

Research Paper

Forecasting Suicide Based on Sexuality, Marital Status, Coping Strategies, Religious Orientation, and Depression Rate



^{*} Yasaman Emad¹ , Habib Hadianfard² 

1. MA. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Education & Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

2. PhD. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Education & Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.



Citation Emad Y, Hadianfard H. [Forecasting Suicide Based on Sexuality, Marital Status, Coping Strategies, Religious Orientation, and Depression Rate (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019; 25(2):178-193. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.2.178>

 <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.2.178>



Received: 25 May 2018

Accepted: 25 Feb 2019

Available Online: 01 Jul 2019

Key words:

Suicide risk, Gender, Marital status, Coping strategies, Religious orientation, Depression

ABSTRACT

Objectives The present study aimed at exploring the role of gender, marital status, coping strategies, religious orientation, and depression level in predicting suicidal tendencies using a correlational, and in some cases, practical methodology.

Methods The sample group included 260 bachelor students (175 male and 85 female; 213 single and 72 married) of Shiraz University in the academic year 2011-2012. The subjects were selected by a multi-stage cluster sampling method and then measured using Carver and Scheier Coping Strategy questioners (short form), Allport religious orientation questioners (short form), Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI). The data were analyzed using enter regression method and SPSS 20 software.

Results Regression coefficients indicated that masculinity ($B=0.83$), ineffective coping style ($B=5.91$), specifically coping strategies for denial ($B=1.04$), self-blaming ($B=0.81$) and non-behavioral conflict ($B=0.49$) can positively and significantly predict the risk of suicide, while acceptance as coping strategy ($B=-0.48$) predicts this risk negatively and significantly.

Conclusion The results showed that the above variables in the strongest predictive equation had 78% of the variance of suicide risk. Thus, when encountering the individuals exposed to suicidal risks, psychologists are expected to focus more on training coping methods.

Extended Abstract

1. Introduction

Suicide is one of the serious public health concerns and the rate of suicidal thoughts is considered as one of the most important indicators of mental health through the communities [1]. In this regard, introducing some psychiatric disorders such as depression should be considered as the underlying reasons to com-

mit suicide [5]. Depression, commonly referred to as the "common cold" of mental illness [6], can reduce the person's tolerance threshold and his ability to inhibit impulses, and ultimately increase the likelihood of committing suicide in the patients [7]. Several studies are conducted on the cognitive constructs involved in semiotics of suicide attempts that coping skills are one of the cognitive areas that can be considered. Carver and Scheier introduced three types of coping strategies. Emotion-focused coping includes seeking social support for emotional reasons, positive reinterpretation, acceptance, self-con-

*** Corresponding Author:**

Yasaman Emad, MA.

Address: Department of Clinical Psychology, School of Education & Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Tel: +98 (71) 36487417

E-mail: yasaman.emad@gmail.com

trol, turning to the religion, and the emotional evacuation. Problem-focused coping includes social support as a tool, active coping, planning, and preventing disturbing activities. Finally, ineffective coping involves denial and mental or behavioral engagement with substances or alcohol indicating avoidance [36]. Both emotional-focused coping and problem-oriented coping strategies can effectively reduce stress and tension-related problems [14]. Besides, other factors are involved such as religious orientation, which significantly can affect the risk of committing suicide [15]. According to Allport, there are two types of religious orientations. In individuals with an internal religious orientation who have internalized their accepted religion [16], and people with external religious orientation, the religion is emphasized due to its achievements [17].

Gender and marital status are studied in committing suicide. The female gender [19-24] and being married [1, 20, 23, 25] are introduced by most studies as the risk factors to commit suicide. It is noteworthy that the male gender is described as a risk factor for committing suicide in some studies [5]. This contrast may be resolved by considering the effect of depression; accordingly, the female gender can increase the risk for depression due to the negative emotional-focused skills [16, 26]. Therefore, an increase in the likelihood of committing suicide [27] is practically due to the depression and ineffective coping strategies of the individual not because of his gender. The current study aimed at identifying the students at the risk of committing suicide more accurately along with the preventive measures considering the results of studies on risk factors in committing suicide and determining the predictive value of each of these factors.

2. Method

The present fundamental and correlational-descriptive study was conducted on all undergraduate students of the Shiraz University in 2011-12, of which 260 students (175 male and 85 female) were selected as the sample group. It should be noted that the number of sample group was calculated and determined based on the Cochran's formula. The age range of the subjects was 18 to 27 years old and their average age was 21 years. Among the studied students, 213 subjects were single and 72 married. Multistage cluster sampling was used as the sampling method. The inclusion criteria were age range 18 to 30 years old, being Iranian and Muslim, being literate, and willingness to participate in the study. The lack of psychiatric disorders such as mood and psychotic disorders or the disorders associated with drug abuse were also regarded. In the present study, four questionnaires were used to collect data including the Religious

Orientation Scale (ROS) developed by Allport, Short Form of the Carver and Scheier Coping Questionnaire, Beck Depression Questionnaire-II, and Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI). The questionnaires were scored and the subjects' scores were calculated, followed by using statistical techniques for data arrangement and summarization. To analyze the data, descriptive statistics indices were first determined and the regression method (entry method) was used in order to answer the hypothesis.

3. Results

In the current study, problem-focused and emotion-focused coping strategies were negatively and significantly correlated with the risk of committing suicide, and as assumed, the ineffective coping strategy had a positive and significant relationship with the risk of committing suicide. Meanwhile, among the three main types of coping strategies, the ineffective coping strategy had a predictive value.

According to the findings of the current study, among the fourteen-point coping strategies of Carver and Scheier, all strategies related to the ineffective coping strategy (self-confusion, denial, drug abuse, no behavioral involvement, emotional evacuation, and self-blaming) had a positive and significant correlation with the risk of committing suicide. However, there was a negative and significant correlation between the emotion-focused coping strategies (acceptance, humor, religion, positive framework, and emotional support) and the problem-oriented coping strategies (planning, active coping, and tool support). The results indicated that ineffective coping strategy, denial, self-blaming, acceptance, no behavioral involvement, and gender can significantly explain 78% of the variance in suicide risk in an equation.

4. Discussion

According to the current study results, it seems that using the ineffective strategies to cope with the individuals' problems can lead to some disorders such as depression and suicide. In this regard, Cole's psychological stress-preparedness model provides a framework to treat people committing suicide [49]. Based on this model, subjects with difficulty in divergent thinking ability are not prepared to develop alternative solutions to deal effectively with such conditions, while they are normally under stressful situations. Accordingly, these people are disappointed and may find suicide as the only available solution, therefore, it seems that it is more related to the problem-solving and coping strategies of the individual.

To explain the positive and significant relationship between depression and suicidal thoughts in the current study, there are several theoretical supports correlating depression-related cognitive function to suicidal thoughts and behavior and introducing suicide as an associate or the outcome of depression [55]. Although religious orientation in the current study was not a predictive value, due to the reverse and significant relationship between religion and suicidal thoughts, it can be concluded that religion, due to the obvious prohibition of suicide, and spiritual and religious beliefs to accept miserable events, adaptive behavior, patience against unpleasant incidents and having a positive attitude along with self-esteem to yourself and the future, and avoiding disappointment have an important role to diminish the psychosocial factors of depression and consequently committing suicide. In addition, according to the current study findings, the male gender can significantly predict the risk of suicide. To justify the results of the current study, it can be referred to the Parchi's view [63]. He believed that males have more impulsivity than females due to the increased levels of testosterone during maturity. It is not surprising to consider the male gender as one of the risk factors for suicide, since suicide is a self-destructive impulse, therefore, under similar circumstances, males are more likely to commit suicide [63].

To explain other findings, it can be implicitly assumed that early marriage (18-25 years old) can put a significant psychological pressure on couples due to the various concerns such as unemployment, financial problems, etc. Committing suicide may be the only solution available if couples do not use effective strategies to solve their problems; since stresses become persistent.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The study protocol was approved by University of Shiraz Ethics Committee, Iran. Informed consent was obtained from all the participants. Patients' right to withdraw from the study at any stage and the confidentiality of their responses was emphasized.

Funding

This study is extracted from the first author's master thesis at Shiraz University. The study was of no cost to the departmental staff. The study did also not impact Shiraz University's resources.

Authors contributions

Conceiving and designing the study: All authors; Providing data, drafting the paper: Yasaman Emad; Analyzing the data: All authors. Revising the work: Habib Hadianfard.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

پیش‌بینی گرایش به خودکشی بر مبنای جنسیت، وضعیت تأهل، راهبردهای مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و میزان افسردگی

* یاسمن عماد^۱، حبیب هادیان‌فرد^۲

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
۲- دکترای روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۶ اسفند ۱۳۹۷

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۳۹۷

اهداف: هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش جنسیت، وضعیت تأهل، راهبردهای مقابله‌ای، جهت‌گیری مذهبی و میزان افسردگی در پیش‌بینی خطر خودکشی است.

