

مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی و گروه‌گواه

محمد رستمی^۱، تورج هاشمی^۲، مجید محمود علیلو^۳

تاریخ دریافت 1392/07/15 تاریخ پذیرش 1392/10/11

چکیده

پیش زمینه و هدف: به منظور پیش‌گیری از رفتار خودکشی، مهم است که عامل‌های خطر ساز برای اقدام به خودکشی را بهتر بشناسیم. هدف از این مطالعه مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی و گروه‌گواه می‌باشد.

مواد و روش کار: در یک طرح مورد-شاهدی، ۱۲۰ نفر از اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مدنی شهرستان آذرشهر با ۱۴۰ نفر از افراد گروه‌گواه که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از نظر جمعیت شناختی با یکدیگر هم‌تا شده بودند، مقایسه شدند. داده‌ها به کمک پرسشنامه شخصیتی نتو، مقیاس حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی آلپورت گردآوری و با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک و t مستقل تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که افراد اقدام‌کننده به خودکشی در مقایسه با گروه‌گواه نمرات بالایی در روان‌آزردگی و نمرات پایینی در ویژگی‌های برون‌گرایی و با وجدان بودن بدست آوردند، از سویی، این افراد، حمایت اجتماعی ضعیفی را تجربه کرده و دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی می‌باشند. همچنین، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که اقدام به خودکشی به طور مثبتی به وسیله روان‌آزردگی و به طور منفی به وسیله ویژگی‌های موافق بودن، انعطاف‌پذیری و حمایت اجتماعی خانواده و دوستان پیش‌بینی می‌شود، و ۲۷ درصد از واریانس مربوط به اقدام به خودکشی توسط این متغیرها پیش‌بینی می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری: ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی عامل‌های خطر ساز مهمی برای اقدام به خودکشی به شمار می‌روند.

واژگان کلیدی: ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی، جهت‌گیری مذهبی، اقدام به خودکشی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره دوازدهم، ص ۱۰۲۶-۱۰۱۶، اسفند ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۴۱۲۴۳۲۰۲

Email: Rostamy_5@yahoo.com

مقدمه

کشور ما آمار خودکشی نشان‌دهنده آن است که این پدیده به ویژه در بین نوجوانان و زنان به صورت یک مسئله اجتماعی درآمده است و اگر چاره‌ای برای آن اندیشیده نشود، آثار سوء آن بر اطرافیان و جامعه اثر گذار خواهد بود (۳). سازمان بهداشت جهانی میزان خودکشی را در بین کشورهای مختلف این چنین ارزیابی کرده است (برای مثال در آمریکا ۶/۵ نفر، کانادا ۱۳ نفر، کشورهای آمریکای جنوبی کمتر از ۶/۵ نفر، کشورهای اروپایی و آسیای شرقی بیش از ۱۳ نفر در هر صد هزار نفر گزارش شده است) (۴).

خودکشی^۴ یکی از آسیب‌های اجتماعی است که با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در بیشتر جوامع رو به افزایش است و بالا رفتن میزان آن نزد گروه‌ها، اقشار و طبقات مختلف اجتماعی، نگرانی فزاینده‌ای را برای جوامع امروز به وجود آورده است (۱). به گفته اشناپدمن^۵ «خودکشی عمل آگاهانه جهت آسیب رساندن به خود است که می‌توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمند دانست که برای مسئله تعیین شده او، این عمل بهترین راه حل تصور می‌شود» (۲). در

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

^۳ استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

suicide ۴

Shneidman ۵

از همین رو، اشنايدمن (۵) معتقد است که ارزیابی دلایل روان‌شناختی خودکشی در سرتاسر جهان به‌وسیله باورهای فرهنگی و نگرش نسبت به خودکشی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. به طور کلی، در زمینه سبب شناسی خودکشی می‌توان به عواملی مانند اختلالات روان‌پزشکی و عوامل روانی-اجتماعی و زیست‌شناختی اشاره کرد (۶). به این ترتیب، ضرورت انجام بررسی‌های علمی برای شناسایی جنبه‌های گوناگون این پدیده اجتماعی-روانی-زیستی ضروری به نظر می‌رسد.

ویژگی‌های شخصیتی^۱ از جمله متغیرهایی روان‌شناختی است که به لحاظ نظری و پژوهشی با خودکشی مرتبط است. مدل پنج‌عاملی شخصیت مطرح می‌کند که صفات شخصیتی می‌تواند در پنج بعد اصلی با نام‌های نورویتیزم^۲، برونگرایی^۳، انعطاف‌پذیری^۴، موافق بودن^۵ و با وجدان بودن^۶ گروه‌بندی شود (۷). به طوری که این مدل توصیف‌فراگیری از ساختار شخصیتی را ارائه می‌کند. تعداد قابل توجهی از تحقیقات اولیه ارتباط معنی‌داری را بین نورویتیزم که به وسیله گرایش کلی به تجربه عواطف منفی مشخص می‌شود، با افسردگی نشان داده‌اند (۸). در حقیقت نورویتیزم عامل زمینه‌ساز برای افسردگی بالینی و غیر بالینی می‌باشد. از سوی دیگر مطالعات ارتباط بین افسردگی و خودکشی را نشان داده‌اند (۸،۹). همچنین ولتینگ^۷ (۱۰) در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان کارشناسی نشان دادند که نمرات بالا در زیر مقیاس نورویتیزم که با استفاده از مقیاس NEO-PI-R^۸ اندازه‌گیری شده بود، با افکار خودکشی^۹ رابطه دارد. چوکوتا و استیلز^{۱۰} (۱۱) در مطالعه‌ای بر روی ۲۱۹ نفر از دانشجویان به این نتیجه رسیدند که نشانه‌های افسردگی به طور مثبتی با نورویتیزم و گشودگی، و به طور منفی با برونگرایی رابطه دارد. ناامیدی به طور مثبتی با نورویتیزم و به طور منفی با برونگرایی رابطه دارد و در نهایت افکار خودکشی به طور مثبتی با نورویتیزم رابطه دارد. همچنین نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که افکار خودکشی به طور مثبتی به‌وسیله نورویتیزم و به طور منفی به وسیله ویژگی با وجدان بودن پیش‌بینی می‌شود.

