

## فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دوازدهم شماره ۴۵ بهار ۱۳۹۶

پیش‌بینی افکار خودکشی دانشجویان بر اساس افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری،  
حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای

فاطمه نعمتی سوگلی تپه<sup>۱</sup>

### چکیده

هدف تحقیق حاضر بررسی نقش افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در پیش‌بینی افکار خودکشی در بین دانشجویان بود. در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۳۶۱ دانشجوی دختر (۱۶۵) و پسر (۱۹۶) ساکن خوابگاه‌های دانشجویی دانشگاه تبریز با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و با استفاده از مقیاس اندیشه‌پردازی خودکشی (SIS)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-۳، مقیاس سنجش دینداری، مقیاس چندوجهی حمایت اجتماعی ادراک شده و پرسشنامه راههای مقابله (WCQ) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه (همزمان) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد بین افسردگی، اختلال شخصیت مرزی و سبک مقابله هیجان‌مدار با افکار خودکشی، رابطه مثبت و معنی‌دار و بین دینداری، حمایت اجتماعی و سبک مقابله مسأله‌مدار با افکار خودکشی، همبستگی منفی و معنی‌دار وجود دارد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری، حمایت اجتماعی و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار توانستند ۰/۶۷٪ از تغییرات افکار خودکشی دانشجویان را تبیین کنند. افسردگی بیشترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی را در مورد افکار خودکشی داشت.

**واژگان کلیدی:** افکار خودکشی؛ افسردگی؛ اختلال شخصیت مرزی؛ دینداری؛ حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای

## مقدمه

خودکشی به‌عنوان یک مشکل سلامت عمومی در سراسر جهان شناخته شده و به صورت یک دغدغه و مشکل اساسی برای روانپزشکان، روانشناسان و دیگر متخصصانی که به‌نحوی با مسائل سلامت روانی و بهزیستی جوانان درگیر هستند مطرح می‌باشد (لوین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸؛ به نقل از پورحسین، فرهودی، امیری و همکاران، ۱۳۹۳). این پدیده به خصوص در بین اقشار خاصی از جامعه از جمله دانشجویان به‌دلیل شرایط زندگی ویژه‌ای که در آن قرار می‌گیرند از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. سال‌های دانشگاه، دوره انتقالی مهمی است که طی آن، دانشجویان فشارهای تحصیلی، انتخاب‌های شغلی، تصمیم‌گیری در مورد اهداف زندگی، تنهایی، دوری از خانواده و شبکه حمایت اجتماعی را پشت سر می‌گذارند (ماتياسن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸؛ ریکگارن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴). خودکشی در بین دانشجویان که سرمایه‌های فکری و اقتصادی کشورند، در هر وسعت و اندازه‌ای، آثار منفی روانی و اجتماعی گسترده‌ای به‌دنبال دارد و برای نظام سلامت کشورها و دانشگاه‌ها، معضلی جدی محسوب می‌شود (پورشریفی، بوالهروی، پیروی و همکاران، ۱۳۸۷).

محمدی‌نیا، رضایی، سمیعی‌زاده طوسی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی بر روی ۲۸۸ نفر از دانشجویان پرستاری و مامایی شهرستان ایران شهر، نشان نشان دادند که افکار خودکشی در بین ۲۶/۴ درصد از دانشجویان وجود دارد که ۱۷ درصد از آنها فکر خودکشی و ۹/۴ درصد آمادگی جهت خودکشی دارند. اکثر خودکشی‌ها زمانی رخ می‌دهند که افراد، افکار خودکشی<sup>۴</sup> داشته باشند (سارین، کوکس، افیفی و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). افکار خودکشی به‌عنوان افکار خودگزارش‌دهی درباره خودکشی تعریف می‌شود که دامنه‌ای از یک میل مبهم اما با نفوذ برای مردن تا یک نقشه کامل خودکشی را در برمی‌گیرد (اندرسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲؛ سگال و روی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱). بر اساس پژوهش‌های انجام شده، اکثریت

1- Levin

3- Rickgarn

5- Sareen, Cox, Afifi, De Graaf &amp; et. Al

7- Segal &amp; Roy

2- Mathiasen

4- suicidal thoughts

6- Anderson

رفتارهای خودکشی‌گرایانه (۸۸ درصد) از پیش برنامه‌ریزی شده بوده و افکار خودکشی‌گرایانه یک پیش‌بینی‌کننده قوی در مورد اقدامات بعدی خودکشی حتی بعد از کنترل عوامل روانشناختی، مثل افسردگی بوده است (لوینسون، رود و سیلی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴). بنابراین، شناسایی عوامل خطر مؤثر بر افکار خودکشی، یکی از مهم‌ترین اقدامات جهت اجرای برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در جهان محسوب می‌شود (استفن، وایت ساید و دونالد<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ پاتل، راماسونداراهتیج، ویجایاکومار و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲).

به‌طور کلی عوامل خطر ساز اقدام به خودکشی در بین دانشجویان را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد: الف) عوامل زیستی- روانی- اجتماعی، مانند اختلال‌های روانی، به ویژه اختلال‌های خلقی، مشکل سازگاری با تغییرات و رویدادها، ناامیدی، تکانشی بودن، تمایلات پرخاشگرانه، سابقه رویدادهای آسیب‌زا، بیماری‌های شدید جسمانی و سابقه اقدام به خودکشی؛ ب) عوامل محیطی مانند شکست‌های تحصیلی، بیکاری و مشکل مالی، شکست در روابط عاطفی و دسترسی آسان به وسایل مرگبار و ج) عوامل فرهنگی- اجتماعی، مانند باورهای نادرست درباره رفتار کمک‌خواهی، موانع دسترسی به مراکز خدمات بهداشت روانی، باورهای نادرست درباره خودکشی و قرارگرفتن در معرض اخبار خودکشی (پاتر، سیلورمن، کانورتون و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴).

از بین عوامل ذکر شده، برخی پژوهش‌ها افسردگی<sup>۵</sup> را به‌عنوان عمده‌ترین علت روانشناختی افکار خودکشی مطرح کرده‌اند (دویلا و دالی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). در سال‌های اخیر، سن شروع افسردگی کاهش یافته و در بین کودکان و نوجوانان نیز بسیار شایع شده است. به‌طوری که در برخی مطالعات، میزان شیوع این اختلال را در بین نوجوانان ۱۵ تا ۲۰ درصد گزارش شده است (ضرغام بروجنی، یزدانی و یزدانیک، ۱۳۸۰). ارتباط نیرومند بین افسردگی و خودکشی در مطالعات متعدد (پورشریفی و همکاران، ۱۳۹۱؛ ایزدی و محمدزاده، ۱۳۸۷؛ گلدستون، والارس، مک کئون و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰؛ فار، وست

1- Lewinsohn , Rohde &amp; Seeley

2- Lynam

3- Patel, Ramasundarahettige, Vijayakumar &amp; et. al

4- Potter, Silvermen, Connorton &amp; et. al

5- depression

6- Davila &amp; Daley

7- Goldston, Walrath, McKeon &amp; et. al

فلد، مک کونل و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱؛ تامپسون، کاسلو، شرت و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹؛ وست فلد، هومیفار، اسپوتس و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵) گزارش شده است و اختلالات افسردگی ۸۰ درصد از ۹۵ درصد اختلالات روانی قابل تشخیص در مرتکب شوندگان به خودکشی را شامل می‌شود (سادوک<sup>۴</sup> و سادوک، ۲۰۰۷؛ مورفی<sup>۵</sup>، ۱۹۸۵).

