

پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی زنان دارای همسر معتاد بر اساس استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی

اکبر عطادخت^۱ / ستاره جانی^{۲*}

تاریخ ارسال: ۹۹/۱/۶

تاریخ پذیرش: ۹۹/۲/۱۷

چکیده

هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی زنان دارای همسر معتاد بر اساس استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی می‌باشد. روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متأهل دارای همسر معتاد در شهرستان پارس‌آباد در سه‌ماهه سوم سال ۱۳۹۸ بود (N=216). ۱۲۴ زن دارای همسر معتاد به‌عنوان نمونه و با روش در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های ناگویی خلقی تورنتو بگی و همکاران (۱۹۹۴)، استرس ادراک‌شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳)، افسردگی بک و همکاران (۱۹۹۶) و افکار خودکشی بک (۱۹۶۱) پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری‌شده با آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام و نرم‌افزار SPSS-۲۰ تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی می‌توانند، افسردگی و افکار خودکشی زنان دارای همسر معتاد را به‌طور معنی‌دار پیش‌بینی کنند ($P < 0/05$). با توجه به نتایج پژوهش می‌توان بیان کرد که استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی از عوامل دخیل در افسردگی و افکار خودکشی زنان دارای همسر معتاد می‌باشند که می‌توان در برنامه‌های پیشگیری از این آسیب روان‌شناختی و اجتماعی، این متغیرها را مورد توجه جدی قرار داد.

کلیدواژه‌ها: استرس ادراک‌شده، اعتیاد، افسردگی، خودکشی، ناگویی خلقی.

مقدمه

یکی از موارد جدی تهدیدکننده سلامت که در سال‌های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، از سوی سازمان‌های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست‌گذاران اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات در جامعه مورد توجه قرار گرفته، شیوع اعتیاد^۱ (سو مصرف مواد) و رفتارهای پرخطر در میان اقشار مختلف است (برجلی و ناصری نیا، ۱۳۹۸). اعتیاد با مشکلات عدیده پزشکی، روان‌شناختی، اقتصادی و خانوادگی همراه است که می‌تواند بار سنگینی بر دوش افراد خانواده تحمیل کند. بار فرسودگی، اضطراب و افسردگی خانواده دارای عضو معتاد به‌ویژه بر همسران مردان معتاد بسیار سنگین است. همسران مردان معتاد آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به اختلالات روان دارند. مسائلی مانند اعتیاد شوهر و درآمد کمتر، اضطراب بالاتری را در همسر فرد معتاد پیش‌بینی می‌کند (معینی، ملیحی الذاکرین، اسدی، خواجهوند خوشلی، ۱۳۹۸). مطالعه مقصودی، علوی، سبزی و مانچری (۲۰۱۹) نشان داد که زنان دارای همسر معتاد دودسته مشکلات عمده دارند. یک دسته مربوط به مشکلاتی روانی خانواده و دسته دوم مربوط به مشکلاتی که در زمینه وضعیت اجتماعی نامطلوب است. مشکلات روانی خانواده، شامل اختلالات روان‌شناختی، از بین رفتن مرزها در خانواده، ناامن بودن فضا برای خانواده، آشفتگی بودن خانواده و نگرانی در مورد ترک همسر و مشکلات این افراد در زمینه موقعیت اجتماعی نیز شامل نگرانی و تلاش برای حفظ چهره خانواده، تجربه ننگ اجتماعی و انزوای اجتماعی خانواده بود. همچنین این زنان، خشونت خانگی و عدم امنیت روانی بیشتری نسبت به زنان دارای همسر غیر معتاد تجربه می‌کنند (رهنورد، احمدی دولابی، کیانی، پورحسینقلی و شایان، ۲۰۱۸). مشکلاتی که زنان دارای همسران معتاد متحمل می‌شوند و همچنین عدم امنیت روانی درون خانوادگی و آسیب‌های روانی وارده بر خانواده به‌عنوان اساسی‌ترین و مهم‌ترین جزء هر جامعه، خسارات جبران‌ناپذیری را به جامعه وارد می‌نماید (سعیدی، ۱۳۹۹). در نتیجه توجه به مشکلات روان‌شناختی این زنان بسیار بحث مهمی است. یکی از مشکلات روان‌شناختی

که احتمال دارد، برای همسران مردان معتاد ایجاد شود، افسردگی^۱ و تمایل به خودکشی^۲ است. مطالعات متعددی نشان داده است که زنان دارای همسر معتاد نسبت به زنان فاقد این مشکل، افسردگی (کهرضایی و همکاران، ۲۰۱۸؛ مقصودی و همکاران، ۲۰۱۹؛ توده رنجبر و عراقی، ۱۳۹۷) و افکار خودکشی بیشتری دارند (علیزاده و همکاران، ۲۰۱۹؛ براون و سیلز^۳، ۲۰۱۹).