علاوه بر ویژگی‌های شخصیتی تعدادی از متغیرهای بین‌شخصی و اجتماعی نیز با رفتار خودکشی^{۱۱} رابطه دارد. مطالعات

حمایت والدین^{۱۶} شکلی از حمایت اجتماعی است. گولد و کرامر^{۱۷} (۱۵) بیان کردند که قربانیان خودکشی به طور معنی‌داری رضایت کمتری از ارتباط با پدر و مادر دارند که این بر اهمیت حمایت والدین تأکید دارد. این یافته توسط بروسکی و همکاران (۱۶) و اودونل همکاران (۱۴) تأیید شد. بروسکی^{۱۸} و همکاران (۱۶) نشان دادند که افرادی که ارتباط فامیلی و والدینی بالایی را گزارش می‌دهند، خطر کمتری را برای اقدام به خودکشی تجربه می‌کنند. اودونل و همکارانش (۱۴) مطرح کردند که روابط نزدیک خانوادگی به عنوان عامل حمایت‌کننده برای جوانان آمریکایی-آفریقایی و آمریکایی-اسپانیایی در مقابل افکار و اقدام به خودکشی عمل می‌کند.

بیشتر مطالعات ارتباط بین حمایت اجتماعی با افسردگی و رفتار خودکشی را گزارش دادند. با این وجود، چنین یافته‌هایی همیشه پایدار نیستند. پرینستن و همکارش^{۱۹} (۱۷) به این نتیجه رسیدند که بعد از کنترل متغیرهای دیگر، اهمیت حمایت همسالان نسبت به نشانه‌های افسردگی ناچیز است. به علاوه در نمونه‌ای از نوجوانانی که به دلایل آسیب‌شناختی بستری شده بودند ارتباط معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و افسردگی به دست

1. Personality traits
2. Neuroticism
3. Extraversion
4. Openness
5. Agreeableness
6. Conscientiousness
7. Velting
8. NEO-Personality Inventory-Revised (NEO-PI-R)
9. suicide ideation
10. Chioqueta
11. Behavioral suicide

12. Social Support

13. Peer support

14. O'Donnell

15. Suicide attempt

16. Family support

17. Gould

18. Borowsky

19. Prinstein

درونی می‌باشند، به این نتیجه رسیدند که تنها جهت‌گیری مذهبی درونی^۹ (دین درونی شده) است که می‌تواند به بهبود سلامت روان منجر شود، در حالی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی یا با سلامت روان رابطه مثبتی ندارد و یا حتی ممکن است با اختلالات روانی همبستگی مثبتی داشته باشد. به عنوان مثال، خلیل دوآبی (۲۴) در بررسی رابطه جهت‌گیری دینی با سلامت روان دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر اهواز نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی^{۱۰} و سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود ندارد، اما بین جهت‌گیری درونی و برخی مؤلفه‌های اختلال روان (حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، ترس و روان‌پریشی) همبستگی منفی وجود دارد. جان بزرگی (۲۵) نیز در بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در بین دانشجویان تمامی دانشگاه‌های دولتی شهر تهران در یافت که هر چه جهت‌گیری مذهبی درونی تر می‌شود سلامت روانی بالاتر می‌رود. هر چه جهت‌گیری مذهبی فرد بیرونی‌تر می‌شود، احساس خستگی، نشانه‌های بیماری در بدن، میزان بی‌خوابی، احساس افسردگی و گرایش به خودکشی بیشتر می‌شود.

حال با توجه به مطالب مطرح شده در بالا در مورد ارتباط ویژگی‌های شخصیتی با رفتارهای خودکشی و نیز ارتباط حمایت اجتماعی با خودکشی و یافته‌های متناقض اشاره شده (۱۴، ۱۹) در مورد ارتباط این دو متغیر و نیز با توجه به اهمیت مقوله مذهب در کشور ما که تحقیقات انجام یافته در این حوزه یا ناچیز بوده و یا متناقض (۲۲، ۲۳). بنابراین، انجام چنین مطالعاتی با در نظر گرفتن تأثیر فرهنگ و سایر شاخص‌های دموگرافی ضروری به نظر می‌رسد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مورد-شاهد و پس‌رویدادی است. ۱۲۰ نفر (۳۵ مرد و ۸۵ زن) از افراد اقدام‌کننده به خودکشی ارجاعی به اورژانس بیمارستان شهید مدنی شهرستان آذرشهر در استان آذربایجان شرقی و ۱۴۰ نفر از جمعیت عادی (گروه گواه) و هم‌تا از نظر متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، شغل و محل سکونت (روستا یا شهر) با کمک روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از تشریح اهداف و ضرورت انجام پژوهش و دادن اطمینان مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها پرسشنامه‌های مربوطه در اختیار گروه نمونه قرار داده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون آماری t-test و رگرسیون

نیامد (۱۸). همچنین ریفمن^۱ و همکارش (۱۹) در مطالعه طولی که انجام داده بودند اثر عامل‌های گوناگون را روی رفتار خودکشی در نوجوانان بررسی کردند، آن‌ها به این نتیجه رسیدند که حمایت همسالان هیچ ارتباطی معنی‌داری با رفتار خودکشی ندارد.