اختلالات شخصیت به‌ویژه اختلالات شخصیتی خوشه B نیز به‌عنوان بخشی از اختلالات روان‌پزشکی از عوامل خطر مطرح شده برای خودکشی هستند (متیو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). اختلال شخصیت مرزی با الگوی شدید روابط بین فردی ناپایدار، خلق نوسان‌دار، احساس مزمن پوچی و ترس از تنهایی و طرد شناخته می‌شود (مالونی، دگن هارت، دارک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). سازه اصلی در اختلال شخصیت مرزی که با رفتار خودکشی‌گرایانه ارتباط دارد، تکانشگری است. تکانشگری شامل طیف گسترده‌ای از مفاهیم ناهمگن است که در روان‌شناسی تحت عنوان تکانشگری مطرح شده است. مفاهیمی چون هیجان‌طلبی، خطرپذیری، بی‌باکی، نوجویی، ماجراجویی، بی‌اعتمادی، نافرمان‌برداری و مستعد ملال بودن از جمله آن مفاهیم است (متیو، ۲۰۰۸). تکانشگری و پرخاشگری به عنوان دو صفت اصلی شخصیتی در افرادی که سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند به‌طور معناداری بیشتر از کسانی است که فاقد سابقه اقدام به خودکشی هستند (بندر، گوردون، برسین و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰).

علاوه بر اختلالات روانی، تعدادی از متغیرهای بین شخصی و اجتماعی نیز با افکار و رفتار خودکشی رابطه دارند (چیکوتا و استایلز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵). یکی از زمینه‌های اجتماعی مورد توجه محققان، بررسی ارتباط حمایت‌های عاطفی و اجتماعی با خودکشی است که در این میان، عوامل مربوط به خانواده و حمایت‌های اجتماعی، مطالعاتی را به‌خود اختصاص داده است. حمایت اجتماعی به‌عنوان عاملی در جهت کاهش درماندگی روانشناختی به

1- Jenkins

3- Westefeld, Homaifa, Spotts &amp; et. al

5- Murphy

7- Maloney, Degenhardt &amp; darke

9- Chioqueta &amp; Stiles

2- Thompson, Kaslow, Short &amp; et. al

4- Sadock

6- Matthew

8- Bender, Gordon, Bresin &amp; et. al

هنگام تجربه رویداد فشارزا شناخته شده، ممکن است به‌ویژه در کاهش درماندگی افراد آسیب‌پذیر سودمند واقع شود. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و سایر افراد، به کاهش فشار روانی و افکار خودکشی منجر می‌شود و دانشجویانی که دارای افکار خودکشی‌اند، از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردارند (آزادی، ۱۳۸۷؛ راتر و بهرنت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴؛ یعقوبی، اکبری و وقار انزابی، ۱۳۸۹؛ فلدمان، روبنستن، روبین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸؛ کینگ، سگال، نیلور و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵؛ گرینبرگر، چن و تالی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

بررسی اعتقادات مذهبی همراه و مرتبط با خطر خودکشی نیز یکی از عوامل مورد توجه پژوهش‌گران در دهه‌های اخیر بوده است. مذهب<sup>۵</sup> به‌عنوان اعتقادات، باید و نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم یافته، از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌رود و قادر است معنای زندگی را در لحظه‌های عمر فراهم کند و در شرایط خاص نیز با فراهم ساختن تکیه‌گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (جان بزرگی، ۱۳۸۶). سابقه مطالعات علمی در زمینه تأثیر دینداری بر موارد خودکشی طولانی نبوده و به دو تا سه دهه اخیر برمی‌گردد (لستر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). در پژوهش‌هایی نیز که در این باره انجام شده، نقش دین در موضوعات مربوط به سلامت روانی و جسمانی مورد بررسی قرار گرفته، اما زمینه آسیب‌شناسی روانی، چندان مورد توجه واقع نشده است (دل‌آذر و فرهی، ۱۳۸۸). برخی پژوهش‌های انجام شده (سلطانی‌نژاد، فتحی آشتیانی، احمدی و همکاران، ۱۳۹۲؛ گارتنر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۱) نشان‌دهنده ارتباط باورهای مذهبی با کاهش احتمال اقدام به خودکشی در پیروان واقعی ادیان الهی بوده است. با این وجود، برخی از مطالعات شواهد روشنی در تأیید اثرات دینداری بر سلامت روان نیافته‌اند. به‌عنوان مثال، اکونورا، کوب و روی<sup>۸</sup> (۲۰۰۳) در پژوهشی با هدف بررسی رابطه متقابل بین دینداری، استرس و افسردگی روان‌شناختی در بین دانشجویان، ارتباط معنی‌داری بین دینداری با استرس و

1- Rutter &amp; Behrendt

3- King, Segal, Naylor &amp; et. al

5- religion

7- Gartner

2- Feldman, Rubensten &amp; Rubin

4- Greenberger, Chen &amp; Tally

6- Lester

8- O'Connora, Cobb &amp; Rory

افسردگی نیافتند.

سبک مقابله شخص با موقعیت‌های استرس‌آمیز از مؤلفه‌های دیگری است که می‌تواند با پریشانی‌های روانی ارتباط داشته باشد. مقابله به تلاش‌هایی گفته می‌شود که شخص برای تغییر موقعیت‌های استرس‌زا و یا موقعیت‌هایی که از نظر او رنج‌آور محسوب می‌شوند انجام می‌دهد (روتمن و رنسبورگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). برخی محققان اعتقاد دارند رفتارهای خودکشی گرایانه ممکن است نوعی شیوه مقابله با ناراحتی‌های هیجانی باشد و این موضوع در مورد نوجوانان بیشتر دیده شده است. تحقیقات نشان داده است نوجوانانی که از علایم افسردگی و اختلالات رفتاری رنج می‌برند بیشتر از سبک مقابله هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. همچنین، خودزنی عمدی و افکار خودکشی در بین کسانی بیشتر مشاهده شده است که از سبک مقابله هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (اندور، پتر و گیپ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

با توجه به آن چه مطرح شد و با علم به این مسأله که دانشجویان، نیروی انسانی و سازندگان فردای کشور هستند و سلامت روانی آنها اهمیت زیادی دارد و وجود مشکلات روانی در امور آموزشی دانشجویان، افت تحصیلی و حتی ترک تحصیل را به دنبال داشته و باعث هدر رفت منابع مادی، بودجه دانشگاه و نیروی حرفه‌ای کار، اتلاف وقت دانشجویان و احساس ناامیدی و یأس آنها می‌شود، از این رو، شناسایی و تقویت عواملی که در کاهش اقدام به خودکشی نقش مؤثری دارند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. لذا، شناسایی اولیه و رصد کردن تقدم و تأخر منابع خطر می‌تواند از اصلی‌ترین چالش‌های پیش‌روی سامانه ارتقای سلامت دانشجویان باشد. در این راستا، پژوهش حاضر در صدد برآمد تا به سؤال‌های زیر پاسخ دهد:

۱- چه رابطه‌ای بین افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای با بروز افکار خودکشی در بین دانشجویان وجود دارد؟

1- Rothmann & Rensburg

2- Andover, Peter & Gibb

۲- کدام‌یک از عوامل مذکور در بروز افکار خودکشی در بین دانشجویان از توان پیش‌بینی‌کنندگی بالایی برخوردار است؟

### روش تحقیق

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی از نوع همبستگی می‌باشد که در آن متغیرهای افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و افکار خودکشی به‌عنوان متغیر ملاک مورد مطالعه قرار گرفتند.

