بررسی طرحواره های غیرانطباقی اولیه در افراد اقدام کننده به خودکشی به شیوه مسمومیت

مرجان حلمی خمیرانی[۱]، نرگس شمس علیزاده[۲]، فرزین رضاعی[۳]

۱.پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۲. استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان،سنندج، ایران.

۳.دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان(مولف مسئول)، تلفن ثابت: ۰۸۷۱-۶۶۶۰۰۲۵، frrezaie@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: در مدل شناختی بک، نظر بر آن است که تجربیات در افراد به تشکیل فرض‌ها یا طرح واره‌هایی درباره‌ی خویشتن و جهان می‌انجامد. این فرض‌ها یا طرح واره‌ها خود در سازمان‌بندی ادراک وکنترل وارزیابی رفتار، مورد استفاده قرار می‌گیرند. برخی از این فرض‌ها انعطاف ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییرند و در نتیجه ناکارآمد یا نابارور هستند. هدف از این مطالعه تعیین طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه در اقدام کنندگان به خودکشی با روش مسمومیت، براساس پرسشنامه طرح‌واره‌ای یانگ و بررسی رابطه آنها با خودکشی می باشد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مورد– شاهدی بود.گروه شاهد افراد اقدام کننده به خودکشی مراجعه کننده به بیمارستان توحید شهر سنندج و گروه کنترل افراد جامعه بودند که با گروه شاهد همسان‌سازی شدند. تعداد نمونه در هر گروه ۲۰۴ نفر بود که پرسشنامه‌های طرحواره یانگ و افسردگی بک را تکمیل نمودند. برای روش‌های آماری از مدل رگرسیون لجستیک و ضریب همبستگی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد طرح واره‌های خودتحول نیافته/گرفتار و معیارهای سرسختانه یا نامنعطف می‌توانند به عنوان عوامل موثر در بروز خودکشی مطرح باشند و نیز بین افسردگی و طرح واره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدن/بی ثباتی، انزوای اجتماعی و ایثار همبستگی وجود دارد. همچنین یافته‌ها حاکی از آن بود که در افراد غیر افسرده، طرحواره خود تحول نیافته و طرحواره محرومیت هیجانی در بروز اقدام به خودکشی نقش داشته است.

نتیجه‌گیری: به طورکلی می‌توان نتیجه گرفت؛ طرحواره خودتحول نیافته به صورت مستقل از افسردگی و طرحواره محرومیت هیجانی هم به صورت مستقل و هم به صورت غیر مستقیم (از طریق ایجاد افسردگی) در بروز رفتارهای خودکشی از طریق مسمومیت نقش دارند.

کلیدواژه: طرح واره های غیرانطباقی اولیه، خودکشی، افسردگی، پرسشنامه یانگ.

وصول مقاله:۹۲/۱/۲۶ اصلاحیه نهایی:۹۲/۴/۱۵ پذیرش:۹۲/۹/۱۷

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22102/19.1.1]

مقدمه

در مدل شناختی بک، نظر بر آن است که تجربیات در افراد به تشکیل فرض‌ها یا طرح واره‌هایی درباره‌ی خویشتن و جهان می‌انجامد. برخی از این فرض‌ها انعطاف ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییرند و در نتیجه ناکارآمد یا نابارور هستند. هنگامیکه اتفاقات محیط اطراف سبب فعال شدن این فرض‌ها و باورهای ناکارآمد شوند، افکار خود آیند منفی را بر می انگیزند که منجر به افسردگی خواهد شد. با پیشرفت افسردگی افکار خودآیند منفی هرچه بیشتر زیاد و شدید می‌گردند و افکار منطقی‌تر هر چه بیشتر ناپدید می شود و بدین ترتیب دور باطل شکل می گیرد (۱).

طرح واره درمانی یکی از شاخه‌های درمان شناختی رفتاری است که توسط جفری یانگ و همکارانش از دهه‌ی نود میلادی پایه ریزی شد (۲). براساس نظر یانگ آسیب‌های روانی از شکل‌گیری و ثابت ماندن طرح واره‌های غیر انطباقی ناشی می‌شوند (۳). طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه الگوهای هیجانی شناختی خودآسیب رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل می‌گیرند و در طول زندگی تکرار می‌شوند و اغلب زیربنای نشانه‌های مزمنی مانند افسردگی می‌شوند (۴). این طرحواره‌ها از ارضا نشدن نیازهای اولیه به ویژه نیازهای هیجانی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند و اطلاعات مربوط به رابطه‌ی بین فرد و محیط را تحریف و افکار خودکار منفی را فعال می کنند و در نهایت نگرش و پردازش شناختی نابهنجار در پی دارند. به عبارت ساده‌تر طرحواره‌ها را می‌توان فیلترهای ذهنی دانست که سبب می‌شوند فرد، دنیا را از زاویه خاصی بنگرد (۱).