ارتباط بین مذهب^۲ و روحانیت^۳ با سلامت روانی^۴ بیش از چهل سال که مورد بررسی قرار گرفته است. عموماً رویکرد فرهنگی به خودکشی آن را عملی شرم‌آور و جنایی می‌داند. یونانی‌ها و هندوهای باستان نسبت به افرادی که اقدام به خودکشی می‌کردند نگرش منفی و تنبیهی داشتند (۴). اگر چه خودکشی به طور صریح در انجیل منع نشده اما همه مذاهب عمل خودکشی را محکوم کرده‌اند (۴). پدیده خودکشی در کشورهای اسلامی نیز از اهمیت روز افزونی برخوردار گردیده است. اگر چه میزان خودکشی در این کشورها نسبتاً پایین است با این وجود، به علت ارتکاب خودکشی سال‌های بالقوه زیادی^۵ در این کشورها تلف می‌شود (۲۰). بررسی‌های انجام شده نشان دهنده ارتباط باورهای مذهبی با کاهش احتمال اقدام به خودکشی در پیروان واقعی ادیان الهی بوده است. برای نمونه گاترین و همکاران در بازبینی دوازده پژوهش، بین باورهای مذهبی و خودکشی همبستگی منفی گزارش کردند (۲۱).

با این وجود، برخی از پژوهش‌های انجام شده شواهد روشنی در تایید اثرات دین‌داری بر سلامت روان نیافته‌اند. به عنوان مثال، داریل^۶ و همکاران (۲۲) در پژوهشی با هدف بررسی رابطه بین دین‌داری، استرس و اضطراب روان‌شناختی در بین دانشجویان، دریافتند که هیچ ارتباطی میان نمرات براساس مقیاس نگرش به مسیحیت و مقیاس استرس، حمایت اجتماعی یا پرسش‌نامه سلامت عمومی، یافت نشد. اوکونورا^۷ و همکاران (۲۳) نیز در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه متقابل بین دین‌داری، استرس و افسردگی روان‌شناختی در بین دانشجویان، ارتباط معنی‌داری با استرس و افسردگی روان‌شناختی نیافته‌اند.

مطالعات دقیق‌تر در مورد اینکه چرا برخی مطالعات نتوانستند ارتباط روشنی میان مذهب و سلامت روان بدست آورند، پژوهشگران را بر آن داشت تا تأثیر انواع مذهب را مورد مطالعه قرار دهند. این دسته از پژوهش‌ها که عمدتاً مبتنی بر نظریه آلپورت^۸ در زمینه تقسیم‌بندی جهت‌گیری مذهبی به دو نوع بیرونی و

1. Reifman
2. Religiosity
3. Spirituality
4. Mental health
5. Yers of potential Life lost (YPLL)
6. Daryl
7. O Connora
8. Allport

9. external religiosity orientation

10. Internal religiosity orientation

نادرست و درست پاسخ داده می‌شود. به این گزینه‌ها نمره‌های صفر و یک اختصاص داده می‌شود. در مقیاس حمایت اجتماعی برای انتخاب آیت‌ها از باورهای عاملی حداقل ۰/۵۰ استفاده شده است. با استفاده از تحلیل عوامل، دو عامل یعنی حمایت اجتماعی مربوط به دوستان و حمایت اجتماعی مربوط به خانواده بدست آمده است. ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۳، عامل حمایت اجتماعی مربوط به دوستان ۰/۶۳ و عامل حمایت اجتماعی مربوط به خانواده ۰/۸۹ می‌باشد. ضریب پایایی بازآزمایی پس از چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳، عامل مربوط به حمایت اجتماعی مربوط به دوستان ۰/۷۳ و عامل مربوط به خانواده ۰/۶۸ می‌باشد. ضریب همبستگی بین نمرات کل مقیاس با تعریف عملیاتی از حمایت اجتماعی ۰/۶۱ می‌باشد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین همبستگی بین نمره‌های عامل مربوط به حمایت اجتماعی دوستان و حمایت اجتماعی مربوط به خانواده با سوالات مربوط به اعتبار سازه حمایت اجتماعی به ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۵۷ می‌باشد (۲۸). ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰ و زیر مقیاس‌های حمایت دوستان ۰/۶۹ و حمایت خانواده ۰/۸۴ بدست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میانگین سن آزمودنی‌ها (۱/۰۹) ۲۷ می‌باشد. سایر نتایج توصیفی مربوط به اقدام کنندگان به خودکشی در جدول ۱ نشان داده شده است. جهت تعیین معنی‌داری تفاوت میان دو گروه در سه متغیر مورد بررسی از آزمون t مستقل استفاده شد (جدول ۲). نتایج حاصل نشان داد که تفاوت معنی‌داری در ویژگی‌های شخصیتی روان‌آزردگی، برونگرایی و با وجدان بودن وجود دارد؛ بدین صورت که افراد اقدام‌کننده به خودکشی در مقایسه با گروه گواه نمره بالاتری در ویژگی روان‌آزردگی و نمرات کمتری در ویژگی‌های برونگرایی و با وجدان بودن بدست آوردند. اما در دو ویژگی موافق بودن و انعطاف‌پذیری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. همچنین، هر دو گروه اقدام‌کننده و گروه گواه از نظر حمایت اجتماعی تفاوت آماری معنی‌داری را نشان دادند؛ به این صورت که افراد گروه اقدام‌کننده در مقایسه با گروه گواه از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند و بالاخره در زمینه جهت‌گیری مذهبی نتایج نشان داد که افراد اقدام‌کننده در مقایسه با گروه گواه نمره بالاتری در جهت‌گیری مذهبی بیرونی و نمره کمتری در جهت‌گیری مذهبی درونی بدست آوردند.