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی دانشجویان دختر و پسر ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی دانشگاه تبریز در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بودند که تعداد دانشجویان دختر ۲۷۶۸ نفر (۲۵۱۳ دانشجوی ساکن خوابگاه دولتی شهدا و ۲۵۵ دانشجوی ساکن خوابگاه‌های خودگردان) و تعداد دانشجویان پسر ۳۰۰۰ نفر (ساکن خوابگاه‌های شهرک امام، شهرک ولیعصر و خوابگاه فجر) بود که از این تعداد با بهره‌گیری از جدول نمونه‌گیری کرجسی و مورگان<sup>۱</sup>، ۳۶۱ نفر به‌عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شده و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای وارد تحقیق شدند. اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه‌ای بی‌نام در اختیار دانشجویان قرار داده شد و از آنان خواسته شد که اطلاعات خواسته شده را با دقت و صداقت در پرسشنامه درج کنند. شرکت در پژوهش برای دانشجویان اختیاری بود و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند و تنها به‌صورت گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت.

### ابزارهای گردآوری اطلاعات

برای گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر از ۶ پرسشنامه به‌شرح ذیل استفاده شد:

1- Krejcie & Morgan

پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون - ۳ (MCMII-III)<sup>۱</sup>: این آزمون، یکی از مهم‌ترین ابزارهای سنجش عینی نشانگان بالینی مطرح شده در محور یک و اختلالات شخصیت محور دو راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)<sup>۲</sup> است که دارای ۱۷۵ گویه می‌باشد و به صورت بلی / خیر پاسخ داده می‌ود. میلون - ۳، ۲۴ مقیاس متفاوت دارد که این مقیاس‌ها در چهار گروه الف) الگوهای بالینی شخصیت (شامل ۱۱ مقیاس)، ب) الگوهای بالینی شدید شخصیت (شامل ۳ مقیاس)، ج) نشانگان بالینی (شامل ۷ مقیاس) و د) نشانگان بالینی شدید (شامل ۳ مقیاس) دسته‌بندی شده‌اند. در این مطالعه، از ۱۶ سؤال مربوط به ارزیابی الگوی بالینی شدید شخصیت مرزی استفاده شد.

در ایران چندین مطالعه در زمینه هنجاریابی MCMII انجام شده است. در مطالعه خواجه موگهی (۱۳۷۲)، ضریب پایایی مقیاس‌های MCMII-II به روش بازآزمایی با فاصله ۱۰-۷ روز از دامنه ۰/۷۸ (نمایشی) تا ۰/۸۷ (اختلال هذیانی) به دست آمده است. شریفی نیز (۱۳۸۶) MCMII-III را در شهر اصفهان هنجاریابی کرده است که همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI)<sup>۳</sup>: این پرسشنامه به عنوان مناسب‌ترین معیار ارزیابی حالت افسردگی در افراد در نظر گرفته شده است (لونتال<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱) که در این مطالعه از فرم اختصاری این پرسشنامه، مشتمل بر ۱۳ ماده استفاده شد. چهار گزینه مربوط به هر ماده، به صورت «صفر، یک، دو و سه» نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمرات بین صفر و ۳۹ است. بک، براون، برچیک و همکاران<sup>۵</sup> (۱۹۹۰) ضریب اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از شیوه بازآزمایی، بر حسب فاصله بین دفعات اجرا از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. تجربی و میرزمانی افقی (۱۳۸۶) نیز در پژوهش خود پایایی دو نیمه پرسشنامه را ۰/۹۳ و روایی آن ۰/۷۳ گزارش شده‌اند.

1- Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMII-III)

3- Beck Depression Inventory (BDI)

5- Beck, Brown, Berchick & et. al

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

4- Loewenthal



مقیاس سنجش دینداری: در این مطالعه برای سنجش دینداری، از مقیاس خودگزارش‌دهی تفکر دینداری استفاده شد که توسط آرین (۱۳۷۸) تهیه شده است. این مقیاس از ۲۰ سؤال تشکیل شده و نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) انجام می‌شود. مجموع نمرات سؤال‌های ۱ تا ۲۰ با وارونه در نظر گرفتن سؤال‌های شماره ۱۲ و ۱۷، شاخص میزان دینداری افراد می‌باشد. عسگری، خلیقی سیگارودی، حیدری، یوسفیان و مرعشیان (۱۳۸۸) در پژوهشی، ضریب پایایی این مقیاس را به‌روش‌های آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر ۰/۹۰ و ۰/۸۵ به‌دست آورد.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی (MSPSS)<sup>۱</sup>: مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی یک ابزار ۱۲ عبارتی است که توسط زیمت، دالم، زیمت و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۸۸)، برای ارزیابی ادراک آزمون‌شونده از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و فرد مهم زندگی آزمودنی ساخته شده است. این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس پنج درجه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود. روایی این پرسشنامه توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) بررسی شده و در حد مطلوب گزارش شده است. این مقیاس در ایران توسط جوشن‌لو، رستمی و نصرت‌آبادی (۱۳۸۵) با استفاده از یک نمونه دانشجویی ۲۱۴ نفری، هنجاریابی و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است.

پرسشنامه راه‌های مقابله (WCQ)<sup>۳</sup>: این پرسشنامه توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۷۴) تهیه شده و شامل ۶۶ ماده است که ۸ الگوی مقابله‌ای را اندازه‌گیری می‌کند که به دو دسته روش‌های مسأله‌مدار و هیجان‌مدار تقسیم می‌شوند. این پرسشنامه، بر اساس مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت (به کار نبردم، تا حدی به کار بردم، بیشتر مواقع به کار بردم و زیاد به کار بردم) پاسخ داده می‌شود. لازاروس، ثبات درونی ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ را برای هشت الگوی مقابله‌ای گزارش کرده و آلفای کرونباخ برای محاسبه اعتبار مربوط به مقابله

1- Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) 2- Zimet, Dahlem & et. al

Support (MSPSS)

3- Ways of Coping Questionnaire (WCQ)

متمركز بر هیجان را ۰/۷۲، و مقابله متمركز بر مسأله را ۰/۷۹ به دست آورده است (رجبی دماوندی، پوشنه و غباری بناب، ۱۳۸۸). خدادادی (۱۳۸۳) نیز در مطالعه خود، ضریب اعتبار کل آزمون را ۰/۸۴ محاسبه کرده است.

مقیاس اندیشه پردازی خودکشی<sup>۱</sup> (SIS): این مقیاس دارای ۳۸ سؤال و پنج خرده‌مقیاس است که توسط محمدی‌فر، حبیبی و بشارت (۱۳۸۴) تدوین شده و در یک نمونه ۴۵۷ نفری از دانشجویان دانشگاه‌های تهران مورد هنجاریابی قرار گرفته است. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس برابر با ۰/۹۳ و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های احساس گناه و خودتخریبی، ۰/۸۳، ناامیدی و احساس حقارت، ۰/۸۴، انزوایی و نبود رابطه، ۰/۸۰، رکود و ایستایی، ۰/۷۳ و افسردگی برابر با ۰/۷۲ می باشد که نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب مقیاس می‌باشد. همچنین، روایی هم زمان مقیاس اندیشه‌پردازی خودکشی از طریق اجرای هم زمان پرسشنامه ناکامی بک بر روی کل نمونه اصلی محاسبه و نتایج معنی‌داری مشاهده شده است (محمدی‌فر، حبیبی و بشارت، ۱۳۸۴).

در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه (استاندارد)<sup>۲</sup> استفاده شد.

### یافته‌ها

جدول (۱)، اطلاعات توصیفی نمونه مورد مطالعه را در زمینه جنسیت، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی و رشته تحصیلی نشان می‌دهد.