پژوهشی که توسط احمدیان گرجی و همکاران روی بیماران افسرده صورت گرفت نشان داد که شدت سه طرح واره‌ی محرومیت عاطفی، وابستگی و بی کفایتی و آسیب‌پذیری در مقابل صدمه و بیماری با بروز رفتارهای خودکشی ارتباط دارد (۳). همچنین برخی مطالعات نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در اتخاذ روش‌های مقابله غیر انطباقی نشان داده اند (۶و ۵). علی رغم پیشرفت‌هایی که اخیراً در زمینه‌ی شناخت- درمانی روی داده و شناخت- درمانی به عنوان درمانی موفق برای طیف گسترده‌ای از اختلالات روانپزشکی مبتنی بر طرح واره‌ها طراحی شده است، هنوز اطّلاعات جامعی درباره‌ی ساختار طرح واره‌های خودکشی در دسترس نیست(۳) و با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت مبنی بر اینکه سالیانه یک میلیون نفر در جهان خودکشی و ۲۰ میلیون نفر اقدام به خودکشی می‌کنند و سومین علت مرگ ومیر در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال است و میزان خودکشی در ایران بالاتر از سایر کشورهای منطقه‌ی خاورمیانه است (۷). از آنجایی که این پدیده برای نظام بهداشتی و درمانی کشور پرهزینه است و با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور ما سازگار نیست یک مشکل جدی محسوب می شود.

مطالعات، رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه را با شماری از علایم روانپزشکی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت و رفتارهای ایذایی نشان داده‌اند (۱۱-۸)، اما در زمینه ارتباط طرحواره‌ها و خودکشی مطالعه چندانی انجام نشده است. ارتباط بین اقدام به خودکشی و روشهای مقابله‌ای غیرانطباقی از یکسو و افسردگی از سوی دیگر در برخی مطالعات نشان داده شده است (۱۳و۱۲). از سوی دیگر برخی محققین رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای ناسالم را مطرح کرده‌اند (۵). لذا هدف از این مطالعه تعیین طرح واره‌های غیرانطباقی اولیه در اقدام کنندگان به خودکشی بر اساس پرسشنامه طرح‌واره‌ای یانگ و تعیین ارتباط آنها با خودکشی بود. به عبارت دیگر در پی آن بودیم که نشان دهیم آیا طرحواره بخصوصی با اقدام به خودکشی در ارتباط است و آیا این ارتباط به واسطه افسردگی است یا خیر. البته به دلیل عدم دسترسی به سایر انواع اقدام به خودکشی در این مطالعه صرفا موارد اقدام به خودکشی از طریق مسمومیت دارویی بررسی شد.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22102/19.1.1]

روش بررسی

در این مطالعه مورد– شاهدی، ۲۰۴ نفراز افرادی که به روش مسمومیت اقدام به خودکشی کرده و در بخش داخلی بیمارستان توحید شهر سنندج در فاصله‌ی زمانی بهمن ماه ۱۳۸۹ تا بهمن ماه ۱۳۹۰ بستری شده بودند و حداقل ۶ ساعت از زمان بستری در بخش گذشته بود و حال عمومی آنان پایدار بود به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج تا زمان رسیدن به حجم نمونه انتخاب شدند. حجم نمونه اولیه ۲۰۰ نفر شاهد و ۲۰۰ نفر مورد در نظر گرفته شده بود، ولی به دلیل احتمال ریزش ۲۳۰ نفر پرسشنامه را پر کردند که در نهایت با خارج کردن پرسشنامه‌های ناقص (۲۶ پرسشنامه)، حجم نمونه ۲۰۴ نفر مورد و ۲۰۴ نفر شاهد شد که در مجموع به ۴۰۸ نفر رسید.

پس از توضیح مختصر در مورد هدف کار برای نمونه ها توضیحات لازم در مورد نحوه‌ی پرکردن پرسشنامه‌ها داده شد. پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و توسط خود بیمار پر شدند. به منظور تعیین شدت افسردگی و شدت طرح واره‌های ناسازگارانه اولیه پرسشنامه افسردگی بک-۱ و پرسشنامه طرح واره یانگ مورد استفاده قرار گرفت. برای هر مورد یک شاهد که از نظر سن، جنس، تحصیلات، تاهل و شغل همتا بود انتخاب شد که از بین همراهان بیماران بخش داخلی بیمارستان توحید بودند. از تمامی شرکت کنندگان در مطالعه رضایتنامه آگاهانه اخذ شد و قرار بر این بود افرادی که به هر دلیل مایل به شرکت در مطالعه نبودند مراقبتهای استاندارد را دریافت کنند، اما هیچیک از افراد واجد شرایط از شرکت در مطالعه امتناع ننمودند.

معیار ورود اقدام به خودکشی به شیوه مسمومیت دارویی در گروه مورد بود. معیارهای خروج سطح تحصیلات زیر سوم راهنمایی، سابقه ی اقدام به خودکشی در گروه شاهد و عدم تمایل به همکاری بود.

برای جمع آوری داده ها ابزارهای زیر مورد استفاده قرار گرفت:

۱- پرسش‌نامه‌ی طرح واره یانگ (نسخه سوم فرم کوتاه، ۲۰۰۵) فارسی :

دارای ۹۰ گویه و توانایی سنجش ۱۸ طرح واره‌ی اصلی را در ۵ حیطه‌ی طرح واره دارد. این پرسشنامه از نوع طیف لیکرت است و نمره های هر ماده از ۱ (در مورد من کاملا غلط است) تا ۶ (در مورد من کاملا صحیح است) نوسان دارد. در مطالعه صدوقی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در مقیاس کلی ۰/۹۴ بدست آمد و روایی آن نیز تایید شد (۱۴). مطالعات مختلف نشان داده‌اند پرسشنامه یانگ ابزار مناسبی برای شناسایی و ارزیابی طرحواره‌های زیربنایی آسیب های روانی است (۱۸-۱۴).