این که زنان دارای همسر تا چه میزان دچار افسردگی شده و افکار خودکشی را تجربه بکنند توسط متغیرهای متعددی تعیین می‌گردد، از جمله اینکه این افراد تا چه میزان استرس ادراک شده^۴ دارند. استرس ادراک شده عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ جسمی، ذهنی یا هیجانی می‌باشد (ماررو^۵، ۲۰۱۱). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که استرس دریافتی در طی زمان، می‌تواند به افسردگی (سروانتس، گاتامورتا و برگر-کاردوسو^۶، ۲۰۱۹؛ اونز^۷ و همکاران، ۲۰۱۹؛ لی و بایی^۸، ۲۰۱۹؛ زانگ، پترس و چن^۹، ۲۰۱۸؛ پیرا-مورالز، آدان و فاریرو^{۱۰}، ۲۰۱۹) و ایجاد افکار خودکشی (پیرا و همکاران، ۲۰۱۹؛ میلر و پرینستین^{۱۱}، ۲۰۱۹؛ تاکر^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹؛ بیکفورد، مورین، نلسون و مکین^{۱۳}، ۲۰۱۹؛ بلاک، مورین، نلسون و مک کین^{۱۴}، ۲۰۱۹) منتهی گردد. عقیده بر این است که ناگویی خلقی^{۱۵} نیز عاملی خطر ساز برای بسیاری از اختلالات و مشکلات

-
1. depression
 2. suicide
 3. Brown & Seals
 4. perceived stress
 5. Morrow, A.
 6. Cervantes, R., C, Gattamorta, K., A, & Berger-Cardoso, J.
 7. Owens, S. A
 8. Lee, H. S., & Bae, S. Y.
 9. Zhang, Y., Peters, A., & Chen, G.
 10. Pereira-Morales, A. J., Adan, A., Forero, D. A.,
 11. Miller, A. B., & Prinstein, M. J.
 12. Tucker
 13. -Bickford, D., Morin, R. T., Nelson, J. C., & Mackin, R.S.
 14. Black, J., Bond, M. A., Hawkins, R., & Black, E.
 15. alexithymia

روانپزشکی از جمله افسردگی و افکار خودکشی است. ناگویی خلقی، سازه‌ای است متشکل از دشواری در شناسایی احساس‌ها، توصیف آنها و جهت‌گیری فکری بیرونی. این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ها می‌شود و سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد (فیتز، والنسیا و سیلانی^۱، ۲۰۱۸). وقتی فرد نتواند به خوبی هیجانهای خود را تخلیه کند و یا احساسات و عواطف خود را به صورت کلامی ابراز نماید، می‌تواند مستعد افسردگی باشد. پژوهش‌های متعدد حاکی از ارتباط ناگویی هیجانی با افسردگی (بشرپور و جانی، ۲۰۲۰؛ فیتز و همکاران، ۲۰۱۸؛ همینگ، هادوک، شاو و پرات^۲، ۲۰۱۹) و افکار خودکشی (دی-براردیس^۳، ۲۰۱۹؛ دمیرکل^۴ و همکاران، ۲۰۱۹؛ همینگ و همکاران، ۲۰۱۹) است.

بنابراین اعتیاد شوهر اغلب به برهم خوردن نقش‌ها و وظایف خانوادگی منجر می‌شود؛ به‌گونه‌ای که بار مسئولیت زنان را می‌افزاید و آن‌ها را تحت فشار قرار می‌دهد (رانل و لوی-کاهانا^۵، ۲۰۱۱). این زنان در ابعاد مختلف روان‌شناختی و اجتماعی به شدت آسیب‌پذیر هستند و همین مسئله لزوم توجه به مراقبت‌های بهداشتی به این زنان را از اهمیت ویژه‌ای برخوردار ساخته و برجسته می‌کند (مقصودی و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع این زنان بیش‌ازپیش فشارهای روانی داخل و خارج خانه را تحمل می‌کنند و این فشارها و فیزیولوژی بدنی خاص آنان، ایشان را بیشتر مستعد اختلالاتی چون اضطراب، افسردگی و تمایلات خودکشی می‌کند. دو نمونه از این مشکلات، افسردگی و افکار خودکشی است که دو مشکل مهم در حوزه روان‌شناختی هستند و بار روانی، اقتصادی و اجتماعی زیادی بر دوش خانواده، جامعه و افراد بازمانده بر جای می‌گذارند. هم‌چنین با توجه به اینکه مطالعاتی که آثار سوء اعتیاد را بر اعضای خانواده، به‌ویژه همسران افراد مبتلا به تصویر کشیده باشند بسیار کم هست، تعیین سهم متغیرهایی که بتواند به پیش‌بینی و درنهایت کنترل عوامل مرتبط با افسردگی و تمایلات خودکشی زنان دارای همسر معتاد و

-
1. Fietz, J., Valencia, N., & Silani, G.
 2. Hemming, L., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D.
 3. De Berardis, D.
 4. Demirkol, M. E.,
 5. Ronel, N., & Levy-Cahana, M

توانمندسازی این زنان در مسیر رشد و بالندگی باوجود مشکلات خانوادگی، بسیار حائز اهمیت است؛ بنابراین نقش استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی در پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی زنان دارای همسر معتاد بررسی شد.