مواد و روش‌ها: پژوهش از نوع همبستگی و بر حسب نوع استفاده از نتایج، کاربردی است. نمونه مطالعه‌شده شامل ۲۶۰ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰ است که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و با پرسش‌نامه‌های راهبردهای مقابله‌ای کارور و شیر (شکل کوتاه)، جهت‌گیری مذهبی آلپورت (شکل کوتاه)، افسردگی بک-۲ و مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی بک اندازه‌گیری شدند. داده‌ها با استفاده از روش آماری رگرسیون به شیوه ورود و به کمک نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: ضرایب رگرسیون حاکی از آن است که جنسیت مذکر ($B=0/82$)، سبک مقابله ناکارآمد ($B=5/91$)، مشخصاً راهبردهای مقابله‌ای انکار ($B=1/04$)، خودسرزنش‌گری ($B=0/81$) و نداشتن درگیری رفتاری ($B=0/49$) می‌توانند به طور مثبت و معناداری خطر خودکشی را پیش‌بینی کنند. این در حالی است که راهبرد مقابله‌ای پذیرش ($B=-0/48$) این خطر را به طور منفی و معناداری پیش‌بینی می‌کند. نتایج نشان می‌دهد متغیرهای مذکور در قوی‌ترین معادله پیش‌بین، ۷۸ درصد واریانس خطر خودکشی را می‌کنند.

نتیجه‌گیری: از آنجایی که سبک مقابله‌ای ناکارآمد کلیدی‌ترین مؤلفه در پیش‌بینی خطر خودکشی است، شایسته است روان‌شناسان در مواجهه با مراجعینی که در معرض خطر خودکشی قرار دارند، توجه بیشتری به آموزش شیوه‌های مقابله داشته باشند.

کلیدواژه‌ها:

خودکشی، جنسیت، وضعیت تأهل، سبک مقابله، جهت‌گیری مذهبی، افسردگی

مقدمه

اجتماعی تلقی می‌شد و در تبیین آن، عمدتاً متغیرهای جمعیت‌شناسی مطالعه می‌شدند؛ اما شنایدمن با تعریف خودکشی به صورت راه‌حلی که فرد برای مسئله خاصی به کار می‌گیرد، پیش‌بینی احتمال خودکشی و پیشگیری از آن را با استفاده از مؤلفه‌های روان‌شناختی مطرح کرد [۲، ۳]. پژوهش‌های وسیعی روی سازه‌های شناختی دخیل در نشانه‌شناسی اقدام به خودکشی انجام گرفته است. اما سؤالی که همواره به ذهن‌خطور می‌کند این است که چه زیرساخت‌هایی می‌توانند در این اقدام مداخله کنند؟ یکی از مسائل قابل توجه در این زمینه، معرفی برخی اختلالات روانی به عنوان عوامل زمینه‌ساز اقدام به خودکشی است که از این میان می‌توان به افسردگی اشاره کرد [۴].

افسردگی که غالباً از آن به عنوان سرماخوردگی روانی یاد می‌شود، می‌تواند آستانه تحمل فرد و توانایی او را در بازداري تکانه‌ها کاهش و در نهایت احتمال اقدام به خودکشی در فرد مبتلا

خودکشی^۱ یکی از مشکلات جدی سلامت عمومی است و میزان گرایش به خودکشی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم بهداشت روانی افراد جامعه محسوب می‌شود [۱]. بنابراین این پدیده همواره محل بحث روان‌شناسان بوده است و با توجه به آمار روزافزون انسان‌هایی که خود را از نعمت حیات محروم می‌کنند، لزوم بررسی نقش عوامل روانی و اجتماعی در بروز این پدیده و همچنین پیشگیری و درمان به‌موقع آن، نه‌تنها از لحاظ پژوهش‌های علمی واجد اهمیت است، بلکه از نظر انسانی نیز می‌توان آن را نوعی وظیفه تلقی کرد.

تا قبل از مطالعات ادوین شنایدمن^۲، خودکشی پدیده‌ای

1. Suicide
2. Schneidman

* نویسنده مسئول:

یاسمن عماد

نشانی: شیراز، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: ۳۶۴۸۷۴۱۷ (۷۱) +۹۸

پست الکترونیکی: yasaman.emad@gmail.com

مقابله مسئله‌مدار، جست‌وجوی حمایت اجتماعی با دلایل ابزاری، مقابله فعال، برنامه‌ریزی و جلوگیری از فعالیت‌های مزاحم را شامل می‌شود. سرانجام آنچه مقابله‌ی ناکارآمد نامیده می‌شود، شامل انکار و مشغولیت ذهنی و رفتاری به مواد یا الکل است که به مقابله اجتنابی اشاره دارد. بنا بر این دیدگاه، سبک مقابله هیجان‌مدار و سبک مقابله مسئله‌مدار می‌توانند به طور مؤثری مشکلات مرتبط با استرس و فشار روانی را کاهش دهند [۱۲].

بنا بر پژوهش‌های انجام‌شده، چنین به نظر می‌رسد که عوامل دیگری نیز در پدیده خودکشی دخیل باشند؛ مواردی نظیر جهت‌گیری مذهبی که رابطه درخور توجهی با خطر خودکشی دارد [۱۳]. آلپورت^۹ از شاخص‌ترین چهره‌های این حوزه به شمار می‌آید. او با توجه به ابعاد عملی و فلسفی مذهب، دو نوع جهت‌گیری مذهبی را معرفی می‌کند: جهت‌گیری مذهبی درونی که بر پذیرش مذهب در چارچوب خود مذهب دلالت دارد و جهت‌گیری مذهبی بیرونی که بر مذهب به دلیل دستاوردهای مذهبی بودن تأکید می‌ورزد [۱۴، ۱۵].

به زعم آلپورت، کسانی که مذهب بیرونی دارند، از نظر فلسفه الهی، به خداوند روی می‌آورند، ولی از خود دور نمی‌شوند. به همین دلیل مذهب آنان اساساً به سپری دفاعی تبدیل می‌شود؛ این همان خودمیان‌بینی مذهبی^{۱۰} است که از نظر فروید^{۱۱} به روان‌آزردگی^{۱۲} منتهی می‌شود. آلپورت معتقد بود تنها مذهب با جهت‌گیری درونی است که می‌تواند سلامت روان را تضمین کند. علاوه بر مطالعات آلپورت، تحقیقات زیادی نتایج او را تأیید می‌کند [۱۶]. در همین راستا، روان‌شناسان بیان می‌کنند که پذیرش دین اسلام و التزام عملی بدان از طریق دو سازوکار، میزان خودکشی در مبتلایان به افسردگی را کاهش می‌دهد [۱۷].

متغیرهای دیگری که در اقدام به خودکشی بررسی شده‌اند، جنسیت و وضعیت تأهل هستند. عموم پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته است، مؤنث‌بودن و متأهل‌بودن را از عوامل خطر ساز در اقدام به خودکشی می‌دانند [۲۷-۱۸]. نکته جالب توجه در برخی تحقیقات آن است که جنسیت مذکر به عنوان عامل خطر ساز در اقدام به خودکشی عنوان شده است [۴]. ممکن است این تعارض از طریق در نظر گرفتن افسردگی قابل حل باشد؛ بدین معنی که جنسیت مؤنث به دلیل استفاده از مهارت‌های هیجان‌مدار منفی می‌تواند زمینه‌ساز ابتلا به افسردگی باشد [۱۶، ۲۶]. بنابراین افزایش احتمال اقدام به خودکشی عملاً به دلیل افسردگی و مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد فرد است نه جنسیت او [۲۷]. از طرفی دیگر در پژوهش‌های مذکور، گروه نمونه، بیماران

را افزایش دهد [۵، ۶]. همان‌گونه که بک^۳ در تئوری شناختی خود عنوان می‌کند، ناامیدی، حلقه اتصال افسردگی و خودکشی است [۷]. در اثبات این مدعا می‌توان به این نکته اشاره کرد که بیش از ۸۰ درصد کسانی که در آمریکا و اروپا خودکشی موفق انجام می‌دهند، در زمان مرگ، از افسردگی رنج می‌برده‌اند [۸].

