

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی (IMSA)

محمدجواد بگیان کوله‌مرز^۱، *جهانگیر کرمی^۲، خدامراد مؤمنی^۳، عادل‌الهی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه رازی کرمانشاه.

۲. دانشیار روانشناسی دانشگاه رازی کرمانشاه.

۳. دانشیار روانشناسی دانشگاه رازی کرمانشاه.

۴. استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

(تاریخ وصول: ۹۷/۰۴/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۹/۱۷)

Measuring Psychometric Properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA)

Mohammad Javed Bagiyan Koulemarz¹, *Jahangir Karami², Khodamorad Momeni³, Adele Elahi⁴

1. Ph.D. Student in General Psychology, University of Razi Kermanshah.

2. Associate Professor in Psychology, University of Razi Kermanshah.

3. Associate Professor in Psychology, University of Razi Kermanshah.

4. Assistant Professor of Psychiatry, Kermanshah University of Medical Sciences.

(Received: Jun. 26, 2018 - Accepted: Dec. 08, 2018)

Abstract

Objective: The study of the Psychometric Properties Inventory that considers the Motivations for Suicide Attempts in all the theories concerned it can be proportional to the type of motivation, confined for evaluation, diagnosis and intervention. The purpose of this research was to measuring psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA). **Method:** The sample consisted of 250 suicide attempted persons who were selected by Purposive sampling method. The data was analyzed through exploratory and confirmatory factor analysis. **Result:** The results of the exploratory factor analysis identified 9 factors, which in total, explained 64.11% of the variance in mental pain. 43 items in 9 factors were validated by confirmatory factor analysis. Cronbach's alpha was 0.94 for the whole IMSA, 0.83 for Hopelessness, 0.75 for Psychache, 0.76 for Escape, 0.68 for Burdensomeness, 0.68 for Low Belongingness, 0.68 for Fearlessness, 0.72 for Interpersonal Influence, 0.75 for Help-Seeking and 0.73 for Impulsivity. **Conclusion:** Persian version of Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA) has acceptable psychometric properties among Suicide Attempts and can be used as a valid tool for both clinical and research goals when a comprehensive assessment of Motivations for Suicide Attempts is needed.

Keywords: Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA), factor analysis, psychometric properties, Suicide Attempts.

چکیده

مقدمه: بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌ای که انگیزه‌های اقدام به خودکشی را در همه نظریه‌های موردتوجه قرار داده باشد می‌تواند متناسب با نوع انگیزه بستری را برای ارزیابی، تشخیص و مداخله فراهم آورد. این پژوهش باهدف ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی (IMSA) انجام گرفت. روش: نمونه پژوهش شامل ۲۵۰ نفر از افراد اقدام کننده به خودکشی بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد. یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل عامل اکتشافی ۹ عامل را شناسایی کرد که در مجموع این ۹ عامل ۶۴/۱۱۵ درصد از واریانس انگیزه برای اقدام به خودکشی را تبیین می‌کنند. نتایج تحلیل عامل تأییدی ۴۳ گویه را در نه عامل تأیید کردند. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی ۰/۹۴ و برای عامل ناامیدی ۰/۸۳، درد ذهنی ۰/۷۵، عامل فرار ۰/۷۶، عامل فشار ادراک شده ۰/۶۸، حس تعلق کم ۰/۶۸، بی‌پروایی و نرسیدن ۰/۷۴، تأثیر بین فردی ۰/۷۲، جستجوی کمک و حل مسئله ۰/۷۵، تکانشوری ۰/۷۳ به دست آمد. نتیجه‌گیری: نسخه فارسی پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی در افراد اقدام کننده، از خصوصیات روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار است و می‌توان از آن به‌عنوان ابزاری معتبر برای هر دو هدف پژوهشی و بالینی زمانی که یک ارزیابی جامع از انگیزه‌های اقدام به خودکشی لازم است استفاده کرد.

واژگان کلیدی: پرسشنامه انگیزه اقدام به خودکشی، ساختار عاملی، ویژگی‌های روان‌سنجی، اقدام به خودکشی.

*نویسنده مسئول: جهانگیر کرمی

Email: j.karami@razi.ac.ir

*Corresponding Author: Jahangir Karami

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول از دانشگاه رازی کرمانشاه می‌باشد.

بهرتر و یافتن راه‌های پیشگیری از خودکشی و رفتار خودکشی، از ضروریات به شمار می‌آید. از سوی دیگر اگرچه اغلب پژوهش‌های حوزه خودکشی روی همبسته‌های این پدیده تمرکز داشته‌اند، اما راه دیگر برای بهتر شناختن و پیشگیری از خودکشی، شناخت انگیزه‌های اقدام به خودکشی است. درک متداول‌ترین انگیزه‌های اقدام به خودکشی می‌تواند مدل‌های مفهومی خودکشی را غنی سازد و طراحی برنامه‌های پیشگیری و مداخله در خودکشی را تسهیل سازد. از نظر بالینی، شناسایی انگیزه‌ها اقدام به خودکشی یک مراجع، بالینی‌گر و اقدام کننده را قادر می‌سازد راه‌های دیگری برای حل مشکل بیابند، و خطر احتمال بروز اقدام به خودکشی در آینده را کاهش دهند (کلونسکی، می و سافر^۵، ۲۰۱۶). اگرچه طبق تعریف، انگیزه برای مردن، یک انگیزه متداول در همه اقدام به خودکشی‌هاست اما پژوهش‌ها حاکی از این است که عوامل دیگری همچون تمایل به فرار، صحبت کرد، تغییر دادن محیط، و مقابله با یک وضعیت غیرقابل تحمل، نیز بر اقدام به خودکشی تأثیر می‌گذارند (برون، کومتویس و لینهان^۶، ۲۰۰؛ چاپمن و دیکسون-گوردون^۷، ۲۰۰۷؛ هولدن، کر، مندونال و ولامور^۸، ۱۹۹۸؛ می و کلونسکی، ۲۰۱۳؛ اشنايدر، والچ، بیکسل و میشل^۹، ۱۹۹۹). نظریه‌های مختلف خودکشی، فرضیه‌های متفاوتی در مورد دلایل

رفتار خودکشی یکی از دلایل مرگ و ناتوانی در سراسر دنیاست. در تمام دنیا، خودکشی پنجمین عامل مرگ و میر است، و ۱/۴ درصد از کل مرگ‌ها را به خود اختصاص می‌دهد (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۱۴). هر ساله بیش از ۸۰۰ هزار نفر در دنیا جان خود را به خاطر خودکشی از دست می‌دهند. نرخ مرگ جهانی سن استاندارد شده در سال ۲۰۱۲، ۱۱/۴ در هر ۱۰۰ هزار نفر بود و سازمان جهانی بهداشت (WHO) نیز اعلام کرده است که این نرخ تا سال ۲۰۳۰ ثابت باقی می‌ماند (WHO، ۲۰۱۴، ۲۰۱۳). نرخ جهانی شیوع افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در طول عمر به ترتیب ۹/۲ و ۲/۷ است (ناک، ودیگ، جانیس و دلبرتو^۲، ۲۰۰۸). افکار خودکشی و اقدام به خودکشی قویاً مرگ بر اثر خودکشی را پیش‌بینی می‌کنند و ممکن است به پیامدهای منفی همچون آسیب‌های جدی، بستری شدن؛ و از دست دادن آزادی منجر شوند؛ و میلیاردها دلار هزینه به دوش اجتماع می‌گذارند (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۳، ۲۰۱۰؛ ناک و همکاران، ۲۰۰۸؛ WHO، ۲۰۱۴). در مجموع، خودکشی و رفتار خودکشی نوزدهمین دلیل پیشرو بار جهانی بیماری^۴ (یعنی، سال‌های ازدست‌رفته به خاطر ناتوانی، بیماری سلامتی، و مرگ زودهنگام)، و به ترتیب، ششمین و نهمین عامل بار جهانی بیماری در میان زنان و مردان ۱۵ تا ۴۴ هستند (WHO، ۲۰۰۸). از این‌رو، درک

5 . Saffer

6 . Brown, Comtois & Linehan

7 . Chapman & Dixon.Gordon

8 . Holden, Kerr, Mendonca & Velamoor

9 . Schnyder, Valach, Bichse & Miche

1 . World Health Organization

2 . Nock, Wedig, Janis & Deliberto

3 . Centers for Disease Control and Prevention

4 . global disease burden

نظری که در بالا ذکر شد توجه چندانی نداشته‌اند. تلاش‌های اولیه برای سنجش انگیزه‌های خودکشی توسط جان بانکروفت و همکارانش در دهه ۱۹۷۰ انجام شد. این پژوهشگران انگیزه‌های بالقوه را در کسانی که بر اثر مصرف بیش‌ازحد مواد اوردوز^{۱۶} کرده بودند بررسی کرده، و در نهایت به ۱۴ عامل احتمالی دست یافتند (بانکروفت، هاوتون، سیمگین، گینگستون، کامینگ^{۱۷}، ۱۹۷۹؛ بانکروفت، اسکریم شیر^{۱۸} و سیمگین، ۱۹۷۶). بیست سال بعد، هولدن و همکاران (۱۹۹۸) از این آیت‌ها برای ساخت پرسشنامه دلایل اقدام به خودکشی^{۱۹} استفاده کردند. مدت کوتاهی بعد از آن، لینهان لینهان و همکارانش (به نقل از برون، هنریگوس^{۲۰} و بک، ۲۰۰۲) دلایل رفتارهای خودزنی را به‌عنوان بخشی از مصاحبه تاریخچه شبه‌خودکشی^{۲۱} مطرح نمودند. به‌تازگی نیز مقیاس انگیزه‌های اقدام به خودکشی^{۲۲} (IMSA) (می و کلونسکی، ۲۰۱۳) طراحی شده است. طراحی IMAS برخلاف ابزارهای قبلی بر اساس نظریه‌های اساسی خودکشی بوده است. IMAS از ۹ خرده مقیاس تشکیل شده است که انگیزه‌های تأکید شده در این نظریه‌ها را اندازه‌گیری می‌کند.

با استفاده از ابزارهای بالا می‌توان چند درس مهم در مورد خودکشی آموخت. هم در ابزارهای منطبق محور و هم در ابزارهای پژوهش محور

اقدام به خودکشی بیان می‌کنند. نظریه خودکشی شنایدمن^۱ (۱۹۹۳) درد روانی^۲ (درد هیجانی یا روان‌شناختی) را به‌عنوان انگیزه اصلی اقدام به خودکشی قلمداد می‌کند. وی عقیده دارد خودکشی زمانی روی می‌دهد که آستانه تحمل درد روانی پر شود. آستانه تحمل افراد با یکدیگر متفاوت است. بامیستر^۳ (۱۹۹۰) نظریه‌ای را بر اساس سازه‌های شناختی، اجتماعی، شخصیتی و روان‌شناختی ارائه می‌دهد. نظریه فرار^۴ وی بیان می‌کند که بسیاری از اقدام به خودکشی‌ها برای کاهش خودآگاهی منفی است. نظریه بین‌فردی^۵ جویزر (۲۰۰۵) نیز می‌گوید که دو حوزه، فشار ادراک شده و احساس تعلق از میان‌رفته، با یکدیگر تعامل کرده و میل به خودکشی را ایجاد می‌کنند. سایر نظریه‌ها به نقش ناامیدی^۶ (آبرامسون، آلوی، هوگان، وایت چوس^۷، ۱۹۸۹)، حل مسئله^۸ (بیچلر^۹، ۱۹۷۹)، تکانشگری^{۱۰} (سیمون، سوان، پوول، پوتر و کریسنو^{۱۱}، ۲۰۰۱)، و تعامل بین فردی^{۱۲} (فاربرو^{۱۳} و شنایدمن، ۱۹۶۱؛ کوبلر و استاتلند^{۱۴}، ۱۹۶۴؛ کریتمن^{۱۵}، ۱۹۷۷) به‌عنوان انگیزه‌های اقدام به خودکشی اشاره کرده‌اند. متأسفانه، اغلب ابزارهایی که برای ارزیابی انگیزه‌های خودکشی طراحی شده‌اند، به چارچوب

- 1 . Shneidman
- 2 . psychache
- 3 . Baumeister
- 4 . escape theory
- 5 . interpersonal theory
- 6 . hopelessness
- 7 . Abramson, Alloy, Hogan, Whitehouse & Gibb
- 8 . problem.solving
- 9 . Baechler
- 10 . impulsivity
- 11 . Simon, Swann, Powell, Potter & Kresnow
- 12 . interpersonal communication
- 13 . Farberow
- 14 . Kobler & Stotland
- 15 . Kreitman

- 16 . overdoses
- 17 . Bancroft, Hawton, Simkin, Kingston & Cumming
- 18 . Skrimshire
- 19 . Reasons for Attempting Suicide Questionnaire
- 20 . Brown, Henriques
- 21 . Parasuicide History Interview
- 22 . Inventory of Motivations for Suicide Attempts