روش تحقیق

طرح پژوهش حاضر، توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متأهل دارای همسر معتاد در شهرستان پارساباد مغان در سه‌ماهه سوم سال ۱۳۹۸ بود (N=216). بر اساس جدول کرجسی و مورگان^۱ (۱۹۷۰) برای جامعه فوق، ۱۳۵ زن به‌صورت در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شد. معیار ورود به پژوهش شامل: داشتن سن ۲۰-۴۵، داشتن پرونده فعال خانواده آسیب‌پذیر (با محتوای اعتیاد شوهر) در حوزه سلامت اجتماعی مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان پارساباد در سه‌ماهه سوم سال ۱۳۹۸، عدم مصرف داروی روان‌پزشکی، عدم ابتلای هم‌زمان به بیماری مزمن جسمی، عدم کم‌توانی ذهنی و عدم سوء‌مصرف مواد و عدم فوت یکی از عزیزان در سه ماه گذشته بود که از طریق پرونده شخصی و خود گزارشی آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای اجرای پژوهش، بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولین شبکه بهداشت و درمان و مسئول حوزه سلامت اجتماعی شبکه بهداشت و درمان شهرستان پارساباد، از بین ۲۱۶ پرونده فعال در ۴ مرکز خدمات جامع سلامت شهرستان، ۱۳۵ نفر که برای شرکت در پژوهش در دسترس انتخاب شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، به آزمودنی‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات هر آزمودنی، داشتن رضایت و عدم آسیب رسیدن به آزمودنی توضیح و اطمینان داده شد و سپس پرسشنامه‌ها بر روی افراد نمونه اجرا شد. بعد از حذف پرسشنامه‌های ناقص ریزش افراد نمونه در طی اجرای تحقیق، داده‌های ۱۲۴ پرسشنامه تحلیل شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس ناگویی خلقی تورنتو^۱: فرم اولیه این مقیاس، ۲۶ سؤالی بود که در سال ۱۹۸۵ توسط بگبی، تیلور و راین^۲ (۱۹۸۶) ساخته شد. در سال ۱۹۹۴ مقیاس ناگویی خلقی تورنتو توسط باگبی، پارکر و تیلور^۳ تجدیدنظر و به فرم ۲۰ سؤالی تبدیل شد. بگبی و همکاران (۱۹۹۴) دریافتند که در پژوهش اعتباریابی آن‌ها، فرم ۲۰ سؤالی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو، واجد سه عامل ساختاری است که با سازه‌ی ناگویی خلقی همخوانی داشت. این پرسشنامه سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر عینی را در اندازه پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا نمره ۵ می‌سنجد. در نسخه فارسی این مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی خلقی-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای ناگویی هیجانی کل و زیر مقیاس‌ها تأیید شد. روایی همزمان این مقیاس نیز برحسب همبستگی بین زیر مقیاس‌های آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شد (بشارت، ۱۳۹۲).

مقیاس افسردگی بک- ویرایش دوم^۴: این ابزار یک شاخص خود گزارشی ۲۱ ماده‌ای است که توسط بک، استیر و براون^۵ (۱۹۹۶) تهیه شده است و ماده‌های آن بر روی پیوستار ۴ درجه‌ای از صفر (افسردگی خفیف) تا ۳ (افسردگی شدید) میزان افسردگی را درجه‌بندی می‌کند. نمره کل BDI-II از صفر تا ۶۳ متغیر است که نمره بالا بیانگر میزان افسردگی بالاتر و نمره پایین بیانگر میزان کمتر افسردگی است. ضرایب پایایی این

1. Toronto Alexithymia Scale (TAS-۲۰)
2. Bagby, R.M., Taylor, G.J., & Ryan, D.
3. Parker, J.D.
4. Beck depression inventory-II(BDI-II)
5. Beck, A.T, Steer, R.A, Brown, G.K.

پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در کل پرسشنامه ۰/۸۶، در عامل‌های شناختی - عاطفی ۰/۸۴ و نگرش منفی - نشانه‌های بدنی ۰/۹۵ و همبستگی این دو عامل ۰/۷۵ گزارش شده است (رجبی و کارجو کسمایی، ۱۳۹۱).

مقیاس استرس ادراک‌شده^۱: این آزمون توسط کوهن، کاماراک و مرملستین^۲ (۱۹۸۳) به‌منظور سنجش استرس ادراک‌شده طراحی شده است. این آزمون دارای ۱۴ عبارت است و بر اساس یک مقیاس درجه‌بندی لیکرتی از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۶ است و هر چه نمره فرد بالاتر یعنی استرس ادراک‌شده وی بالاتر است. السونی و لطیف^۳ (۲۰۱۴) همسانی درونی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه کرده‌اند. در ایران اصغری و همکاران (۲۰۱۳) همسانی درونی آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه کرده‌اند. همچنین روایی این پرسشنامه به روش‌های تحلیل عاملی، سازه و محتوایی مورد تأیید قرار گرفته است.