یکی دیگر از حوزه‌های شناختی که در این راستا می‌تواند مورد توجه قرار گیرد، مهارت‌های مقابله‌ای است؛ چنین به نظر می‌رسد که در فرایندهای شناختی افراد اقدام‌کننده به خودکشی، تحریفات و خطاهایی صورت می‌گیرد که برخورد مؤثر و مناسب آنان با محیط و چالش‌های ایجادشده را با مشکل مواجه می‌کند. بنابراین بررسی این موضوع که چه نوع مهارت‌های مقابله‌ای، فرد را در مقابل خودکشی آسیب‌پذیر می‌کند، حائز اهمیت است. لازاروس^۴ راهبردهای مقابله‌ای را به عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های شناختی و رفتاری که هدفشان به حداقل رساندن فشار روانی ناشی از موقعیت‌های استرس‌زاست، تعریف می‌کند [۹].

او در تئوری خود به دو نوع سبک مقابله‌ای اشاره می‌کند: سبک مسئله‌مدار^۵ و سبک هیجان‌مدار^۶. روش‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار عموماً زمانی بروز پیدا می‌کند که شخص احساس کند می‌تواند موقعیت را کنترل کند و یا تغییر دهد. بر خلاف آن، روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در موقعیت‌هایی دیده می‌شود که فرد احساس کند موقعیت، غیرقابل تغییر و کنترل است. بنابراین در مقابل آن واکنش هیجانی نشان می‌دهد یا سعی در تحمل آن دارد [۱۰].

طبیعتاً مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار نسبت به مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار برتری خواهند داشت، چراکه باعث کاهش مستقیم منبع تنش می‌شوند. در این دیدگاه، ادراک فشار روانی به منزله فرایندی محسوب می‌شود که بر چگونگی ادراک فرد از موقعیت تأکید می‌ورزد. در چنین شرایطی، اگر فرد نتواند با استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مناسب، تنیدگی را برطرف کند، فشار روانی مزمن می‌شود و به نتایج سوئی همچون خودکشی منجر می‌شود [۱۱]. در این پژوهش تلاش شده است به شیوه‌های مقابله‌ای دانشجویان، از زاویه دید کارور^۷ و همکارانش نگاه شود.

کارور و شیرر^۸ در سال ۱۹۸۹ سه سبک مقابله را معرفی کرده‌اند. مقابله هیجان‌مدار که شامل جست‌وجوی حمایت اجتماعی با دلایل هیجانی، تفسیر مجدد مثبت، پذیرش، خویش‌ن‌داری، روی آوردن به مذهب و تخلیه هیجانی است.

3. Beck

4. Lazarus

5. Problem-focused

6. Emotion-focused

7. Carver

8. Scheier

9. Alport

10. Religious Ego-centric

11. Freud

12. Neurosis

سایکوتیک و یا اختلالات مرتبط با مصرف مواد مبتلا می‌بودند که از طریق مصاحبه مشخص شد. در پژوهش حاضر به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از چهار پرسش‌نامه استفاده شده است که شامل مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت، شکل کوتاه پرسش‌نامه شیوه‌های مقابله کارور و شیرر، پرسش‌نامه افسردگی بک-۲ و مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی بک می‌شود. در ادامه به توصیف و معرفی هریک از ابزارهای مذکور پرداخته خواهد شد.

پرسش‌نامه افسردگی بک-۲

ویرایش دوم پرسش‌نامه افسردگی بک که در سال ۱۹۹۶ منتشر شده است، شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است و به منظور سنجش شدت افسردگی تدوین شده است [۲۶]. این پرسش‌نامه علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند و نمره کمتر از ۱۰ نبود افسردگی، ۱۰-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۳۰ افسردگی متوسط و نمرات بیشتر از ۳۰ افسردگی شدید را نشان می‌دهد [۲۷، ۲۸]. بک و کلارک [۲۹] در سال ۱۹۸۸، همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳، پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ و روایی محتوایی آن را با استفاده از تحلیل عوامل ۰/۷۶ گزارش کردند [۲۹].

ترجمه و هنجاریابی این پرسش‌نامه را برای نخستین بار در ایران جلیلی و اخوت انجام دادند. پایایی این پرسش‌نامه را از راه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی به‌دست‌آمده از روش تصنیف بر اساس پرسش‌های زوج و فرد، برابر ۰/۷۰ گزارش شده است [۳۰]. روایی همزمان و افتراقی این آزمون در ایران، بررسی و ضرایب مربوطه به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است [۳۱].

مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت (شکل کوتاه) (۱۹۶۷)

این پرسش‌نامه، شامل ۱۵ ماده است که ۹ ماده اول، جهت‌گیری درونی و ۶ ماده بعدی، جهت‌گیری بیرونی را می‌سنجد [۳۲]. پایایی بازآزمایی این مقیاس ۰/۷۵ و روایی محتوایی آن در فرهنگ اصلی ۰/۶۸ گزارش شده است. این آزمون را جان‌بزرگی در سال ۱۳۷۸ ترجمه و در جمعیت ایرانی هنجاریابی کرده است. در ترجمه این مقیاس، همه سؤالاتی که مسائل مربوط به دین مسیحیت را می‌پرسید، به سؤالات مشابه برای دین اسلام تغییر داده شده است. ضرایب پایایی (همسانی درونی) و روایی محتوایی آن به ترتیب از طریق دونیمه‌کردن ۰/۷۲ و از طریق تحلیل عوامل ۰/۵۳ گزارش شده است [۳۳].

مبتلا به انواع اختلالات خلقی هستند که در بیمارستان بستری شده‌اند. بنابراین در نظر گرفتن این نکته ضروری به نظر می‌رسد که با توجه به شرایط فرهنگی و بومی جمعیت پژوهش‌شده، تمایل کمتری برای بستری‌شدن زنانی وجود دارد که مرتکب خودکشی شده‌اند.

در پژوهش حاضر تلاش شده است با در کنار هم قراردادن نتایج پژوهش‌هایی که به عوامل خطر ساز در اقدام به خودکشی پرداخته‌اند و تعیین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی هر کدام از این عوامل، دانشجویانی که در معرض خطر اقدام به خودکشی هستند، به نحوی دقیق‌تر شناسایی شوند و اقدامات پیشگیرانه لازم در موردشان انجام شود.

روش

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای بنیادی است که با بهره‌گیری از پرسش‌نامه و به شیوه گزینش تصادفی به گردآوری داده‌ها پرداخته است. این پژوهش که به منظور پیش‌بینی میزان گرایش به خودکشی و به دنبال آن احتمال اقدام به خودکشی صورت گرفته است، از نوع همبستگی توصیفی است و محقق گرایش به خودکشی را به عنوان متغیر ملاک و جهت‌گیری مذهبی، راهبردهای مقابله‌ای، میزان افسردگی، جنسیت و وضعیت تأهل را به عنوان متغیر پیش‌بین در نظر گرفته است.

جامعه پژوهش شامل تمام دانشجویان مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی دانشگاه شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰ است که از این میان، تعداد ۲۶۰ نفر (۱۷۵ پسر و ۸۵ دختر) به عنوان گروه نمونه، بررسی شدند. تعداد گروه نمونه با فرمول کوکران محاسبه و مشخص شد. دامنه سنی آزمودنی‌ها ۱۸ تا ۲۷ سال و میانگین سنی آن‌ها ۲۱ سال بود. از میان دانشجویان مطالعه‌شده، ۱۹۳ نفر مجرد و ۷۲ نفر متأهل بودند.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش، روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود؛ بدین صورت که از میان تمام دانشکده‌های دانشگاه شیراز، از هر دانشکده، یک بخش و از هر بخش، یک کلاس به طور تصادفی انتخاب شد و تمام افراد آن بررسی شدند. مطابق آنچه گفته شد، تعداد ۷۲ نفر از دانشکده مهندسی، تعداد ۳۲ نفر از دانشکده کشاورزی، تعداد ۴۸ نفر از دانشکده زبان و علوم انسانی، تعداد ۱۹ نفر از دانشکده حقوق، تعداد ۳۱ نفر از دانشکده علوم، تعداد ۲۴ نفر از دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی و تعداد ۳۴ نفر از دانشکده اقتصاد و مدیریت در پژوهش حاضر مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل دانشجویان بزرگسال (۱۸ الی ۳۰ سال)، ایرانی‌الصل و مسلمان، با سواد خواندن و نوشتن و علاقه‌مند به مشارکت در پژوهش حاضر بود. همچنین افراد گروه نمونه نباید به اختلالات روانی نظیر اختلالات خلقی،

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه

گروه نمونه	فراوانی (درصد)	درصد تراکمی
دختر	۸۵(۳۲/۷)	۳۲/۶
پسر	۱۷۵(۶۷/۳)	۱۰۰
مجرد	۱۹۳(۷۳/۳)	۷۳/۳
متاهل	۷۲(۲۶/۷)	۱۰۰
کل	۲۶۰(۱۰۰)	-

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

این مقیاس را در سال ۱۹۷۹ بک طراحی کرد و به عنوان یک ابزار خودسنجی، به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی تهیه شده است [۳۸]. پایایی ارزیاب‌های این پرسش‌نامه ۰/۸۳ گزارش شده و روایی سازه برای این پرسش‌نامه ۰/۷۹ به دست آمده است [۳۹]. کار ترجمه، انطباق و مطالعات مقدماتی روی مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی را کاپوانی (۱۳۸۰) در مرکز مطالعات شناخت و رفتار بیمارستان روزبه انجام داده است. در پژوهشی اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند [۴۰].