ارتباط دارد. انگیزه‌های تعاملی در مقایسه با انگیزه‌های درونی، نسبتاً حالت محافظتی دارند. مثلاً، در پژوهشی روی دانشجویان و بیماران بستری که به‌تازگی اقدام به خودکشی کرده بودند مشخص شد که انگیزه‌های تعاملی بیشتر با قصد خودکشی پایین‌تر و احتمال متوقف کردن خودکشی ارتباط دارند، درحالی‌که انگیزه‌های درونی با تمایل واقعی به مردن مرتبط هستند (می و کلونسکی، ۲۰۱۳). این یافته‌ها هم‌راستا با پژوهش‌های قبلی است که اظهار کرده‌اند دلایل درونی با قصد و آمادگی بیشتری برای خودکشی مرتبط هستند، درحالی‌که انگیزه‌های تعاملی چنین نیستند (هلملند و همکاران، ۲۰۰۲؛ هولدن و همکاران، ۱۹۹۸). یکی از دلایل توجیه‌کننده این یافته این است که وجود انگیزه‌های معطوف به روابط اجتماعی، نشان‌دهنده ارتباط پیوسته میان شخص و دیگران، تمایل به حفظ این رابطه، و درنهایت، سرمایه‌گذاری پیوسته روی زندگی است. ارتباط با دیگران ممکن است مانعی برای تمایل به مرگ باشد، درحالی‌که فقدان انگیزه‌های تعاملی می‌تواند نشان‌دهنده ارتباطات کمتر باشد، و از این رو، میل به مرگ را در فرد پدید آورد. علاوه بر این، کسانی که با انگیزه‌های تعاملی، به‌خصوص درخواست کمک، خودکشی می‌کنند بیشتر احتمال دارد که در درمان‌هایی که بعد از این رویداد برای آن‌ها برگزار می‌شوند مشارکت کنند. مهم است یادآوری کنیم که همه پژوهش‌هایی که انگیزه‌های خودکشی را بررسی کرده‌اند، روی کسانی بوده‌اند که اقدام به خودکشی داشته و از آن نجات یافته‌اند (می و همکاران، ۲۰۱۶). برای

می‌توان به دو گروه اساسی از انگیزه اقدام به خودکشی اشاره کرد (برون و همکاران، ۲۰۰۲؛ هولدن و دولیز، ۲۰۰۶؛ می و کلونسکی، ۲۰۱۳؛ می، کلونسکی و سافر^۱، ۲۰۱۶). گروه اول، انگیزه‌های درونی (معطوف به خود) مانند ناامیدی، درد هیجانی بسیار زیاد، نیاز به فرار، و سایر حالات هیجانی و شناختی پریشان‌کننده را در برمی‌گیرند. گروه دوم نیز انگیزه‌های تعاملی^۳ (معطوف به دیگران) مانند تمایل به صحبت کردن، تأثیر گذاشتن، یا درخواست کمک از دیگران را شامل می‌شود. با توجه به اینکه پژوهش‌های مختلفی این دودسته عوامل را تأیید کرده‌اند، سودمندی معتبر و بالینی این حوزه‌ها افزایش می‌دهد. در پژوهش‌ها به انگیزه‌های درونی خودکشی، به‌خصوص درد زیاد و ناامیدی، خیلی بیشتر از انگیزه‌های تعاملی اشاره شده است. پژوهش‌های بسیار زیادی ذکر کرده‌اند که اغلب اقدام‌کنندگان به خودکشی به انگیزه‌های درونی اشاره کرده‌اند (برون و همکاران، ۲۰۰۲؛ هولدن و همکاران، ۲۰۰۲؛ هاتون، نوردویک، بیل - برا و دیلو^۴، ۲۰۰۲؛ هولدن و همکاران، ۱۹۹۸؛ می و کلونسکی، ۲۰۱۳؛ می و همکاران، ۲۰۱۶)، و تا جایی که ما می‌دانیم، استثنایی در این زمینه نبوده است. گروه کوچکی از اقدام‌کنندگان نیز هستند که انگیزه‌های تعاملی را، تقریباً همیشه در کنار انگیزه‌های درونی و نه به‌جای آن‌ها، ذکر می‌کنند. جالب است که نوع انگیزه‌های ذکر شده با نوع اقدام به خودکشی

1 . Holden & DeLisle
2 . Saffer
3 . Communication motivation
4 . Hjelmeland, Hawton, Nordvik, Bille, Brahe & DeLeo

این انگیزه‌ها اهمیت بسزایی در بعد روانشناسی سلامت، روانشناسی اجتماعی و روانشناسی بالینی دارد.

از سوی دیگر با توجه به چالش‌های موجود در زمینه ارزیابی دلایل^۱، انگیزه^۲ و عمل^۳ اقدام به خودکشی ما در این پژوهش بر آن شدیم تا بر اساس نظریه سه‌گامی می و کلونسکی (۲۰۱۳) انگیزه‌های اقدام به خودکشی را در ایران شناسایی کنیم و با بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه انگیزه‌های اقدام برای خودکشی (IMSA) و اندازه‌گیری جامع آن نه تنها به یک درک نظری در خصوص اقدام به خودکشی برسیم بلکه با شناسایی انگیزه‌های اقدام به خودکشی و متناسب‌سازی مداخلات روان‌شناختی بتوانیم از اقدام به خودکشی در گروه‌های در معرض خطر پیشگیری کنیم. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی (IMSA) بود.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی - کاربردی و از حیث نوع گردآوری اطلاعات پیمایشی پرسشنامه‌ای و از نظر روش‌شناسی، از جمله مطالعات آزمون‌سازی به حساب می‌آید که در قالب یک طرح پژوهشی همبستگی انجام گرفته است. در این پژوهش از روش همبستگی، رگرسیون، مطالعه نیکویی برازش و تحلیل عاملی (اکتشافی و تأییدی) جهت مطالعه میزان رابطه و

سنجش افراد در معرض خطر ابزارهایی وجود دارد که از آن جمله می‌توان به مقیاس بک برای افکار خودکشی اشاره نمود. این مقیاس یکی از ابزارهای معمول و پر استفاده در مطالعات مربوط به افکار خودکشی است. این آزمون در ایران نیز اعتباریابی شده و واجد شرایط لازم برای استفاده در پژوهش‌های مختلف تشخیص داده شده است. اما مسئله‌ای که در اینجا وجود دارد یکی این است که تقریباً تمامی این ابزارها به افکار خودکشی کنونی می‌پردازند و نمی‌توانند امکان بالقوه خودکشی را در افرادی که هم‌اکنون افکار خودکشی ندارند را بسنجند؛ دوم اینکه تاکنون تمام ابزارهای مورد استفاده برای سنجش و شناسایی افکار خودکشی طراحی شده‌اند و لذا کمتر آزمونی برای شناسایی چندبعدی انگیزه‌های اقدام به خودکشی را در افراد اقدام‌کننده به خودکشی مورد استفاده قرار گرفته است؛ سوم اینکه بر این اساس با بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی می‌توان انگیزه‌های اصلی و اساسی را در افراد اقدام‌کننده شناسایی کرد و با توجه به نوع انگیزه اقدام به خودکشی (درون‌فردی و بین‌فردی) بتوان از مداخلات مناسب جهت پیشگیری از اقدام مجدد استفاده کرد. تا در صورت مساعد بودن نتیجه، زمینه استفاده از این پرسشنامه برای سنجش انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی مهیا شود که این موضوع برای شناسایی انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد مقاوم در برابر خودکشی و بررسی عوامل مؤثر در ایجاد

1. reason
2. motivation
3. function

همخوانی بین متغیرها استفاده شده است. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه افراد اقدام کننده به خودکشی به روش مسمومیت دارویی مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر کرمانشاه در فاصله ماه‌های مهر تا بهمن سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دهند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۲۵۰ نفر از افراد اقدام کننده به خودکشی به شیوه مسمومیت دارویی مراجع کننده به اورژانس بیمارستان درمانی امام خمینی (ره) شهر کرمانشاه در فاصله ماه‌های مهر ۱۳۹۶ تا بهمن ۱۳۹۶ بود که با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بدین صورت که پس از هماهنگی‌های لازم با دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و کسب مجوزهای لازم از سوی دانشگاه ضمن بیان اهداف پژوهش و با رعایت ملاحظات اخلاقی در بیمارستان امام خمینی (ره) به صورت یک نوبت کاری در اورژانس بیمارستان حضور و از بین افراد اقدام کننده به خودکشی به شیوه مسمومیت دارویی (در فاصله ماه‌های مهر تا بهمن) ۲۵۰ نفری که متمایل به حضور در پژوهش بودند و حداقل ۶ ساعت از زمان بستری در بخش گذشته بود و حال عمومی آنان پایدار بود و ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند به روش هدفمند انتخاب شدند و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. همچنین با به کارگیری ملاک‌های ورود و خروج زیر معیار همگونی^۱ آزمودنی‌ها رعایت گردید: ۱- افراد نمونه تحقیق اقدام به

خودکشی به روش مسمومیت دارویی کرده باشند؛ ۲- برای اولین بار اقدام به خودکشی کرده باشند، ۳- دارا بودن حداقل سن ۱۶ و حداکثر ۴۰؛ ۴- داشتن حداقل سطح تحصیلات راهنمایی برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها. در مورد حجم نمونه، بریانت و بارنولد^۲ (۱۹۹۵) با توجه به تعداد گویه‌های مقیاسی که قرار است ساختار عاملی آن بررسی شود، به ازای هر گویه حداقل ۵ نفر را به عنوان حجم نمونه لازم در پژوهش پیشنهاد می‌کنند. همچنین هومن و عسگری (۱۳۸۴) حداقل حجم نمونه را ۲۵۰ نفر و تعداد ۵۰۰ نفر را برای تحلیل مطلوب می‌دانند. بر این اساس در پژوهش حاضر ۲۵۰ نفر شرکت داده شدند. برای انجام تحلیل عوامل تأییدی پرسشنامه انگیزه‌های اقدام برای خودکشی در مطالعه دوم (تحلیل عوامل تأییدی) نیز ۲۴۰ نفر از افراد اقدام کننده به خودکشی به شیوه مسمومیت دارویی مراجع کننده به اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از مجموع کل نمونه ۲۴۰ نفری برای تحلیل عوامل تأییدی، تعداد ۲۳۰ پرسشنامه جمع‌آوری شد که پس از حذف ۸ مورد دارای سؤالات بدون پاسخ، تعداد ۲۲۲ پرسشنامه جهت تحلیل مورد بررسی قرار گرفتند.

پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجانی^۳ (DERS): مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی یک مقیاس ۳۶ آیتمی است که توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) طراحی شده است که دارای یک نمره کلی و ۶ نمره اختصاصی در زیر مقیاس‌های

2. Bryant & Yarnold

3. Difficulty Emotion Regulation Scale

1. benchmark

پرسشنامه افسردگی بک BDI-II و اضطراب بک BIA صورت گرفته بود، نتایج نشان داد که خرده مقیاس‌های پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجانی دارای دامنه ضریب همبستگی ۰/۱۱ تا ۰/۴۴ با اضطراب بک و ۰/۱۶ تا ۰/۵۱ با افسردگی بک است (خانزاده و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۳ و به ترتیب برای خرده مقیاس عدم پذیرش هیجان‌ها ۰/۸۴، دشواری‌های کنترل تکانه ۰/۷۶، فقدان آگاهی هیجانی ۰/۷۶ و شفافیت هیجانی ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی اورباخ و میکولینسر^۱ (OMMP): این مقیاس برای اندازه‌گیری شدت درد ذهنی توسط اورباخ، میکولینسر، سیروتا، گیلوا- اسچتمن^۲ (۲۰۰۳) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۴۴ ماده سؤال است و اعتبار یابی اولیه آن بر روی ۲۵۵ دانشجوی انجام شد. تحلیل عوامل اکتشافی اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ۹ خرده مقیاس را برای اندازه‌گیری جنبه‌های مختلف درد ذهنی شامل تغییرناپذیری، فقدان کنترل، خودشیفتگی/ بی‌ارزشی، آشفتگی هیجانی، خشک زدگی (بهت)، از خودبیگانگی، سردرگمی، فاصله‌گیری اجتماعی و پوچی (بی‌معنایی) را شناسایی کرد. در یک مطالعه اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آزمون بازآزمون این پرسشنامه در یک فاصله ۳ هفته‌گی در یک نمونه (۵۳ نفری، ۳۰ زن و ۲۳ مرد) در دامنه بین ۰/۷۹ و ۰/۹۴ گزارش کردند. ضریب آلفای