لجستیک گام به گام و به کمک نرم افزار SPSS17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش:

۱- فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی (NEO-FFI-60): این پرسشنامه شامل ۶۰ سؤال و پنج عامل روان‌آزردگی (N)، برونگرایی (E)، گشودگی (O)، موافق بودن (A)، با وجدان بودن (C) است که براساس تحلیل عاملی نمرات NEO-PI که در سال ۱۹۸۶ اجرا شده بود، به دست آمده است. در این پرسشنامه در هر سؤال آزمودنی نمره صفر تا چهار را احراز می‌کند. هر یک از عوامل، ۱۲ سؤال مقیاس را پوشش می‌دهند. در کل آزمودنی در هر مقیاس نمره‌ای از صفر تا ۴۸ کسب می‌کند در خصوص اعتبار این پرسشنامه نتایج چندین مطالعه حاکی از آن است که زیر مقیاس‌های این پرسشنامه همسانی درونی خوبی دارند. به عنوان مثال: کاستا و مک کرا (۱۹۹۲) ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۸ (برای موفق بودن) تا ۰/۸۶ (برای روان‌آزده‌گرایی) را گزارش کرده‌اند. پرسشنامه NEO-FFI-60 در ایران توسط گروسی (۱۳۷۷) هنجاریابی شده است. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آزمون-بازآزمون در مورد ۲۰۸ نفر از دانشجویان به فاصله سه ماه به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ برای عوامل C, A, O, E, N به دست آمده است (۲۶). در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده به ترتیب بالا ۰/۷۳، ۰/۵۵، ۰/۴۲، ۰/۵۸ و ۰/۷۸ می‌باشد.

۲- مقیاس جهت‌گیری مذهبی: آلپورت و راس در سال ۱۹۵۰ این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی مذهب تهیه کردند. در مطالعات اولیه که بر این مبنا صورت گرفت، مشاهده گردید که همبستگی جهت‌گیری بیرونی و درونی ۰/۲۱ است (آلپورت و راس، ۱۹۶۷). این آزمون در سال ۱۳۷۸ ترجمه و هنجاریابی شده است. همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴ بدست آمده است (مختاری، ۱۳۷۹). در این مقیاس عبارات ۱ تا ۱۲ که جهت‌گیری مذهبی بیرونی را می‌سنجد از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق می‌باشد. و در ۹ ماده بعدی یعنی از شماره‌های ۱۳ تا ۲۱ که جهت‌گیری مذهبی درونی را اندازه‌گیری می‌کند پاسخ‌ها برعکس است (۲۷). در این پژوهش آلفای کرونباخ محاسبه شده برای زیر مقیاس‌های جهت‌گیری درونی و بیرونی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۷۴ می‌باشد.

۳- مقیاس حمایت اجتماعی: این مقیاس توسط تامنی (۱۳۷۴) براساس تحلیل عوامل ساخت و اعتبار یابی شده است. مقیاس حمایت اجتماعی ۲۸ آیت‌ها دارد که از سوی آزمودنی به صورت

جدول (۱): یافته‌های توصیفی افراد اقدام‌کننده براساس ویژگی‌های جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت، تحصیلات و شغل

متغیر	طبقات	فراوانی (درصد)	متغیر	طبقات	فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد	۳۵(۲۹/۲)	شغل (مردان)	کارمند	۱(۲/۹)
	زن	۸۵(۷۰/۸)		کشاورزی	۱(۲/۹)
وضعیت تأهل	مجرد	۳۰(۰/۲۵)	شغل (زنان)	کارمند	۲(۲/۵)
	متأهل	۹۰(۰/۷۵)		خانه دار	۵۵(۶۸/۸)
سکونت	شهر	۷۱(۵۹/۲)	تحصیلات	بی‌سواد	۱۳(۱۱/۵)
	روستا	۴۹(۴۰/۸)		سیکل	۵۱(۴۵/۱)
تحصیلات	لیسانس	۱۱(۹/۷)	دیپلم	آزاد	۷(۸/۸)
	متأهل	۹۰(۰/۷۵)		دانشجو	۵(۶/۲)
وضعیت تأهل	مجرد	۳۰(۰/۲۵)	محصل	محصل	۹(۱۱/۲)
	متأهل	۹۰(۰/۷۵)		بیکار	۲(۲/۵)

جدول (۲): مقایسه میانگین نمرات ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی در اقدام‌کننده به خودکشی ($n=120$) و گروه گواه ($n=140$)

متغیر	گروه اقدام‌کننده به خودکشی میانگین (انحراف معیار)	گروه گواه میانگین (انحراف معیار)	مقدار t	سطح معنی‌داری
روان‌آزردگی	۲۸/۱۸(۷/۱۸)	۲۵/۰۶(۷/۲۵)	۳/۲۰۴	۰/۰۰۲
برونگرایی	۲۶/۱۳(۵/۵۶)	۲۸/۰۶(۶/۳۹)	-۲/۴۹	۰/۰۱۳
انعطاف‌پذیری	۲۴/۳۲(۴/۴۵)	۲۴/۱۷(۴/۶۷)	-۰/۲۵۴	۰/۷۹
موافق بودن	۲۸/۶۱(۵/۳۶)	۲۸/۷۸(۵/۴۷)	۱/۱۹	۰/۲۳
با وجدان بودن	۳۰/۱۴(۷/۰۷)	۳۲/۹۵(۷/۸۱)	-۲/۹۲	۰/۰۰۴
حمایت دوستان	۴/۹۹(۳/۱۹)	۶/۳۵(۲/۷۲)	-۲/۵۶	۰/۰۰۱
حمایت خانواده	۳/۱۸(۳/۴۷)	۴/۸۴(۳/۳۳)	-۳/۷۷	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی کل	۸/۱۷(۴/۹۹)	۱۱/۲(۴/۹۳)	-۴/۷۲	۰/۰۰۱
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۲۹/۷۳(۵/۹۴)	۲۸/۰۵(۵/۷۴)	۲/۲۲	۰/۰۲۷
جهت‌گیری مذهبی درونی	۱۸/۷۱(۳/۵۱)	۱۹/۴۶(۳/۳۹)	-۱/۶۸	۰/۰۹۴

با وجدان بودن، حمایت دوستان و خانواده با اقدام به خودکشی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و ۲۷٪ از وارینانس مربوط به اقدام به خودکشی توسط این متغیرها تبیین می‌شود. مقادیر ضرایب نشان می‌دهد که با افزایش نمره ویژگی روان‌آزردگی اقدام به خودکشی افزایش و با افزایش نمره ویژگی‌های موافق بودن و با وجدان بودن و نیز با افزایش نمره حمایت اجتماعی دوستان و خانواده اقدام به خودکشی کاهش می‌یابد.