۲- پرسشنامه افسردگی بک-۱ :

که شامل ۲۱ سؤال می باشد که بر اساس نمره‌ی به دست آمده تقسیم بندی گردید. نمره‌ی ۹-۰ عدم افسردگی، ۱۸-۱۰ افسردگی خفیف تا متوسط، ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط تا شدید، ۶۳-۳۰ افسردگی شدید (۱۹).

برای تجزیه و تحلیل داده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. با توجه به اینکه آزمون کولوگراف اسمیرونوف نشان داد هیچکدام از متغیرها توزیع نرمال ندارند، از تستهای Mann-whitney U و Kruskal-wallis استفاده شد و برای متغیرهای کیفی با مقیاس اسمی کای اسکوار به کار رفت. همچنین برای بررسی عوامل موثر بر خودکشی مدل رگرسیون لجستیک و میزان همبستگی بین افسردگی و طرحواره ها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها

نتایج مطالعه نشان داد که ۳۷۸ نفر (۹۲/۶ درصد) جمعیت مورد مطالعه زن و ۳۰ نفر(۷/۴ درصد) آنان مرد بودند. ۲۶۹ نفر (۶۵/۹ درصد) مجرد و ۱۳۹ نفر (۳۴/۱ درصد) متاهل بودند، در کل جمعیت مورد مطالعه ۱۶۵ نفر (۴۰/۴۴ درصد) فاقد افسردگی و ۹۲ نفر (۲۲/۵۴ درصد) افسردگی خفیف تا متوسط و ۹۲ نفر (۲۲/۵۴ درصد) افسردگی متوسط تا شدید و ۵۹ نفر (۱۴/۴۶ درصد) افسردگی شدید داشتند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22102/19.1.1]

۷۵/۹۸ درصد گروه مورد و۴۳/۱۳ درصد گروه شاهد افسرده بودند. میانگین سنی و انحراف معیار جمعیت مورد مطالعه ۳/۸۳±۲۳/۰۵ سال بود. ضمن اینکه دو گروه از نظر سن، جنس و سطح تحصیلات و شغل با $p>۰/۰۵$ تفاوت معناداری نداشتند.

جدول ۱ نشان می دهد بین خودکشی و افسردگی با $p<۰/۰۰۱$ رابطه وجود دارد و شدت افسردگی در گروهی که خودکشی کرده اند بیشتر است. همچنین یافته های مطالعه نشان داد بین شدت افسردگی با طرحواره های یانگ با $p<۰/۰۰۱$ در تمام طرح واره‌ها رابطه معنادار وجود دارد و نمرات با افزایش شدت افسردگی افزایش می یابد (جدول ۲). به منظور حذف متغیرهای مخدوش کننده و بررسی تاثیر افسردگی و طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه برخودکشی درکل جمعیت مورد مطالعه و نیز تاثیر طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه برخودکشی درگروه غیر افسرده (پس از خارج ساختن افراد افسرده بر اساس نتایج پرسشنامه بک) از مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد (جداول ۳ و ۴). مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که پس از حذف متغیرهای مخدوش کننده، افسردگی در بروز خودکشی نقش دارد. همچنین این مدل نشان داد طرحواره‌های خود تحول نیافته/گرفتار (Enmeshment/Undeveloped Self) و معیارهای سفت و سخت (Unrelenting Standards) در کل گروه اقدام کننده با اقدام به خودکشی ارتباط داشت. همچنین میزان همبستگی بین افسردگی و طرحواره‌های یانگ مورد بررسی قرار گرفت که بین افسردگی و طرحواره‌های محرومیت هیجانی، ترک شدن، انزوای اجتماعی و فداکردن، همبستگی معنی دار مثبت در حد متوسط وجود دارد (جدول ۵).

جدول ۱: رابطه خودکشی با افسردگی در جمعیت مورد مطالعه

جمعیت مورد مطالعه / وضعیت افسردگی	اقدام کنندگان به خودکشی		گروه کنترل		جمع	
	فراوانی	(درصد)	فراوانی	(درصد)	فراوانی	(درصد)
عدم افسردگی	۴۹	(۲۹/۷)	۱۱۶	(۷۰/۳)	۱۶۵	(۴۰/۴۴)
خفیف تا متوسط	۵۲	(۵۶/۵)	۴۰	(۴۳/۵)	۹۲	(۲۲/۵۴)
متوسط تا شدید	۵۶	(۶۰/۹)	۳۶	(۳۹/۱)	۹۲	(۲۲/۵۴)
شدید	۴۷	(۷۹/۷)	۱۲	(۲۰/۳)	۵۹	(۱۴/۴۶)
جمع	۲۰۴	(۵۰/۰)	۲۰۴	(۵۰/۰)	۴۰۸	(۱۰۰/۰)

$p=۰/۰۰۰$

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22102/19.1.1]