پس از نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ها و مشخص‌شدن نمرات آزمودنی‌ها، اعمال مربوط به مرتب و خلاصه‌سازی داده‌ها با استفاده از تکنیک‌های آماری انجام گرفت. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در این پژوهش، ابتدا شاخص‌های آمار توصیفی مشخص شد و در مرحله بعد، به منظور پاسخ‌دهی به فرضیه مطرح‌شده، روش آماری رگرسیون به شیوه ورود^{۲۸} استفاده شد. تمام تحلیل‌های آماری در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS^{۲۹} انجام شده است.

یافته‌ها

چنان‌که پیش‌تر بدان اشاره شد، هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش جنسیت، وضعیت تأهل، میزان افسردگی، جهت‌گیری مذهبی و راهبردهای مقابله‌ای در پیش‌بینی گرایش به خودکشی بود. لذا ابتدا یافته‌های توصیفی و سپس، نتایج تحلیل‌های آماری که به منظور بررسی فرضیات پژوهش صورت گرفته است، مطرح می‌شود.

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شده

به منظور بررسی فرضیات پژوهش، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، اطلاعات توصیفی، میانگین، انحراف معیار،

28. Etnter

29. Statistical Package for the Social Sciences

پرسش‌نامه شیوه‌های مقابله کارور و شیرر (شکل کوتاه) (۱۹۸۹)

در این پرسش‌نامه ۱۴ مقیاس خودگنج‌گردانی^{۱۴}، مقابله فعال^{۱۵}، انکار^{۱۶}، استفاده از مواد^{۱۷}، استفاده از حمایت هیجانی^{۱۸}، استفاده از حمایت ابزاری^{۱۹}، نبود درگیری رفتاری^{۲۰}، تخلیه هیجانی^{۲۱}، بازچارچوب‌دهی مثبت^{۲۲}، برنامه‌ریزی^{۲۳}، شوخی^{۲۴}، پذیرش^{۲۵}، مذهب^{۲۶} و خودسرزنشگری^{۲۷} دارد [۳۴]. پایایی بازآزمایی این مقیاس از ۰/۵ تا ۰/۹ در فرهنگ اصلی گزارش شده است [۳۵]. روایی همزمان این آزمون نیز از ۰/۲۳ تا ۰/۵۵ به دست آمده است [۳۶].

در ایران این چک‌لیست را برای اولین بار ذوالفقاری و همکاران در سال ۱۳۷۱ ترجمه کردند و با توجه به فرهنگ ایرانی و همچنین با استفاده از دیگر مقیاس‌های مقابله‌ای در آن تجدید نظر کردند. آزمون مذکور، پس از ترجمه و تجدید نظر به عنوان آزمونی معتبر برای سنجش راهبردهای مقابله‌ای تأیید شد. پایایی آزمون به روش همسانی درونی ۰/۷۸ و روایی همزمان آن را ۰/۶۲ گزارش شده است [۳۷].

مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی بک

14. Self-distraction
15. Active coping
16. Denial
17. Substance use
18. Use of emotional support
19. Use of instrumental support
20. Behavioral disengagement
21. Venting
22. Positive reframing
23. Planning
24. Humor
25. Acceptance
26. Religion
27. Self-blame

جدول ۲. آمار توصیفی مربوط به متغیرهای بررسی‌شده (حجم نمونه: ۲۶۰)

متغیر بررسی شده	کمینه	پیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
سبک مسئله‌مدار	۲	۷/۶۷	۴/۵۹	۱/۴۸
سبک ناکارآمد	۲	۶/۸۳	۳/۲۷	۱/۱۹
سبک هیجان‌مدار	۲	۷	۴/۲۰	۱/۱۸
میزان افسردگی	۰	۴۷	۱۳/۵۳	۱۰/۰۳
جهت‌گیری مذهبی درونی	۱	۳۵	۲۰/۰۲	۹/۲۴
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۰	۲۴	۱۰/۵۷	۵/۱۲
خطر خودکشی	۰	۲۶	۲/۹۱	۵/۰۷
خودتوجه‌گردانی	۲	۸	۳/۵۱	۱/۳۸
مقابله فعال	۲	۸	۴/۸۷	۱/۸۶
انکار	۲	۸	۳/۲۳	۱/۲۶
استفاده از مواد	۱	۸	۲/۹۶	۱/۴۵
استفاده از حمایت هیجانی	۲	۸	۴/۲۳	۱/۳۷
استفاده از حمایت ابزاری	۲	۷	۳/۸۵	۱/۲۵
نداشتن درگیری رفتاری	۲	۸	۳/۴۲	۱/۴۰
تخلیه هیجانی	۲	۸	۳/۶۸	۱/۹۰
بازچارچوب‌دهی مثبت	۲	۸	۴/۴۵	۱/۷۸
برنامه‌ریزی	۲	۸	۵/۰۶	۱/۷۰
شوخی	۲	۷	۳/۰۴	۱/۰۶
پذیرش	۲	۸	۴/۴۵	۱/۴۱
مذهب	۲	۸	۴/۸۱	۲/۰۰
خودسرزنشگری	۲	۷	۳/۴۰	۱/۱۷

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

تخلیه هیجانی ($r=0/81$ و $P<0/01$)، خودسرزنشگری ($r=0/43$) و $P<0/01$)، نداشتن درگیری رفتاری ($r=0/74$ و $P<0/01$)، استفاده از مواد ($r=0/81$ و $P<0/01$)، انکار ($r=0/61$ و $P<0/01$) و خودتوجه‌گردانی ($r=0/74$ و $P<0/01$) رابطه مثبت و معناداری دارد. این در حالی است که متغیر خطر خودکشی با متغیرهای جهت‌گیری مذهبی درونی ($r=-0/57$ و $P<0/01$)، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار ($r=0/64$ و $P<0/01$)، سبک مقابله مسئله‌مدار ($r=0/64$)، $r=0/01$ و راهبردهای مقابله‌ای مذهب ($r=0/46$ و $P<0/01$)، پذیرش ($r=0/59$ و $P<0/01$)، شوخی ($r=0/42$ و $P<0/01$)، برنامه‌ریزی ($r=0/58$ و $P<0/01$)، بازچارچوب‌دهی مثبت ($r=0/62$)، $r=0/01$ و استفاده از حمایت هیجانی ($r=0/54$ و $P<0/01$)، استفاده از حمایت ابزاری ($r=0/39$ و $P<0/01$) و مقابله فعال

حداقل و حداکثر نمرات، مطالعه شد که نتایج آن در جداول شماره ۱ و ۲ آمده است.

ماتریس همبستگی متغیرهای مطالعه‌شده

به منظور بررسی چگونگی ارتباط متغیرهای پژوهش‌شده و کسب اعتبار برای انجام تحلیل‌های بعدی، همبستگی‌های آن‌ها از طریق ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد. ماتریس همبستگی متغیرهای مطالعه‌شده در جدول شماره ۳ آمده است.

چنان‌که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، متغیر خطر خودکشی با متغیرهای میزان افسردگی ($r=0/76$ و $P<0/01$)، سبک مقابله ناکارآمد ($r=0/85$ و $P<0/01$) و راهبردهای مقابله‌ای