به‌منظور بررسی رابطه هر یک از متغیرهای افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار با افکار خودکشی در بین دانشجویان، از روش ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول (۲) آرایه شده است.

1- Suicide Ideation Scale (SIS)

2- Standard

جدول (۱) اطلاعات توصیفی نمونه مورد مطالعه (n=۳۶۱)

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	دختر	۱۶۵	۴۵/۷۰
	پسر	۱۹۶	۵۴/۲۹
وضعیت تأهل	مجرد	۸۳	۲۲/۹۹
	متأهل	۲۷۸	۷۷
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۱۹۲	۵۳/۱۸
	کارشناسی ارشد	۱۴۱	۳۹/۰۵
	دکتری	۲۸	۷/۷۵
رشته تحصیلی	علوم انسانی	۱۲۹	۳۵/۷۳
	علوم پایه	۱۴۹	۴۱/۲۷
	فنی	۸۳	۲۲/۹۹

جدول (۲) ماتریس همبستگی بین افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار با افکار خودکشی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- افسردگی	۱						
۲- اختلال شخصیت مرزی	۰/۳۲**	۱					
۳- دینداری	-۰/۳۸**	-۰/۳۱**	۱				
۴- حمایت اجتماعی	-۰/۲۶**	-۰/۳۷**	۰/۱۹**	۱			
۵- مقابله مسأله‌مدار	-۰/۲۳**	-۰/۳۵**	۰/۱۴**	-۰/۲۱**	۱		
۶- مقابله هیجان‌مدار	۰/۲۹**	۰/۳۳**	-۰/۲۴**	-۰/۱۳*	-۰/۵۰**	۱	
۷- افکار خودکشی	۰/۶۸**	۰/۳۷**	-۰/۴۹**	-۰/۴۴**	-۰/۳۷**	۰/۴۰**	۱

P&lt;۰/۰۵\* p&lt;۰/۰۱\*\*

همان‌گونه که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، بین سطح افسردگی، اختلال شخصیت مرزی و مقابله هیجان‌مدار با افکار خودکشی در بین دانشجویان رابطه مثبت و معنی‌دار، و بین دینداری، حمایت اجتماعی و مقابله مسأله‌مدار با افکار خودکشی، رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد.

به منظور پاسخ‌گویی به این سؤال پژوهش که کدام یک از متغیرهای پیش‌بین (افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری، حمایت اجتماعی، مقابله مسأله‌مدار و مقابله هیجان‌مدار) بیشترین سهم را در تبیین واریانس متغیر ملاک (افکار خودکشی) دارند، از روش تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد که نتایج در جدول‌های شماره ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول (۳) خلاصه مدل رگرسیون چندگانه افکار خودکشی روی افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری، حمایت اجتماعی، مقابله مسأله‌مدار و مقابله هیجان‌مدار

مدل	R	مجذور R	مجذور R تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۸۲	۰/۶۷	۰/۶۶	۷/۸۵

جدول (۴) نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه افکار خودکشی روی افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری، حمایت اجتماعی، مقابله مسأله‌مدار و مقابله هیجان‌مدار

متغیرهای پیش‌بین	B	S.E	$\beta$	t	Sig.
افسردگی	-۰/۵۱	۰/۰۴	۰/۴۴	۱۲/۹۸	۱/۰۰۰
اختلال شخصیت مرزی	۰/۱۹	۰/۰۲	۰/۲۲	۶/۶۵	۰/۰۰۰
دینداری	-۰/۱۴	۰/۰۲	-۰/۱۹	-۵/۷۶	۰/۰۰۰۱
حمایت اجتماعی	۰/۳۴	۰/۰۶	-۰/۱۸	-۵/۱۳	۰/۰۰۰۱
مقابله هیجان‌مدار	۰/۰۸	۰/۰۲	۰/۱۳	۳/۶۳	۰/۰۰۰۱
مقابله مسأله‌مدار	-۰/۰۴	۰/۰۲	-۰/۰۷	-۱/۹۸	۰/۰۵

همان‌گونه که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، متغیرهای پژوهش در مجموع توانستند ۰/۶۶ از کل واریانس افکار خودکشی در بین دانشجویان را تبیین نمایند. همچنین با توجه به میزان ضرایب Beta مندرج در جدول (۴)، از بین متغیرهای پیش‌بین وارد شده در مدل تحلیل رگرسیون، افسردگی ( $\beta=۰/۴۴$ ) بیشترین و راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار ( $\beta=۰/۰۷$ ) کمترین سهم را در تبیین واریانس گرایش دانشجویان به افکار خودکشی دارند.

## بحث و نتیجه‌گیری

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها همسو با نتایج برخی پژوهش‌ها (پورشریفی و همکاران، ۱۳۹۱؛ ایزدی و محمدزاده، ۲۰۰۹؛ گلدستون و همکاران، ۲۰۰۳؛ فار و همکاران، ۲۰۰۱؛ تامپسون و همکاران، ۲۰۰۹؛ وست فلد و همکاران، ۲۰۰۵) نشان داد که با افزایش سطح افسردگی در بین دانشجویان، خطر بروز افکار خودکشی نیز در بین آنان افزایش می‌یابد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون در خصوص بررسی توان پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای مورد مطالعه نشان داد که افسردگی بیشترین سهم را در پیش‌بینی افکار خودکشی در بین دانشجویان دارد. این یافته با نتایج مطالعات زارع و صیادی اناری (۱۳۸۸) و فدایی، عاشوری، هوشیاری و همکاران (۱۳۹۰) که نشان دادند افسردگی مهم‌ترین و شناخته شده‌ترین شاخص در پیش‌بینی اقدام به خودکشی است، همسو می‌باشد. یکی از پیامدهای عمده تنش زندگی دانشجویی، افسردگی است. افراد افسرده، گذشته خود و توانایی انجام عمل در آینده را به شکل منفی ارزیابی می‌کنند و همیشه خودانتقادی و انتظار شکست در پیامد امور را برای خود در نظر می‌گیرند (دل‌آذر و فرهی، ۱۳۸۸). ناامیدی<sup>۱</sup> نیز عاملی است که نقش میانجی را بین افسردگی و رفتار خودکشی‌گرایانه بازی می‌کند (بک، کواکز و ویسمن<sup>۲</sup>، ۱۹۷۹؛ رود<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰). زمانی که بیماران افسرده به این باور می‌رسند که برای مشکل‌هایشان راه‌حلی وجود ندارد، خودکشی را به عنوان راه‌حلی برای اجتناب از موقعیت‌های ناامیدکننده و غیرقابل تحمل برمی‌گزینند (بک و همکاران، ۱۹۹۰). همچنین، بر اساس نظریه‌های رفتاری جدید، افسردگی می‌تواند از طریق افزایش نفع‌آلی و اجتناب از شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، سبب افزایش میزان ساعت‌های حضور در خانه (خوابگاه) و صرف وقت بیشتر برای فعالیت‌های انفعالی مانند خوابیدن، فکر کردن، یادآوری و مرور خاطرات گذشته، نشخوار فکری منفی، غمگینی، احساس تنهایی و عدم احساس کارایی و کفایت شود که این شرایط موجب خود انتقادی و کاهش عزت‌نفس و بالا رفتن هیجان‌های منفی و دریافت تقویت مثبت کمتر می‌گردد

1- hopelessness  
3- Rudd

2- Kovacs & Wessman

که در نهایت می‌تواند به بروز افکار خودکشی گرایانه منجر شود (کویچپرز، ون استارتن و وارمردام<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ به نقل از پورحسین و همکاران، ۱۳۹۳).