است که مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجانی است این زیر مقیاس‌ها عبارت‌اند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند (اهداف)، دشواری‌های کنترل تکانه (تکانه)، فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها)، فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت). نحوه پاسخ‌دهی به این مقیاس بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس است. گراتز و رومر (۲۰۰۴) به بررسی پایایی و روایی این مقیاس در یک نمونه ۴۷۹ نفری از دانشجویان دوره لیسانس نیز پرداختند. این مقیاس در نمره کل (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳) و در همه زیر مقیاس‌ها (ضریب آلفای بزرگ‌تر از ۰/۸۰) ثبات درونی خوبی نشان داد و پایایی آزمون بازآزمون آن نیز در یک دوره زمانی ۸-۴ هفته‌ای برای (زیر مقیاس‌ها $P < 0.01$ و $P > 0.57$ و نمره کل $P < 0.01$ ، $P = 0.88$) مناسب گزارش شد. در یک پژوهش خانزاده، سعیدیان، حسین‌چاری و ادریسی (۱۳۹۱) به پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی را بر اساس آلفای کرونباخ (و باز آزمایی) برای پذیرفتن پاسخ‌های هیجانی ۰/۸۸ (و ۰/۹۱)، دشواری در انجام رفتار هدفمند ۰/۸۱ (و ۰/۸۶)، دشواری در کنترل تکانه ۰/۸۱ (و ۰/۸۳)، فقدان شفافیت هیجانی ۰/۷۴ (و ۰/۸۱)، فقدان آگاهی هیجانی ۰/۶۶ (و ۰/۷۹) و راهبردهای محدود ۰/۸۳ (و ۰/۸۸) گزارش کردند. روایی هم‌زمان این پرسشنامه نیز از طریق اجرای هم‌زمان آن با

1. Orbach Mikulincer Mental Pain (OMMP)
2. Orbach, Mikulincer, Sirota & Gilboa.Schechtman

می‌شود. گزینه‌های پاسخ‌دهی عبارت‌اند از شدیداً موافقم، موافقم، تا حدی موافقم، تا حدی مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم که به ترتیب نمره ۶ تا ۱ را به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین در این سیاهه نمره آزمودنی بین ۲۵ تا ۱۵۰ متغیر خواهد بود و نمرات بالا بیانگر تاب‌آوری بیشتر در برابر خودکشی است. در یک پژوهش بین فرهنگی فنگ، فریدنتال^۲ و عثمان (۲۰۱۴) به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در چین و آمریکا پرداختند. آن‌ها پایایی این پرسشنامه در نمونه آمریکایی را بر اساس آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۲ و برای سه عامل آن محافظ درونی، ثبات هیجانی و محافظ بیرونی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کردند. ضریب پایایی در نمونه چینی نیز به ترتیب برای کل پرسشنامه ۰/۹۰، و برای سه خرده‌مقیاس آن به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۶ و ۰/۸۵ گزارش شد. نتایج حاصل از اعتبار یابی سیاهه تاب‌آوری در برابر خودکشی مهدی‌یار و نجاتی (۱۳۹۵) نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۶ و ضریب باز آزمایی آن در فاصله دو هفته ۰/۸۳ به دست آمد. روایی هم‌زمان پرسشنامه تاب‌آوری در برابر خودکشی از طریق تعیین ضریب همبستگی بین این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک محاسبه شد که ضریب ۰/۶۰- به دست آمد. که نشان‌دهنده روایی هم‌زمان این پرسشنامه است (مهدی‌یاری و نجاتی، ۱۳۹۴). همچنین دامنه همبستگی گویه‌ها با نمره کل بین ۰/۳۴ تا ۰/۷۵ است. در پژوهش حاضر، ضریب

کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) در خرده‌مقیاس‌های تغییرناپذیری ۰/۹۵، فقدان کنترل ۰/۹۵، خودشیفتگی/بی‌ارزشی ۰/۹۳، آشفتگی هیجانی ۰/۹۳، خشک‌زدگی (بهت) ۰/۸۵، ازخودبیگانگی ۰/۷۹، سردرگمی ۰/۸۰ فاصله‌گیری اجتماعی ۰/۸۰ و پوچی (بی‌معنایی) ۰/۷۵ گزارش شد. لازم به ذکر است در این مقیاس آیت‌های ۲۵ و ۴۲ نمره‌گذاری معکوس می‌شوند. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط کرمی، بگیان کوله‌مرز، مؤمنی و الهی (۱۳۹۷) محاسبه شد ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه درد ذهنی ۰/۹۶۶ و برای عامل پوچی (بی‌معنایی) و بی‌ارزشی ۰/۹۵۲، عامل سردرگمی و آشفتگی هیجانی ۰/۸۹۳، عامل فقدان کنترل ۰/۸۷۷، عامل تغییرناپذیری ۰/۸۷۲، عامل فاصله‌گیری اجتماعی/ازخودبیگانگی ۰/۸۶۹ و عامل ترس از تنهایی ۰/۶۱۷ به دست آمد. بین خرده‌مقیاس‌های درد ذهنی با افسردگی، اضطراب و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجانی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0.01$) (کرمی و همکاران، ۱۳۹۷). سیاهه تاب‌آوری در برابر خودکشی^۱ (RSI-25). برای اولین بار توسط عثمان و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شد. این سیاهه دارای ۲۵ ماده است که به سنجش ابعاد محافظ درونی سؤالات (۱ تا ۱۰)، ثبات هیجانی سؤالات (۱۱ تا ۱۹) و محافظ بیرونی سؤالات (۲۰ تا ۲۵) می‌پردازد. در این سیاهه از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده

با استفاده از روش آزمون - باز آزمون پایایی آزمون برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (می و کلونسکی، ۲۰۱۳). در این پرسشنامه حاصل جمع خرده مقیاس‌های ناامیدی، درد ذهنی، فرار و اجتناب، فشار ادراک شده، احساس تعلق پایین و نترسیدن (بی- پروایی) انگیزه‌های درون فردی و تأثیر بین فردی و جستجوی کمک انگیزه‌های بین فردی را تشکیل می‌دهند. لازم به ذکر است در این پرسشنامه سوالات ۱۲، ۲۳، ۲۵ و ۲۷ سایر آیتم‌ها را تشکیل می‌دهند. به منظور تهیه نسخه فارسی از تکنیک ترجمه معکوس استفاده شد. ابتدا این ابزار توسط دو نفر از مقاله به فارسی ترجمه شد. دو ترجمه بعد از یک نشست مشترک مورد واریسی قرار گرفت و تناقض‌های موجود مرتفع شود. در مرحله بعد ترجمه اصلاح شده توسط یک متخصص ادبیات فارسی مورد ویرایش قرار گرفت. ترجمه ویرایش شده در اختیار دو مترجم مسلط به زبان انگلیسی قرار گرفت تا از صحت ترجمه اطمینان حاصل گردد. در مرحله بعد، یک متخصص زبان انگلیسی متن پرسشنامه را مجدداً به انگلیسی برگرداند. در مرحله آخر، نسخه اصلی به همراه نسخه ترجمه شده و برگردان مجدد در اختیار سه نفر از اساتید دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه رازی قرار داده شد تا ترجمه تأیید شود. پس از تأیید نسخه نهایی و رفع چالش‌های موجود در یک مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر از افراد اقدام کننده به خودکشی اجرا شد و مشکلات جزئی موجود در زمینه درک محتوای سؤال‌ها برطرف شد. پس از اخذ مجوز از دانشگاه

پایایی خرده مقیاس‌های عوامل محافظ درونی با روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۵۴، ثبات هیجانی ۰/۹۶۵، عوامل محافظ بیرونی ۰/۹۱۲ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی^۱ (IMSA): پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی می و کلونسکی^۲ (۲۰۱۳) یک ابزار خود سنجی ۵۴ سؤالی است. این پرسشنامه به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای اقدام به خودکشی تهیه شده است. مقیاس بر اساس یک طیف ۵ درجه‌ای از اصلاً مهم نیست = ۰ تا بسیار مهم است = ۴ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از ۰ تا ۲۱۶ است. بر اساس تحلیل عامل با افراد اقدام کننده به خودکشی آشکار شد که مقیاس انگیزه برای اقدام به خودکشی می و کلونسکی (۲۰۱۳) ترکیبی از ۱۰ عامل ناامیدی، درد ذهنی، فرار و اجتناب، فشار ادراک شده، حس تعلق کم، بی- پروایی و نترس بودن، اثر بین فردی، جستجوی کمک، تکانشوری و حل مسئله است. پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های ناامیدی (۰/۷۷)، درد روانی (۰/۸۴)، فرار و اجتناب (۰/۸۰)، فشار ادراک شده (۰/۸۸)، حس تعلق کم (۰/۷۴)، بی‌پروایی (۰/۷۴)، تکانشوری (۰/۷۴)، اثر بین فردی (۰/۸۹)، جستجوی کمک (۰/۸۴) و حل مشکل (۰/۵۵) و

1. Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA)

2. Alexis, May & Klonsky

یافته‌ها

قبل از انجام تحلیل‌های مربوطه، وضعیت کلی داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا وجود داده‌های خارج از محدوده بررسی و با مراجعه به اصل پرسشنامه‌ها اصلاحات لازم انجام شد. پس از آن از بین ۱۳۰ داده جمع‌آوری شده داده‌های گزارش نشده مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد ۸ داده گزارش نشده وجود دارد. افزون بر آن داده‌های پرت تک‌متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی^۶ بررسی شدند. برای ارزیابی داده‌های پرت چندمتغیری از آماره ماهالانوبیس^۷ استفاده شد. نتایج نشان داد که هیچ داده پرت چندمتغیری در داده‌ها وجود ندارد. علاوه بر آن کجی و چولگی داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS بررسی شد و مشخص شد که کجی و چولگی هیچ‌کدام از مقادیر بیشتر از $1 \pm$ نمی‌باشد. مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف ارزیابی شد و نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است. استقلال داده‌ها با استفاده از آماره دوربین واتسون^۸ (DW) بررسی و تأیید شد. همچنین هم‌خطی چندگانه با استفاده از آماره رواداری^۹ و عامل افزایش واریانس^{۱۰} (VIF) محاسبه شد و نتایج نشان داد هیچ‌کدام از مقادیر رواداری کوچک‌تر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ‌کدام از مقادیر VIF بزرگ‌تر از حد

علوم پزشکی کرمانشاه ضمن رعایت ملاحظات اخلاقی به شماره IR. KUMS. REC. 1396. 399 و هماهنگی با مرکز درمانی بیمارستان امام خمینی (ره) پرسشنامه‌های مورد نظر در اختیار نمونه پژوهش قرار گرفت. پژوهشگران پس از کسب رضایت و توضیح فرآیند پژوهش به افراد نمونه پژوهش، ابزارهای پژوهش را بین آن‌ها توزیع می‌نمودند. در طول مدت پاسخ‌دهی نمونه پژوهش، همکاران اجرایی پژوهشگر حضور فعال داشتند تا از بروز پاسخ‌های تصادفی (پاسخ‌دهی سریع و بدون تمرکز، اتمام زودتر از موعد مقرر) جلوگیری نمایند و در صورت لزوم به پرسش‌های آن‌ها پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها توسط برنامه‌های SPSS-22 و AMOS18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه به منظور بررسی ساختار عاملی پرسشنامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی از تحلیل عامل اکتشافی، روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^۱ و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. برای تحلیل عاملی تأییدی مطابق توصیه‌های ماروکو^۲ برآورد پارامتر حداکثر بیشینه درست‌نمایی^۳ (ML) از بین دیگر روش‌های برآورد انتخاب شد (مارگو^۴، ۲۰۱۰) زیرا ML نسبتاً قوی بود (برای مثال نسبت به نقض فرضیه نرمال بودن چندمتغیری و به این دلیل که این روش یکی از پرکاربردترین روش‌های برآورد در روش آماری است) (ایگوباجی^۵، ۲۰۱۰).

6. box Plot

7. mahalanobis

8. durbin watson (DW)

9. tolerance

10. variance inflation factor (VIF)

1. principal components analysis (PCA)

2. Maroco's

3. Maximum Likelihood (ML)

4. Maroco

5. Iacobucci

کیسر- مایر- الکین^۱ KAMO برابر با ۰/۸۱۴ و مقدار مجذور کای انتقال یافته آزمون کرویت بارتلت^۲ برابر با ۹۳۳۶/۲۳۲ به دست آمد که با درجه آزادی ۱۲۷۵ معنی دار بود ($P \leq 0/001$). بدین ترتیب علاوه بر کفایت نمونه برداری، اجرای تحلیل عاملی بر پایه ماتریس مورد مطالعه قابل توجیه بود؛ بنابراین برای تعیین اینکه پرسشنامه انگیزه‌های اقدام برای خودکشی در افراد اقدام کننده به خودکشی از چند عامل اشباع شده، شاخص‌های ارزش ویژه، نسبت واریانس تبیین شده توسط هر عامل و نمودار اسکری مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس نه عامل با ارزش ویژه بیشتر از ۱ استخراج شد که این عامل‌ها مجموعاً ۶۴/۱۱۵ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین نمودند. علاوه بر آن بررسی نمودار اسکری و جدول کل واریانس تبیین شده، نشان داد که عامل اولیه (نامیدی) و بزرگ وجود دارد که دارای ارزش ویژه ۱۰/۲۴۵ می‌باشد و ۲۰/۰۸۸ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کند. پس از آن عامل دوم (درد ذهنی/ روان‌شناختی) با ارزش ویژه ۴/۹۳۴ و ۹/۶۷۴، عامل سوم (فرار و اجتناب) با ارزش ویژه ۳/۵۰۸ و ۶/۸۷۹، عامل چهارم (فشار ادراک شده) با ارزش ویژه ۳/۵۰۴ و ۶/۸۷۱، عامل پنجم (احساس تعلق پایین) با ارزش ویژه ۲/۸۲۶ و ۵/۵۴۱، عامل ششم (بی‌پروایی و نرسیدن از اقدام به خودکشی) با ارزش ویژه ۲/۲۶۹ و ۴/۴۴۹، عامل هفتم (تأثیر بین فردی) ۲/۰۷۲ و ۴/۰۶۳، عامل هشتم (تکانشوری) ۱/۷۰۶ و ۳/۳۴۵ و عامل

مجاز ۱۰ نبوده است؛ بنابراین بر اساس دو شاخص مطرح شده وجود هم‌خطی در داده‌ها مشاهده نشد. پس از کلیه مفروضات در ابتدا تحلیل عاملی اکتشافی به شرح زیر آمده است. همسانی درونی: برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی از روش آلفای کرونباخ، تنصیف اسپیرمن- براون و گاتمن استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ مربوط به هر یک از زیر مقیاس‌های انگیزه‌های اقدام به خودکشی در جدول ۴ و میانگین، انحراف استاندارد، همبستگی و ضریب آلفای کرونباخ سؤالات پرسشنامه و هم‌چنین میزان آلفا پس از حذف هر گویه در جدول ۱ آمده است. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، همبستگی تمامی گویه‌ها با نمره کل آزمون به استثنای سؤالات ۲۰، ۳۳ و ۴۳ مثبت و همبستگی گویه‌ها با یکدیگر نیز مثبت است؛ بنابراین با توجه به ضریب همبستگی کمتر از ۰/۳ این سه سؤال با کل مقیاس این گویه‌های از پرسشنامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی حذف شدند. هم‌چنین سؤال ۲۹ بیشترین همبستگی را با کل آزمون و سؤال ۴۳ کمترین همبستگی را با پرسشنامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی داشته است (جدول ۱).