جدول ۳. ماتریس همبستگی متغیرهای بررسی شده

۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
						۱	۱. خودتوجه‌گردانی
					۱	-۰/۷۰°	۲. مقابله فعال
				۱	-۰/۷۱°	۰/۷۳°	۳. انکار
			۱	۰/۵۶°	-۰/۶۶°	۰/۶۷°	۴. استفاده از مواد
		۱	-۰/۴۳°	-۰/۳۷°	۰/۱۸°	-۰/۳۵°	۵. استفاده از حمایت هیجانی
	۱	۰/۱۷°	-۰/۵۶°	-۰/۵۳°	۰/۷۳°	-۰/۵۳°	۶. استفاده از حمایت ابزاری
۱	-۰/۵۹°	-۰/۴۳°	۰/۷۴°	۰/۷۰°	-۰/۷۱°	۰/۷۰°	۷. نداشتن درگیری رفتاری
۰/۷۸°	-۰/۵۹°	-۰/۴۱°	۰/۷۹°	۰/۶۵°	-۰/۷۰°	۰/۷۳°	۸. تخلیه هیجانی
-۰/۷۱°	۰/۳۹°	۰/۵۵°	-۰/۶۱°	-۰/۶۰°	۰/۵۶°	-۰/۶۳°	۹. بازچارچوب‌دهی مثبت
-۰/۶۴°	۰/۷۴°	-۰/۰۸	-۰/۵۸°	-۰/۵۸°	۰/۸۵°	-۰/۶۲°	۱۰. برنامه‌ریزی
-۰/۵۱°	۰/۴۵°	۰/۳۴°	-۰/۴۴°	-۰/۴۳°	۰/۵۴°	-۰/۴۳°	۱۱. شوخی
-۰/۷۲°	۰/۴۳°	۰/۵۶°	-۰/۶۱°	-۰/۶۹°	۰/۵۵°	-۰/۶۳°	۱۲. پذیرش
-۰/۵۱°	۰/۳۳°	۰/۳۷°	-۰/۴۸°	-۰/۴۲°	۰/۳۷°	-۰/۴۱°	۱۳. مذهب
۰/۴۴°	-۰/۳۶°	-۰/۲۴°	۰/۳۷°	۰/۴۳°	-۰/۴۴°	۰/۴۲°	۱۴. خودسرزنشگری
-۰/۷۱°	۰/۸۶°	۰/۱۵°	-۰/۶۵°	-۰/۶۷°	۰/۹۳°	-۰/۶۸°	۱۵. سبک مقابله مسئله‌مدار
۰/۸۸°	-۰/۶۴°	-۰/۴۵°	۰/۸۵°	۰/۸۱°	-۰/۷۹°	۰/۸۶°	۱۶. سبک مقابله ناکارآمد
-۰/۷۴°	۰/۴۵°	۰/۶۸°	-۰/۶۶°	-۰/۶۵°	۰/۵۶°	-۰/۶۳°	۱۷. سبک مقابله هیجان‌مدار
۰/۸۲°	-۰/۶۴°	-۰/۴۹°	۰/۷۸°	۰/۶۶°	-۰/۷۵°	۰/۷۶°	۱۸. میزان افسردگی
-۰/۵۶°	۰/۴۳°	۰/۳۱°	-۰/۵۸°	-۰/۴۳°	۰/۵۱°	-۰/۵۱°	۱۹. جهت‌گیری مذهبی درونی
-۰/۰۴	۰/۰۲	-۰/۰۱	-۰/۱۱	-۰/۰۵	۰/۰۵	-۰/۱۳°	۲۰. جهت‌گیری مذهبی بیرونی
۰/۷۴°	-۰/۵۴°	-۰/۳۹°	۰/۸۱°	۰/۶۱°	-۰/۶۳°	۰/۷۴°	۲۱. خطر خودکشی
۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	
							۱. خودتوجه‌گردانی
							۲. مقابله فعال
							۳. انکار
							۴. استفاده از مواد
							۵. استفاده از حمایت هیجانی
							۶. استفاده از حمایت ابزاری
							۷. نداشتن درگیری رفتاری
						۱	۸. تخلیه هیجانی

۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	
					۱	-۰/۶۹**	۹. بازچارچوب‌دهی مثبت
				۱	۰/۴۷**	-۰/۶۰**	۱۰. برنامه‌ریزی
			۱	۰/۴۷**	۰/۴۹**	-۰/۴۹**	۱۱. شوخی
		۱	۰/۵۱**	۰/۴۴**	۰/۷۵**	-۰/۶۸**	۱۲. پذیرش
	۱	۰/۵۶**	۰/۳۱**	۰/۳۱**	۰/۶۲**	-۰/۵۰**	۱۳. مذهب
۱	۰/۰۰	-۰/۴۱**	-۰/۴۱**	-۰/۴۱**	-۰/۴۴**	۰/۴۵**	۱۴. خودسرزنشگری
-۰/۴۴**	۰/۳۶**	۰/۵۲**	۰/۵۳**	۰/۹۴**	۰/۵۳**	-۰/۶۹**	۱۵. سبک مقابله مسئله‌مدار
۰/۶۰**	-۰/۴۸**	-۰/۷۶**	-۰/۵۴**	-۰/۶۹**	-۰/۷۵**	۰/۹۱**	۱۶. سبک مقابله ناکارآمد
-۰/۳۵**	۰/۷۹**	۰/۸۶**	۰/۶۱**	۰/۴۵**	۰/۸۹**	-۰/۷۱**	۱۷. سبک مقابله هیجان‌مدار
۰/۵۳**	-۰/۴۹**	-۰/۷۳**	-۰/۵۸**	-۰/۷۰**	-۰/۷۸**	۰/۸۱**	۱۸. میزان افسردگی
-۰/۱۰	۰/۸۳**	۰/۵۳**	۰/۳۸**	۰/۴۴**	۰/۶۱**	-۰/۶۳**	۱۹. جهت‌گیری مذهبی درونی
۰/۰۵	۰/۳۴**	۰/۰۹	۰/۰۵	-۰/۰۱	۰/۱۵*	-۰/۱۰	۲۰. جهت‌گیری مذهبی بیرونی
۰/۳۳**	-۰/۴۶**	-۰/۵۹**	-۰/۴۲**	-۰/۵۸**	-۰/۶۲**	۰/۸۱**	۲۱. خطر خودکشی
۲۱	۲۰	۱۹	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	
							۱. خودتوجه‌گردانی
							۲. مقابله فعال
							۳. انکار
							۴. استفاده از مواد
							۵. استفاده از حمایت هیجانی
							۶. استفاده از حمایت ابزاری
							۷. نداشتن درگیری رفتاری
							۸. تخلیه هیجانی
							۹. بازچارچوب‌دهی مثبت
							۱۰. برنامه‌ریزی
							۱۱. شوخی
							۱۲. پذیرش
							۱۳. مذهب
							۱۴. خودسرزنشگری
						۱	۱۵. سبک مقابله مسئله‌مدار
					۱	-۰/۷۸**	۱۶. سبک مقابله ناکارآمد
				۱	-۰/۷۶**	۰/۵۳**	۱۷. سبک مقابله هیجان‌مدار
			۱	-۰/۷۸**	۰/۸۹**	-۰/۷۶**	۱۸. میزان افسردگی

۲۱	۲۰	۱۹	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	
		۱	-۰/۵۹°	۰/۷۳°	-۰/۵۹°	۰/۵۰°	۱۹. جهت‌گیری مذهبی درونی
	۱	۰/۳۹°	-۰/۰۹	۰/۱۸°	-۰/۰۸	۰/۰۲	۲۰. جهت‌گیری مذهبی بیرونی
۱	-۰/۱۱	-۰/۵۷°	۰/۷۶°	-۰/۶۴°	۰/۸۵°	-۰/۶۴°	۲۱. خطر خودکشی

$P < 0/01^{**}$ و $P < 0/05^*$

جدول ۴. رگرسیون باقی‌مانده و رگرسیون مربوط به پیش‌بینی خطر خودکشی بر مبنای جنسیت، وضعیت تأهل، میزان افسردگی، جهت‌گیری مذهبی و سبک مقابله

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
رگرسیون	۵۱۷۴/۹۹	۶	۸۶۲/۵۰		
۱ باقی‌مانده	۱۴۹۹/۱۴	۲۵۳	۵/۹۲	۱۴۵/۵۵	۰/۰۰
کل	۶۶۷۴/۱۳	۲۵۹			

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

درگیری رفتاری و جنسیت می‌توانند ۷۸ درصد از واریانس خطر خودکشی را تبیین کنند. ضرایب رگرسیون حاکی از آن است که جنسیت مذکر ($B=0/83$)، سبک مقابله ناکارآمد ($B=5/91$)، مشخصاً راهبردهای مقابله‌ای انکار ($B=1/04$)، خودسرزنشگری ($B=0/81$) و نداشتن درگیری رفتاری ($B=0/49$) می‌توانند به طور مثبت و معناداری خطر خودکشی را پیش‌بینی کنند، این در حالی است که راهبرد مقابله‌ای پذیرش ($B=-0/48$) این خطر را به طور منفی و معناداری پیش‌بینی می‌کند.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی سهم جنسیت، وضعیت تأهل، جهت‌گیری مذهبی، راهبردهای مقابله‌ای و میزان افسردگی در تبیین خطر خودکشی بود. چنان‌که اشاره شد، برای این منظور از روش رگرسیون به شیوه ورود استفاده شد. نتایج نشان داد

جدول ۵. ضرایب رگرسیون مربوط به پیش‌بینی خطر خودکشی بر مبنای جنسیت، وضعیت تأهل، میزان افسردگی، جهت‌گیری مذهبی، سبک‌های مقابله و راهبردهای مقابله‌ای