یافته‌های پژوهش حاضر همسو با نتایج مطالعات سلطانی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۱)، جان<sup>۲</sup> (۲۰۰۳)، ین، شا، سانسلو و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۹)، سولوف و فابیو<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) نشان داد که میزان شیوع فکر خودکشی در بین دانشجویان دارای ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی بیشتر است. در تبیین علل خودکشی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به چند نکته می‌توان اشاره کرد: نخست این که، این اختلال با تجربه هیجان‌های منفی شدید رابطه دارد و افراد مبتلا به این اختلال به دنبال راهی برای فرار از این هیجانات دردناک هستند. این گروه از افراد ممکن است از شیوه‌های متفاوتی برای کاهش دردهای روانی نظیر سوءمصرف مواد یا خودزنی استفاده کنند که هر دو از عوامل خطر در اقدام به خودکشی محسوب می‌شوند (ترول، شر، مینکس - براون و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). تبیین دیگر برای علل گرایش این افراد به خودکشی، وجود عنصر تکانشگری است. بر اساس مطالعات موجود، افراد تکانشگر تمایل بیشتری به تجربه رویدادهای تحریک‌کننده و دردناک دارند و این وضعیت منجر به خوگیری آنها به ترس و درد شده و در نهایت موجب ایجاد ظرفیت برای درگیر شدن در رفتارهای خودکشی‌گرایانه می‌شود (بندر و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر این، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ممکن است تجربه از دست دادن حمایت دوستان، خانواده و یا کمک‌های حرفه‌ای را نیز داشته باشند و یا ممکن است از ترس ناپایداری در زندگی‌شان از برقراری روابط صمیمانه با دیگران خودداری کنند. این رفتار منجر به تنهایی و انزوای اجتماعی می‌شود که خود ریسک فاکتور مهمی برای خودکشی کامل محسوب می‌گردد (سولوف و فابیو، ۲۰۰۸).

یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد هر چه سطح باورهای دینی دانشجویان بیشتر باشد، احتمال بروز افکار خودکشی‌گرایانه در آنان کاهش می‌یابد که این یافته با نتایج

1- Cuijpers, Van Straten & Warmerdam

3- Yen, Shea, Sanislow & et. al

5- Trull, Sher, Minks-Brown & et. al

2- John

4- Soloff & Fabio

پژوهش‌های موحدی و همکاران (۱۳۹۲)، ازدل، وارما، اتسکی و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)، جان بزرگی (۱۳۸۶)، والکر و بیشاپ<sup>۲</sup> (۲۰۰۵)، زورایدا و احمد<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)، موات، سوینتن، استارک و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۰۵)، مولوک، پوری، ماتلین و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۶)، دل‌آذر و همکاران (۱۳۸۸) و سلطانی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۲) همخوان است. مطالعات نشان می‌دهند که اشخاص دارای باورهای دینی قوی‌تر، به‌ویژه کسانی که در یک اجتماع دینی حمایت‌گرایانه مشارکت دارند، در شرایط همسان، نگرش‌های منفی‌تری نسبت به خودکشی دارند (کوئینگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). در این راستا می‌توان حداقل به چهار ساز و کار مذهب در پیشگیری از خودکشی اشاره کرد. مذهب با ممنوع کردن خودکشی، اجازه اندیشه‌پردازی به خودکشی را از شخص دور می‌کند. از آن جایی که افکار خودکشی مقدمه عمل خودکشی محسوب می‌شوند، این ساز و کار موجب کاهش افکار و اقدام به خودکشی در شخص می‌شود. ساز و کار دیگر دینداری برای پیشگیری از خودکشی با به‌کارگیری شیوه‌های مقابله مذهبی مانند دعا و اعمال مذهبی ارتباط دارد. به‌جا آوردن مناسک مذهبی به کاهش استرس شخص و افزایش ظرفیت سازگاری او با زندگی کمک می‌کند. کارکرد دیگر مذهب، معنا بخشیدن به زندگی و حیات فرد است. وجود معنا در زندگی، احساس پوچ بودن زندگی را در نظر فرد از بین می‌برد. ساز و کار چهارم به ایجاد حس تعلق و انسجام گروهی مربوط می‌شود. افراد مذهبی با شرکت در مراسم مذهبی و عبادی احساس تماس و انسجام اجتماعی بیشتری داشته و از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار می‌شوند. حمایت اجتماعی خود عاملی محافظت‌کننده در برابر خودکشی محسوب می‌شود (وینگیت، بوبادایلا، بارنز و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵).

بررسی رابطه حمایت اجتماعی با افکار خودکشی نیز همسو با یافته‌های آزادی (۱۳۸۷)، فلدمان و همکاران (۱۹۸۸)، کینگ و همکاران (۱۹۹۵)، گرینبرگ و همکاران (۲۰۰۰)، والش و ایگرت<sup>۸</sup> (۲۰۰۷)، راتر و بهرنت (۲۰۰۴)، یانگ و کلوم (۲۰۰۰)، چن و

1- Ozdel, Varma, Atesci &amp; et al

3- Zuraida &amp; Ahmad

5- Molock, Puri, Matlin &amp; et. Al

7- Wingate, Bobadilla, Burns &amp; et. al

2- Walker &amp; Bishop

4- Mowat, Swinton, Stark &amp; et. al

6- Koenig

8- Walsh &amp; Eggert

چان (۲۰۰۶)، موحدی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و افکار خودکشی، ارتباط منفی و معنی‌دار وجود دارد. در این رابطه رود (۱۹۹۰) مطرح می‌کند که حمایت اجتماعی ممکن است از طریق کاهش آثار منفی استرس‌های زندگی، احتمال اقدام به خودکشی را کاهش دهد؛ تا جایی که آرایه سطح ثابت و مناسب حمایت‌های اجتماعی (به‌عنوان مثال، حمایت اعضای خانواده، یک همسر خوب، یک دوست صمیمی، یک مشاور مجرب و ...) می‌تواند تأثیر استرس‌های زندگی را به حداقل کاهش دهد. یکی از مهارت‌های اجتماعی که نقش عمده‌ای در برقراری ارتباط اجتماعی صحیح، حل تعارضات بین فردی و جلب حمایت اعضای خانواده را دارد، توانایی ابراز وجود در خانواده است. افرادی که به آنها اجازه ابراز وجود در خانواده داده می‌شود به راحتی عقاید و ایده‌های خود را با اعضای دیگر خانواده در میان گذاشته و با گفتمان به حل مسائل بین فردی و خانوادگی می‌پردازند (حسینیانی، ۱۳۸۲). ارتباط ضعیف خانوادگی، مثل عدم انسجام در خانواده نیز همبسته قوی گرایش به خودکشی است. یافته‌ها نشان می‌دهند افرادی که گرایش به خودکشی دارند، بیشتر در معرض تعارضات خانوادگی و گسستگی در روابط بوده، استقلال عاطفی لازم را برای رویارویی با چالش‌های زندگی نداشته، از حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی پایینی برخوردارند (بیوترایس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ مرادی، اکبری زردخانه، چراغی و همکاران، ۱۳۸۸). علاوه بر حمایت خانواده، حمایت دوستان و همسالان نیز اثرات منفی حاصل از فشار خانواده، افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (آنتینی، فونسکا و ایرلند<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ زویگ، فیلیپس و لینبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲؛ بی-گتیز، هوارد-بیتنی، فرومبویس و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶؛ مرادی و همکاران، ۱۳۸۸؛ فلدمان و همکاران، ۱۹۹۸؛ سان و هوی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). لذا، دانشجویانی که سطح حمایت اجتماعی پایینی را گزارش کرده‌اند با از دست دادن این منبع مهم حمایتی و عاطفی نیز بیشتر در معرض تنهایی، فشار روانی، افسردگی و احتمال بروز فکر خودکشی می‌باشند.