تحلیل عاملی اکتشافی: به منظور تعیین عاملی و مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی در افراد اقدام کننده به خودکشی تحلیل عاملی اکتشافی بر روی کل نمونه انجام شد. برای استخراج عامل‌ها از تحلیل مؤلفه‌های اصلی استفاده شد. در این تحلیل مقدار

1. Kaiser. Meyer. Olkin

2. Bartlett, s test of sphericity

را تبیین می‌کنند (جدول ۲). همچنین نمودار اسکری کتل که قدرت بیشتری در تعیین عامل‌ها دارد ۹ مؤلفه را پیشنهاد نمود. این مؤلفه‌ها ابقاء شده و آنگاه در معرض چرخش واریماکس قرار گرفتند. در مجموع ۹ عامل ۶۴/۱۱۵ درصد از کل واریانس‌های مشاهده‌شده را تبیین می‌کنند.

نهم (جستجوی کمک و حل مسئله) ۱/۶۳۴ و ۳/۲۰۳ درصد از واریانس کل آزمون را برآورد می‌کنند. این نه عامل که عوامل اصلی آزمون انگیزه‌های برای اقدام به خودکشی را تشکیل می‌دهند در مجموع ۶۴/۱۱۵ درصد از واریانس کل

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد هر گویه با نمره کل آزمون و آلفای پس از حذف گویه

گویه	M	SD	همبستگی با نمره کل	آلفا پس از حذف سؤال	گویه	M	SD	همبستگی با نمره کل	آلفا پس از حذف سؤال
۱	۳/۱۱	۱/۳۰	۰/۴۱۴	۰/۹۳۹	۲۸	۳/۲۴	۱/۲۴	۰/۵۹۹	۰/۹۳۸
۲	۳/۷۹	۱/۱۷	۰/۵۱۸	۰/۹۳۹	۲۹	۶۱۳	۱/۱۵	۰/۶۲۷	۰/۹۳۸
۳	۲/۹۴	۱/۲۲	۰/۴۲۹	۰/۹۳۹	۳۰	۳/۳۱	۱/۲۴	۰/۵۶۰	۰/۹۳۸
۴	۳/۱۳	۱/۳۲	۰/۵۲۸	۰/۹۳۹	۳۱	۳/۴۷	۱/۱۶	۰/۵۸۴	۰/۹۳۸
۵	۲/۶۶	۱/۳۲	۰/۳۸۲	۰/۹۳۹	۳۲	۳/۳۱	۱/۲۷	۰/۵۲۳	۰/۹۳۸
۶	۳/۸۰	۱/۱۸	۰/۵۰۳	۰/۹۳۹	۳۳	۲/۰۹	۱/۳۲	۰/۰۴۰	۰/۹۴۲
۷	۳/۳۱	۱/۱۸	۰/۵۵۳	۰/۹۳۸	۳۴	۳/۳۳	۱/۲۳	۰/۵۳۸	۰/۹۳۸
۸	۲/۵۰	۱/۱۹	۰/۴۳۷	۰/۹۳۹	۳۵	۳/۵۳	۱/۲۴	۰/۵۵۷	۰/۹۳۸
۹	۳/۵۶	۱/۱۴	۰/۵۸۷	۰/۹۳۸	۳۶	۲/۷۴	۱/۲۷	۰/۳۲۱	۰/۹۴۰
۱۰	۳/۴۶	۱/۱۰	۰/۴۹۱	۰/۹۳۹	۳۷	۳/۸۱	۱/۲۳	۰/۵۲۴	۰/۹۳۹
۱۱	۲/۸۱	۱/۱۴	۰/۳۵۷	۰/۹۳۹	۳۸	۳/۵۶	۱/۱۸	۰/۶۰۳	۰/۹۳۸
۱۲	۳/۷۶	۱/۲۵	۰/۵۳۶	۰/۹۳۹	۳۹	۲/۵۶	۱/۱۸	۰/۳۰۳	۰/۹۴۰
۱۳	۳/۶۲	۱/۱۸	۰/۵۵۰	۰/۹۳۸	۴۰	۳/۵۳	۱/۰۶	۰/۵۸۴	۰/۹۳۸
۱۴	۳/۳۶	۱/۱۸	۰/۵۳۳	۰/۹۳۸	۴۱	۳/۰۷	۱/۱۷	۰/۴۷۴	۰/۹۴۰
۱۵	۲/۸۰	۱/۲۳	۰/۳۵۰	۰/۹۴۰	۴۲	۲/۶۸	۱/۳۲	۰/۳۷۴	۰/۹۳۸
۱۶	۳/۴۲	۱/۱۰	۰/۵۳۵	۰/۹۳۸	۴۳	۲/۷۴	۱/۲۲	۰/۰۸۸	۰/۹۳۹
۱۷	۳/۳۹	۱/۲۳	۰/۳۹۲	۰/۹۳۹	۴۴	۳/۶۲	۱/۱۳	۰/۵۴۶	۰/۹۴۱
۱۸	۳/۵۵	۱/۱۲	۰/۵۴۰	۰/۹۳۸	۴۵	۳/۹۵	۱/۱۰	۰/۶۵۲	۰/۹۴۱
۱۹	۳/۰۱	۱/۳۳	۰/۳۰۵	۰/۹۴۰	۴۶	۳/۶۸	۱/۰۸	۰/۵۹۹	۰/۹۳۸
۲۰	۲/۴۴	۱/۳۱	۰/۱۷۹	۰/۹۴۱	۴۷	۳/۹۲	۱/۱۱	۰/۵۴۸	۰/۹۳۸
۲۱	۳/۵۸	۱/۰۷	۰/۵۸۰	۰/۹۳۸	۴۸	۳/۷۲	۱/۱۲	۰/۶۰۳	۰/۹۳۸
۲۲	۳	۱/۴۵	۰/۵۴۷	۰/۹۳۸	۴۹	۲/۸۰	۱/۳۳	۰/۳۳۳	۰/۹۴۰
۲۳	۳/۵۳	۱/۱۶	۰/۴۲۷	۰/۹۳۹	۵۰	۲/۸۲	۱/۲۶	۰/۴۸۹	۰/۹۳۹
۲۴	۳/۲۶	۱/۲۵	۰/۳۰۴	۰/۹۴۰	۵۱	۳/۴۳	۱/۱۵	۰/۵۳۱	۰/۹۳۸
۲۵	۳/۲۳	۱/۲۴	۰/۶۲۱	۰/۹۳۸	۵۲	۳/۱۲	۱/۲۴	۰/۶۱۵	۰/۹۳۸

جدول ۲. واریانس کل تبیین شده توسط عوامل پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی

مجموع ضرایب عوامل اصلی چرخش داده شده			مجموع ضرایب عوامل اصلی چرخش داده نشده			مجموع ضرایب کل عوامل			مؤلفه
درصد تجمعی	واریانس	کل	درصد تجمعی	واریانس	کل	درصد تجمعی	واریانس	کل	
۲۰/۰۸۸	۲۰/۰۸۸	۱۰/۲۴۵	۲۹/۵۴۹	۲۹/۵۴۹	۱۵/۰۷۰	۲۹/۵۴۹	۲۹/۵۴۹	۱۵/۰۷۰	۱
۲۹/۷۶۲	۹/۶۷۴	۴/۹۳۴	۴۰/۷۵۵	۱۱/۲۰۶	۵/۷۱۵	۴۰/۷۵۵	۱۱/۲۰۶	۵/۷۱۵	۲
۳۶/۶۴۲	۶/۸۷۹	۳/۵۰۸	۴۵/۸۸۶	۵/۱۳۱	۲/۶۱۷	۴۵/۸۸۶	۵/۱۳۱	۲/۶۱۷	۳
۴۳/۵۱۳	۶/۸۷۱	۳/۵۰۴	۴۹/۶۶۷	۳/۷۸۰	۱/۹۲۸	۴۹/۶۶۷	۳/۷۸۰	۱/۹۲۸	۴
۴۹/۰۵۴	۵/۵۴۱	۲/۸۲۶	۵۲/۹۴۷	۳/۲۸۱	۱/۶۷۳	۵۲/۹۴۷	۳/۲۸۱	۱/۶۷۳	۵
۵۳/۵۰۳	۴/۴۴۹	۲/۲۶۹	۵۶/۰۳۵	۳/۰۸۸	۱/۵۷۵	۵۶/۰۳۵	۳/۰۸۸	۱/۵۷۵	۶
۵۷/۵۶۶	۴/۰۶۳	۲/۰۷۲	۵۸/۸۳۰	۲/۷۹۶	۱/۴۲۶	۵۸/۸۳۰	۲/۷۹۶	۱/۴۲۶	۷
۶۰/۹۱۱	۳/۳۴۵	۱/۷۰۶	۶۱/۵۸۳	۲/۷۵۳	۱/۴۰۴	۶۱/۵۸۳	۲/۷۵۳	۱/۴۰۴	۸
۶۴/۱۱۵	۳/۲۰۳	۱/۶۳۴	۶۴/۱۱۵	۲/۵۳۱	۱/۲۹۱	۶۴/۱۱۵	۲/۵۳۱	۱/۲۹۱	۹
P	dF	Chi-S	KAMO			آماره KAMO و نتایج آزمون کروییت بارتلت			
P ≤ ۰/۰۰۱	۱۲۷۵	۹۳۳۶/۲۳۲	۰/۸۱۴						

بارعاملی ۰/۸۵۲، جستجوی کمک و حل مسئله با بارعاملی ۰/۸۴۳ و تکانشوری با بارعاملی ۰/۶۷۷ بر روی انگیزه‌های بین فردی قرار گرفتند. تحلیل عاملی اکتشافی شدند که همه بارهای عاملی برای مؤلفه‌های پرسشنامه مناسب و معنی‌دار بودند. کمترین بار عاملی مربوط به مؤلفه تکانشوری با ۰/۶۷ و بیشترین بار عاملی مربوط به ناامیدی با ۰/۹۱ بوده است. بر این اساس دو عامل اصلی با ارزش ویژه بیشتر از ۱ استخراج شد که این عامل‌ها مجموعاً ۷۸/۳۸۸ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین نمودند. جدول کل واریانس تبیین شده، نشان داد که عامل اولیه (انگیزه‌های درون‌فردی) و بزرگ وجود دارد که دارای ارزش ویژه ۴/۹۲۶ می‌باشد و ۵۴/۷۳۴ درصد از واریانس پرسشنامه و عامل اصلی دوم انگیزه‌های بین فردی با ارزش ویژه ۲/۱۲۹ و

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، درنهایت با حذف ۳ گویه دارای ضریب همبستگی پایین ۵۱ سؤال وارد تحلیل عاملی اکتشافی شدند که همه بارهای عاملی برای ۵۱ سؤال پرسشنامه مناسب و معنی‌دار بودند. کمترین بار عاملی مربوط به سؤال ۱۴ با ۰/۳۹۰ و بیشترین بار عاملی مربوط به سؤال ۴۲ با ۰/۸۰۹ بوده است. درنهایت با روش تحلیل عاملی اکتشافی به منظور همخوانی با مقیاس اصلی مؤلفه‌های ناامیدی با بار عاملی ۰/۹۰۹، درد ذهنی با بار عاملی ۰/۹۰۶، فرار با بار عاملی ۰/۹۰۴، فشار ادراک شده با بارعاملی ۰/۸۶۴، حس تعلق کم با بارعاملی ۰/۸۲۳ و بی‌پروایی و نترسیدن از خودکشی با بارعاملی ۰/۷۶۹ بر روی انگیزه‌های درون فردی و مؤلفه‌های تأثیر بین فردی با