مدل	متغیر پیش‌بین	ضرایب رگرسیون	R	R ²	t	سطح معناداری
۱	ضریب ثابت	-۱۰/۲۳			-۷/۳۹	۰/۰۰
	سبک مقابله ناکارآمد	۵/۹۱			۱۴/۷۴	۰/۰۰
	انکار	۱/۰۴			۴/۸۰	۰/۰۰
	خودسرزنشگری	۸۱/۰	۰/۸۸	۰/۷۸	۴/۷۸	۰/۰۰
	پذیرش	-۰/۴۸			-۲/۶۰	۰/۰۱
	جنسیت (مذکر)	۰/۸۳			۲/۳۶	۰/۰۱
	نداشتن درگیری رفتاری	۰/۴۹			۲/۰۱	۰/۰۴

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

حمایت‌های قابل دسترس، نوع راهبرد مقابله‌ای او را مشخص می‌کند [۴۷].
به عبارت دیگر، زمانی که فرد خود را در موقعیتی ناراحت‌کننده
بیابد که راه‌حلی برایش متصور نیست، درماندگی روان‌شناختی
در او راه‌اندازی می‌شود و تکانه رفتار خودکشی‌گرایانه تسهیل
می‌شود [۴۸]. واضح به نظر می‌رسد که در چنین شرایطی،
استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد به تشدید فشارهای روانی
موجود، افسردگی و درنهایت خودکشی منجر شود [۴۹].

برای تبیین رابطه مثبت و معنادار میزان افسردگی و افکار
خودکشی در پژوهش حاضر، حمایت‌های نظری متعددی وجود
دارد که عملکرد شناختی متأثر از افسردگی را به افکار و رفتار
خودکشی، مرتبط کند و خودکشی را به عنوان یک هم‌بسته و
یا پیامد افسردگی مطرح می‌کند. بر اساس نظریه بک (۱۹۹۵)،
یک نظام باور خودکشی وجود دارد که چهار موضوع اصلی
دارد: بی‌یاوری، دوست‌داشتنی نبودن، تحمل نکردن درماندگی و
احساس خستگی و از یاد آمدگی [۵۰]. این نحوه تفکر، بیمار را به
این باور هدایت می‌کند که برای مشکلاتش راه‌حلی وجود ندارد،
بنابراین فرد برای خاتمه‌بخشیدن به درد روانی موجود، دست به
خودکشی می‌زند [۵۱].

اگرچه جهت‌گیری مذهبی در پژوهش حاضر بار پیش‌بینی‌کنندگی
ندارد، با توجه به رابطه معکوس و معنادار مذهب با افکار خودکشی
($r = -0.57$)، در این بخش تلاش می‌شود درباره چگونگی تأثیر
اعتقادات مذهبی بر کاهش احتمال خودکشی بحث شود. به نظر
می‌رسد این مهم از دو دیدگاه قابل بررسی باشد.

الف) سازوکار تأثیر مستقیم: این دیدگاه به تأثیر مستقیمی
برمی‌گردد که دین مبین اسلام با تحریم علنی خودکشی در
بخشی از آیه ۲۹ سوره «نساء» بر کاهش میزان خودکشی در
میان پیروان مقتید خود گذاشته است: «وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ
اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا»؛ و خودتان را نکشید، چراکه خداوند با شما
مهربان است. طبیعی است که چنین فرمانی، احتمال اقدام به
خودکشی در افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی را کاهش دهد.

ب) سازوکار تأثیر غیرمستقیم: بدین معنی که اعتقاد فرد به
مفاهیمی چون عدالت الهی، رحمت الهی، صبر بر مصیبت و
مواردی از این دست، چونان سپری دفاعی، او را از گزند افسردگی
و به‌ویژه ناامیدی حفظ می‌کند. فردی که باور دارد «إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ
يُسْرًا»؛ به‌درستی که پس از هر سختی، آسانی است، درد روانی
خود را بی‌پایان تصور نمی‌کند و همچنین هرگاه فردی معتقد
باشد «لَا مَفْرَءَ إِلَّا عَلَيَّ»؛ هیچ راه فراری نیست مگر به سوی تو،
خودکشی را راه فرار تلقی نمی‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد، رابطه
منفی جهت‌گیری مذهبی درونی با خطر خودکشی به واسطه
نقش عقاید معنوی و باورهای مذهبی در تسهیل برخورد‌های

که جهت‌گیری مذهبی درونی، سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار
و هیجان‌مدار به طور منفی و معناداری با خطر خودکشی رابطه
داشتند و همان‌گونه که تصور می‌رفت، جنسیت مذکر، متأهل
بودن، میزان افسردگی و سبک مقابله ناکارآمد، رابطه مثبت و
معناداری با خطر خودکشی داشت؛ در حالی که از میان همه
موارد یادشده، صرفاً جنسیت و سبک مقابله ناکارآمد ارزش
پیش‌بینی‌کنندگی داشت.

مطابق یافته‌های پژوهش حاضر، از میان راهبردهای مقابله‌ای
چهارده‌گانه کارور و شیرر، تمام راهبردهای مربوط به سبک مقابله‌ای
ناکارآمد (خودگنج‌گردانی، انکار، استفاده از مواد، نداشتن درگیری
رفتاری، تخلیه هیجانی و خودسرزنشگری) با خطر خودکشی
رابطه مثبت و معناداری دارند؛ در حالی که رابطه راهبردهای
مربوط به سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار (پذیرش، شوخی،
مذهب، بازچارچوب‌دهی مثبت و استفاده از حمایت هیجانی) و
مسئله‌مدار (برنامه‌ریزی، مقابله فعال و استفاده از حمایت ابزاری)،
منفی و به لحاظ آماری معنادار است. نتایج حاکی از آن است که
سبک مقابله ناکارآمد، انکار، خودسرزنشگری، پذیرش، نداشتن
درگیری رفتاری و جنسیت می‌توانند در معادله‌ای معنادار ۷۸
درصد واریانس خطر خودکشی را تبیین کنند.

یافته‌های حاضر با پژوهش‌های متعددی همسو و با یافته‌های
برخی پژوهشگران ناهمسو است [۴۵-۴۱]. تفاوت موجود میان
یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های مذکور می‌تواند ناشی از این
امر باشد که در این پژوهش، از شکل کوتاه پرسش‌نامه کارور و
شیرر استفاده شده است، در حالی که در پژوهش‌های مذکور، فرم
بلند این پرسش‌نامه استفاده شده است و به همین دلیل، حساسیت
ابزار سنجشی متفاوت است. با این حال به نظر می‌رسد در تمامی
پژوهش‌های پیشین به این نکته اشاره شده است که به‌کارگیری
راهبردهای ناکارآمد در مقابله با مسائل موجود، می‌تواند به بروز
اختلالاتی نظیر افسردگی و اقداماتی چون خودکشی منتهی شود.
در همین راستا، الگوی آمادگی فشار روانی کول^۲، چارچوبی را
برای درمان افراد خودکشی‌کننده فراهم کرده است.

بر اساس این مدل، افرادی که در توانایی تفکر واگرا مشکل دارند، زمانی
که به طور طبیعی تحت شرایط فشار قرار می‌گیرند، از نظر شناختی،
آمادگی ایجاد راه‌حل‌های جایگزین برای مقابله‌ی مؤثر با آن شرایط را ندارند.
در نتیجه این ناتوانی، این افراد ناامید می‌شوند و ممکن است خودکشی را
تنها راه‌حل موجود ببینند. به عبارتی دیگر، همان‌گونه که شنایدمن اشاره
می‌کند، خودکشی در واقع راه‌حلی است که فرد برای رهاشدن از مشکلات
موجود در پیش گرفته است. بنابراین چنین به نظر می‌رسد که این پدیده
بیش از هر چیز دیگری به شیوه حل مسئله و راهبرد مقابله‌ای فرد مربوط
می‌شود [۴۶]. در همین راستا، می‌توان گفت قضاوت‌های شخص درباره
چگونگی استرس‌آمیز بودن موقعیت، قابل فرار بودن موقعیت و میزان

سازشی و پرهیز از نومییدی قابل توجه باشد.

