-Guirado I, Rojas-Tejada AJ. Experiential avoidance in the context of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*. 2021; 42(4): 284-291. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000721>
74. Brooks JR, Lebeaut A, Zegel M, Walker RL, Vujanovic AA. Anxiety sensitivity and suicide risk: Mindfulness as a psychological buffer for black adults. *Journal Affect Disorder*. 2021; 289(6): 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.012>