جدول ۳. تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس و وزن‌های عاملی هر مقیاس

گویه	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	عامل پنجم	عامل ششم	عامل هفتم	عامل هشتم	عامل نهم
۳۷	۰/۸۰۱								
۶	۰/۷۹۱								
۴۵	۰/۷۵۸								
۲	۰/۷۴۲								
۴۴	۰/۵۶۰								
۲۵	۰/۴۷۲								
۷		۰/۶۷۶							
۹		۰/۶۵۵							
۳۵		۰/۶۰۳							
۲۱		۰/۴۵۰							
۴۶		۰/۴۱۴							
۴۷			۰/۷۹۰						
۱۸			۰/۵۸۱						
۴۰			۰/۵۷۶						
۱			۰/۵۷۳						
۱۶			۰/۳۸۴						
۵۰				۰/۵۸۴					
۳۴				۰/۵۴۸					
۳۰				۰/۴۹۹					
۲۳				۰/۴۲۲					
۴				۰/۴۰۲					
۱۴				۰/۳۹۰					
۱۹					۰/۶۹۹				
۳۸					۰/۶۶۷				
۵۱					۰/۵۹۳				
۱۰					۰/۵۸۵				
۳۱					۰/۴۶۰				
۱۲						۰/۶۸۳			
۵۲						۰/۵۴۸			
۳۲						۰/۵۱۱			
۲۹						۰/۴۴۵			

۰/۷۴۳	۱۱
۰/۶۶۸	۵۳
۰/۶۳۰	۱۵
۰/۶۲۷	۳۹
۰/۵۰۳	۳۶
۰/۴۹۹	۲۷
۰/۷۶۹	۴۸
۰/۷۵۲	۲۲
۰/۷۱۹	۱۳
۰/۷۰۷	۵
۰/۶۷۳	۸
۰/۶۲۹	۴۱
۰/۵۹۷	۲۸
۰/۴۹۹	۵۴
۰/۸۰۹	۴۲
۰/۷۴۹	۴۹
۰/۷۰۳	۲۶
۰/۵۸۳	۲۴

روایی همگرا و واگرا: جهت بررسی روایی همگرا و واگرا پرسشنامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی از پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجانی^۱ گراتز و رومر (۲۰۰۴)، پرسشنامه درد ذهنی اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) و سیاهه تاب-آوری در برابر خودکشی عثمان و همکاران (۲۰۰۴) استفاده شد. متغیرهای ذکر شده به‌طور هم‌زمان در بین گروه نمونه اجرا و اطلاعات حاصله با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون تحلیل گردید.

۲۳/۶۵۴ درصد از واریانس کل پرسشنامه و در مجموع این دو عامل اصلی ۷۸/۳۸۸ درصد از کل پرسشنامه را تبیین می‌کند. ضریب همسانی درونی دو مؤلفه اصلی انگیزه‌های درون فردی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳۹ و انگیزه-های بین فردی ۰/۹۳۲ به دست آمد که نشانه دهنده پایایی مطلوب دو مؤلفه اصلی پرسشنامه انگیزه-های اقدام برای خودکشی می‌باشد.

1. Difficulty Emotion Regulation Scale (DERS)

مقیاس‌های انگیزه اقدام به خودکشی با روش آلفای کرونباخ، تنصیف اسپیرمن- براون و گاتمن در کل افراد اقدام کننده به خودکشی محاسبه شد. ضریب پایایی نمره کل با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و با روش‌های تنصیف اسپیرمن - براون ۰/۹۲ و گاتمن ۰/۹۲ است. در جدول ۵ منظور از ۱ (نامیدی)، ۲ (درد ذهنی)، ۳ (فرار)، ۴ (فشار ادراک شده)، ۵ (حس تعلق کم)، ۶ (بی‌پروایی و ترس بودن)، ۷ (تأثیر بین فردی)، ۸ (جستجوی کمک و حل مسئله)، ۹ (تکانشوری)، ۱۰ (انگیزه درون فردی)، ۱۱ (انگیزه بین فردی)، ۱۲ (انگیزه اقدام به خودکشی).

طبق یافته‌های جدول شماره ۴، بین خرده مقیاس‌های انگیزه برای اقدام به خودکشی با درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0.01$) همچنین بین مؤلفه‌های انگیزه برای اقدام به خودکشی با تاب‌آوری در برابر خودکشی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0.01$). جدول ۵ همبستگی میان عامل‌های پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد همبستگی این عوامل از ۰/۲۱ تا ۰/۶۴ می‌باشد همچنین بالاترین همبستگی مربوط به عامل جستجوی کمک و حل مسئله و فشار ادراک شده با ۰/۸۵ و کمترین مربوط به عامل تکانشوری با ۰/۴۴ می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در پژوهش حاضر، ضریب پایایی خرده

جدول ۴. ضریب همبستگی پرسون پرسشنامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی با دشواری‌های تنظیم هیجانی، درد ذهنی و تاب‌آوری در برابر خودکشی

مؤلفه	M (SD)	آلفای کرونباخ	اسپیرمن براون	گاتمن	درد ذهنی	DERS	RSI-25
نامیدی	۲۱/۸۵ (۵/۱۴)	۰/۸۳۹	۰/۷۵۰	۰/۶۷۱	**۰/۶۴۵	**۰/۵۳۴	**۰/۵۲۵
درد ذهنی	۱۷/۵۹ (۴/۰۷)	۰/۷۵۴	۰/۶۶۹	۰/۶۰۳	**۰/۵۷۳	**۰/۵۲۵	**۰/۳۷۳
فرار	۱۷/۴۲ (۴/۱۱)	۰/۷۶۷	۰/۶۹۷	۰/۶۱۳	**۰/۶۱۲	**۰/۴۰۰	**۰/۴۸۲
فشار ادراک شده	۱۹/۳۸ (۴/۷۱)	۰/۶۸۶	۰/۶۵۲	۰/۶۴۸	**۰/۳۸۹	**۰/۴۹۳	**۰/۳۷۲
حس تعلق کم	۱۶/۸۹ (۳/۹۷)	۰/۶۸۹	۰/۶۲۹	۰/۶۱۲	**۰/۴۸۷	**۰/۵۲۱	**۰/۳۲۱
بی‌پروایی و ترس بودن	۲۰ (۵/۰۲)	۰/۷۴۵	۰/۷۵۸	۰/۷۴۸	**۰/۴۵۴	**۰/۴۱۰	**۰/۲۸۵
تأثیر بین فردی	۱۶/۵۹ (۴/۵۷)	۰/۷۲۸	۰/۷۴۷	۰/۷۰۸	**۰/۳۵۹	**۰/۳۲۰	**۰/۲۹۶
جستجوی کمک و حل مسئله	۲۷/۵۳ (۶/۵۳)	۰/۷۵۳	۰/۶۸۵	۰/۶۷۸	**۰/۳۶۲	**۰/۵۷۲	**۰/۲۲۹
تکانشوری	۱۲/۳۵ (۴/۶۴)	۰/۷۳۵	۰/۷۶۴	۰/۷۴۴	*۰/۲۱۴	**۰/۳۸۷	*۰/۲۱۱
انگیزه درون فردی	۱۱۳/۱۶ (۲۳/۵۲)	۰/۹۳۹	۰/۹۱۳	۰/۷۸۲	**۰/۶۰۵	**۰/۵۵۲	**۰/۴۳۳
انگیزه بین فردی	۴۴/۱۳ (۱۰/۲۷)	۰/۹۳۲	۰/۹۱۱	۰/۹۳۳	**۰/۳۴۱	**۰/۵۰۶	**۰/۵۴۳
انگیزه برای اقدام به خودکشی	۱۶۹/۶۵ (۳۱/۹۵)	۰/۹۴۰	۰/۹۲۲	۰/۹۲۲	**۰/۴۷۴	**۰/۵۸۵	**۰/۲۶۶

جدول ۵. ماتریس ضریب همبستگی پیرسون خرده مقیاس‌های انگیزه اقدام برای خودکشی با نمره کلی پرسشنامه

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱	۱										
۲	*.۱۸۳۹	۱									
۳	*.۱۸۱۷	*.۷۶۶	۱								
۴	*.۶۸۷	*.۷۲۳	*.۶۴۹	۱							
۵	*.۶۴۳	*.۶۸۲	*.۶۰۰	*.۶۷۳	۱						
۶	*.۶۸۲	*.۷۳۱	*.۷۲۸	*.۷۴۸	*.۵۹۸	۱					
۷	*.۵۳۶	*.۳۲۳	*.۳۵۵	*.۴۵۰	*.۳۷۰	*.۳۲۱	۱				
۸	*.۵۶۶	*.۶۰۴	*.۴۹۷	*.۶۶۹	*.۵۷۳	*.۵۶۵	*.۷۰۰	۱			
۹	*.۴۷۸	*.۵۶۴	*.۴۴۹	*.۳۳۵	*.۳۶۲	*.۳۲۶	*.۴۹۳	*.۴۲۹	۱		
۱۰	*.۱۸۹۹	*.۹۰۷	*.۸۷۴	*.۸۶۳	*.۷۹۶	*.۱۸۶۸	*.۴۵۳	*.۶۶۷	*.۳۵۷	۱	
۱۱	*.۴۶۵	*.۵۲۸	*.۳۷۹	*.۶۲۶	*.۵۲۹	*.۵۰۲	*.۱۸۹۱	*.۹۴۸	*.۴۹۳	*.۵۸۲	۱
۱۲	*.۱۸۱۳	*.۸۴۷	*.۷۵۸	*.۸۵۷	*.۷۷۹	*.۸۰۰	*.۶۱۸	*.۱۸۵۸	*.۹۳۱	*.۸۲۱	*.۴۴۶

از ۱/۹۶ می‌باشد که بر اساس دیدگاه کلاین^۱ (۲۰۱۱) هرچه میزان t بالاتر برود سطح واریانس خطا کم می‌شود. همچنین با توجه به نتایج جدول میزان پایایی سازه برای هر عامل با توجه به جمع کردن هر بار عاملی با یکدیگر و سپس به توان رساندن مجموع بارهای عاملی و تقسیم آن

در مدل‌سازی معادلات ساختاری ۴۳ ماده و ۹ عامل به دست آمد. در جدول ۶ بار عاملی، مجذور بار عاملی هر گویه آورده شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود مقدار t محاسبه شده برای هر گویه بالاتر از $\pm 1/96$ و مقدار واریانس خطا کمتر از $0/90$ می‌باشد. لذا t محاسبه شده برای هر گویه بالاتر

1. Kline

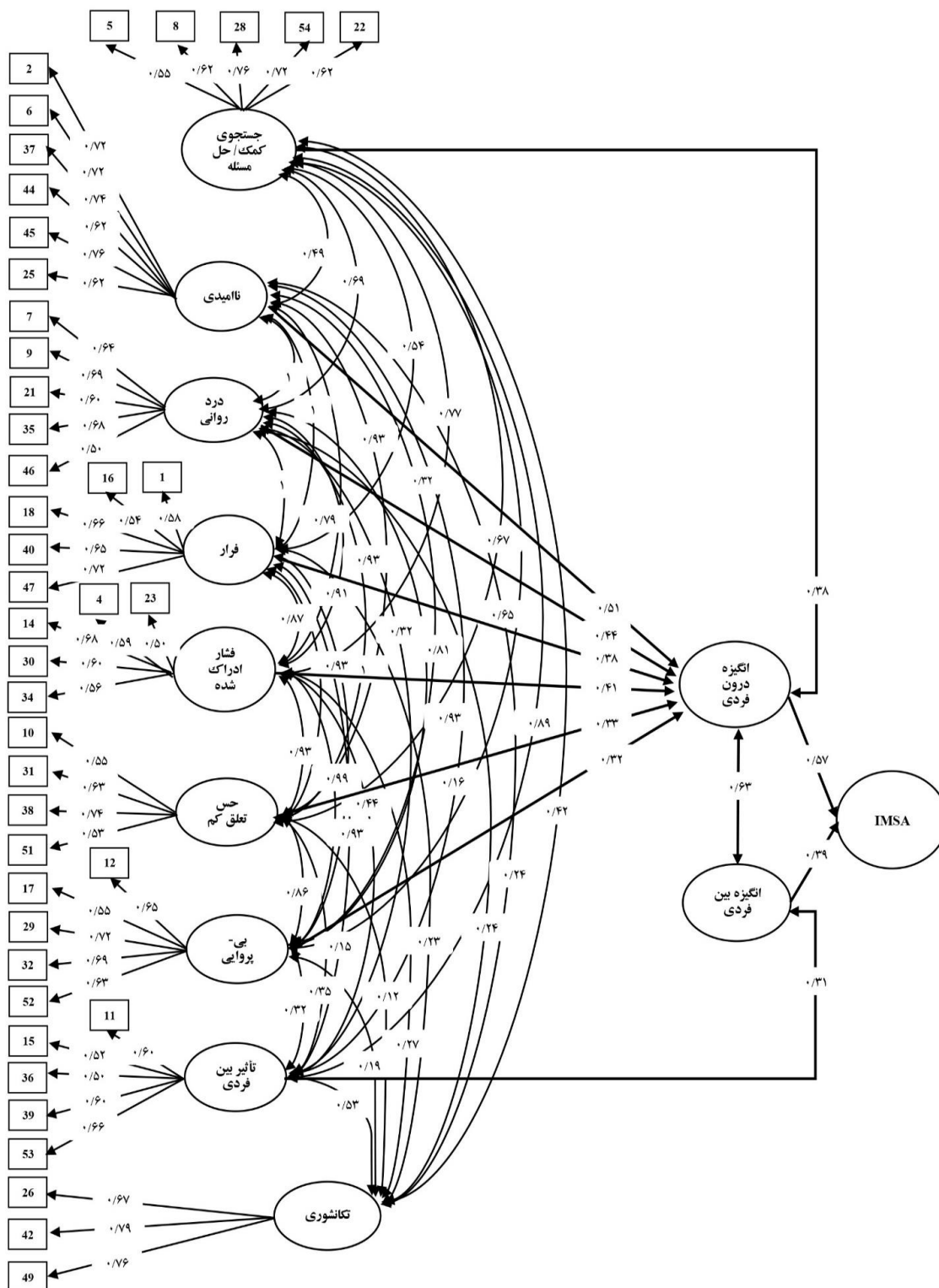
جدول ۶. آمار مرتبط با هر عامل با توجه به تحلیل عوامل تأییدی