جدول ۲: رابطه میانگین نمرات طرحواره یانگ با شدت افسردگی

نوع طرح واره ها	افسردگی ندارد	افسردگی ضعیف تا متوسط	افسردگی متوسط تا شدید	افسردگی شدید	P
	میانگین(میانگین رتبه‌ای)	میانگین(میانگین رتبه‌ای)	میانگین(میانگین رتبه‌ای)	میانگین(میانگین رتبه‌ای)	
شکست	۱۱/۷۳ (۱۶۱/۶۸)	۱۳/۲۶ (۱۹۷/۳۴)	۱۴/۳۲ (۲۲۰/۶۱)	۱۹/۳۷ (۳۱۰/۳۰)	۰/۰۰۰
وابستگی/بی کفایتی	۱۱/۶۱ (۱۶۸/۰۶)	۱۲/۳۳ (۱۸۷/۲۹)	۱۳/۲۸ (۲۱۲/۱۱)	۱۸/۹۸ (۳۲۱/۳۶)	۰/۰۰۰
آسیب پذیری به صدمه و بیماری	۱۱/۶۵ (۱۶۹/۷۶)	۱۲/۷۴ (۱۹۳/۴۹)	۱۳/۷۲ (۲۱۵/۶۹)	۱۸/۰۰ (۳۰۱/۳۷)	۰/۰۰۰
خود تحول نیافته/ گرفتار	۱۲/۸۹ (۱۷۵/۵۳)	۱۳/۷۶ (۱۹۹/۹۱)	۱۴/۰۳ (۲۰۴/۲۸)	۱۸/۴۷ (۲۹۳/۰۳)	۰/۰۰۰
خویشتن داری/ خودانضباطی ناکافی	۱۴/۵۰ (۱۶۲/۰۲)	۱۶/۰۵ (۱۹۹/۸۳)	۱۷/۴۴ (۲۳۲/۷۶)	۲۰/۰۳ (۲۸۶/۵۳)	۰/۰۰۰
استحقاق	۱۵/۱۶ (۱۶۷/۰۶)	۱۶/۸۱ (۲۰۹/۲۹)	۱۷/۸۰ (۲۳۲/۵۴)	۱۸/۹۷ (۲۵۸/۰۲)	۰/۰۰۰
محرومیت هیجانی	۱۲/۳۷ (۱۵۵/۶۹)	۱۴/۰۸ (۱۹۳/۴۲)	۱۵/۶۵ (۲۳۰/۹۹)	۲۱/۵۲ (۳۱۶/۹۵)	۰/۰۰۰
رهاشدن/بی ثباتی	۱۳/۲۷ (۱۴۳/۰۶)	۱۷/۴۳ (۲۳۶/۸۳)	۱۶/۸۹ (۲۲۱/۳۹)	۲۱/۱۹ (۲۹۹/۵۷)	۰/۰۰۰
بی اعتمادی	۱۲/۶۱ (۱۶۳/۱۰)	۱۴/۲۹ (۲۰۷/۹۴)	۱۴/۹۶ (۲۱۹/۲۶)	۱۹/۱۸ (۲۹۱/۹۰)	۰/۰۰۰
انزوای اجتماعی	۱۲/۰۶ (۱۵۶/۶۵)	۱۳/۷۸ (۱۹۷/۰۵)	۱۵/۳۲ (۲۲۷/۹۶)	۲۰/۱۵ (۳۱۳/۳۶)	۰/۰۰۰
شرم	۱۱/۵۹ (۱۶۶/۵۳)	۱۲/۶۹ (۱۹۶/۸۶)	۱۳/۱۹ (۲۰۶/۹۷)	۱۹/۴۱ (۳۱۸/۷۴)	۰/۰۰۰
ایثار	۱۱/۹۱ (۱۵۴/۰۴)	۱۳/۷۱ (۱۹۷/۵۱)	۱۵/۰۱ (۲۲۷/۵۳)	۲۰/۱۹ (۳۲۰/۶۲)	۰/۰۰۰
خود قربانی	۱۳/۱۹ (۱۶۳/۴۵)	۱۴/۸۶ (۲۱۰/۳۲)	۱۵/۴۰ (۲۲۴/۲۹)	۱۸/۵۱ (۲۷۹/۳۷)	۰/۰۰۰
تائید جویی	۱۵/۷۹ (۱۶۹/۵۲)	۱۷/۵۶ (۲۰۹/۸۰)	۱۸/۲۷ (۲۲۰/۵۲)	۲۰/۴۶ (۲۶۹/۰۹)	۰/۰۰۰
بازداری هیجانی	۱۲/۹۶ (۱۵۸/۱۸)	۱۴/۸۸ (۲۰۷/۷۹)	۱۵/۹۱ (۲۲۶/۱۰)	۱۹/۱۸ (۲۹۵/۲۲)	۰/۰۰۰
معیارهای سرسختانه یا نامنعطف	۱۵/۲۴ (۱۶۵/۸۸)	۱۶/۷۷ (۲۰۰/۰۹)	۱۷/۹۶ (۲۲۷/۵۸)	۲۰/۴۲ (۲۸۳/۳۹)	۰/۰۰۰
تنبیه	۱۳/۴۸ (۱۶۴/۰۳)	۱۵/۴۰ (۲۱۱/۰۶)	۱۶/۲۳ (۲۲۵/۱۲)	۱۹/۰۲ (۲۷۵/۳۱)	۰/۰۰۰
بدبینی	۱۳/۴۵ (۱۶۵/۱۶)	۱۵/۰۴ (۲۰۲/۱۱)	۱۵/۶۹ (۲۱۹/۶۲)	۱۹/۵۴ (۲۹۴/۶۷)	۰/۰۰۰