پرسشنامه استاندارد سنجش افکار خودکشی بک^۴: پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI) در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک و به‌منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری نگرش، رفتار و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی تهیه‌شده و مقیاس بر اساس سه درجه نقطه‌ای از ۰-۲ تنظیم شده است. نمره کل فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از ۰-۳۸ متغیر می‌باشد. پنج سؤال اول این پرسشنامه نشان‌دهنده تمایل یا عدم تمایل به خودکشی فعال یا غیرفعال می‌باشد. در صورتی که از ۵ سؤال اول، نمره ۰-۵ به دست آید، نیازی به ادامه پاسخگویی نیست و در غیر این صورت باید ۱۴ سؤال دیگر پاسخ داده شود. در نهایت تفسیر امتیاز کلی به این صورت است که نمره ۰-۵ نشان‌دهنده عدم وجود افکار خودکشی، ۶-۱۹ داشتن افکار خودکشی و ۲۰-۳۸ آمادگی جهت خودکشی می‌باشد. این

1. Perceived stress scale
2. Cohen, S, Kamarak, T, Mermelstein, R
3. Alsunni, A., & Latif, R.
4. Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI)

مقیاس از پایایی بالایی برخوردار بوده که با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹ و با استفاده از روش آزمون - باز آزمون پایایی آن ۰/۷۴ به دست آمد (انیسی، فتحی آشتیانی، سلیمی و احمدی نوده، ۱۳۸۴).

یافته ها

به منظور بررسی رابطه استرس ادراک شده و ناگویی خلقی با افسردگی و افکار خودکشی، ابتدا شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می گردد. جدول شماره ۱ میانگین، انحراف معیار و فراوانی متغیرهای مورد مطالعه پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۱: آماره توصیفی متغیرهای پیش بین و ملاک

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
استرس ادراک شده	۱۲۴	۴۳/۸۱	۸/۴۸
ناگویی خلقی	۱۲۴	۵۱/۰۶	۱۰/۱۲
افسردگی	۱۲۴	۳۱/۹۱	۴/۲۵
افکار خودکشی	۱۲۴	۷/۵۹	۴/۳۷

برای تعیین رابطه استرس ادراک شده و ناگویی خلقی با افسردگی و افکار خودکشی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ درج شده است.

جدول ۲: میزان همبستگی استرس ادراک شده و ناگویی خلقی با افسردگی و افکار خودکشی

متغیرها	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)
(۱) استرس ادراک شده	۱			
(۲) ناگویی خلقی	**۰/۱۷	۱		
(۳) افسردگی	**۰/۰۴۱	**۰/۰۳۸	۱	
(۴) افکار خودکشی	**۰/۰۳۷	**۰/۰۳۵	**۰/۰۴۰	۱

**P < 0/01

برای تحلیل بیشتر داده‌ها و جهت تعیین سهم استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی در پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی از تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه افسردگی بر اساس استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی

متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	R اصلاح شده	خطای معیار تخمین	F	معنی‌داری	B	خطای معیار	Beta	t	معنی‌داری
گام ۱	۰/۴۱۲	۰/۱۶۲	۰/۱۴۱	۴/۶۷	۲۳/۸۵	۰۰۰/۰	۱/۱۵۶	۰۳۰/۰	۳۷۱/۰	۸۲/۴	۰۰۰/۰
گام ۲	۰/۴۸۳	۰/۲۱۷	۰/۱۸۵	۴۲/۴	۹۲/۱۹	۰۰۰/۰	۱۰۲/۰	۰۳۴/۰	۲۶۱/۰	۳۷/۳	۰۰۱/۰

گام ۱- متغیر پیش‌بین: استرس ادراک‌شده

گام ۲- متغیر پیش‌بین: استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی، افسردگی را به طور معنی‌دار پیش‌بینی می‌کنند که سهم هر یک از این متغیرهای پیش‌بین در تبیین واریانس افسردگی به ترتیب ۱۶ و ۵ درصد است.

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه افکار خودکشی بر اساس استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی

متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	R اصلاح شده	خطای معیار تخمین	F	معنی‌داری	B	خطای معیار	Beta	t	معنی‌داری
گام ۱	۰/۳۷۶	۰/۱۳۹	۰/۱۳۸	۴/۲۹	۷۵/۲۳	۰۰۰/۰	۱۳۱/۰	۰۳۱/۰	۳۷۵/۰	۹۱/۴	۰۰۰/۰
گام ۲	۰/۴۵۹	۰/۲۲۳	۰/۲۰۱	۱۴/۴	۱۹/۲۰	۰۰۰/۰	۱۰۸/۰	۰۲۹/۰	۲۶۸/۰	۵۹/۳	۰۰۰/۰

گام ۱- متغیر پیش‌بین: استرس ادراک‌شده

گام ۲- متغیر پیش‌بین: استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی، افکار خودکشی را به‌طور معنی‌دار پیش‌بینی می‌کنند که سهم هر یک از این متغیرها در تبیین واریانس اضطراب به ترتیب ۱۳ و ۹ درصد است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی در پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی زنان دارای همسر معتاد انجام شد که یافته‌ها نشان داد، استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی با افسردگی و افکار خودکشی این زنان رابطه معنی‌دار دارند و قادر به پیش‌بینی معنی‌دار میزان افسردگی و افکار خودکشی این افراد می‌باشند. نتیجه مطالعه حاضر در باب ارتباط معنی‌دار استرس ادراک‌شده و افسردگی با مطالعات سروانتس و همکاران، ۲۰۱۹؛ اونز و همکاران، ۲۰۱۹؛ لی و بای، ۲۰۱۹؛ زانگ و همکاران، ۲۰۱۸؛ پریرا-مورالز و همکاران، ۲۰۱۹) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته، باید ذکر کرد که زنان دارای همسر معتاد، باید با شرایط استرس‌زای زندگی مشترک با فرد معتاد مواجه و با مشکلات جدی روحی و روانی روبرو شوند. این گروه از زنان غالباً زندگی سختی دارند و دچار آسیب‌های روانی و همچنین نوسانات گسترده در طیف عاطفی، روانی و رفتاری خود می‌شوند که آن‌ها را در معرض تنش غیرطبیعی قرار می‌دهد. این تنش‌ها به تدریج شدت یافته و با تأثیر بر روح و روان فرد، او را آسیب‌پذیرتر می‌نمایند که در نتیجه او را مستعد بروز مشکلات دیگر نظیر افسردگی نیز می‌کند (بائولز، دهارت و ریدوب، ۲۰۱۳). وقتی افراد برای مدت طولانی در وضعیتی قرار می‌گیرند که هیچ قدرتی روی آن نداشته و از آن نمی‌توانند فرار کنند، مستعد ابتلا به افسردگی می‌شوند (وانگ، جیانگ، جان و چن، ۲۰۰۳).