ماده	t	بار عاملی	واریانس خطا	R ²	ماده	t	بار عاملی	واریانس خطا	R ²
جستجوی کمک / حل مسئله									
۵	۷/۵۶	۰/۵۵۰	۰/۶۹۸	۰/۳۰۲	۱	۹/۲۰۶	۰/۵۷۹	۰/۶۶۵	۰/۳۳۵
۸	۸/۶۰۴	۰/۶۱۸	۰/۶۱۹	۰/۳۸۱	۱۶	۸/۶۲۵	۰/۵۴۳	۰/۷۰۵	۰/۲۹۵
۲۸	۵/۹۲۹	۰/۷۶۵	۰/۴۱۵	۰/۵۸۵	۱۸	۱۰/۴۸۹	۰/۶۵۸	۰/۵۶۸	۰/۴۳۲
۵۴	۸/۳۰۶	۰/۷۱۹	۰/۴۸۴	۰/۵۱۶	۴۰	۱۰/۳۱۲	۰/۶۴۷	۰/۵۸۲	۰/۴۱۸
۲۲	۷/۵۵۴	۰/۶۱۷	۰/۶۱۹	۰/۳۸۰	۴۷	۱۰/۷۵۴	۰/۷۱۶	۰/۶۸۸	۰/۵۱۲
فشار ادراک شده									
۲	۱۱/۹۴	۰/۷۲۲	۰/۴۷۹	۰/۵۲۱	۲۳	۵/۰۳۹	۰/۵۰۴	۰/۷۴۶	۰/۲۵۴
۶	۱۱/۸۷	۰/۷۱۸	۰/۴۸۵	۰/۵۱۵	۴	۵/۴۶۱	۰/۵۹۲	۰/۶۵۰	۰/۳۵۰
۳۷	۱۲/۲۷	۰/۷۴۰	۰/۴۵۲	۰/۵۴۸	۱۴	۵/۷۱۶	۰/۶۷۸	۰/۵۴۱	۰/۴۵۹
۴۴	۱۰/۱۲	۰/۶۲۳	۰/۶۱۲	۰/۳۸۸	۳۰	۵/۴۸۵	۰/۵۹۹	۰/۶۴۲	۰/۳۵۸
۴۵	۱۰/۰۴۲	۰/۷۵۷	۰/۴۲۷	۰/۵۷۳	۳۴	۵/۳۶۵	۰/۵۶۵	۰/۶۸۰	۰/۳۲۰
۲۵	۱۲/۱۲	۰/۶۱۹	۰/۶۱۷	۰/۳۸۳	حس تعلق کم				
درد ذهنی (روان شناختی)									
۷	۷/۵۰۶	۰/۶۳۷	۰/۵۹۵	۰/۴۰۵	۱۰	۶/۶۸۹	۰/۵۴۸	۰/۷۰۰	۰/۳۰۰
۹	۷/۸۱۴	۰/۶۸۷	۰/۵۲۹	۰/۴۷۱	۳۱	۷/۷۵۷	۰/۶۳۳	۰/۶۰۰	۰/۴۰۰
۲۱	۷/۲۶۰	۰/۶۰۰	۰/۶۴۰	۰/۳۶۰	۳۸	۸/۲۹۰	۰/۷۳۹	۰/۴۵۴	۰/۵۴۶
۳۵	۷/۷۶	۰/۶۷۸	۰/۵۴۱	۰/۴۵۹	۵۱	۸/۱۶۴	۰/۵۳۵	۰/۷۱۴	۰/۲۸۶
بی پروایی / نترسیدن									
۴۶	۷/۵۴۱	۰/۵۰۲	۰/۷۴۸	۰/۲۵۲	۱۲	۹/۵۶۲	۰/۶۴۸	۰/۵۸۱	۰/۴۱۹
تأثیر بین فردی									
۱۱	۸/۱۸۷	۰/۶۰۰	۰/۶۴۰	۰/۳۶۰	۱۷	۸/۱۸۴	۰/۵۵۰	۰/۶۹۸	۰/۳۰۲
۱۵	۶/۷۸۶	۰/۵۱۹	۰/۷۳۰	۰/۲۶۹	۲۹	۱۰/۶۱۹	۰/۷۲۴	۰/۵۷۶	۰/۵۲۴
۳۶	۶/۴۶۴	۰/۵۰۰	۰/۷۵۰	۰/۲۵۰	۳۲	۹/۳۳۶	۰/۶۹۰	۰/۵۲۴	۰/۴۷۶
۱۵	۶/۷۸۶	۰/۵۱۹	۰/۷۳۰	۰/۲۶۹	۵۲	۸/۵۴۷	۰/۶۳۱	۰/۶۰۲	۰/۳۹۸
تکانشوری									
۳۹	۷/۶۲۶	۰/۶۰۴	۰/۶۳۵	۰/۳۶۵	۲۶	۴/۶۱۴	۰/۶۶۹	۰/۵۵۳	۰/۴۴۷
۵۳	۸/۱۱۵	۰/۶۵۸	۰/۵۶۸	۰/۴۳۲	۴۲	۴/۷۴۶	۰/۷۸۹	۰/۳۷۸	۰/۶۲۲
۴۹	۴/۷۲۹	۰/۷۶۵	۰/۴۱۵	۰/۵۸۵	۴۹	۴/۷۲۹	۰/۷۶۵	۰/۴۱۵	۰/۵۸۵

شاخص های برازندگی ریشه واریانس خطای تقریب^۱، ریشه استاندارد واریانس پس مانده^۲،

سازه به دست آمد که نشان دهنده پایایی سازه مطلوب برای هر یک از نه عامل می باشد.

1. root mean square error of approximation (RMSEA)
2. standardized root mean square residual (SRMR)



شکل ۱. مدل مرتبه دوم و نهایی شده پرسشنامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی

λ تا $0/78$ (λ) قرار دارند که نشانگر روایی عاملی خوبی می‌باشد. همچنین آیت‌های دارای $R^2 \geq 0/50$ می‌باشند؛ که این امر نشان می‌دهد که هر آیت‌ها دارای نمره بالای نقطه برش $0/25$ (در دامنه‌ای از $R^2 = 0/250$ ، $R^2 = 0/622$) بوده است.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر شناسایی انگیزه‌های اقدام برای خودکشی: سنجش ویژگی‌های روان‌سنجی و تحلیل عامل تأییدی پرسشنامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی (IMSA) بود. ما در پژوهش حاضر درصد تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی IMSA و تأیید ساختار عاملی آن با استفاده از نمونه‌ای از افراد اقدام کننده به خودکشی با میانگین سنی $26/51$ (و انحراف استاندارد $7/27$) بودیم. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نه عامل مجزا را در دو بعد انگیزه‌های درون فردی و بین فردی (نامیدی، درد ذهنی یا روان‌شناختی، فرار، فشار ادراک شده، حس تعلق کم، بی‌پروایی یا نترسیدن از خودکشی، تأثیر بین فردی، تکانشوری، جستجوی کمک و حل مسئله) را نشان داد. این عوامل با عواملی که توسط سازندگان پرسشنامه می و کلونسکی (۲۰۱۳) برای آن طراحی کرده بودند انطباق داشت. IMSA در نسخه اصلی آن که توسط می و کلونسکی (۲۰۱۳) بر روی افراد اقدام کننده به خودکشی مورد ارزیابی قرار گرفته بود از ۲ عامل اصلی انگیزه درون فردی (نامیدی، درد روان‌شناختی، فرار، فشار ادراک شده، حس تعلق کم و بی‌پروایی و نترسیدن از خودکشی) و انگیزه

شاخص برازندگی مقایسه‌ای^۱، شاخص برازش نرم شده^۲، شاخص نیکویی برازش^۳ و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده^۴ برای سنجش برازندگی مدل استفاده شد. مقدار χ^2 دو (معنی دار شده است، اما از آنجا که در نمونه‌های بزرگ این شاخص معمولاً معنی دار است و نمی‌توان آن را به عنوان ملاکی مطمئن در جهت بررسی برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها در نظر گرفت. همچنین، سایر شاخص‌های برازندگی، مانند نسبت مجذور χ^2 به درجه آزادی (χ^2/df) با مقدار $1/676$ برای مدل نه عاملی و $2/403$ برای مدل نه عاملی با مرتبه دوم، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) با مقدار $0/88$ و $0/89$ ، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) با مقدار $0/90$ و $0/89$ ، شاخص نیکویی برازش (GFI) با مقدار $0/89$ و $0/87$ ، شاخص توکر- لویس ($0/88$ و $0/86$)، شاخص نیکویی برازندگی تعدیل شده (TLI= $0/88$ و $0/90$) (AGFI) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) با مقدار $0/05$ برای مدل نه عاملی و $0/08$ برای مدل نه عاملی با مرتبه دوم حاکی از برازش مطلوب الگوی دو عاملی اصلی پیشنهادی با داده‌ها است. همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود ضرایب استاندارد و خطاهای اندازه‌گیری برای هر ماده سؤال نشان داده شده است. سازه‌های مکنون در بیضی‌ها و متغیرهای مشاهده شده در مستطیل‌ها نشان داده شده است. آیت‌های دارای بارهای استاندارد بزرگتر از $0/50$ (در دامنه‌ای از $0/50 =$

1. comparative fit index (CFI)
2. normed fit index (NFI)
3. goodness of fit index (GFI)
4. adjusted goodness of fit index (AGFI)

انگیزه‌های بین فردی اقدام به خودکشی با قصد اقدام به خودکشی ارتباط کمتری دارد به طوری که ممکن است با مداخله از سوی دیگران کاهش یابد. این یافته‌ها با مطالعات قبلی همخوانی دارد که دلایل درون فردی با قصد و آمادگی برای اقدام به خودکشی ارتباط دارد، درحالی که بین انگیزه‌های بین فردی و اقدام به خودکشی رابطه‌ای به دست نیامده است (هولدن و همکاران، ۱۹۹۸؛ هیلملند و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین یافته‌های این پژوهش درباره انگیزه‌های بین فردی نیز هست که مطابق با شواهد انگیزه‌های اقدام به خودکشی بین فردی خطر کمتری را برای اقدام به خودکشی در آینده فراهم می‌کنند (اوکانر و همکاران، ۲۰۱۲). یک دلیل احتمالی این است که وجود انگیزه‌های بین فردی به طور معنی داری ارتباط و پیوستگی اجتماعی را نشان می‌دهند، و بهبود این روابط با تمایل به زندگی بیشتر همراه است. بنابراین حضور انگیزه‌های بین فردی ممکن است یک پیوند مداوم با زندگی را نشان دهد که منجر به کاهش انگیزه برای اقدام به خودکشی می‌شود. درحالی که فقدان انگیزه‌های بین فردی ممکن است ابهام کمتری در مورد میل به مردن را نشان دهد. یافته‌های پژوهش ما و یافته‌های مطالعات قبلی نشان می‌دهد که شناسایی انگیزه‌های اقدام به خودکشی با ارائه اطلاعات مهم در مورد قصد و انگیزه اقدام به خودکشی برای ارزیابی خطر خودکشی و میزان مرگبار بودن اقدام به خودکشی می‌تواند در تحقیقات بالینی مفید است.