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22102/19.1.1]

جدول ۳: مدل رگرسیون لجستیک بررسی عوامل موثر بر خودکشی

عوامل	B	S.E	Wald	OR	فاصله اطمینان با ۹۵٪ (OR)		P
					حداقل	حداکثر	
افسردگی	۰/۰۶۰	۰/۰۱۲	۲۴/۹۶۴	۰/۹۴۲	۰/۹۲۰	۰/۹۶۴	۰/۰۰۰
شکست	۰/۰۲۰	۰/۰۴۰	۰/۲۶۲	۰/۹۸۰	۰/۹۰۷	۱/۰۵۹	۰/۶۰۹
وابستگی	۰/۰۴۱	۰/۰۴۸	۰/۷۲۷	۱/۰۴۲	۰/۹۴۸	۱/۱۴۶	۰/۳۹۴
آسیب پذیری به صدمه و بیماری	۰/۰۴۰	۰/۰۴۲	۰/۹۱۶	۰/۹۶۱	۰/۸۸۵	۱/۰۴۳	۰/۳۳۹
خود تحول نیافته/ گرفتار	۰/۱۴۶	۰/۰۴۲	۱۱/۸۸۸	۰/۸۶۴	۰/۷۹۵	۰/۹۳۹	۰/۰۰۱
خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی	۰/۰۹۵	۰/۰۴۶	۴/۳۱۰	۱/۱۰۰	۱/۰۰۵	۱/۲۰۳	۰/۰۳۸
استحقاق	۰/۰۵۷	۰/۰۴۵	۱/۶۰۱	۰/۹۴۵	۰/۸۶۵	۱/۰۳۲	۰/۲۰۶
محرومیت هیجانی	۰/۰۵۸	۰/۰۳۸	۲/۳۹۲	۰/۹۴۳	۰/۸۷۶	۱/۰۱۶	۰/۱۲۲
رهاشدن/بی ثباتی	۰/۰۱۳	۰/۰۳۵	۰/۱۴۴	۰/۹۸۷	۰/۹۲۰	۱/۰۵۸	۰/۷۰۵
بی اعتمادی	۰/۰۰۴	۰/۰۴۱	۰/۰۰۹	۱/۰۰۴	۰/۹۲۷	۱/۰۸۸	۰/۹۲۳
انزوای اجتماعی	۰/۰۰۴	۰/۰۴۲	۰/۰۰۸	۱/۰۰۴	۰/۹۲۴	۱/۰۹۰	۰/۹۲۹
شرم	۰/۰۴۰	۰/۰۴۴	۰/۸۵۰	۰/۹۶۰	۰/۸۸۲	۱/۰۴۶	۰/۳۵۷
فداکردن	۰/۰۳۳	۰/۰۴۴	۰/۵۵۰	۱/۰۳۳	۰/۹۴۷	۱/۱۲۷	۰/۴۵۸
خودقربانی	۰/۰۱۷	۰/۰۳۷	۰/۲۱۶	۰/۹۸۳	۰/۹۱۵	۱/۰۵۶	۰/۶۴۲
تاییدجویی	۰/۰۱۷	۰/۰۳۴	۰/۲۵۶	۰/۹۸۳	۰/۹۱۹	۱/۰۵۱	۰/۶۱۳
بازداری هیجانی	۰/۰۳۷	۰/۰۴۱	۰/۸۱۷	۰/۹۶۳	۰/۸۸۹	۱/۰۴۴	۰/۳۶۶
معیارهای سرسختانه یا نامنعطف	۰/۱۰۵	۰/۰۳۹	۷/۱۴۷	۱/۱۱۱	۱/۰۲۸	۱/۲۰۰	۰/۰۰۸
تنبیه	۰/۰۶۲	۰/۰۴۱	۲/۲۸۴	۱/۰۶۴	۰/۹۸۲	۱/۱۵۳	۰/۱۳۱
بدبینی	۰/۰۰۱	۰/۰۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۰/۹۱۶	۱/۰۸۹	۰/۹۷۷

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22102/19.1.1]