1- Beautrais

3- Zweig, Philips &amp; Lindberg

5- Sun &amp; Hui

2- Anteghini, Fonseca &amp; Ireland

4- BEE-Gates, Howard-Pitney, Fromboise &amp; et. al



بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای با افکار خودکشی نشان داد دانشجویانی که در مقابله با مسایل و رویدادهای زندگی گرایش بیشتری به استفاده از راهبردهای مبتنی بر هیجان داشته و کمتر از شیوه‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌کنند، افکار خودکشی بیشتری را گزارش کرده‌اند. این یافته پژوهش با نتایج مطالعات لی، ساچدی و وایلی-روست (۲۰۱۲)، روتمن و رنسیورگ (۲۰۰۲)، کدیور و زاهدی (۱۳۸۶)، آندور، پیترو و گیب<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) و جهانگیر، بذرافشان، زنگویی و همکاران (۱۳۸۸) هم‌خوان بوده و با نتایج مطالعه کید و کارول<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) ناهمسو می‌باشد. از خصوصیات افرادی که دست به خودکشی می‌زنند، ناتوانی آنان در یافتن راه‌حل مسایل، فقدان راهبردهای کارآمد برای کنار آمدن با عوامل استرس‌زای اضطراری، عدم انعطاف‌پذیری (نوروزی، ۱۳۷۳) و محدودیت تعداد راه‌حل‌های آرایه شده از طرف آنهاست (مورون، ۱۳۷۰). داشتن مجموعه‌ای کارآمد از مهارت‌های مقابله‌ای، احساس خودکنترلی و خودهدایتی را در فرد بیشتر می‌کند. از طرفی، هر چه منابع افراد برای مقابله بهتر باشد، کمتر احتمال دارد گرفتار موقعیت‌هایی شوند که در برابر آنها آسیب‌پذیرند (ساراسون<sup>۳</sup> و ساراسون، ۱۹۸۷). بنابراین، به‌نظر می‌رسد مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر مسأله نسبت به مهارت‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در پیشگیری از بروز افکار خودکشی برتری داشته باشد، چون باعث کاهش مستقیم منبع تنش می‌شود (وینما، میجر، کلوت و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که فکر خودکشی پدیده‌ای است که در مجموعه‌ای از عوامل متعامل و درهم تنیده قابل تبیین است و هرگونه تبیین تک‌علیتی از آن، گویای درستی از ماهیت آن نخواهد بود. لذا، در اجرای برنامه‌های پیشگیری در جهت حفظ و ارتقای بهداشت روانی، ارائه خدمات بهینه بهداشت روانی و در مطالعات و برنامه‌های غربالگری سلامت روانی دانشجویان، مداخله باید بر اساس تمامی این متغیرها مدنظر باشد. بنابراین، شناسایی اولیه، رصد نمودن منابع تهدید سلامت روانی دانشجویان و مشخص کردن تقدم و تأخر منابع خطر، از اصلی‌ترین چالش‌های

1- Andover, Peter & Gibb  
3- Sarason

2- Kidd & Carroll  
4- Veenema, Meijer, Koolhaas & et. al

پیش روی سامانه ارتقای سلامت است. بر پایه یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت برای کاهش بار آسیب‌زایی افکار خودکشی‌گرایانه در دانشجویان، باید برای کاهش میزان افسردگی و استرس دانشجویی سرمایه‌گذاری کرد و با گسترش شبکه حمایت اجتماعی دانشجویان، آموزش و ارتقای سطح باورهای دینی و مذهبی و آموزش سبک‌های رویارویی کارآمد، دانشجویان را در مواجهه با موقعیت‌های خطرناک واکسینه کرد. بنابراین، بررسی مواردی مثل افسردگی، اختلالات شخصیت، باورها و اعتقادات دینی، سطح حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با استرس زندگی می‌تواند از اصلی‌ترین زمینه‌های بررسی روانشناختی در پژوهش‌های غربالگری دانشجویان در معرض خطر خودکشی باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی برای گردآوری اطلاعات، روش همبستگی که امکان بررسی رابطه علی را سلب می‌نماید و نیز عدم کنترل جنسیت اشاره کرد. جهت کاربست یافته‌ها پیشنهاد می‌شود در جهت ارتقاء سلامت روان دانشجویان، تأثیر متغیرهای پیش‌بین در طراحی مداخلات و برنامه‌های پیشگیرانه ادغام و در پژوهش‌های آتی برای تعیین اثربخشی دقیق متغیرهای پیش‌بین در متغیر ملاک یعنی بروز افکار خودکشی، از طرح‌های آزمایشی و پیگیری استفاده شود. به‌علاوه، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده کارآزمایی‌های بالینی برای طراحی الگوهای مناسب مداخله مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۴/۰۶/۱۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۵/۰۲/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۱۰

این مقاله مستخرج از گزارش نهایی طرح پژوهشی با عنوان " نقش افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، دینداری، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در شناسایی افکار خودکشی دانشجویان " است که محل اعتبارات پژوهشی دانشگاه تبریز اجرا گردیده است

## منابع

- آزادی، م. (۱۳۸۷). مقایسه دانشجویان با افکار خودکشی و بدون افکار خودکشی در دانشگاه مازندران بر اساس حمایت اجتماعی و عملکرد تحصیلی، چهارمین کنگره سلامت روان دانشجویان، شیراز، دانشگاه شیراز.
- ایزدی، س. و محمدزاده، ر. (۱۳۸۷). مقایسه دانشجویان با و بدون افکار خودکشی گرایانه در دانشگاه مازندران بر اساس حمایت اجتماعی و عملکرد تحصیلی، چهارمین سمینار سلامت روانی دانشجویان، دانشگاه شیراز.
- پورحسین، ر.، فرهودی، ف.، امیری، م.، جان بزرگی، م.، رضایی بیداخویدی، ا. و نورالهی، ف. (۱۳۹۳). بررسی رابطه افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، تنیدگی‌های روزانه و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه تهران، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۴(۴)، ۴۰-۲۱.
- پورشریفی، ح.، بوالهروی، ج.، پیروی، ح.، یعقوبی، ح.، زرانی، ف.، عابدیان، ا. و دهقانی، م. (۱۳۸۷). گزارش فاز اول اجرای مقدماتی طرح جامع پیشگیری از خودکشی در دانشگاه‌ها در دانشگاه تهران، فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، ۱۲(۲)، ۳۲-۲۴.
- تجربشی، م. و میرزمانی افقی، س.م. (۱۳۸۶). ارتباط بین فعالیت سیستم‌های مغزی- رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۷(۲۶)، ۲۲۳-۲۴۵.
- جان بزرگی، م. (۱۳۸۶). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی، مجله پژوهش، ۳۱، ۳۵۰-۳۴۵.
- جوشن لو، م.، رستمی، ر. و نصرت‌آبادی، م. (۱۳۸۵). بررسی تفاوت‌های جنسیتی در پیش‌بینی‌کننده‌های بهزیستی اجتماعی، مجله علوم روانشناختی، ۱(۱۸)، ۱۸۴-۱۶۶.
- خواجهموگهی، ن. (۱۳۷۲). آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه چندمحوری میلون در تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی علوم پزشکی ایران.
- جهانگیر، ف.، بذرافشان، م.، ر.، زنگویی، ع. ر. و رئیس، ط. (۱۳۸۸). مقایسه روش‌های مقابله‌ای در افراد اقدام‌کننده به خودکشی با افرادی که سابقه اقدام به خودکشی نداشته‌اند در مددجویان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید فقیهی شیراز در سال ۱۳۸۶، مجله پزشکی هرمزگان، ۱۳(۲)، ۱۱۳-۱۰۹.