بنابراین انتظار می‌رود روان‌شناسان به این سازه توجه ویژه‌ای داشته باشند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به تعدد پرسش‌نامه‌ها و طولانی‌بودن روند سنجش خطر خودکشی اشاره کرد که بی‌شک موجب خستگی آزمودنی‌ها (به‌ویژه آزمودنی‌های افسرده) و نداشتن تمرکز فکری کافی در آن‌ها می‌شود. نظر به اینکه استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی می‌تواند موجب تحریف اطلاعات از سوی آزمودنی‌ها شود، استفاده از مصاحبه بالینی برای تشخیص اختلالات روانی همراه، به‌ویژه در سطح جمع‌آوری داده‌ها قویاً توصیه می‌شود. همچنین، کنترل‌نشدن متغیرهایی نظیر وضعیت اقتصادی، عوامل فرهنگی، شغل و غیره می‌تواند نتایج این پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد. بنابراین انجام تحقیقاتی با کنترل چنین متغیرهای مداخله‌گری پیشنهاد می‌شود. درنهایت، از آنجا که سبک مقابله ناکارآمد را می‌توان مرکز ثقل خودکشی دانست، آموزش انواع روش‌های مقابله و شیوه‌های حل مسئله در جامعه، به‌ویژه به گروه‌های در معرض خطر از طریق سمینارهای آموزشی و رسانه‌های همگانی، می‌تواند اقدامی مؤثر در کاهش خطر خودکشی باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پروتکل پژوهش حاضر را کمیته اخلاقی دانشگاه شیراز تأیید کرده است. همه شرکت‌کنندگان در پژوهش فرم رضایت‌نامه را تکمیل کردند. در پژوهش حاضر حق خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای از تحقیق برای آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد و بر محرمانه نگاه‌داشتن پاسخ‌های شرکت‌کنندگان همواره تأکید می‌شد.

حامی مالی

این پژوهش از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد نویسنده اول در رشته روان‌شناسی بالینی در دانشگاه شیراز گرفته شده است. این پژوهش برای کارکنان دانشگاه هزینه‌ای دربر نداشته است و همچنین از هیچ‌کدام از منابع مالی دانشگاه شیراز استفاده نشده است.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: یاسمن عماد و حبیب هادیان‌فرد. جمع‌آوری داده‌ها تجزیه و تحلیل آماری و تدوین نسخه اولیه مقاله: یاسمن عماد. نتیجه‌گیری: یاسمن عماد و حبیب هادیان‌فرد. بازبینی متن نهایی مقاله و بازبینی نگارشی و علمی: حبیب هادیان‌فرد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، مقاله تعارض منافع ندارد.

مطابق یافته‌ها در این پژوهش، جنسیت مذکر می‌تواند به طور معناداری خطر خودکشی را پیش‌بینی کند. این یافته با پژوهش‌های مختلفی همسو است؛ این در حالی است که یافته مذکور با نتایج برخی مطالعات، ناهم‌سوست [۵۹-۵۲]. در توجه این تناقض می‌توان چنین استدلال کرد که تفاوت در آمارهای ارائه‌شده در مطالعات مختلف، علاوه بر خصوصیات جوامع بررسی‌شده، می‌تواند به گوناگونی ابزارهای استفاده‌شده برای سنجش تفکرات خودکشی نیز مربوط باشد. عموم ابزارهای استفاده‌شده عوامل خطر ساز را بررسی می‌کند و محدودیت‌های قابل توجهی در ارزیابی شدت انگاره‌پردازی خودکشی دارد.

در توجه یافته پژوهش حاضر می‌توان به دیدگاه پارچی^{۳۳} (۲۰۰۷) استناد کرد. او بر این باور است که مردان به دلیل افزایش سطح تسترون در دوران بلوغ، تکانشگری بیشتری نسبت به زنان دارند [۶۰]. از آنجا که خودکشی نوعی تکانه خودویرانگر به شمار می‌رود، تعجبی ندارد اگر جنسیت مذکر به عنوان یکی از عوامل خطر ساز در خودکشی در نظر گرفته شود، بدین معنی که در شرایط مشابه، اقدام به خودکشی در مراجع مذکر محتمل‌تر به نظر می‌رسد [۶۱]. همچنین زنان به دلیل گشودگی بیشتری که دارند، قادرند از طریق برقراری روابط نزدیک با دیگران، حمایت عاطفی و اجتماعی بیشتری داشته باشند که خود می‌تواند همچون سپری دفاعی آنان را در مقابل خطر خودکشی محافظت کند [۶۲].

در تبیین دیگر یافته‌ها، می‌توان به طور ضمنی این‌گونه استنباط کرد که ازدواج در اوایل جوانی (۲۵-۱۸ سالگی) به دلیل همراه‌شدن با مشکلات مختلفی نظیر بیکاری، مشکلات مالی و غیره، می‌تواند فشار روانی قابل توجهی را به زوجین وارد آورد. چنان‌که زوجین نتوانند از راهبردهای کارآمدی برای حل مسائل پیش‌رویشان استفاده کنند، ممکن است با مزمن‌شدن این فشار روانی، خودکشی را تنها راه‌حل موجود ببینند. همچنین، مردان با توجه به نقش متعارف مردانه که مستلزم تأمین معیشت خانواده و توانایی استقلال اقتصادی است، تحت فشار روانی مضاعفی قرار دارند که خود، می‌تواند به عنوان یکی از عوامل افزایش خطر خودکشی مطرح باشد [۶۳]. درنهایت با توجه به این مطلب که معمولاً در جامعه پژوهش‌شده، تعداد کمی از دانشجویان مقطع کارشناسی ازدواج می‌کنند، این احتمال وجود دارد که تفاوت‌های آماری موجود، مربوط به این مسئله باشد.

نتیجه‌گیری

مجموعاً با توجه به پیشینه پژوهش و نتایج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد سبک مقابله به‌ویژه سبک ناکارآمد، قوی‌ترین پیش‌بین خطر خودکشی باشد، چراکه در کنار جنسیت مذکر می‌تواند ۷۸ درصد واریانس خطر خودکشی را تبیین کند.

References

- [1] Zare H, Nazer M, Sayyadi A. [Frequency of mental disorders and factors related to suicide in patients referring to emergency ward of Ali Ebne Abitaleb Hospital of Rafsanjan in 2007 (Persian)]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2010; 9(3):221-32.
- [2] Lester D. *Suicide prevention: Dying and bereavement*. Abingdon-on-Thames: Routledge; 2001.
- [3] Pereira EJ, Kroner DG, Holden RR, Flamenbaum R. A comparative study of attitudes toward suicide among Swedish and Persian high school students. *Psychological Research*. 2010; 49(8):912-7. [DOI:10.1016/j.paid.2010.07.029]
- [4] Khajehmougahi N, Behrouzian F, Ghanavati F. [The investigation of relationship between hopelessness and suicide among mood disorders patients (Persian)]. *Journal of Medical Science*. 2009; 8:407-13.
- [5] Mahmody S, sSalhnegad G, Nazaryan S, Yaghobi M. [A comparison study of depression between hemodialysis patients and renal transplant recipients (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2010; 5(18):73-80.
- [6] Oquendo M, Brent D, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: Factors mediating the association with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162(3):560-6. [DOI:10.1176/appi.ajp.162.3.560] [PMID]
- [7] Troister T, Holden RR. Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: Atest of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Difference*. 2010; 49:689-93. [DOI:10.1016/j.paid.2010.06.006]
- [8] Zacharkis CA, Madianson MG. Suicide in Greece 1980-1995: Patterns and social factors. *Journal of Psychiatry Epidemiolog*. 1998; 33(10):471-6. [DOI:10.1007/s001270050081]
- [9] Hakery J, Sadeghy KhA. The role of life events and coping styles in relapse of Post-Traumatic Stress Disorder in a sample of war injured (Kermanshah). *Journal of Military Medicine*. 2003; 5(2):111-6.
- [10] Besharat MA, Pourang P, Pourtabai AS, Pournaghsh Tehrani, S. [The relationship between coping styles and psychological adaptation in the recovery process: Patients with coronary heart disease (Persian)]. *Tehran University Medical Journal*. 2008; 66(8):573-9.
- [11] Shamsi Khani S, Rahgoo A, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. [Effects of problem solving training on coping skills of suicidal clients (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2007; 1(3):31-9.
- [12] Atarodi M. [The relationship between documentary styles, coping strategies and mental health in high school students in Shiraz (Persian)] [PhD dissertation]. Shiraz: Shiraz University; 2012.
- [13] Alport GW. Religious context of prejudice. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1966; 5(12):7-21. [DOI:10.2307/1384172]
- [14] Bahrami Ehsan S, Tamanaefar H, Bahrami Ehsan Z. [The relationship between dimensions of religious orientation, mental health and psychological disorders (Persian)]. *Iranian Journal of Psychologists*. 2005; 2(5):35-42.
- [15] Hosenchari M, Namian S. [The prediction of students' educational negligence based on core control and religious beliefs (Persian)]. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2011; 8(14):99-126.
- [16] Janbozorgi, M. [Religious orientation and mental health (Persian)]. *Research in Medicine*. 2009; 31(4):345-50.
- [17] Rezaeian M, Vazirinejad R, Tabatabaie S, Salem Z, Esmaili A. [Suicide in Islamic faith (Persian)]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2007; 6(4):15-30.
- [18] Ghalambor A, Zarei J, Pipelzadeh MH. Assessment of personal and social characteristics as risk factors in self-inflicted burns (Persian)]. *Journal of Medical Science*. 2010; 9(3):233-45.
- [19] Shamsalizadeh N, Afkhamzadeh A, Mohsenpour B, Salehian B. Suicide attempt and related factors in Kurdistan province. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2010; 15(1):79-86.
- [20] Anbari M, Bahrami A. [Study of the impact of poverty and violence on suicide rate in Iran: Case study (Persian)]. *Iranian Journal of Social Problems*. 2010; 1(2):1-30.
- [21] Memari A, Ramim T, Amirmoradi F, Khosravi K, Godarzi Z. Causes of suicide in married women (Persian)]. *Hayat*. 2006; 12(1):47-53.
- [22] Barker-Collo SL. Adult reports of child and adult attributions of blame for childhood sexual abuse: Predicting adult adjustment and suicidal behaviors in females. *Child Abuse & Neglect*. 2001; 25(10):1329-41. [DOI:10.1016/S0145-2134(01)00278-2]
- [23] Tavallai SA, Ghanei M, Assari SH, Lorgarde Dezfuli Nezhad M, Habibi M. [Risk factors correlated to suicide in deceased Iranian veterans (Persian)]. *Journal of Military Medicine*. 2006; 8(2):143-8.
- [24] Keshmiri M. [Comparison of lifestyle and coping strategies of teachers of exceptional and normal education (Persian)]. *Journal of Exceptional Education*. 2008; 98(1):3-21.
- [25] Nezamipour E, Abdolmanafi A, Besharat MA. [Comparison of coping strategies and problem-solving styles in depressed and non-depressed students (Persian)]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2015; 2(2):59-69.
- [26] Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 2000.
- [27] Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Journal of Rehabilitation*. 2007; 8(suppl. 29):82-8.
- [28] Hasani J, Hadianfard H. Comparison of attentional care in patients with schizophrenia, major depression, and normal people. *Journal of Psychology and Education*. 2007; 37(1):159-84.
- [29] Makarem S, Goodarzi MA, Taghavi SMR, Rahimi CH. [A comparison between performance of patients with schizophrenia, major depression and normal controls in spatio-temporal integration task (Persian)]. *Journal of Psychology*. 2010; 14(2):114-30.
- [30] Pedram M, Mohammadi M, Naziri GH, Aeinparast, N. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the treatment of anxiety and depression disorders and on raising hope in women with breast cancer. *Quarterly Journal of Women and Society*. 2009; 1(4):61-75.