دیگر یافته مطالعه حاضر در باب ارتباط معنی‌دار استرس ادراک‌شده و افکار خودکشی با مطالعات پریرا و همکاران، ۲۰۱۹؛ میلر و پرینستین، ۲۰۱۹؛ تاگر و همکاران، ۲۰۱۹؛

1. Bowles, M.A., DeHart, D., & ReidWebb, j.
2. Wang, S. Y., Jiang, X. Y., Jan, W. C., & Chen, C.H.

بیکفورد و همکاران، ۲۰۱۹؛ بلاک و همکاران، ۲۰۱۹) همسو می‌باشد. وقتی صحبت از تأثیر استرس بر سلامت روحی و جسمی می‌شود، می‌توان به تأثیر استرس بر ایجاد افسردگی و افزایش افکار خودکشی توجه ویژه‌ای داشت. در شرایط استرس‌زا هورمون کورتیزول ترشح می‌شود که سطح بالای کورتیزول علاوه بر ایجاد مشکلات و بیماری‌های جسمانی، علائم اضطراب و افسردگی را نیز ایجاد و احتمال افکار خودکشی را افزایش می‌دهد. در واقع استرس مزمن باعث بروز تفکر خودکشی می‌گردد. به‌عنوان مثال در مطالعه فارنهام^۱ (۲۰۱۰) حدود ۶۶ درصد دانشجویان پزشکی اعتراف کردند که در شرایط تحت استرس، افکار خودکشی داشته‌اند؛ بنابراین استرس مزمن می‌تواند بر زندگی افراد تأثیر منفی گذاشته و منجر به افزایش انزوا و افکار خودکشی گردد. در حقیقت چندین مدل و نظریه اتیولوژیک، استرس زندگی را به‌شدت در افکار و رفتارهای خودکشی تقویت‌کننده دخیل دانسته‌اند (به‌عنوان مثال، هاوتن، ساندرز و اوکانر^۲، ۲۰۱۲).

یافته دیگر مطالعه حاضر مبنی بر ارتباط مستقیم و معنی‌دار ناگویی خلقی با افسردگی با مطالعات بشریور و جانی، ۲۰۲۰؛ فیتز و همکاران، ۲۰۱۸؛ همینگ و همکاران، ۲۰۱۹) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، از آنجا که توانایی ضعیف در شناسایی و ابراز هیجان‌ها، ظرفیت پایین خیال‌پردازی و تفکر عینی از ویژگی‌های اساسی ناگویی خلقی است و سرکوبی عواطف، توانایی کاهش‌یافته برای ابراز هیجانی به دیگران و خلق پایین و ناراحت نیز از ویژگی‌های اساسی در علائم افسردگی است، پس بین این دو مؤلفه به لحاظ نظری می‌توان ارتباط برقرار کرد (هایفانتیس، پیکا، آلمیرودی، کامپلتسس و پاولدیس^۳، ۲۰۱۱). هم‌چنین قابل‌ذکر است که افرادی دارای ناگویی خلقی بالاتر دچار شکست در تنظیم هیجان‌ات منفی می‌شوند. افرادی که قادر به شناسایی هیجان‌ات منفی و تنظیم آن نیستند، مشکلات زیادی را در زمینه سازگاری بهتر با شرایط استرس‌زا تجربه می‌کنند. علاوه بر این،

1. Furnham, A.

2. Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C.

3. Hyphantis, T., Paika, V., Almyroudi, A., Kampletsas, E.D., Pavlidis, N

دشواری در شناسایی و توصیف هیجان با متغیرهایی نظیر رفتارهای غیر انطباقی بیماری و حساسیت بالا و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسالم برای مدیریت هیجانات منفی ارتباط دارد که به نوبه خود سازگاری مناسب را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاتز، مارتین، پاگی و کالری^۱، ۲۰۰۹). فرد مبتلا به ناگویی خلقی در تنظیم و فهم هیجان‌های خود و دیگران ناتوان است. زمانی که اطلاعات هیجانی می‌تواند در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی گردد، افراد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شوند و این ناتوانی باعث مختل شدن سازمان عواطف و شناخت‌های آنان می‌گردد. وقتی فرد نتواند به خوبی هیجان‌های خود را تخلیه کند و یا احساسات و عواطف خود را به صورت کلامی ابراز نماید، افسردگی افزایش می‌یابد (ساریجروی، سالمین و تویکا^۲، ۲۰۰۱). از طرف دیگر ناتوانی در شناسایی و ابراز احساسات در روابط بین فردی باعث می‌شود که افراد دچار ناگویی خلقی روابط سرد و با فاصله‌ای را با دیگران تجربه کنند و دیدگاه منفی نسبت به خود، دیگران و محیط پیرامونی داشته باشند. این تجربه نیز که به منزله نوعی بی‌حسی عاطفی است، افسردگی را تشدید می‌کند (لیوکه، لیچسنرینگ، کرئوس و هرمس^۳، ۲۰۱۲).