- حسینایی، ع. (۱۳۸۲). بررسی نقش عوامل روانشناختی در اقدام به خودکشی دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- خدادادی، م. (۱۳۸۳). هنجاریابی پرسشنامه شیوه‌های مقابله با استرس لازاروس و فولکمن و مقایسه بین این شیوه‌ها در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد واحد رودهن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- دل آذر، ر. و فرهی، ح. (۱۳۸۸). اندیشه‌پردازی خودکشی و عمل به مناسک دینی در بیماران مبتلا به افسردگی، مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۹(۳)، ۲۳۴-۲۲۴.
- زارع، ح.، ناظر، م. و صیادی اناری، ا.ر. (۱۳۸۸). فراوانی اختلالات روانی و عوامل مرتبط با خودکشی در بیماران ارجاع داده شده به اورژانس بیمارستان علی‌ابیطالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۸۶، مجله علوم پزشکی دانشگاه رفسنجان، ۶(۳)، ۲۳۸-۲۲۲.
- رجبی دماوندی، گ.، پوشنه، ک. و غباری بناب، ب. (۱۳۸۸). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در والدین کودکان با اختلال‌های گسترده اوتیسم، مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۹(۲)، ۱۴۴-۱۳۳.
- سلطانی نژاد، ع.، فتحی آشتیانی، ع.، احمدی، خ. ب.، آزاد فلاح، پ.، انیسی، ج.، رحمتی نجار کلائی، ف. و همکاران (۱۳۹۲). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با رفتارهای خودکشی‌گرایانه سربازان، فصلنامه سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۲(۱)، ۳۰-۲۵.
- شریفی، ع. ا. (۱۳۸۶). راهنمای MCMIII، تهران: نشر روان سنجی.
- فدایی، ز.، عاشوری، ا.، هوشیاری، ز. و ایزانلو، ب. (۱۳۹۰). تحلیل مسیر منبع کنترل، نشانگان افسردگی و پیشرفت تحصیلی بر افکار خودکشی: نقش تعدیل‌کنندگی جنس، مجله اصول بهداشت روانی، ۳(۲)، ۱۴۸-۱۵۹.
- عسگری، پ.، خلیقی سیگارودی، ع.، حیدری، ع.، یوسفیان، ف. و مرعشیان، ف. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش شیوه‌های تربیتی سیره عملی پیامبر اکرم (ص)، بر تفکر دینداری، اعتقادات و باورهای مذهبی و سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اهواز، فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۱(۴۰)، ۲۵-۱۳.
- غباری بناب، ب. (۱۳۷۴). باورهای دینی و اثرات آن در بهداشت روان، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱(۴)، ۴۸-۵۴.

- کدیور، پ. و زاهدی، ف. (۱۳۸۶). سبک‌های مقابله با بحران و اقدام به خودکشی در دختران دانشجو، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۶(۲۵)، ۱۱۱-۱۳۱.
- محمدی‌فر، م.ع.، حبیبی عسگرآبادی، م. و بشارت، م.ع. (۱۳۸۴). ساخت و هنجاریابی مقیاس اندیشه خودکشی در میان دانشجویان، مجله علوم روانشناختی، ۴، ۳۹-۱۶.
- محمدی‌نیان، رضایی، م.ع.، سمیعی‌زاده طوسی، ط. و دربان، ف. (۱۳۹۱). بررسی فراوانی خودکشی در دانشجویان علوم پزشکی، فصلنامه افق پرستاری، ۱(۱)، ۹۱-۸۳.
- مرادی، ع. ر.، اکبری زردخانه، س.، چراغی، ف. و فولادوند خ. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر ساختار خانواده و حمایت اجتماعی در خودکشی دانشجویان، فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۵(۲۰)، ۵۰۲-۴۸۷.
- موحدی، ی.، موحدی، م.، هاشمی، ت.، ماشینی‌عباسی، ن. و بازگیر، ز. (۱۳۹۲). پیش‌بینی گرایش به خودکشی دانشجویان بر پایه دینداری، حمایت اجتماعی، جو خانوادگی و افسردگی، مجله فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۶(۳)، ۱۰۶-۸۳.
- مورون، پ. (۱۳۷۰). خودکشی، پیدایش، علل و درمان، ترجمه: مازیار سهپند، تهران: انتشارات سهپند.
- نوروزی، س. (۱۳۷۳). بررسی مهارت‌های مقابله‌ای اقدام‌کنندگان به خودکشی و افراد بهنجار در مواجهه با شرایط استرس‌زا، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی.
- ضرغام بروجنی، ع.، یزدانی، م. و یزدان نیک، ا.ر. (۱۳۸۰). ارتباط الگوی رفتاری والدین با افسردگی و افکار خودکشی در نوجوانان، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۳(۲)، ۵۴-۴۶.
- یعقوبی، ح.، اکبری، س. و وقارنزابی، م. (۱۳۸۹). گزارش وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری (۱۳۸۸-۱۳۸۹)، دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم تحقیقات و فناوری.
- Anderson, R.N. (2002). *Deaths: leading causes for 2000*. Hyattsville, MD: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics Attempted suicide among high school students-united states (1991). *Morbidity and mortality weekly Report* (Vol. 40, Pp. 633-635): Centers for disease control.
- Andover, M.S., Peter, C.M., & Gibb, B.E. (2007). Self-Mutilation and coping strategies in a college sample, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 37(2), Pp. 238-243.

- Anteghini, M., Fonseca, H., & Ireland, M. (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factor among Brazilian adolescents, *Journal of Adolescent Health, 28*, Pp. 295-302.
- Beautrais, A. (2003). Suicide in Newzealand II: a review of risk factors and prevention, *Journal of the Newzealand Medical Association, 116*, Pp. 1-11.
- Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., & Steer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients, *American Journal of Psychiatry, 147*, Pp. 190-195.
- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Hopelessness and suicidal behavior, *Journal of the American Association, 234*, 1146-1149.
- BEE-Gates, D., Howard-Pitney, B., La Fromboise, T., & Rowe, W. (1996). Help- seeking behavior of Native American Indian high school students, *Professional Psychology, Research and Practice, 27*, Pp. 495-499.
- Bender, T.W., Gordon, K.H., Bresin, K., & Joiner, T.E. (2010). Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences, *Journal of Affective Disorders, 129*, Pp. 301-307.
- Chen, E.Y., & Chan, K.K. (2006). Suicide in Hong Kong, *Journal of Psychological Medicine, 36*, Pp. 815-825.
- Chioqueta, A.P., & Stiles, T.C. (2005). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation, *Journal of Personality and Individual Differences, 38*(7), Pp. 1283-1291.
- Davila, J., & Daley, S. (2000). *Studying Interpersonal Factors in Suicide: Perspectives from Depression Research*, Boston: Kluwer Academic.
- Feldman, S.S., Rubenstein, J.L., & Rubin, C. (1988). Depressive Affect and Restraint in Early Adolescents: Relationships with Family Structure, Family Process and Friendship Support, *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, Pp. 105-119.
- Furr, S.R., Westefeld, J.S., McConnell, G.N., & Jenkins, J.M. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later, *A Professional Psychology, Research and Practice, 32*, 97-100.