- [31] Bayani AS, Goodarzi H, Bayani A. [Investigating the relationship between religious orientation and anxiety and depression in students (Persian)]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2010; 10(4):209-14.
- [32] Nasabeh SMH. [The role of religion and religious beliefs on mental health (Persian)]. *Pazhouhesh Dini*. 2006; 14(3):71-94.
- [33] Rostami M, Hashemi T, Aliloo MM. [Comparison of personality traits, social support, and religious psychology in suicide attempters and control group (Persian)]. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2014; 24(7):1016-26.
- [34] Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997; 4(1):92. [DOI:10.1207/s15327558ijbm0401_6] [PMID]
- [35] Heibati H. [Studying parental parenting practices and their relationship with stress coping strategies in third grade high school students in Zarghan City (Persian)] [PhD dissertation]. Shiraz: Shiraz University; 2002.
- [36] Agha Yousefi AR. [Coping ways to post-traumatic stress disorder and chronic stress symptoms (Persian)]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2010; 4(1):29-34.
- [37] Nasirzadeh R, Rassolzadeh Tabatabaie K. [Religious beliefs and coping strategies in students (Persian)]. *Horizon of Medical Science*. 2009; 15(2):36-45.
- [38] Rahimi M. [Comparison of cognitive processes in depressed patients with suicidal thoughts and depressed patients without suicidal ideation (Persian)] [PhD dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Science; 1999.
- [39] Danitz M. *Suicide an unnecessary death*. London: Informa Healthcare; 2001.
- [40] Anisi J, Fathi Ashtiani A, Salimi SH. [Assessing reliability and validity of Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI) among soldiers (Persian)]. *Military Medicine*. 2004; 7(1):33-7.
- [41] Kidd SA, Carroll MR. Coping and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescence*. 2007; 30(2):283-96. [DOI:10.1016/j.adolescence.2006.03.002] [PMID]
- [42] Andover MS, Peter CM, Gibb BE. Self-mutilation and coping strategies in a college sample. *Suicide and Life-threatening Behavior*. 2007; 37(2):38-43. [DOI:10.1521/suli.2007.37.2.238] [PMID]
- [43] Kotler, M. Correlates of suicide and violence risk in an inpatient population: Coping styles and social support. *Psychiatry Research*. 1993; 47(3):281-90. [DOI:10.1016/0165-1781(93)90085-U]
- [44] Jahangir F, Bazrafshan MR, Zangoui A. [Comparison of coping mechanisms used by suicidal attempt patients, and those without suicidal history (Persian)]. *Hormozgan Medical Journal*. 2009; 13(2):109-13.
- [45] Chapman A, Specht MW, Cellucci T. Factors associated with suicide attempts in female inmates: The hegemony of hopelessness. *Suicide and Life-threatening Behavior*. 2005; 35(5):558-70. [DOI:10.1521/suli.2005.35.5.558] [PMID]
- [46] Cole DA. Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, coping beliefs and depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 1989; 98(3):248-55. [DOI:10.1037/0021-843X.98.3.248] [PMID]
- [47] Duberstein PR. Are closed-minded people more open to the idea of killing themselves? *Suicide & Life-threatening Behaviors*. 2001; 31(1):9-14. [DOI:10.1521/suli.31.1.9.21309] [PMID]
- [48] Nierop A, Bratsikas A, Zimmermann R, Ehlert U. Are stress-induced cortisol changes during pregnancy associated with post partum depressive symptoms? *Psychometric Medicine*. 2006; 68(6):931-7. [DOI:10.1097/01.psy.0000244385.93141.3b] [PMID]
- [49] Salehi H, Simbar M, Abolghasemi A, Abadi AR. [A comparison of postpartum depression among low-risk-pregnant women with emotion and problem focused coping strategies (Persian)]. *Qom University of Medical Sciences journal*. 2013; 7(1):91-96.
- [50] Rudd MD. *Threatening suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. New York: Guilford Press; 2001.
- [51] Shneidman E. *Suicide as Psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1993.
- [52] Applebay L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K. Suicide within 12 Months of Contact with Mental Health Services: National Clinical Survey. *British Medical Journal*. 1999; 318: 1235-9. [DOI:10.1136/bmj.318.7193.1235] [PMID] [PMCID]
- [53] Mościcki EK. Epidemiology of suicide behavior. *Suicide and Life-threatening Behavior*. 1995; 25(1):22-35.
- [54] Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives Of General Psychiatry*. 1990; 47(4):383-92. [DOI:10.1001/archpsyc.1990.01810160083012] [PMID]
- [55] Rezaian M, Mohammadi M, Akbari M, Maleki M. [Pattern of suicide in five years recorded cases for Behesht Zahra Organization of Tehran (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2007; 3(2):5-11.
- [56] Yaghobi Y, Shafipour S. [Survey socio-demographic characteristics of adolescents attempted suicide with rice tablet in Razi Hospital in Rasht (Persian)]. *The Journal of Nursing and Midwifery Faculties Guilan Medical University*. 2009; 17(58):45-50.
- [57] Mohammadi S, Izadpanah Sh, Fazeli Mehrabadi A. [The effects of identity styles on suicidal thoughts among university students (Persian)]. *Journal of Research in Biological Sciences*. 2011; 5(1):61-7.
- [58] Mousavi SGh, Malekian A, Keikhaie N. [Relative frequency of suicidal ideation in students of Isfahan universities in 2005 (Persian)]. *Hakim Research Journal*. 2008; 11(3):55-9.
- [59] Rezaian M, Sharifi-rad G. [Self-immolation the most important suicide method in Ilam province (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2006; 12(3):289-90.
- [60] Parchi K. *Utility of the personality assessment Inventory in assessing suicide risk* [MA thesis]. Toledo, Ohio: The University of Toledo; 2007.
- [61] Pirkis JE, Burgess PM, Meadows GN. Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. *Journal of Medicine*. 2001; 175(10):542-55.
- [62] Pettit JW, Joiner TE. *Chronic depression: Interpersonal sources, therapeutic solutions*. Washington, D.C: American Psychological Association; 2006. [DOI:10.1037/11291-000]
- [63] Mohammadzade J. Investigation of prevalence rate of depression symptoms among Ilam University students (Persian)]. *Ilam University of Medical Sciences*. 2011; 19(2):71-6.

This Page Intentionally Left Blank