جدول۴ :مدل رگرسیون لجستیک بررسی عوامل موثر بر خودکشی در افراد غیر افسرده

عوامل	B	S.E	Wald	OR	فاصله اطمینان با ۹۵٪ (OR)		P
					حداقل	حداکثر	
شکست	۰/۱۰۵	۰/۰۹۴	۱/۲۵۰	۱/۱۱۱	۰/۹۲۴	۱/۳۳۵	۰/۲۶۴
وابستگی/بی کفایتی	-۰/۱۸۸	۰/۱۱۳	۲/۷۳۵	۰/۸۲۹	۰/۶۶۴	۱/۰۳۵	۰/۰۹۸
آسیب پذیری به صدمه و بیماری	۰/۰۹۱	۰/۱۱۰	۰/۶۹۷	۱/۰۹۶	۰/۸۸۴	۱/۳۵۸	۰/۴۰۴
خود تحول نیافته/ گرفتار	-۰/۱۹۳	۰/۰۸۲	۵/۴۸۳	۰/۸۲۵	۰/۷۰۲	۰/۹۶۹	۰/۰۱۹
خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی	-۰/۰۱۹	۰/۱۰۳	۰/۰۳۵	۱/۱۰۰	۰/۸۰۲	۱/۲۰۰	۰/۸۵۲
استحقاق	-۰/۱۰۷	۰/۰۹۸	۱/۱۹۴	۰/۹۸۱	۰/۸۰۲	۱/۲۰۰	۰/۸۵۲
محرومیت هیجانی	-۰/۱۸۶	۰/۰۷۴	۶/۴۱۶	۰/۸۳۰	۰/۷۱۸	۰/۹۵۹	۰/۰۱۱
رهاشدن/بی ثباتی	-۰/۰۵۰	۰/۰۸۹	۰/۳۱۳	۰/۹۵۱	۰/۷۹۹	۱/۱۳۳	۰/۵۷۶
بی اعتمادی	-۰/۰۵۰	۰/۰۸۹	۰/۳۱۳	۰/۹۹۲	۰/۸۳۰	۱/۱۸۶	۰/۹۳۱
انزوای اجتماعی	۰/۰۰۵	۰/۱۰۴	۰/۰۰۳	۱/۰۰۵	۰/۸۱۹	۱/۲۳۴	۰/۹۵۹
شرم	۰/۰۴۱	۰/۰۸۷	۰/۲۱۹	۱/۰۴۲	۰/۸۷۸	۱/۲۳۶	۰/۶۴۰
ایثار	-۰/۰۸۵	۰/۱۰۶	۰/۶۴۵	۰/۹۱۸	۰/۷۴۵	۱/۱۳۱	۰/۴۲۲
خودقربانی	۰/۰۶۶	۰/۰۷۲	۰/۸۳۹	۱/۰۶۹	۰/۹۲۷	۱/۲۳۲	۰/۳۶۰
تاییدجویی	۰/۰۲۸	۰/۰۷۳	۰/۱۴۸	۱/۰۲۹	۰/۸۹۱	۱/۱۸۷	۰/۷۰۰
بازداری هیجانی	۰/۰۹۷	۰/۱۰۴	۰/۸۶۱	۱/۱۰۱	۰/۸۹۸	۱/۳۵۱	۰/۳۵۳
معیارهای سرسختانه یا نامنعطف	۰/۰۳۲	۰/۰۸۳	۰/۱۵۰	۱/۰۳۳	۰/۸۷۸	۱/۲۱۴	۰/۶۹۹
تنبیه	۰/۰۱۰	۰/۱۰۷	۰/۰۰۹	۱/۰۱۰	۰/۸۱۹	۱/۲۴۶	۰/۹۲۵
بدبینی	۰/۰۰۰	۰/۰۹۸	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰	۰/۸۲۵	۱/۲۱۳	۰/۹۹۷

جدول ۵: میزان همبستگی بین افسردگی و طرحواره های یانگ

		شکست	وابستگی/بی کفایتی	آسیب پذیری	خود تحول نیافته/ گرفتار	خویشتن داری/خودانضباطی ناکافی	استحقاق	محرومیت هیجانی	تنبیه	رهاشدن/بی ثباتی
افسردگی	ضریب همبستگی	۰/۳۶۳	۰/۳۵۷	۰/۳۳۵	۰/۲۶۵	۰/۳۷۱	۰/۲۹۹	۰/۴۴۶	۰/۳۳۵	۰/۴۴۵
	P	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	فراوانی	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22102/19.1.1]

ادامه جدول۵: میزان همبستگی بین افسردگی و طرحواره های یانگ

		بی اعتمادی	انزوای اجتماعی	شرم	ایثار	خودقربانی	تایید جویی	بازداری هیجانی	معیارهای سرسختانه یا نامنعطف	بدبینی
افسردگی	ضریب همبستگی	۰/۳۵۱	۰/۴۲۴	۰/۳۴۴	۰/۴۱۸	۰/۳۱۸	۰/۳۱۵	۰/۳۷۳	۰/۳۳۱	۰/۳۶۴
	P	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	فراوانی	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸

بحث

در این مطالعه بین شدت افسردگی و اقدام به خودکشی رابطه معنادار آماری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$) و نیز بر اساس مدل رگرسیون لجستیک با حذف متغیرهای مخدوش کننده، افسردگی می تواند به عنوان عامل موثر در بروز خودکشی مطرح باشد. این نتیجه با سایر مطالعات از جمله مطالعه Pratt و همکاران همخوانی دارد (۲۰) مطالعه اخیر نشان داد حتی در بیماران دچار سایکوز غیر خلقی، اقدام به خودکشی با افسردگی ارتباط دارد نه با علایم سایکوز. طرح واره خودتحول نیافته/ گرفتار (Enmeshment/Undeveloped Self) و معیارهای سرسختانه یا نامعطف (Unrelenting Standards) به عنوان عامل موثر در بروز خودکشی بودند. طرح واره خود تحول نیافته/گرفتار اینطور مطرح می شود که ارتباط عاطفی شدید و نزدیکی بیش از حد به یکی از افراد مهم زندگی (اغلب والدین) به قیمت از دست دادن فردیت یا رشد اجتماعی طبیعی فرد منجر می گردد. غالبا اعتقاد بر این است که هیچ یک از این افراد گرفتار، بدون حمایت دیگری قادر به ادامه زندگی نبوده یا نمی توانند شاد باشند. فردی که چنین طرح واره‌ای دارد ممکن است احساس کند وجودش در دیگران ادغام شده و هویت جداگانه‌ای ندارد، این طرح‌واره اغلب به صورت احساس پوچی و سردرگمی، جهت نداشتن و بی هدفی یا در موارد شدید به صورت شک و تردید در موجودیت و ساختار وجودی فرد بروز می کند.