یک تحلیل رگرسیون لجستیک گام به گام اجرا شد که در آن عامل اقدام به خودکشی به عنوان متغیر ملاک و ویژگی‌های شخصیتی (روان‌آزردگی، برونگرایی، انعطاف‌پذیری، موافق بودن و با وجدان بودن)، حمایت اجتماعی (حمایت دوستان و خانواده) و جهت‌گیری مذهبی (درونی و بیرونی) به عنوان متغیرهای پیش بین انتخاب شدند. خلاصه نتایج در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بین روان‌آزردگی، موافق بودن،

جدول (۳): خلاصه مدل رگرسیون لجستیک گام به گام متغیرهای پیش بینی کننده اقدام به خودکشی

گام	متغیر پیش بین	ضریب B	انحراف معیار B	Wald	سطح معنی داری*	نسبت بخت (B) EXP	ضریب تعیین (R2)
۱	حمایت خانواده	-۰/۱۴۵	۰/۰۴	۱۲/۱۷۵	۰/۰۰۱	۰/۱۵۶	۰/۰۷۵
۲	روان آزدگی	۰/۰۷۹	۰/۰۲	۱۶/۲۹	۰/۰۰۱	۱/۹۲۴	۰/۱۶۵
۳	حمایت خانواده	-۰/۱۹۴	۰/۰۴	۱۸/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۴	۰/۲۱
	روان آزدگی	-۰/۰۷۴	۰/۰۲	۱۳/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۲۹	
۴	با وجدان بودن	-۰/۰۰۶	۰/۰۲	۸/۷۴	۰/۰۰۳	۰/۰۶۱	۰/۲۴۹
	حمایت خانواده	-۰/۲۱۶	۰/۰۴	۲۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۱	
۵	روان آزدگی	۰/۰۸۵	۰/۰۲	۱۶/۰۱	۰/۰۰۱	۱/۹۱۹	۰/۲۷۸
	موافق بودن	-۰/۰۸۷	۰/۰۳	۷/۹۹	۰/۰۰۵	۰/۹۱۷	
	با وجدان بودن	-۰/۰۸۹	۰/۰۲	۱۴/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۰۹۳	
	حمایت خانواده	-۰/۲۰۹	۰/۰۴	۱۸/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲	
	روان آزدگی	۰/۰۸۶	۰/۰۲	۱۶/۰۹	۰/۰۰۱	۱/۹۱۸	
	موافق بودن	-۰/۰۹۴	۰/۰۳	۸/۸۴	۰/۰۰۳	۰/۹۱۰	
	با وجدان بودن	-۰/۰۸۶	۰/۰۲	۱۳/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۰۹۰	
	حمایت دوستان	-۰/۱۲۷	۰/۰۵	۶/۲۷	۰/۰۱۲	۰/۱۳۶	
	حمایت خانواده	-۰/۱۸۳	۰/۰۵	۱۳/۷	۰/۰۰۱	۰/۲۰۱	
	مقدار ثابت	۰/۷۸۲	۱/۱	۰/۴۹۸	۰/۴۸	۲/۱۸۵	

* درجه آزادی=۱؛ معادله رگرسیون: (حمایت خانواده) $-0/183$ - (حمایت دوستان) $-0/127$ (با وجدان بودن) $-0/086$ - (موافق بودن) $-0/094$ - (روان آزدگی) $+0/086 +0/782$ $\log/1-p=$ (احتمال اقدام به خودکشی) p :

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که بیان شد، پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه بین ویژگی های شخصیتی، حمایت اجتماعی و جهت گیری مذهبی در افراد اقدام کننده به خودکشی و مقایسه آن با افراد گروه گواه در شهرستان آذرشهر انجام شده است. به طور کلی یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بین افراد اقدام کننده به خودکشی با افراد گروه گواه از نظر ویژگی های شخصیتی، حمایت اجتماعی و جهت گیری مذهبی تفاوت معنی داری از لحاظ آماری وجود دارد. به بیان دیگر افراد اقدام کننده در مقایسه با افراد گروه گواه دارای ویژگی روان آزدگی بالا و ویژگی با وجدان بودن و برونگرایی پایین بودند، از حمایت اجتماعی پایینی برخوردار بوده، و دارای جهت گیری مذهبی بیرونی بودند. همچنین، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که از میان متغیرهای مورد بررسی متغیرهای ویژگی روان آزدگی، موافق بودن، با وجدان بودن و حمایت اجتماعی دوستان و خانواده از توان لازم برای پیش بینی اقدام به خودکشی برخوردار هستند. یافته های پژوهش حاضر، با یافته های سایر پژوهش هایی که به مقایسه متغیرها مورد بررسی در این دو گروه پرداخته اند هماهنگ است (۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۲۵).