یافته‌های این پژوهش نیز همسانی درونی قابل

بین فردی (جستجوی کمک و حل مسئله و تأثیر بین فردی) اشباع شده بود. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات می و کلونسکی (۲۰۱۳) مبنی بر اینکه انگیزه‌های اقدام به خودکشی از دو عامل درون فردی و بین فردی تشکیل می‌شوند همخوانی دارد. برای مثال در نظریه جوینز (۱۹۹۵) یک طیف از خودکشی وجود دارد با قطب‌های او به نام «درون روانی» (انعکاس کننده خودکشی است که شخصی، پنهان و غیرقابل تحملی که از قبل مشخص نیست) «بین فردی» (انعکاس کننده خودکشی که عمومی است، به روابط بین فردی مرتبط است و احتمالاً در حضور دیگران به اشتراک گذاشته یا انجام می‌شود. لینهان و همکاران نیز دلایلی را برای رفتارهای خود آسیمی دسته‌بندی کرده‌اند که شامل «تسکین هیجانی» و «نفوذ بین فردی» هستند که اغلب به عنوان دلایل اقدام به خودکشی مورد تأیید قرار گرفته‌اند. و لذا به لحاظ مفهومی مشابه ابعاد درون فردی و بین فردی در پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی است (براون و همکاران، ۲۰۰۲ ب). بنابراین، مهم‌ترین مزیت پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی انطباق و همسویی آن با نظریه‌های پیشین است. همچنین پژوهش ما یک ابزار را برای دو هدف پژوهشی و بالینی هنجاریابی کرد که این می‌تواند نقطه قوت پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی در مقایسه با سایر ابزارها باشد. ما دریافتیم که انگیزه‌های مختلف برای اقدام به خودکشی با نوع اقدام به خودکشی مرتبط است. به طور خاصی، انگیزه‌های اردن فردی با میل به مرگ بیشترین همبستگی را دارد. در مقابل،

(۱۹۹۹) به صورت جزئی مشاهده می‌شود. وی به- عنوان بنیان‌گذار انجمن خودکشی شناسی آمریکا، با ارائه الگوی مکعبی خودکشی این فرض را مطرح می‌کند که احتمال رفتار خودکشی از طریق سه عامل زیر تعیین می‌شود: (۱) درد، (۲) تشویش و (۳) فشار. در این نظریه اعتقاد بر این است که درد ذهنی غیرقابل تحمل یک محرک مشترک در رفتار خودکشی است که از نیازهای روان‌شناختی عقیم ناشی می‌شود. همچنین افراد در رویارویی با یک رویداد بزرگ یا فشار روانی شدید با دو منبع استرس روبه‌رو است. نخست خود موقعیت استرس آمیز بوده که ممکن است زندگی فرد و سلامتی وی را تهدید کند و باعث کاهش مراقبت فردی شود و دوم واکنش فرد به این موقعیت ممکن است به همان اندازه تهدیدکننده باشد. اضطراب شدید، آشفتگی، عدم تحمل آشفتگی، احساس فشار و ناامیدی می‌تواند کنترل بر رفتار فرد را کاهش داده و توانایی او برای حل مسئله بکاهد و این درد ذهنی، عدم تحمل آشفتگی و احساس فشار ذهنی زمینه را برای اقدام به خودکشی فراهم کند. بنابراین یکی از انگیزه‌های اقدام به خودکشی می‌تواند به این دلیل باشد که استفاده از روش‌های ناکارآمد برای روبه‌رو شدن با هیجان‌های منفی، نوجوان و جوان را دچار ناامیدی می‌کند و به تدریج خودارزیابی‌شان منفی‌تر می‌شود و این دو عامل موجب میل و افکار بیشتر خودکشی می‌شوند. افزون بر این، مواجهه مکرر با سرخ‌های مرتبط با درد جسمی و هیجانی مانند ضربه به بدن یا دیدن خون احتمال و جرئت عملی کردن افکار خودکشی را افزایش می‌دهد

قبولی را برای نسخه فارسی پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی نشان داد. این یافته‌ها با پژوهش‌های می و کلونسکی (۲۰۱۳) همخوانی دارد. در این پژوهش ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای ۵۴ سؤال پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی ۰/۹۴، ناامیدی ۰/۸۳، درد ذهنی ۰/۷۵، فرار ۰/۷۶، فشار ادراک شده ۰/۶۸، حس تعلق کم ۰/۶۸، بی‌پروایی و نترس بودن ۰/۷۴، تأثیر بین فردی ۰/۷۲، جستجوی کمک و حل مسئله ۰/۷۵، تکانشوری ۰/۷۳، انگیزه درون فردی ۰/۹۳ و انگیزه بین فردی ۰/۹۳ به دست آمد.

همچنین یافته‌های مربوط به روایی همگرا نشان داد که پرسشنامه انگیزه اقدام به خودکشی و مؤلفه‌های آن با مقیاس درد ذهنی (روان‌شناختی)، دشواری‌های تنظیم هیجانی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0.01$)؛ و با مؤلفه‌های تاب‌آوری در برابر خودکشی ارتباط منفی و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0.01$). به عبارتی هرچه افراد از انگیزه‌های اقدام به خودکشی بیشتری برخوردار باشند از درد روان‌شناختی و دشواری‌های تنظیم هیجانی بیشتر و از تاب‌آوری در برابر خودکشی پایین‌تری برخوردارند. با مدنظر قرار دادن یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که شناخت و هیجان‌ها دو جنبه بسیار مهم زندگی انسان است و در تجلی اکثر رفتارهای افراد تعامل این دو سازه به چشم می‌خورد. بنابراین، برای درک بهتر رفتارهای خودکشی و همبسته‌های رفتاری آن مطالعه هر دو سازه شناخت و هیجان ضروری است. این ویژگی در کارهای اشنایدمن

خودکشی با یک گروه آیت‌های جامع از نظریه-های معتبر در زمینه خودکشی آبرامسون (ناامیدی)، شناسیدن (درد روان‌شناختی)، بامیستر (فرار) و ... (استفاده از جنبه‌های مختلف تجربه‌های ذهنی) تنظیم شد؛ و از طریق مراحل چندگانه بازبینی و با روش‌های تحلیل عامل اکتشافی توسعه یافت. این مقیاس یک ساختار ۹ عاملی با همبستگی درونی مناسب را نشان می‌دهد و برای روایی همگرا آن با پرسش‌نامه‌های درد ذهنی، دشواری‌های تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در برابر خودکشی محاسبه شد که دارای روایی همگرای مناسبی بود. از سوی دیگر برای تضمین قطعیت نتایج با مقایسه آن در یک گروه بالینی (افراد اقدام کننده به خودکشی)، روایی تشخیصی قابل قبولی داشت؛ بنابراین به نظر می‌رسد با توجه به سهولت اجرا، سهولت نمره‌گذاری، سهولت تعبیر و تفسیر، قابلیت اجرا به صورت فردی و گروهی، عملی بودن و روایی و پایایی مناسب، پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی ابزار مناسبی برای اندازه‌گیری انگیزه اقدام به خودکشی در نمونه‌های بالینی در جمعیت‌های نوجوانان، جوانان و بزرگسالان باشد و محققان می‌توانند از آن به عنوان ابزاری معتبر در پژوهش‌های روانشناسی سلامت، روانشناسی اجتماعی و روانشناسی استفاده کنند. در نهایت برطبق الگوی زیستی-روانی-اجتماعی که به توصیف تعاملات میان عوامل روانی-اجتماعی و زیست‌شناختی در سبب‌شناسی و پیشرفت بیماری می‌پردازد. اینکه فرد محیط پیرامون خود را چگونه تفسیر می‌کند و به آن پاسخ می‌دهد تعیین‌کننده چگونگی واکنش نشان

(جوینر، ۲۰۰۵). افزون بر این در بنیان انگیزه‌های اقدام به خودکشی دو انگیزه زیربنایی (انگیزه‌های درونی و از روی درد روانی و انگیزه‌های بیرونی/ بین فردی باهدف کمک طلبی) شناسایی شده است (هولدن و مک‌لید، ۲۰۰۰؛ می و کلونسکی، ۲۰۱۳). ممکن است این دو انگیزه همخوان با علل تنظیم هیجانی و ابراز آشفتگی در اقدام به خودکشی باشند که در این پژوهش پوچی و بی-ارزشی قوی‌ترین پیش‌بینی کننده احتمال اقدام به خودکشی بود. به عبارت دیگر، اقدام به خودکشی و خود جرحی بدون خودکشی هر دو تظاهراتی از ناتوانی تحمل و تعدیل دردهای روانی کم‌وزیاد هستند و رابطه بین آن‌ها بیشتر یک رابطه کمی است تا کیفی. کلونسکی، می و گلن (۲۰۱۳) نشان دادند نوجوانانی که باهدف رهایی از هیجان‌های منفی خود جرحی می‌کنند نسبت به نوجوانانی که باهدف به دست آوردن تقویت مثبت اجتماعی خود جرحی می‌کنند بیشتر احتمال دارد دارای سابقه اقدام به خودکشی باشند؛ بنابراین با در نظر گرفتن انگیزه خود جرحی می-توان گفت انواع ویژه‌ای از خود آسیب‌رسانی ممکن است عامل خطر اقدام به خودکشی باشند. در نهایت نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که اکثر شاخص‌های نیکویی برازش و مسیرهای استاندارد معنادار بودند و نه بعد پرسشنامه انگیزه اقدام به خودکشی با ۴۳ گویه مورد تأیید قرار گرفت که در فرم نهایی همین ۴۳ گویه لحاظ شد. این مقاله بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه انگیزه اقدام به خودکشی را در فرهنگ ایرانی توضیح داد. پرسشنامه انگیزه برای اقدام به

پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که ضمن تشخیص نمرات برش دقیق این ابزار به یک تشخیص باثبات برسند. اگرچه نتایج پژوهش ما ساختار ۹ عاملی را در نمونه افراد اقدام‌کننده به خودکشی ایرانی تأیید کرد که این امر نشان‌دهنده مناسب بودن مدل پیشنهادی برای ارزیابی پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی است، پژوهش‌های بعدی باید درصدد اطمینان از کوتاه بودن و معقول و منطقی بودن مدل بوده و عدم تغییرات و پراکندگی در دیگر نمونه‌ها را بررسی و آزمون نمایند. به‌رحال در آینده پژوهش‌ها باید درصدد تکرار یافته‌های حاضر با استفاده از دیگر ابزارها مانند مصاحبه‌های رودررو یا ابزارهای مشاهده‌ای باشند. با این وجود این پژوهش در توسعه ابزارهای موجود برای گروه‌های سنی نوجوانان، جوانان و بزرگسالان، نقش داشته، بخصوص ابزارهایی که احساسات فرد در مورد تجربیات ذهنی را در ارتباط با رفتار دیگران می‌سنجد، به‌جای اینکه فقط رفتارهای دیگران را یادآوری کند (برای مثال سبک‌ها/ کاربست‌های والدینی). علاوه بر این یافته‌های ما تأیید می‌کند که IMSA در نسخه ایرانی برای گروه‌های سنی یک ابزار ارزیابی قوی و مفید برای کاربست بالینی و پژوهش در مورد افراد اقدام‌کننده به خودکشی، بیماران افسرده و افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است؛ و از این ابزار به‌عنوان یک مقیاس برای تشخیص انگیزه‌های اقدام به خودکشی، حساسیت اثر مداخلات درمانی و طراحی مداخلات مبتنی بر روانشناسی سلامت جهت پیشگیری از اقدام

دادن در برابر استرس بر رفتارهای سلامت اثر می‌گذارد، در پاسخ‌های عصب-درون‌ریز و ایمنی سهیم است و نهایتاً می‌تواند بر پیامدهای سلامت تأثیر بگذارد. لذا با ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه‌های مانند انگیزه‌های اقدام به خودکشی می‌توان متناسب با سطح نظری علاوه بر افزایش غنی دانش، تفهیم و مفهوم‌سازی یک الگوی زیستی-روانی و اجتماعی مؤثر بر آن را شناسایی کرد و با مداخلات روانشناسی سلامت که با آموزش دادن روش‌های سازگارانه تفسیر چالش‌های زندگی و پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثرتر سبب تعدیل نحوه پاسخ‌دهی به رویدادهای استرس‌زا شود و رفتارهای سلامت را بهبود بخشید.

پژوهش حاضر محدودیت‌های دارد که باید در پژوهش‌های بعدی موردتوجه قرار گیرد. اولاً فقدان نسبی تنوع در برخی نمونه‌ها (مثلاً نمونه افراد اقدام‌کننده به خودکشی با میانگین سنی ۲۷ سال) ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را تعدیل کند، دوماً در این پژوهش ما ضریب آزمون باز آزمون را محاسبه نکردیم به همین منظور توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده روایی آزمون باز آزمون محاسبه شود، سوماً تمام داده‌ها به روش‌شناسی خود گزارش دهی جمع‌آوری شده است بنابراین مستعد محدودیت‌های استفاده از یک روش ساده جمع‌آوری داده‌هاست؛ بنابراین در پژوهش‌های بعدی مهم است که علاوه بر استفاده از پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات برای قطعیت بیشتر استفاده شود. همچنین به

شود.

سیاسگزاری

در نهایت پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش، مسئولان بیمارستان امام خمینی (ره) شهر کرمانشاه که با ما در انجام این پژوهش همکاری لازم را داشته‌اند نهایت تشکر و قدردانی رادارند.