برخی مطالعات رابطه بین وابستگی شدید بین فردی و خودکشی را تایید کرده اند (۲۱).

در طرحواره معیارهای سرسختانه یا نامنعطف، باور اساسی بر این است که فرد برای رسیدن به معیارهای بلند پروازانه درباره رفتار و عملکرد خود باید کوشش فراوانی به خرج دهد و این کار معمولا برای جلوگیری از انتقاد صورت می‌گیرد. این طرح واره به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که تحت فشارند و نسبت به خودشان و دیگران بیش از حد عیب جویی می‌کنند و توقع دارند کارها با کیفیت عالی و در کوتاهترین زمان انجام شوند. این طرح‌واره اغلب منجر به کمال طلبی وخیمی در انسان می‌شود و فرد در صورتی که به معیارهای بلند پروازانه‌اش دست نیابد در معرض ناامیدی و خودکشی قرار می‌گیرد. مطالعات مختلف رابطه بین کمال طلبی و احتمال خودکشی را مطرح کرده‌اند (۲۴-۲۲).

یافته دیگر این بود که بین افسردگی و طرح واره‌های محرومیت هیجانی (Emotional Deprivation)، رهاشدن/بی ثباتی (Abandonment/Instability)، انزوای اجتماعی (Social Isolation) و ایثار (Self-Sacrifice) همبستگی معنی دار مثبت در حد متوسط وجود داشت. لازم به توضیح است فردی که طرح واره محرومیت هیجانی دارد عاطفه‌ای در اوایل کودکی دریافت نکرده است و نیز طرح واره رهاشدن/بی‌ثباتی در زمینه عدم ایجاد وابستگی ایمن بین والد و کودک بوده و فرد احساس

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22102/19.1.1]

می‌کند که افراد مهم زندگی‌اش نمی‌توانند حمایت عاطفی و تشویق لازم را به او بدهند. طرح واره انزوای اجتماعی بیان کننده این است که فرد از جهان کناره‌گیری نموده و با دیگران متفاوت است یا اینکه به جامعه و گروه خاصی تعلق خاطر ندارد و در نهایت طرح واره ایثار تمرکز افراطی بر ارضاء نیازهای دیگران به قیمت عدم ارضاء نیازهای خود فرد می باشد. این یافته با مطالعه Halvorsen و همکاران که نشان دادند مقیاس های پرسشنامه طرح واره یانگ می‌توانند به عنوان شاخص های آسیب پذیری برای افسردگی مطرح شوند (۱۹) و نیز با مطالعه احمدیان گرجی و همکاران که ذکر کرده اند بالارفتن شدت طرح واره‌های مختلف با بروز علائم افسردگی همراه است قابل مقایسه می‌باشد (۳). مطالعات دیگری نیز از جمله مطالعه Renner رابطه طرحواره‌های غیر انطباقی و بخصوص حوزه بریدگی و طرد (Disconnection and Rejection) (محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی ثباتی و انزوای اجتماعی) را با شدت افسردگی نشان داده اند (۱۱).

برای از میان برداشتن اثر افسردگی افراد غیر افسرده مورد ارزیابی قرار گرفتند که بر اساس مدل رگرسیون لجستیک با حذف متغیرهای مخدوش کننده صرفا طرح واره های خود تحول نیافته/ گرفتار(Enmeshment/Undeveloped Self) و محرومیت هیجانی در بروز خودکشی موثر بودند. از یافته های فوق می‌توان نتیجه گرفت که طرح واره خود تحول نیافته/گرفتار به طور مستقل از افسردگی در بروز خودکشی موثر می‌باشد و نیز طرح واره محرومیت هیجانی هم به طور مستقیم بر خودکشی موثر است وهم به طور غیر مستقیم با تاثیر بر افسردگی می‌تواند بر خودکشی تاثیر گذارد. این نتایج با مطالعه احمدیان گرجی و همکاران قابل مقایسه است. درآن مطالعه طرح واره های محرومیت هیجانی ، وابستگی/ بی کفایتی (Dependence/Incompetence) وآسیب پذیری در مقابل صدمه و بیماری(Vulnerability to Harm or Illness) بیشترین ارتباط را با خودکشی داشته‌اند و توصیه به مداخلات درمانی در این سه حیطه نموده بودند (۳). این تفاوت ممکن است به علت ویژگی‌های جامعه آماری مورد نظر این مطالعه (که در میان افراد افسرده اقدام کننده به خودکشی و افراد افسرده بدون اقدام به خودکشی صورت گرفته است و نیز تعداد نمونه این مطالعه نسبت به مطالعه اخیر محدود بوده است ۶۳ نفر در مقابل ۴۰۸ نفر) و تفاوت‌های مذهبی و فرهنگی باشد.