و نهایت اینکه، یافته مطالعه حاضر در باب ارتباط معنی‌دار ناگویی خلقی و تمایلات خودکشی با مطالعات دی-براردیس، ۲۰۱۹؛ دمیرکل و همکاران، ۲۰۱۹؛ همینگ و همکاران، ۲۰۱۹ همسو می‌باشد. در تبیین این یافته باید گفت که مطالعات نشان می‌دهد، به طور کلی افراد خودکشی کننده در شناسایی و توصیف احساسات، وضعیت بهتری ندارند و از دشواری بیشتری رنج می‌برند (هینتیکا، هانکالامپی، لتونن و ویناماکا^۴، ۲۰۰۱). هم-چنین ناگویی خلقی با تجربه ناامیدی، کسالت، بی‌احساسی، عدم علاقه، اشتیاق، لذت و افکار خودکشی همراه است که زمینه مشکلات روانی بیشتری را فراهم می‌کند (لواس،

1. Katz, J., Martin, A.L., Page, M.G., Calleri, V.

2 -Saarijarvi, S., Salminen, J. K., & Toikka, T.B.

3. Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S.

4. Hintikka, J., Honkalampi, K., Lehtonen, J., & Viinamaki, H.

دالئو، لکوینت و یان^۱، ۲۰۱۶). در واقع ناگویی خلقی، قدرت درک، استفاده و مدیریت هیجانات را تضعیف می‌کند در نتیجه افراد دارای ناگویی خلقی پایین، درک ناکارآمدتری از موقعیت‌های اجتماعی و بین فردی دارند؛ بنابراین بروز رفتارهای خود آسیمی یکی از عواقب مهم بدکارکردی هیجانی در کسانی است که توانایی ابراز و کنترل هیجانات را به شکل صحیح ندارند که اقدام به خودکشی هم نشات گرفته از همین موضوع است (آمرمن^۲ و همکاران، ۲۰۱۵).

بنابراین مطالعه حاضر نشان داد که بین استرس و ناگویی خلقی با افسردگی و افکار خودکشی زنان دارای همسر معتاد رابطه وجود دارد و این دو متغیر نقشی معنی‌دار در پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی این زنان دارند. با توجه به این که یکی از مهم‌ترین وظایف روان‌پزشکی، محافظت از بیماران در برابر اقدامات خودکشی است. با افزایش دانش ما در مورد اختلالات پاتوفیزیولوژیک ناشی از این رفتار، می‌توان استراتژی‌های پیشگیری را بهبود بخشید. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از ابزار خود گزارشی که می‌تواند سوگیری ایجاد کند، در نظر نگرفتن متغیرهای همچون وضعیت اقتصادی-اجتماعی و میزان برخورداری از حمایت اجتماعی و خانوادگی بود که امید هست در پژوهش‌های بعدی مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد. توجه به نتایج مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود تا مهارت‌های کاهش ناگویی خلقی و کنترل استرس را در کنار حمایت‌های قانونی به عنوان توانمندسازی فردی به ایشان ارائه داد تا واکنش مناسبی در شرایط پرتنش داشته، از فشار موقعیت بکاهند و سلامت عمومی و سازگاری خود را در شرایطی که ترک زندگی و طلاق مقدر و به صلاح نیست، بهبود بخشند. هم چنین آموزش تاب آوری به این زنان بسیار مفید خواهد بود چرا که تاب آوری نقش مهمی در کاهش استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد دارد (تقی پور،

1. Loas, G., Dalleau, E., Lecointe, H., & Yon, V.
2. Ammerman, B. A.

باغستانی و سعادت، ۱۳۹۷). هم‌چنین توصیه می‌شود مشاوره عملی و نظری برای کاهش آسیب در اعضای خانواده و ایجاد فضای حمایتی برای زنان دارای همسر معتاد ایجاد شود.