از آنجا که رفتار انسان نتیجه تعامل ویژگی های شخصیتی با شرایط مادی و اجتماعی محیط است از این رو ویژگی های شخصیتی اهمیتی اساسی در تفاوت های فردی و شخصیت آدمیان و رفتار آن ها دارد، چرا که شناسایی این ویژگی ها برای برنامه های مداخله ای که برای پیش گیری از خودکشی انجام می شود امری ضروری است. بر پایه یافته های پژوهش حاضر افراد اقدام کننده در مقایسه با گروه گواه از ویژگی روان آزدگی برخوردار هستند. داشتن احساسات منفی مانند ترس، غم، برانگیختگی، خشم، احساس گناه، احساس کلافگی دایمی و فراگیر، مبنای این شاخص را تشکیل می دهند. از آنجا که هیجان مخرب در سازگاری فرد و محیط تأثیر دارد، زن و مردی که دارای نمره های بالا در این شاخص باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که دارای باورهای غیر منطقی باشند، قدرت کمتری در کنترل تکانه ها^۱ داشته باشند و میزان سازش ضعیف تری با دیگران و شرایط استرس زایی را نشان دهند. همچنین افراد دارای نمرات بالا در این شاخص ممکن است در خطر ابتلا به برخی از اختلالات روان پزشکی باشند (۲۶). در همین راستا برخی از مطالعات ارتباط بین افکار خودکشی و ابعاد

^۱. Impulses

همچون استرس و جنسیت، حمایت والدین و دوستان رابطه منفی با نشانه‌های افسردگی داشت.

و بالاخره یافته‌های این مطالعه نشان داد که افراد اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با گروه گواه از جهت گیری مذهبی بیرونی بالا و از جهت گیری مذهبی درونی پایینی نسبت به گروه گواه برخوردار هستند. برای درک بهتر این یافته ماهیت جهت گیری مذهبی بیشتر مورد بحث قرار می‌گیرد. براساس نظر آلپورت (۳۵) مذهب درونی، مذهبی فراگیر، دارای اصول سازمان یافته و درونی شده است، درحالی‌که مذهب با ملاک بیرونی، امری خارجی و ابزاری است که برای ارضای نیازهایی مثل مقام و ایمنی به کار می‌رود. این همان مذهبی است که از نظر فروید به روان آزرده می‌شود. آلپورت اظهار می‌دارد که تنها مذهب با بعد درونی است که سلامت روانی بهبود می‌بخشد. بدین ترتیب او بر اهمیت رابطه بین مذهب و سلامت روانی تأکید می‌ورزد. نکته قابل بحث مکانیسم تأثیر مذهب بر سلامت روانی است. آیا مذهب به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای عمل می‌کند؟ آیا به عنوان یک عامل سرکوبی نشانه‌ها و یا استحاله نشانه‌ها در چارچوب رفتاری و فکر جامعه پسندانه می‌باشد و یا اینکه در نهایت مذهب چارچوبی را از نظر معنوی فراهم می‌کند که باعث وحدت یافتگی درونی افراد می‌گردد، آنگاه از آن زاویه که باعث وحدت یافتگی می‌شود سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ واقعیت این است که چنین رابطه‌ای پیچیده و قابل بحث است. برخی مطالعات نشان می‌دهند مکانیسم تأثیر مذهب بیشتر به وحدت دهی آن به چارچوب رفتارها و شخصیت مربوط است، به ویژه مذهبی که توحید یافتگی آن‌ها در سطح بالاتری است (۳۶). به گونه‌ای که نتایج مطالعات مختلف موید همین امر است. به طور مثال، در یک مقاله ابعاد عمومی و اختصاصی مذهب و چگونگی ارتباط این ابعاد با ناراحتی‌های هیجانی و خودکشی در نوجوانان سالم به صورت یک مطالعه طولی بررسی شد (۳۷). پژوهشگران ابعاد عمومی مذهب را به عنوان مدت زمان حضور نوجوانان در مراسم‌های مذهبی و فعالیت‌های خاص در اماکن مذهبی تعریف کردند. بعد اختصاصی نیز به اهمیت دادن نوجوانان به باورهای مذهبی و چگونگی ارتباط آن‌ها با خدا مربوط می‌شد. روی هم رفته، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که نمرات بالا در بعد عمومی با سطوح پایین ناراحتی‌های هیجانی رابطه دارد اما با خودکشی رابطه‌ای ندارد. در حالی که بعد اختصاصی مذهب با افکار و اقدام به خودکشی رابطه‌ای منفی داشت. پژوهشگران معتقدند که در بین ابعاد عمومی و اختصاصی مذهب تفاوت وجود دارد، برای اینکه بعد عمومی مذهب احتمالاً فرصت‌های نوجوانان برای حمایت اجتماعی را افزایش می‌دهد اما بعد اختصاصی باعث افزایش اعتماد به نفس و

شخصیت را بررسی کرده‌اند. نتایج نشان داد که نورتیزم به طور مثبت معنی‌داری با افکار خودکشی در نمونه‌های بالینی رابطه دارد (۲۹). همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که در افراد اقدام کننده ویژگی برون‌گرایی و با وجدان بودن در مقایسه با گروه گواه پایین است. همان‌طور که می‌دانیم برون‌گراها افرادی اجتماعی هستند. علاوه بر آن، این گونه افراد دوستدار دیگران بوده و تمایل به شرکت در اجتماعات و مهمانی‌ها دارند. همین ویژگی اجتماعی بودن باعث فراهم آمدن حمایت اجتماعی لازم برای این افراد می‌شود چرا که تحقیقات نشان داده‌اند حمایت اجتماعی بالا در افراد با کاهش رفتار خودکشی رابطه دارد (۱۳، ۱۵). از جمله مهم‌ترین ویژگی افراد با ویژگی با وجدان بودن می‌توان به ویژگی کنترل مؤثر تکانه در این افراد اشاره کرد (۲۶). به طوری که مطالعات زیادی ارتباط بین صفت تکانش گری و رفتارهای خودکشی را نشان داده‌اند (۳۰).