از محدودیت های اصلی این مطالعه کم بودن تعداد مقالات منتشر شده داخلی و خارجی در خصوص این موضوع می‌باشد که این محدودیت مطمئناً بر کیفیت بحث موثر است. همچنین ممکن است زیاد بودن تعداد سوالات باعث بی حوصلگی در جواب دادن به پرسشنامه ها شده باشد و ترخیص زودهنگام برخی بیماران با رضایت شخصی باعث می شد که این افراد در بررسی مورد مطالعه قرار نگیرند. و در نهایت در جمعیت مورد مطالعه، افراد مذکر همکاری بسیار کمی داشتند. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه بررسی رابطه سبک های دلبستگی با خودکشی و نیز مطالعات مداخله‌ای و طرحواره درمانی توصیه می شود که مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه گیری

براساس نتایج بدست آمده طرحواره‌های غیر انطباقی اولیه هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم و به واسطه افسردگی با بروز رفتار خودکشی ارتباط دارند. طرحواره خود تحول نیافته به صورت مستقل از افسردگی در بروز خودکشی نقش دارد و طرحواره محرومیت هیجانی هم بطور مستقل و هم به واسطه ایجاد افسردگی در بروز رفتارهای انتحاری موثر است. این یافته که در مطالعات قبلی به آن توجه نشده می‌تواند در مداخلات مبتنی بر جامعه و برنامه های پیشگیری از خودکشی مدنظر قرار گیرد.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22102/19.1.1]

تشکر و قدردانی

ایـن تحقیـق برگرفتـه از پایـان نامـه دانشـجویی بـوده کـه بدینوسـیله از کلیـه پرسـنل زحمـتکش بخـش اورژانـس بیمارستان توحید که صمیمانه در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

Refrencese

1. Young Jeffrey ESK, Marjorie E. Weishaar. Schema Therapy a Practitioner's Guide. New York: The Guilford Press; 2003.
2. Zerehpoush A, Neshatdosst H.T, Asgari K, Abedi M, Sadeghi Hosnije A.H. The effect of schema therapy on chronic depression in students. Journal of Research in Behavioural Sciences 2013;10:285-291.
3. Ahmadian Gorji M, Fata L, Asgharnezhad Farid A.A, Malakouti S.K. Comparison of the early maladaptive schemas of suicidal and non-suicidal depressed patients with non-clinical sample. Advances In Cognitive Science 2009;10:49-59.
4. Tabatabaee Barzoki S, Sohrabi F, Karimi Zarchi M. The effectiveness of training schema therapy's experiential techniques on the depressed persons' schemas. The Culture of Consultation and Psychotherapy 2013;11:75-86.
5. Hassani M, Fathi Ashtiani A, Rasoolzadeh Tabatabaei S.K. A comparison of early maladaptive schemas and perceived parental rearing behaviors in couples with problem-focused and emotion-focused coping style. Journal of Behavioral Sciences 2012;6:231-5.
6. Jalali I, Sarvghand S, Samani S. The mediating role of cognitive schemas in the relationship between family process and content with coping strategy styles. Developmental Pschology: Iranian Psychologists 2012;9:83-92.
7. Ghoreishi S.A., Mousavinasab N. Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008;14:115-21.
8. Muris P. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. Clinical Psychology & Psychotherapy 2006;13:405-13.
9. Cormier A, Jourda B, Laros C, Walburg V, Callahan S. Influence between early maladaptive schemas and depression. L'Encephale 2011;37:293-8.
10. Petrocelli John V; Glaser Brian A; Calhoun Georgia B; Campbell Linda F. Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. Journal of Personality Disorders 2001;15:546-559.
11. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. Journal of Affective Disorders 2012;136:581-90.
12. Jahangir F, Bazrafshan M.R, Zangoee A, Raesi T. Comparison of coping mechanisms used by suicidal attempt patients and those without suicidalhistory. Hormozgan Medical Journal 2009;13:109-13.
13. Isacsson G, Bergman U, Rich CL. Antidepressants, depression and suicide: an analysis of the San Diego study. Journal of Affective Disorders 1994;32:277-86.
14. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie M, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfehanian N. Factoranalysis of the young schema questionnaire-short form in a nonclinical Iranian sample. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14:214-219.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22102/19.1.1]

15. Ahi Q, Mohammadfar M.A, Besharat M.A. Reliability and validity of the Young Schema Questionnaire-Short Form. Psychology & Educational Science 2007;37:5-20.
16. Lee WC, Taylor G, Dunn J. Factor structure of the Schema questionnaire in a large clinical sample. Cognitive Therapy and Research 1999;23:441-51.
17. Baranoff J, Oei TP, Cho S H, Kwon S M. Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. Journal of Affective Disorders 2006;93:133-40.
18. Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The Schema Questionnaire Short Form: Factor analysisand relationship between schemas and symptoms. Cognitive Therapy and Research 2002;26:519–530.
19. Halvorsen M, Wang CE, Eisemann M, Waterloo K. Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. Cognitive Therapy and Research 2009;34:368-79.
20. Pratt D, Gooding P, Johnson J ,Taylor P, Tarrier N. Suicide schemas in non-affective psychosis: An empirical investigation. Behaviour Research and Therapy 2010;48:1211-20.
21. Nuns N, Loas G. Interpersonal dependency in suicide attempters. Psychopathology 2005;38:140-3.
22. Donaldson D, Spirito A, Farnett E. The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. Child Psychiatry and Human Development 2000;31:99-111.
23. Hamilton TK, Schweitzer RD. The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2000;34:829-35.
24. Hewitt PL, Norton GR, Flett GL, Callander L, Cowan T. Dimensions of perfectionism, hopelessness, and attempted suicide in a sample of alcoholics. Suicide andLife-Threatening Behavior 1998;28:395-406.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22102/19.1.1]