منابع

- انیسی، جعفر؛ فتحی آشتیانی، علی؛ سلیمی، سیدحسین؛ احمدی نوده، خدابخش. (۱۳۸۴). *ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) در سربازان*. مجله طب نظامی، ۷(۱)، ۳۷-۳۳.
- برجعلی، محمود؛ ناصری نیا، سجاد. (۱۳۹۸). *اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان بر سلامت روان، شفقت خود و وسوسه در معتادان*. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۰(۴۰)، ۱۳۳-۱۵۴.
- بشارت، محمد علی؛ افقی، زهرا؛ آقای ثابت، سارا؛ حبیب نژاد، محمد؛ پورنقد علی، علی؛ گرانمایه پور، شیوا. (۱۳۹۲). *نقش تعدیل‌کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی*. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۴۳، ۱۵-۵۲.
- تقی پور، شیوا؛ باغستانی، محمد حسین؛ سعادت‌تی، نادره. (۱۳۹۸). *بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک‌شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک*. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۱۳(۵۱)، ۷۱-۸۸.
- توده رنجبر، محسن؛ عراقی، فاطمه. (۱۳۹۷). *بررسی وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد*. مجله پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۲.
- رجبی، غلامرضا؛ و کارجو کسمایی، سونا. (۱۳۹۱). *کفایت شاخص‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II)*. فصلنامه اندازه‌گیری تربیت، ۳(۱۰)، ۱۳۹-۱۵۸.
- سعیدی، میلاد. (۱۳۹۹). *بررسی مؤلفه‌های احساس امنیت روانی خانواده‌های ایرانی و آسیب‌شناسی آن در خرده نظام‌های خانواده و فرآیند رشدی فرزندان*. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱(۴۱)، ۲۱۱-۲۳۴.

معینی، پوپک؛ ملیحی الذاکرین، سعید؛ اسدی، جوانشیر؛ خواجوند خوشلی، افسانه. (۱۳۹۸). *اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی بر احساس انسجام و کیفیت زندگی همسران مردان مبتلا به اعتیاد*. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۱۳(۵۴): ۱۸۱-۲۰۴.

نیکبخت نصرآبادی، علیرضا؛ پاشایی ثابت، فاطمه؛ و بستامی، علیرضا. (۱۳۹۵). *تجربه زندگی با همسر معتاد: یک مطالعه پدیدار شناسی*. مجله پژوهش پرستاری ایران، ۱۱(۱)، ۶۲-۷۵.

- Alizadeh, A., Saeid Afkhamooshara, F., Kamalodini, M. H., Rakhshanizadeh, F., & Talebi, M. (2019). *Epidemiology of Suicidal Attempts by Poisoning and Related Risk Factors in Pregnant Women in Imam Reza Hospital, Mashhad, Iran* International Journal of Pediatrics, 7(7), 9753-58.
- Alsunni, A., & Latif, R. (2014). *Perceived stress among medical students in preclinical years: A Saudi Arabian perspective*. Saudi Journal for Health Sciences, 3(3), 155-9.
- Ammerman, B. A., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., Knorr, A. C., & McCloskey, M. S. (2015). *Suicidal and violent behavior: The role of anger, emotion dysregulation, and impulsivity*. Personality and Individual Differences, 79, 57-62.
- Asghari, F., Sadeghi, A., Aslani, K., Saadat, S., & Khodayari, H. (2013). *The Survey of Relationship between Perceived Stress Coping Strategies and Suicide Ideation among Students at University of Guilan, Iran*. International Journal of Education and Research, 1(11), 111-118.
- Bagby, R., Parker, J.D., & Taylor, G.J. (1994). *The twentyitem Toronto Alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure*. Journal of Psychosomatic Research, 38(1), 23-32.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J. & Ryan, D. (1986). *Toronto Alexithymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures*, 45(4), 207-15.
- Basharpoor, S., & Jani, S. (2020). *The role of mindfulness and alexithymia in reducing depression and anxiety in women victims of spouse violence*. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 6 (6), 55-65.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory – II*. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company San Antonio.

- Bickford, D., Morin, R. T., Nelson, J. C., & Mackin, R.S. (2019). *Determinants of Suicide-related Ideation in Late Life Depression: Associations with Perceived Stress*. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 27(3), 164-165.
- Black, J., Bond, M. A., Hawkins, R., & Black, E. (2019). *Test of a clinical model of poor physical health and suicide: The role of depression, psychosocial stress, interpersonal conflict, and panic*. Journal of Affective Disorders, 257(1), 404-411.
- Bowles, M.A., DeHart, D., & ReidWebb, j. (2013). *Family Influences on Female Offenders Substance Use: The Role of Adverse Childhood Events among Incarcerated Women*. Journal of Family Violence. 27(7), 681-6.
- Cervantes, R., C, Gattamorta, K., A, & Berger-Cardoso, J. (2019). *Examining Difference in Immigration Stress, Acculturation Stress and Mental Health Outcomes in Six Hispanic/Latino Nativity and Regional Groups*. Journal of Immigrant and Minority Health, 21(1), 14-20.
- Cohen, S., Kamarak, T., & Mermelstein, R. (1983). *A global measure of perceived stress*. Journal of Health and Social Behavior, 24(4), 385-396.
- De Berardis, D ,.Fornaro, M ,.Valchera, A ,.Rapini, G ,.Di Natale, S ,.De Lauretis, I ,.Serroni, N ,.Orsolini, L ,.Tomasetti, C ,.Bustini, M ,.Carano, A ,.Vellante, F ,.Perna, G ,.Core, L ,.Alessandrini, M ,.Fracicelli, S ,.Martinotti, G &,.Di Giannantonio, M .(2019) . *Alexithymia, resilience, somatic sensations and their relationships with suicide ideation in drug naïve patients with first-episode major depression: An exploratory study in the "real world" everyday clinical practice*. Early Intervention in Psychiatry
- Demirkol, M. E., Tamam, L., Namli, Z., Karaytuğ, M. O., & Uğur, K. (2019). *Association of Psychache and Alexithymia With Suicide in Patients With Schizophrenia*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 207(8), 668-674.
- Fietz, J., Valencia, N., & Silani, G. (2018). *Alexithymia and autistic traits as possible predictors for traits related to depression, anxiety, and stress: A multivariate statistical approach*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 24 (4), 901-908.
- Furnham, A. (2010). *50 Theory of Psychology That You Should Know; Scientific Publishers PWN: Warsaw, Poland*, 41-42.
- Ghasemnegad, S., & Noorzadeh, M. (2016). *Determine the level of anxiety and depression in women with addicted husbands*. cjhaa, 1(1), 36-41.

- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). *Self-harm and suicide in adolescents*. *Lancet*, 379, 2373–2382.
- Hemming, L., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (۲۰۱۹). *Alexithymia and Its Associations With Depression, Suicidality, and Aggression: An Overview of the Literature*. *Front Psychiatry*, 10: 203.
- Hintikka, J., Honkalampi, K., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2001) *Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: A study in a general population*. *Compr Psychiatry*, 42(3), 234-9.
- Hyphantis, T., Paika, V., Almyroudi, A., Kampletsas, E.D., Pavlidis, N. (2011). Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: a one-year prospective study. *J Psychosom Res*, 70 (5), 411-21.
- Jahangir Maghsoudi, J., Alavi, A., Sabzi, Z. & Mancheri, H. (2019). *Experienced Psychosocial Problems of Women with Spouses of Substance Abusers: A Qualitative Study*, 7(21), 3584–359.
- Kahrezaee, F., Kord Tamini, B., Khoshdel Daryasari, S., Mahdavi, A., Rigi Kooteh, B., Qadimi, A. (2018). *Coping with Stress, Depression and Fear of Negative Social Evaluation through Comparing Wives of Addicted and non-Addicted Men.?* *J Inj Violence Res*, ۱۱ (۱), ۵۳-۶۴.
- Katz, J., Martin, A.L., Page, M.G., Calleri, V. (2009). Alexithymia and fear of pain independently predict heat pain intensity ratings among undergraduate university students., 14 (4), 299-305.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). *Determining sample size for research activities*. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Lee, H. S., & Bae, S. Y. (2019). *Analysis of the Convergent Relationship between Stress Factors and Depression Levels in a College*. *Journal of Digital Convergence*, 17(4), 219-227.
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2012). *Is alexithymia associated with specific mental disorders*. *Psychopathology*, 45, 22-28.
- Loas, G., Dalleau, E., Lecointe, H., & Yon, V. (2016). *Relationships between anhedonia, alexithymia, impulsivity, suicidal ideation, recent suicide attempt, C-reactive protein and serum lipid levels among 122 inpatients with mood or anxious disorders*. *Psychiatry Research*, 246, 296-302.

- Miller, A. B & ,Prinstein, M. J. (2019). *Adolescent Suicide as a Failure of Acute Stress-Response Systems*. *Annu Rev Clin Psychol*, 7(15), 425-450.
- Morrow, A. (2011). *Stress Definition*. Retrieved from: Dying.About.com/od/glossary/g/ stress.htm.
- Owens, S. A., Helms, S. W., Rudolph, K. D., Hastings, P. D., Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2019). *Interpersonal Stress Severity Longitudinally Predicts Adolescent Girls' Depressive Symptoms: the Moderating Role of Subjective and HPA Axis Stress Responses*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(5), 895-905.
- Pereira-Morales, A. J., Adan, A., Forero, D. A., (2019). *Perceived Stress as a Mediator of the Relationship between Neuroticism and Depression and Anxiety Symptoms*. *Current Psychology*, 38(1), 66-74.
- Rahnavardi, M., Ahmadi Doulabi, M., Kiani, M., Pur Hoseyn Gholi, A., Shayan, A. (2018). *Comparing Husbands' Addiction in Women With and Without Exposure to Domestic Violence*. *J Holist Nurs Midwifery*, 28(4), 231-238.
- Rajabi, Gh., & Karjo Kasmaie, S. (2013). *[Psychometric properties Beck Depression Inventory-second edition (BDI-II-persian)]*. *Quar Educ Measu*, 3(10), 139-57.
- Raymond, P. Tucker, R. P., Testa, R. J., Reger, M. A., Simpson, T. L., Shipherd, J. C., & Lehavot, K. (2019). *Current and Military-Specific Gender Minority Stress Factors and Their Relationship with Suicide Ideation in Transgender Veterans*. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 49(1), 155-166.
- Ronel, N., & Levy-Cahana, M. (2011). *Growing-up With a Substance-Dependent Parent: Development of Subjective Risk and Protective Factors*. *Substance Use & Misus*, 46(10), 608-19.
- Saarijarvi, S., Salminen, J. K., & Toikka, T.B. (2001). *Alexithymia and depression: A 1-year follow-up study in outpatients with major depression*. *J Psychosom Res*, 51:729-33.
- Wang, S. Y., Jiang, X. Y., Jan, W. C., & Chen, C.H. (2003). *A comparative study of postnatal depression and its predictors in Taiwan and mainland China*. *Am J Obstet Gynecol*, 189(5), 1407-12.
- Zhang, Y., Peters, A., & Chen, G. (2018). *Perceived Stress Mediates the Associations between Sleep Quality and Symptoms of Anxiety and Depression among College Nursing Students*. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 15(1)