این پژوهش نشان داد که افراد اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با گروه گواه از حمایت اجتماعی (حمایت دوستان و خانواده) کمتری برخوردار هستند. طبق نظر لاین^۱ حمایت اجتماعی از لایه‌هایی از روابط اجتماعی شکل می‌گیرد. سیستم حمایت اجتماعی شامل سه چرخه متحدالمرکز است که بیرونی‌ترین لایه روابط را در اجتماع بزرگ‌تر و درونی‌ترین چرخه که اثرات زیادی روی افراد می‌گذارد از ارتباط با افراد قابل اعتماد شکل می‌گیرد. لایه وسطی شامل همسالان و خویشاوندان می‌باشد (۱۲). سطوح بالای روابط همسایگی، ناامیدی را در افراد کاهش می‌دهد (۳۱). در همین راستا مطالعات نشان داده‌اند که ناامیدی به طور مثبت و معنی‌داری با رفتار خودکشی رابطه دارد (۳۱). این یافته نشان می‌دهد که بیرونی‌ترین لایه حمایت اجتماعی حداقل به طور غیر مستقیم روی رفتار خودکشی تأثیر می‌گذارد. در حالی که تحقیقات از این ایده که حمایت اجتماعی به طور منفی با افکار خودکشی رابطه دارد (۳۲) حمایت کرده‌اند. بیشتر ادبیات تحقیق که به وسیله لاین و همکاران (۱۲) انجام شده، نشان دادند که ارتباط بین حمایت اجتماعی و رفتار خودکشی به وسیله عامل‌های دیگری مانند افسردگی تعدیل می‌شوند؛ بدین معنی که حمایت اجتماعی پایین باعث افزایش نشانه‌های افسردگی می‌شود. استیک^۲ و همکاران (۳۳) نشان دادند که حمایت اجتماعی پایین با افزایش نشانه‌های افسردگی رابطه دارد. در مطالعه‌ای مشابه در نمونه‌ای از زنان، نیومن^۳ و همکاران (۳۴) ارتباط بین حمایت اجتماعی و نشانه‌های افسردگی را بررسی کردند. بعد از کنترل متغیرهایی

1. Lin

2. Stice

3. Newman

راهبردهای کنار آمدن، به افراد کمک می‌کند تا با رویدادهای استرس‌زای زندگی و مشکلات سلامت کنار بیایند که به نوبه خود به کاهش اقدام به خودکشی منجر می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش، بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری و عدم همکاری برخی از آزمودنی‌ها بود که از توان تعمیم‌پذیری یافته‌ها می‌کاهد. بنابراین برای از میان برداشتن محدودیت یاد شده پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی در سطح جامعه آماری گسترده‌تری در کشور اجرا گردد تا نتایج کامل‌تری در جهت شناخت بهتر افراد اقدام‌کننده به خودکشی حاصل گردد.

سیاسگزاری

بدین وسیله از مساعدت سازمان بهزیستی استان آذربایجان شرقی و همکاری کارکنان بیمارستان شهید مدنی شهرستان آذرشهر و کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌نماییم.

References:

1. Marrey BL. In suicide risk assessment: the perspective of youth. *J psychiatric & Mental health Nursing* 2006; 13(2): 157-64.
2. Anderivian M. Study of suicide attempt and its relationship with the major factors in schizophrenia patients referred to the Psychiatric Clinic of Golestan. Lorestan: Proceedings articles of the 1st Seminar events of Lorestan University of Medical Sciences and Health Services; 1999. (Persian)
3. Shamsi khani S, Rahgoy A, Falahi M, Rahgozar M. Impact training of Problem solving skills, coping skills on suicide attempter. *Nurs Res* 2006; 1(3): 31-9. (Persian)
4. Raper JD. An exploratory of the relationships between educational, clinical, and personal exposure to suicide, and suicide intervention skill. (Dissertation). New York: Syracuse University; 2010.
5. Shneidman ES. *The Suicidal Mind*. New York: Oxford University Press; 1996.

حس خود اثر بخشی می‌شود که در پیشگیری از خودکشی مهم است (۳۷).

آنچه مسلم است این است که خودکشی یک رفتار بدون مقدمه نیست. به طور قطع مجموعه‌ای از عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و . . . می‌توانند در خودکشی افراد مؤثر باشند. بی‌شک شناسایی این عوامل کمک مؤثری به اتخاذ راهکارهای مقابله‌ای در برنامه‌ریزی‌های کلان می‌نماید. یافته‌های این مطالعه حاکی از این است که برخی از ویژگی‌های شخصیتی مانند روان‌آزردگی که به وسیله گرایش کلی به تجربه عواطف منفی مشخص می‌شوند از جمله عوامل زمینه‌ساز برای اقدام به خودکشی می‌باشد. همچنین ارتباط بین حمایت اجتماعی و رفتار خودکشی به وسیله عامل‌هایی همچون افسردگی تعدیل می‌شوند؛ بدین معنی که حمایت اجتماعی بالا با کاهش نشانه‌های افسردگی می‌تواند منجر به کاهش تمایل افراد به خودکشی شود و در نهایت تمایلات مذهبی که با فراهم کردن اعتماد به نفس و حمایت اجتماعی بالا و اتخاذ

6. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry* (9th. ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
7. Costa PT, McCrae RR. Objective personality assessment. *The clinical psychology of aging*. In M. Storandt, I. C. Siegler, & M. F. Elias (Eds.) (pp. 119-143). New York: Plenum Press; 1978.
8. Enn MW, Cox BJ. Personality dimensions and depression: review and commentary. *Can J Psychi* 1997; 42(1): 274-84.
9. Akbari S, Jafari S, Dolat shahi B, Mamaganie M. The relationship between Suicide with personality traits and life events. *J Behav Sci* 2009; 3(2): 151-7. (Persian)
10. Velting DW. Suicidal ideation and the five-factor model of personality. *PersIndiv Differ* 1999; 27(5): 943-52.
11. Chioqueta AP, Stiles TC. Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Pers Indiv Differ* 2005; 38(7): 1283-91.
12. Lin N, Dean A. *Social Support, Life Events, and Depression*. Acad. Press; 1986.