مجدد سود برد. همچنین پیشنهاد می‌شود رابطه چندبعدی انگیزه‌های اقدام برای خودکشی با متغیرهای مختلف نظیر احساس تنهایی، سوءمصرف مواد، کودک‌آزاری، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، رفتارهای تکانشی، سبک‌های دلبستگی، سبک‌های فرزند پروری، تکانشگری، سبک‌های هویت، اختلالات شخصیت، اختلال وحشت‌زدگی، افسردگی، نگرانی، رفتارهای خود آسیبی مورد بررسی قرار گیرد تا از این طریق دانش منسجمی در خصوص انگیزه‌های اقدام برای خودکشی در مراکز درمانی و روابط این سازه با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل

منابع

(۱۳۹۵). پیش‌بینی تاب‌آوری در برابر خودکشی بر اساس نابسامانی هیجانی و سبک‌های فرزند پروری. دو فصلنامه آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۲ (۱)، ۱۵-۲۵.

خان‌زاده، م؛ سعیدیان، م؛ حسین‌چاری، م و ادریسی، ف. (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجانی. مجله علوم رفتاری، ۶ (۱)، ۸۷-۹۶.

مهدی یار، م؛ نجاتی، س. ف (۱۳۹۴). اعتباریابی پرسشنامه تاب‌آوری در برابر خودکشی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۵ (۱۶)، ۵-۱۶.

کرمی، ج؛ بگیان‌کوله‌مرز، م. ج؛ مومنی، خ و الهی، ع. (۱۳۹۶). سنجش درد ذهنی: ویژگی‌های روان‌سنجی و تحلیل عامل تأییدی پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی (OMMP). فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۷ (۱ پیاپی ۲۵)، ۱۴۶-۱۷۲.

هومن، ح. ع و عسگری، ع. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی: دشواری‌ها و تنگناهای آن. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۵ (۲)، ۱-۲۰.

مهدی یار، م؛ نجاتی، س. ف و گودرزی، م. ع.

Abramson, L. Y., Metalsky. G. I., Alloy. L. B. (1989). Hopelessness depression a theory-based subtype of depression.

Psychological Review, 96 (2), 358-72.

Baechler, J. (1979). *Suicides*. Oxford, UK:

- Basil Blackwell.
- Bancroft, J., Hawton, K., Simkin, S., Kingston, B., Cumming, C, et al. (1979). The reasons people give for taking overdoses: a further inquiry. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 353–65.
- Bancroft, J., Skrimshire, A., Simkin, S. (1976). The reasons people give for taking overdoses. *The British Journal of Psychiatry*, 128, 538–48.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90–113.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., Linehan, M. M. (2002b). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198–202.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., Linehan, M. M. (2002b). Reasons for suicide attempts and non suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198–202.
- Bryant, B. F., & Yarnold, P. R, (1995). *Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis*. In L. G. Grime & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp.99-136). Washington DC: American psychiatric Association.
- CDC (center disease control prevention). (2010a). Nonfatal Hospitalized Injuries, Both Sexes, All Ages, United States, 2010. <https://wisqars.cdc.gov/8443/costT/>.
- CDC (center disease control prevention). (2015b.) *Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)*. Atlanta, GA: CDC. <http://www.cdc.gov/yrbss>.
- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 37, 543–52.
- Fang, Q., Freedental, S., & Osman, A. (2014). Validation of the Suicide Resilience Inventory-25 with American and Chinese college students. *Suicide and Life threatening Behavior*. 45 (1), 51-64.
- Farberow, N. L., Shneidman, E. S. (1961). *The Cry for Help*. New York: McGraw-Hill.
- Gratz, K. L., and Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure and Initial Validation of The difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 26 (1): 41- 54.
- Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., et al. (2002). Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 380–93.
- Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Fekete, S., Wasserman, D. (2002). Why people engage in parasuicide: A cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 380–393.
- Holden, R. R., Kerr, P. S., Mendonca, J. D., Velamoor, V. R. (1998). Are some motives more linked to suicide proneness than others? *Journal of Clinical Psychology*, 54, 569–576.

- Holden, R. R., DeLisle, M. M. (2006). Factor structure of the Reasons for Attempting Suicide Questionnaire (RASQ) with suicide attempters. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(1), 1-8.
- Holden, R. R., Kerr, P. S., Mendonca, J. D., Velamoor, V. R. (1998). Are some motives more linked to suicide proneness than others? *Journal of Clinical Psychology*, 54(5), 569-76.
- Holden, R., Mcleod, L. (2000). The structure of the reasons for attempting suicide questionnaire (RASQ) in a nonclinical adult population. *Personality and Individual Differences*, 29 (4), 621-628.
- Iacobucci D. (2010). Structural equations modeling: Fit Indices, sample size, and advanced topics. *Journal of Consumer Psychology*. 20 (1), 90-98.
- Jobes, D. A. (1995). The challenge and promise of clinical suicidology. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25, 437-449.
- Joiner, T. E. (2005). *Why People Die By Suicide*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. Second Edition, The Guilford Press, A Division of Guilford Publications, Inc. 72 Spring Street, New York, NY 10012.
- Klonsky, E. D., May, A. M., Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 231-37.
- Kobler, A., Stotland, E. (1964). *The End of Hope: A Social-Clinical Study of Suicide*. New York: Free Press of Glencoe.
- Kreitman, N. (1976). The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960-71. *British journal of preventive social medicine*, 30(2), 86-93.
- Maroco, J. (2010a). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. [Analysis of structural equations: Theoretical foundations, software and applications]. Lisboa: ReportNumber, Lda.
- May, A. M., Klonsky, E. D. (2013). Assessing motivations for suicide attempts: development and psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(5), 532-46.
- May, A. M., Klonsky, E. D. Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307-330.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., et al. (2008b). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30,133-54.
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Janis, I., Deliberto, T. L. (2008c). Self-injurious thoughts and behaviours. In *Guide to Assessments that Work*, ed. J Hunsley, EJ Mash, pp. 158-79. New York: Oxford Univ. Press.
- O'Connor, R. C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., Williams, J. M. G. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: a four-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,

- 81, 1137-43.
- O'Connor, S. S., Comtois, K. A., Atkins, D. A., Kerbrat, A., & Thysell, K. (2012). Functioning, perceived effectiveness, and repetitive self-directed violence. Paper presentation at the 2012 American Association of Suicidology conference, Baltimore, MD.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threatment Behavior*, 33(3), 219-30.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., DIX-Richardson, F., Barrios, F. X., Kopper, B. A. (2004). Suicide Resilience Inventory-25: development and preliminary psychometric properties, *Psychological Reports*, 94, 1349-1360.
- Schnyder, U., Valach, L., Bichsel, K., Michel, K. (1999). Attempted suicide: Do we understand the patients' reasons? *General Hospital Psychiatry*, 21(1), 62-69.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Northfield, NJ: Jason Aronson.
- Simon, T., Swann, A., Powell, K., Potter, L., Kresnow, M., et al. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 49-59.
- ssessment, 28, 1-8.
- WHO (World Health Organ.). (2013). *Projections of mortality and causes of death 2015 and 2030*. Geneva: WHO. http://www.who.int/http://healthinfo/global_burden_disease/projections/en/
- World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Retrieved from www.who.int/mentalhealth/suicide-prevention/world_report_2014/en/

بیشترین اهمیت را دارد	خیلی مهم است	مهم است	تا حدی مهم است	اصلاً مهم نیست	فرم اصلی سوالات پرسشنامه انگیزه‌های اقدام برای خودکشی (IMSA)	ردیف
۵	۴	۳	۲	۱	من اقدام به خودکشی می‌کنم چون ...	۱
۵	۴	۳	۲	۱	آنقدر اشتباه و خطا کرده بودم که باید از خودم فرار می‌کردم.	۲
۵	۴	۳	۲	۱	احساس درماندگی و ناامیدی می‌کردم.	۳
۵	۴	۳	۲	۱	روزها و هفته‌های قبل اقدام کرده بودم، اما این بار به نظرم آنقدر ترسناک نبود.	۴
۵	۴	۳	۲	۱	می‌خواستم خانواده‌ام راحت شوند.	۵
۵	۴	۳	۲	۱	می‌خواستم تا کسی به من کمک کند.	۶
۵	۴	۳	۲	۱	همه امیدم را از اینکه در آینده شرایط بهتر شود از دست دادم.	۷
۵	۴	۳	۲	۱	دیگر نمی‌توانستم همه آن احساسات و هیجاناتی که داشتم را تحمل کنم.	۸
۵	۴	۳	۲	۱	می‌خواستم ببینم آیا کسی واقعاً نگران من هست.	۹
۵	۴	۳	۲	۱	وضعیت ذهنی‌ام غیرقابل تحمل بود.	۱۰
۵	۴	۳	۲	۱	به هیچ جایی و جامعه‌ای تعلق نداشتم.	۱۱
۵	۴	۳	۲	۱	می‌خواستم تا دیگران از برخوردی که با من داشتند متأسف و پشیمان شوند.	۱۲
۵	۴	۳	۲	۱	می‌خواستم بمیرم.	۱۳
۵	۴	۳	۲	۱	باید از یک موقعیت بفرنج و غیرممکن بیرون می‌آمدم.	۱۴
۵	۴	۳	۲	۱	فقط با زنده ماندن آنهایی که اطرافم بودند را ناراحت و اذیت می‌کردم.	۱۵
۵	۴	۳	۲	۱	باید کسی را متقاعد می‌کردم تا ذهنیت و دیدگاهش را عوض کنم.	۱۶
۵	۴	۳	۲	۱	نمی‌توانستم آگاهی پیدا کردن از شکست‌هایم را تحمل کنم.	۱۷
۵	۴	۳	۲	۱	مدتی در مورد آن فکر کرده بودم و سرانجام به نقشه‌ام عمل کردم.	۱۸
۵	۴	۳	۲	۱	خیلی زیاد از خودم متنفر بودم.	۱۹
۵	۴	۳	۲	۱	عاشق کسی نبودم.	۲۰
۵	۴	۳	۲	۱	باید از آسیب زدن کسی به خودم جلوگیری می‌کردم.	۲۱
۵	۴	۳	۲	۱	هیجانانتم آنقدر وحشتناک و مرعوب کننده بود که نمی‌توانستم با آنها کنار بیایم.	۲۲
۵	۴	۳	۲	۱	به نظر می‌رسید که بهترین راه کنار آمدن با مشکلات (شخصی و مالی) بود.	۲۳
۵	۴	۳	۲	۱	من آنقدر تحقیر شدم که نمی‌توانستم خود را دوباره نشان دهم.	۲۴
۵	۴	۳	۲	۱	به نظر می‌رسید کنترلم را از دست دادم و در مورد اینکه چرا آن طور رفتار کردم نظر و توضیحی نداشتم.	۲۵
۵	۴	۳	۲	۱	باید به خودم ثابت می‌کردم که شرایط واقعاً آنقدر بد هست.	

۵	۴	۳	۲	۱	۲۶	من تکانشی و ناگهانی عمل کردم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۷	آنقدر تنها بودم که نمی‌توانستم با تنهایی کنار بیایم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۸	باید کاری می‌کردم که دیگران درک کنند چقدر من آشفته و پریشانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۹	دیگر از اینکه خودکشی کنم نمی‌ترسم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۰	باعث دردسر و مشکلات خیلی زیادی برای کسانی که اطرافم هستند شده بودم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۱	فکر می‌کردم هیچ کسی مرا دوست ندارد.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۲	کم کم روی خودم کار می‌کردم و این زمان، من آنرا سرانجام انجام دادم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۳	هیچ دلیلی نداشتم بیهویی اتفاق افتاد.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۴	چون دیگر نمی‌خواستم سربار دیگران باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۵	باید رنج و درد ذهنی‌ام را تمام می‌کردم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۶	می‌خواستم دیگران را بترسانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۷	آینده به نظرم تاریک بود.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۸	هیچ جا راحت نبودم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۹	می‌خواستم که دیگران به خاطر کمک نکردن به من احساس گناه کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۰	افکارم اینقدر زیاد بود که نمی‌شد آنها را تحمل کرد.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۱	فکر می‌کردم این کار می‌تواند برخی مشکلات مهم کاربردی برای خانواده / دوستانم را حل کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۲	این فکر بیهویی به ذهنم رسید، من واقعاً در مورد آن فکر نکرده بودم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۳	باید در یک بیمارستان پذیرش می‌شدم تا بتوانم کمک دریافت کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۴	فکر نمی‌کردم اوضاع بهتر شود، اهمیتی نداشت من چکار می‌کردم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۵	بیشتر از همه لحظات دیگر در زندگی‌م احساس ناامیدی و درماندگی می‌کردم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۶	دیگر نمی‌توانستم رنج عاطفی‌ام را تحمل کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۷	فکر می‌کردم آنقدر بیچاره‌ام که مردن به نظرم خلاص شدن می‌آمد.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۸	احساس می‌کردم خودکشی به حل برخی مشکلات خاص من کمک می‌کرد.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۹	این یک تصمیم آنی و لحظه‌ای بود.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۰	یک انتقام از کسانی بود که دوستشان دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۱	احساس جدایی از همه افراد زندگی‌ام می‌کردم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۲	کمتر از درد جسمی‌ام که به آن عادت داشتم ترسناک بود.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۳	امیدوار بودم که کارهای افرادی که اطرافم بودند را تحت تأثیر قرار دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۴	می‌خواستم دیگران بفهمند چقدر من دارم ضربه می‌خورم.