- 
- Gartner, J. (1991). Religious Commitment and Mental Health: A Review of the Empirical Literature, *Journal of Psychological Theology*, 19, Pp. 6-26.
- Goldston, D.B., Walrath, C.M., McKeon, R., Puddy, R.W., Lubell, K.M., Potter, L.B., & Rodi, M.S. (2010). The Garrett Lee Smith memorial suicide prevention program, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(3), Pp. 245-256.
- Greenberger, E., Chen, C., & Tally, S.R. (2000). Family, Peer and Individual Correlates of Depressive among US. And Chinese Adolescents, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), Pp. 209-219.
- John, M.J. (2003). Neurobiology of suicidal behavior, *Nature Reviews Neuroscience*, 4, Pp. 819-828.
- Kidd, S.A., & Carroll, M.R. (2007). Coping and suicidality among homeless youth, *Journal of Adolescence*, 30, Pp. 283-296.
- King, C.A., Segal, H., Naylor, M., & Evans, T. (1995). Family Functioning and Suicidal Behavior in Adolescent Inpatients with Mood Disorders, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, Pp. 1198-1206.
- Koenig, H.G. (2005). *Faith and Mental Health*, Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1974). *The concept of coping in stress, appraisal, and coping*, New York: Spinger.
- Lee, Y.S., Suchday, S., & Wylie-Rosett, J. (2012). Perceived social support, coping styles, and Chinese immigrants' cardiovascular responses to stress, *International Journal of Behavior Medicine*, 19, Pp. 174-185.
- Lester, D. (2006). Suicide and Islam, *Archives of Suicide Research*, 10, Pp. 77-97.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), Pp. 297-308.
- Loewenthal, K.M. (2001). *An Introduction to Psychological Test and Scales*, (2nd Edition), Psychology-Press-LTD.
-



- Mathiasen, R. (1998). Evaluating Suicidal Risk in the College Student, *National Association of Student Personnel Administrators Journal (NASPA)*, 25, Pp. 257-261.
- Matthew, K. (2008). Suicide and suicidal behavior, *Epidemiological Review*, 30, Pp. 133-154.
- Molock, S.D., Puri, R., Matlin, S., & Barksdale, C. (2006). Relationship between Religious Coping and Suicidal Behaviors among African American Adolescents, *J Black Psychol.* 32(3): Pp. 366-89.
- Mowat, H., Swinton, J., Stark, C., & Mowat, D. (2005). Religion and Suicide: exploring the role of the church in deaths by suicide in Highland, *Scotland*, 3, 1-12.
- Murphy, G.E. (1985). *Suicide and Attempted Suicide*, Philadelphia: Lippincott.
- O'Connor, D.B., Cobb, J., & Rory, C. (2003). Religiosity, stress and psychological distress: no evidence for an association among undergraduate students, *Journal of Personality and Individual Differences*, 34, Pp. 211-217.
- Ozdel, O.G., Varma, F.C., Atesci, N.K., Oguzhanoglu, F., Karadag, T. & Amuk, E.D. (2009). Characteristics of Suicidal Behavior in a Turkish Sample, *J Crisis Intervene Suicide Prev*, 30(2), Pp. 90-93.
- Patel, V., Ramasundarahettige, C., Vijayakumar, L., Thakur, J.S., Gajalakshmi, V., & Gururaj, G. (2012). Suicide mortality in India: a nationally representative survey, *Lancet*, 23, Pp. 2343-2351.
- Potter, L., Silverman, M., Connorton, E., & Posner, M. (2004). *Promoting Mental Health and Preventing Suicide in College and University Setting*, Newton, MA: Education Development Center, Inc: SAMHSA.
- Rickgarn, R.L. (1994). *Perspectives on College Student Suicide*, Amityville, NY: Baywood.
- Rothmann, S., & Van Rensburg, P. (2002). Psychological strengths, coping and suicide ideation in the South African police services in the North West province, *Journal of Industrial Psychology*, 28, Pp. 39-49.
- Rudd, M.D. (1990). An integrative model of suicidal ideation, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(1), Pp. 16-30.

- Rutter, P.A., & Behrendt, A.E. (2004). Adolescent suicide risk: Four Psychosocial factors, *Pub Med*, 39(154), Pp. 295-302.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical Psychiatry*, New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sarason, I.G., & Sarason, B.R. (1987). *Abnormal Psychology*, The problem of maladaptive behavior, 5th ed. Prentice-Hall.
- Sareen, J., Cox, B.J., Afifi, T.O., De Graaf, R., & Asmundson, G.J. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts a populationbased longitudinal study of adults, *Arch Gen Psychiat*, 62, Pp. 1249-1257.
- Segal, N.L., & Roy, A. (2001). Suicidal attempts and ideation in twins whose co-twins' deaths were non-suicides: replication and elaboration, *Journal of Personality and individual differences*, 31(3), Pp. 445-452.
- Soloff, P.H., & Fabio, A. (2008). Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up, *Journal of Personality Disorders*, 22, 123-134.
- Stephen, P., Whiteside, & Donald, R.L. (2001). The Five Factor Model and Impulsivity: Using a Structural Model of Personality to Understand Impulsivity, *Journal of Personality and Individual Differences*, 30, Pp. 669-689.
- Sun, R.C.F., & Hui, P.K.E. (2007). Building social support for adolescents with suicidal ideation, *British Journal of Guidance & Counseling*, 35(3), Pp. 299-316.
- Thompson, M.P., Kaslow, N., Short, L., & Wyckoff, S. (2009). The Mediating Roles of Perceived Social Support and Resources in the Self-Efficacy-Suicide Attempts Relation among African American Abused Women, *J. Consult Clin Psychol*, 45, Pp. 115-127.
- Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorder: a review and integration, *Journal of Clinical Psychology Review*, 20, Pp. 235-53.
- Veenema, A.H., Meijer, O.C., De Kloet, E.R., & Koolhaas, J.M. (2003). Genetic selection for coping style predict susceptibility, *Journal of Neuroendocrinology*, 15, Pp. 256-267.

- Walker, R.L., & Bishop, S. (2005). Examining a model of the relation between religiosity and suicidal ideation in a sample of African American and White college students, *Suicide Life Threat Behav*, 35(6), Pp. 630-639.
- Walsh, E., & Eggert, L. (2007). Suicide Risk and Protective Factors among Youth Experiencing School Difficulties, *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, Pp. 349-359.
- Westefeld, J.S., Homaifar, B., Spotts, J., Furr, S., Range, L., & Werth, J.L. (2005). Perceptions concerning college student suicide: Data from four universities, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), Pp. 640-645.
- Wingate, L.R., Bobadilla, L., Burns, A.B., Cukrowicz, K.C., Hernandez, A., & Ketterman, R.L. (2005). Suicidality in African American men: the roles of southern residence, religiosity, and social support, *Suicide Life Threat Behav*, 35(6): Pp. 615-629.
- Yang, B., & Clum, G.A. (2000). Children Stress Leads to Later Suicidal Via its Effect on Cognitive Functioning, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, Pp. 183-198.
- Yen, S., Shea, M.T., Sanislow, C.A., Skodol, A.E., Grilo, C.M., & Edelen, M.O. (2009). Personality Traits as prospective predictors of suicide attempts, *Acta Psychiat Scand*, 120, Pp. 222-229.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, *Journal of Personality Assessment*, 52, Pp. 30-41.
- Zuraida, N.Z., Ahmad, H.S. (2007). Religiosity and suicide ideation in clinically depressed patients, *Malay J Psychiatry*, 16(1), Pp. 12-15.
- Zweig, J.M., Philips, S.D., & Lindberg, L.D. (2002). Predicting adolescent profiles of risk: Looking beyond demographics, *Journal of Adolescent Health*, 31, Pp. 343-353.