13. Leventhal TJ, Brooks G. A Randomized Study of Neighborhood Effects on Low-Income Children's Educational Outcomes. *Dev Psychol* 2004; 40(9):488-507.
14. O'Donnell L, O'Donnell C, Wardlaw DM, Stueve A. Risk and Resiliency Factors Influencing Suicidality Among Urban African American and Latino Youth. *Am J Commun Psychol* 2004; 33(4):37-49.
15. Gould MS, Kramer RA. Youth Suicide Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2001; 31(2):6-31.
16. Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent Suicide Attempts: Risks and Protectors. *Pediatrics* 2001; 107(6): 485-93.
17. Prinstein MJ, Aikins JW. Cognitive Moderators of the Longitudinal Association Between Peer Rejection and Adolescent Depressive Symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 2004; 32(5):147-58.
18. Kerr DCR, Preuss LJ, King CA. Suicidal Adolescents' Social Support from Family and Peers: Gender-Specific Associations with Psychopathology. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34(7):103-114.
19. Reifman A, Windle M. Adolescent Suicidal Behaviors as a Function of Depression, Hopelessness, Alcohol Use, and Social Support: A Longitudinal Investigation. *Am J Commun Psychol* 1995; 23(4): 329-54.
20. Tagavi M, Akbari MA. Epidemiology injuries from external causes (accidents) in the Islamic Republic of Iran (1th ed). Tehran: fekrat Publications 2002. (Persian)
21. Shakeri J, Parvizi Fard AA, Sadegi Kh, Moradi R. Personality characteristics, stress, coping styles and religious attitudes among suicide attempter. Institute for Humanities and Cultural Studies 2006. (persian)
22. Daryl B. O'Connor, Joanna Cobb, Rory C. Religiosity, stress and psychological distress: no evidence for an association among undergraduate students", *Pers Individ Differ* 2003; 34: 211-7.
23. O'Connor DB, Cobb J, O'Connor RC. Religiosity, stress and psychological distress: No evidence for an association among undergraduate students. *Personality and Individual Differences* 2003; 34(2):211-7.
24. Khalil Duabi M. The relationship between internal and external religious orientation with mental health. (Dissertation). Tehran: Allameh Tabatabai Univ; 2005. (Persian)
25. Jan buzorgi M. Religious orientation and mental health. *Res Med* 2006; 31(4): 335-45. (Persian)
26. Garoosi farshi MT. The new approaches to personality assessment (1th ed), Tabriz: danial Publications; 2001. (Persian)
27. Futuhi S. The study effectiveness of couple's therapy approaches on increasing Self-awareness. (Dissertation). Tabriz : Tabriz Univ; 2007. (Persian)
28. Abolghasemi A, Narimani M. Psychological tests. (1th ed). Ardabil: Baghe rezvan Publications; 2005. (Persian)
29. Lester D. Suicidal preoccupation and dysthymia in college students. *Psychol Rep* 1987; 61(8), 754-62.
30. Eisner. LR. A trans diagnostic model of suicidal ideation and suicide attempts. (Dissertation) miami: miami Univ; 2010.
31. Bolland JM. Hopelessness and Risk Behaviour Among Adolescents Living in High Poverty Inner-City Neighbourhoods. *J Adolescence* 2003; 26(4):145-58.
32. Rigby K, Slee P. Suicidal Ideation among Adolescent School Children, Involvement in Bully-Victim Problems, and Perceived Social Support. *Suicide Life-Threat* 1999; 29(3):119-30.
33. Stice E, Ragan J, Randall P. Prospective Relations Between Social Support and Depression:

- Differential Direction of Effects for Parent and PeerSupport. *J Abnorm Psychol* 2004; 113(7):155-9.
34. Newman BM, NewmanPR, GriffenS, O'ConnorK, Spas J. The Relationship of Social Support to Depressive Symptoms During the Transition to High School. *Adolescence* 2007; 42(6):441-59.
35. Allport G. Behavioral science: religion and mental health. *J Relig Health* 1963;2:187-92.
36. Jalali-Tehrani SMM. Integration therapy. In: Corsini RJ, editor. Handbook of innovative therapy. (1th ed). John Wiley and Sons Inc; 2001.P.321-31.(Persian)
37. Nonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Soc Sci Med* 2003; 57, 2049-54.

Archive of SID

COMPARISON OF PERSONALITY TRAITS, SOCIAL SUPPORT, AND RELIGIOUS ORIENTATION IN SUICIDE ATTEMPTER AND CONTROL GROUP

Mohammad Rostami^{1*}, Tooraj Hashemi², Majid Mahmood Aliloo³

Received: 7 Oct, 2013; Accepted: 1 Jan, 2014

Abstract

Background & Aims: Understanding risk factors for suicide attempts is important in preventing suicidal behavior. This study aimed to compare personality traits, social support, and religious orientation in suicide attempters and control group.

Materials & Methods: In a case-control study, 120 suicide attempters who referred to Shahid Madani hospital of Azarshahr town were compared with 140 control. They were selected using convenience sampling, and were matched by a number of demographic factors. Data were gathered using NEO Personality Inventory Revised (NEO-PI-R), social support scale and religious orientation, and were analyzed via logistic regression and T-test.

Results: Finding showed that suicide attempters revealed higher scores on neuroticism and lower scores on extraversion and conscientiousness compared with non-attempters. On the other hand, the experienced weak social support had external religious orientation. Also, logistic regression analyses demonstrated that suicide attempt was positively predicted by neuroticism, and negatively predicted by agreeableness, openness, family support, and friends' support, and 27% of the variance related to suicide attempt is predicted by these variables.

Conclusion: Personality traits, social support and religious orientation are considered as important risk factors for suicide attempt.

Keywords: Personality traits, Social support, Religious orientation, Suicide attempt

Address: Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran, **Tel:** +98 9141243202

Email: Rostamy_5@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2014; 24(12): 1026 ISSN: 1027-3727

¹ M.Sc, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

² Association Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

³ Professor, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran