

## پیش بینی افکار خودکشی بر اساس نگرش مذهبی و توکل به خدا

محبوبه چین آوه<sup>۱</sup>  
سیده فاطمه طباطبائی<sup>۲</sup>

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس سطح توکل به خدا و نگرش مذهبی بود. **روش:** مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی حاضر به بررسی ارتباط بین نگرش مذهبی و سطح توکل به خدا با افکار خودکشی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی- واحد ارسنجان در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ پرداخته است. با نمونه‌گیری به روش در دسترس تعداد ۱۷۶ دانشجو (۹۷ دختر و ۷۹ پسر) به عنوان افراد تشکیل دهنده گروه نمونه انتخاب شدند و به سه پرسشنامه پاسخ دادند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه افکار خودکشی بک، پرسشنامه نگرش مذهبی و پرسشنامه توکل به خدا بودند. در پژوهش حاضر با توجه به فرضیه‌ها برای تجزیه و تحلیل آماری از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان دادند توکل به خدا و نگرش مذهبی ۴۳ درصد از واریانس افکار خودکشی را تبیین می‌کند. همچنین نتایج نشان دادند که سطح توکل به خدا در مقایسه با نگرش مذهبی از قدرت پیش‌بینی کننده‌گی قوی‌تری برای افکار خودکشی برخوردار است. به علاوه بعد باورهای دینی از سایر ابعاد نگرش مذهبی (پیامدی، عاطفی و مناسکی) توانایی بیشتری در پیش‌بینی افکار خودکشی دارد در حالیکه بعد مناسکی ضعیف‌ترین پیش‌کننده افکار خودکشی است. **نتیجه‌گیری:** اعتقادهای مذهبی و نگرش‌های توحیدی، عواملی اند که می‌توانند دیدگاه و درک افراد را از مشکل‌های زندگی در جهت مثبت تغییر دهند. پژوهش‌های آینده لازم است میزان تعمیم‌پذیری این یافته‌ها را بررسی کنند.

**واژگان کلیدی:** افکار خودکشی، سطح توکل به خدا، نگرش مذهبی.

دریافت مقاله: ۹۴/۰۵/۱۳؛ تصویب نهایی: ۹۴/۱۲/۰۷.

۱. استادیار گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی (نویسنده مسئول) / نشانی: آ ارسنجان، بلوار دانشگاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

ارسنجان، گروه روان‌شناسی / نمابر: ۰۷۱۳۶۲۶۶۶۹۳ / Email: chinaveh@yahoo.com

۲. استادیار گروه الهیات، دانشگاه شهید باهنر کرمان.

## الف) مقدمه

در مورد تأثیر و اهمیت اعتقادات دینی بر سلامت روان از گذشته تاکنون بحثهای بسیاری انجام گرفته است و در سالهای اخیر روان‌شناسان به نقش دین در تأمین سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی توجه ویژه‌ای داشته‌اند. آنها معتقدند در ایمان به خدا و نگرش مذهبی نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی، او را کمک می‌کند و از نگرانی و اضطرابی که بسیاری از مردم زمان ما در معرض ابتلا به آن هستند دور می‌سازد. خودکشی یک مشکل جدی برای سلامت عمومی است که میلیون‌ها نفر، خانواده و جامعه در ملل مختلف دنیا با آن مواجهند.

بر اساس گزارش رسمی سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۲۰ میلادی تقریباً یک میلیون و پانصد و سی هزار نفر، خودکشی خواهند کرد. در سال ۲۰۱۱ در آمریکا نزدیک به ۱۶ درصد از دانش‌آموزان افکار خودکشی و ۷۸ درصد از دانش‌آموزان اقدام به خودکشی داشته‌اند (مرکز کنترل و پیشگیری آمریکا، ۲۰۱۲). به گزارش ایسنا، روزانه ۱۳ نفر در کشور ایران خودکشی می‌کنند و این رقم سالانه به ۴۲۰۰ نفر می‌رسد. هر چند این آمار نسبت به دیگر کشورها بسیار پایین است، ولی نسبت به چند سال گذشته رشد قابل مشاهده داشته است؛ به طوری که به گزارش منبع شرق، خودکشی در سال ۸۹ نسبت به سال ۸۸ افزایش ۱۷ درصدی و در سال ۱۳۹۰ نیز ۹/۴ درصد افزایش داشته است. (شرق، ۱۳۹۱)

«افکار خودکشی» عبارتی است که بر وقوع هر گونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد. این افکار، طیفی از اندیشه‌های مهم در مورد امکان خاتمه زندگی تا خودکشی کامل را در بر می‌گیرد. تصمیم به خودکشی می‌تواند به علت احساس عدم قدرت مقابله با مشکلات خود و عدم پاسخ دیگران نسبت به احتیاجات او باشد (برنز و براون، ۲۰۱۱). افکار خودکشی مقدمه اقدام به خودکشی است و معمولاً با احساساتی نظیر ناامیدی و بیچارگی همراه است. افکار خودکشی گرایانه پیش‌بینی‌کننده مؤثری برای اقدام به خودکشی حتی بعد از کنترل عوامل روان‌شناختی مانند افسردگی است. (برنهام، ۲۰۱۱)

امروزه اعتقاد بر این است که جهت‌گیری مذهبی نوعی راهبرد است که به وسیله آن مردم می‌توانند مسائل زندگی خود را هدایت کنند. ویلیامز جیمز، بنیانگذار روان‌شناسی در آمریکا و نویسنده مقاله «انواع تجارب مذهبی» (۱۹۰۲) بیان می‌کند: ایمان بدون شک مؤثرترین درمان اضطراب است؛ نیرویی است که باید برای کمک به انسان در زندگی وجود داشته باشد و نبود آن، زنگ خطر است که شکست او را در برابر سختی‌های زندگی هشدار می‌دهد (جیمز، ۱۳۷۲). یونگ (۱۳۵۲) دین را یکی از قدیمی‌ترین و عمومی‌ترین

---

1. World Organization Health  
2. Center of Control & Prevention  
3. Burns & Brown  
4. Burnham

### پیش بینی افکار خودکشی بر اساس نگرش مذهبی و توکل به خدا ❖ ۸۳

تظاهرات روح انسان دانست و از این رو، نمی توان دست کم اهمیت دین را به عنوان یک پدیده اجتماعی و تاریخی نادیده گرفت. از این رو، توکل به خدا به مثابه یکی از راهبردهای مهم مذهب درمانی است که مورد توجه روان شناسان و روان پزشکان قرار گرفته است. خدا یکی از مؤلفه ها و ابعاد دینداری است که با سلامت روانی در ارتباط است. جنبه های مختلفی از مذهب و متعلقات آن در ارتقای سلامتی از طرق مختلفی چون سبک زندگی کم استرس، افزایش عزت نفس، احساس درونی ارزشمندی، احساس اثربخشی، هیجانات مثبت یا ادراک اینکه مشکلات قابل کنترل یا مهار کردنی اند و بالاخره انتخاب روشهای مقابله مؤثر و فراهم کردن یک منبع حمایت اجتماعی نقش دارد (استاک و کپوساوا،<sup>۱</sup> ۲۰۱۱؛ لیزاردی و همکاران،<sup>۲</sup> ۲۰۰۸؛ وایتلی،<sup>۳</sup> ۲۰۱۰). مذهب به عنوان مجموعه ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نیز ارزشهای اختصاصی و تعمیم یافته، از مؤثرترین تکیه گاههای روانی به شمار می رود و قادر است معنای زندگی را در تمام لحظه های عمر فراهم کند و در شرایط خاص با فراهم سازی تکیه گاهی مطمئن، فرد را از تعلیق و بی معنایی نجات دهد. پژوهشهای انجام شده در چند دهه گذشته نشان می دهد که ارتباط مثبتی بین مذهب و سلامت روان وجود دارد و روان شناسی مذهب، حمایتهای تجربی برای این عقیده فراهم کرده است. خیدانی (۱۳۹۰) نقش مثبت مذهب و نگرشهای مذهبی را بر سلامت روان نشان دادند.

در اسلام نیز اقدام به خودکشی حرام و زشت شمرده شده است. آیات قرآن (نسا: ۲۹ و ۳۰)، روایات پیامبر (ص) و امامان (ع) بر زشتی و نادرست بودن آن تأکید دارد؛ حضرت محمد (ص) می فرمایند: آن که خود را خفه کند و بکشد، خویشتن را در آتش جهنم خفه کرده است و از امام صادق (ع) نقل شده است: هر کس عمداً خودکشی کند، همیشه در آتش دوزخ خواهد بود (بروجردی، ۱۳۸۶، ج ۲۴: ۴۵۳). لذا خودکشی به هیچ وجه جایز نیست و به حکم شرع، حرام و از گناهان کبیره است. (مکارم شیرازی، ۱۴۲۷، ج ۳: ۶۲۰)

چندین پژوهش دیگر دریافته اند که بین اعتقادات مذهبی و خودکشی همبستگی منفی وجود دارد (رضائیان، ۱۳۸۶؛ لیزاردی و همکاران، ۲۰۰۸؛ وایتلی، ۲۰۱۰). اوزدل و همکاران (۲۰۰۹) در یک مطالعه، ۱۴۴ نفر از اقدام کنندگان به خودکشی را که در یک درمانگاه اورژانس ترکیه پذیرفته شده بودند، مورد بررسی قرار دادند و دریافته اند که اکثر آنان افرادی بودند که گرایش مذهبی و وضعیت تحصیلی پایینی داشتند.

وائقی و محمدی (۱۳۸۶) در پژوهشی دیگر رابطه دینداری و اعتقادات مذهبی با اضطراب و افسردگی و افکار خودکشی در نمونه ای از دانشجویان پزشکی دانشگاه تهران مورد بررسی قرار دادند و نتایج به دست

- 
1. Stack & Kposowa
  2. Lizardi & et. al
  3. Whitley

آمده حاکی از رابطه منفی میان دینداری و اضطراب و افسردگی و افکار خودکشی بود. همچنین درویس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴) ارتباط بین متغیرهای مذهبی و پریشانی روانی را بین دو گروه کلینیکی و گروه دانشجویان کالج بررسی کردند و نشان دادند که آرامش روانی با داشتن مذهب همبستگی مثبت دارد. به علاوه، ونتیس<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) طی تحقیقاتی رابطه صبر و توکل به خدا با افسردگی، افکار خودکشی، خشم و حمایت اجتماعی را بررسی کرد. شرکت کنندگان در این پژوهش، اشخاص دولتی و نظامی بودند. تحلیل یافته‌ها نشان داد توکل به خدا و صبر با افسردگی و افکار خودکشی و خشم، رابطه منفی و با حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معنادار دارند.

نتایج پژوهشهای گوناگون حاکی از وجود تأثیر مثبت دین بر سازگاری و بهداشت روانی افراد است. برای مثال، پژوهشهای ماکسی و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۱)، موجان، مورتن و ارایلی<sup>۴</sup> (۲۰۱۱)، جان‌بزرگی<sup>۵</sup> (۱۳۸۶)، غباری<sup>۶</sup> (۱۳۹۴)، تأثیر مثبت دین بر سلامت روانی، کاهش علائم بیماری، کاهش ناراحتی و آشفتگی را گزارش کرده و از وجود رابطه مثبت بین دین و بهداشت روانی حمایت کرده‌اند. همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که میزان شرکت در مراسم مذهبی با افسردگی رابطه منفی دارد؛ به گونه‌ای که میزان افسردگی در بین کسانی که در این گونه مراسم شرکت می‌کنند، تقریباً نصف میزان افرادی است که به آنجا نمی‌روند (شاه و چاندا،<sup>۷</sup> ۲۰۱۰؛ دل‌آذر و فرهی،<sup>۸</sup> ۱۳۸۸). هرچند گرینگ و لیزاردی<sup>۹</sup> (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان دادند که تفاوت در نگرش مذهبی، مهم‌تر از اعمال مذهبی می‌تواند سلامت روانی افراد را پیش‌بینی کند.

بی‌تردید مذهب، انسان را در مقابل هجوم اضطراب و ناامیدی نیرومند و آماده می‌سازد. نگرشهای مذهبی و توکل به خداوند، ارزش مثبتی در پرداختن به نکات معنادار زندگی دارند و می‌توانند از طریق ایجاد احساس امید و تشویق به نگرشهای مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند. یکی از هدفهای بررسی‌های اسلامی در روان‌شناسی می‌تواند دست یافتن به الگوهای اسلامی در روان‌شناسی باشد که بر اساس آنها بتوان علت به وجود آمدن تداوم و پیشگیری از برخی اختلالات روانی را تبیین کرد و به راهکارها و معیارهای سودمندی در راستای پیشگیری و درمان اختلالات روانی و همچنین تأمین سلامت افراد جامعه دست یافت. این پژوهش در این راستا و با این فرض که یکی از مناسب‌ترین راههای پیشرفت روان‌شناسی ایران، یاری جستن از توان عظیم فرهنگ اسلامی است، انجام شد. هدف اصلی این پژوهش،

---

1. Dervic

2. Ventis

3. Moxey, McEvoy, Bowe, & Attia

4. Mochon, Norton, Ariely

5. Shah & Chandia

6. Gearing & Lizardi

## پیش بینی افکار خودکشی بر اساس نگرش مذهبی و توکل به خدا ۸۵

پیش بینی افکار خودکشی بر اساس میزان نگرش مذهبی و توکل به خداوند است. با انجام پژوهشهایی در این زمینه می توان به مسئولان فعالیت آموزشی و فرهنگی پیشنهادهای کاربردی سازنده ای در زمینه سلامت روانی و پیشگیری از بیماری های روانی، از جمله افکار خودکشی ارائه کرد. به علاوه، با در نظر گرفتن اهمیت روزافزون سلامت روانی جوانان و نوجوانان، بررسی و شناخت عوامل منجر به ارتقای سلامت روانی و جلوگیری از عوامل مخرب و آسیب زا چون افکار خودکشی، از جمله مواردی است که نیاز به تحقیق و بررسی های متعدد دارد. لذا با توجه به رشد نگران کننده خودکشی در میان افراد، به خصوص نوجوانان و با در نظر گرفتن قدرت خطرپذیری آنان در رفتارهای پرخطر و خودتخریبی، شناسایی عواملی که بتوانند از خودکشی جلوگیری کنند، ضرورت دارد. این مسئله همواره در سالهای اخیر مورد توجه محققان بوده است؛ اما نقش تعدیل کننده توکل به خدا و نگرش مذهبی و اهمیت آن به عنوان یک شیوه مقابله با موارد تنش زای زندگی، از موضوعاتی بوده که کمتر مورد توجه محققان قرار گرفته است. بنابر این با توجه به هدف یاد شده، فرضیه های ذیل بررسی شد:

۱. توکل به خدا و نگرش مذهبی و مؤلفه های آن با افکار خودکشی، همبستگی منفی معنادار دارد.
۲. متغیرهای توکل به خدا و نگرش مذهبی، قادر به پیش بینی بخشی از واریانس افکار خودکشی می باشند.

## ب) روش پژوهش

روش این تحقیق، توصیفی از نوع همبستگی است که به بررسی رابطه افکار خودکشی با میزان توکل به خدا و نگرش مذهبی می پردازد. ضمن اینکه از نوع هدف کاربردی است.

### ۱. جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان می باشد که در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ مشغول به تحصیل بودند. به منظور انتخاب گروه نمونه، ۱۷۶ دانشجوی (۹۷ دختر و ۷۹ پسر) به طور در دسترس به عنوان گروه نمونه انتخاب و به سه پرسشنامه مورد پژوهش پاسخ دادند. میانگین سنی برای کل گروه نمونه ۲۲/۶۶ به دست آمد.

### ۲. ابزار پژوهش

یک پرسشنامه بک برای افکار خودکشی<sup>۱</sup> یکی از ابزارهای مورد استفاده در مطالعات مربوط به افکار خودکشی و شامل ۱۹ پرسش است که هر پرسش از صفر تا دو نمره می گیرد. بنابر این، جمع نمرات

---

1. Beck, Scale for Suicidal Ideation (BSSI)

از صفر تا ۳۸ متغیر است. همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹. و پایایی بین آزماینده آن ۰/۸۳ است (بک و همکاران، ۱۹۹۳). اعتبار همزمان این آزمون با مقیاس سنجش خطر خودکشی<sup>۱</sup> نیز معادل ۰/۶۹ به دست آمد (فوریتیز و همکاران، ۲۰۱۰). نمره گذاری نهایی این آزمون به این صورت است: ۳-۰ فاقد افکار خودکشی، ۴-۱۱ دارای افکار خودکشی کم خطر و ۱۲-۳۸ دارای افکار خودکشی پرخطر است. این آزمون در ایران ترجمه و مطالعات مقدماتی برای اجرای آن در مرکز مطالعات شناخت و رفتار بیمارستان روزبه انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای داشتن افکار خودکشی ۰/۸۱ و آمادگی به خودکشی ۰/۸۰ است (کاوایی، ۱۳۸۰).

**دو) پرسشنامه توکل به خدا:** این آزمون در شکل نهایی خود از هشت پاره آزمون و ۲۴ سؤال تشکیل شده که هر سه سؤال مربوط به یک خصیصه از ویژگی‌های افراد متوکل است و هر گزینه از یک تا چهار نمره گذاری می‌شود. سپس میانگین توکل محاسبه شده و با یک انحراف معیار طبقه‌بندی می‌شود. بررسی نتایج انجام شده در ایران توسط غباری، نشان‌دهنده پایایی و روایی این آزمون است. ضریب آلفای کرونباخ برای سطح توکل به خدا ۰/۷۵ محاسبه شد (غباری، ۱۳۹۴).

**سه) پرسشنامه نگرش مذهبی:** این پرسشنامه توسط سراج‌زاده (۱۳۷۷) بر اساس مدل گلاک و استارک (۱۹۶۶) و با مبانی و بنیادهای دین اسلام به ویژه مذهب شیعه تدوین شده و دارای ۲۶ ماده است. این ابزار دینداری در یک طیف پنج رتبه‌ای از نوع لیکرت رتبه‌بندی شده است که عبارتند از: ۱. کاملاً مخالف، ۲. مخالف، ۳. بینابین، ۴. موافق، ۵. کاملاً موافق. همچنین مواد ۷، ۱۴، ۱۶ و ۱۹ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. شریفی (۱۳۸۱) پایایی این پرسشنامه را با روش دو نیمه کردن، ۰/۷۰ و به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۸ گزارش کرده است که ضرایب قابل قبول به حساب می‌آیند.

### ج) یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آورده شده که عبارتند از: میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان در مقیاسهای سنجش افکار خودکشی، نگرش مذهبی و سطح توکل به خدا.

پیش بینی افکار خودکشی بر اساس نگرش مذهبی و توکل به خدا  $\diamond$  ۸۷

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد در مقیاسهای سنجش پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	
۲/۱۵	۱۶/۲	افکار خودکشی
۷/۷۸	۶۸/۸۳	توکل به خدا
۲۸/۰۲	۱۲۸/۳۱	نگرش مذهبی
۹/۷۵	۵۴/۵۶	باورهای دینی
۳/۳۷	۲۱/۲۲	بعد پیامدی
۴/۷۸	۲۹/۵۵	بعد عاطفی
۴/۸۸	۲۲/۹۸	بعد مناسکی

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره دانشجویان روی پرسشنامه افکار خودکشی ۱۶/۲ با انحراف استاندارد ۲/۱۵ است. همچنین میانگین نمره نگرش مذهبی، ۱۲۸/۳۱ با انحراف معیار ۲۸/۰۲ برای دانشجویان شرکت کننده در پژوهش است. خرده‌مقیاس باورهای دینی با میانگین ۵۴/۵۶ دارای بالاترین میانگین و خرده‌مقیاس پیامدی با میانگین ۲۱/۲۲ دارای پایین‌ترین میانگین در گروه نمونه پژوهش حاضر است.

جدول ۲، ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. یافته‌های جدول نشان می‌دهد همبستگی سطح توکل به خدا و نگرش مذهبی و ابعاد آن با متغیر افکار خودکشی منفی و معنادار است. بالاترین همبستگی به طور منفی و معنادار بین متغیر توکل به خدا و افکار خودکشی و پایین‌ترین همبستگی مربوط به بعد مناسکی از خرده‌مقیاسهای نگرش مذهبی و افکار خودکشی است. معنادار بودن تمام رابطه‌های نگرش مذهبی و ابعاد آن و متغیر توکل به خدا با افکار خودکشی، فرضیه اول پژوهش مبنی بر همبستگی منفی افکار خودکشی با توکل به خدا و نگرشهای مذهبی و ابعاد آن را تأیید می‌کند.

جدول ۲: ماتریس همبستگی صفر مرتبه متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
توکل به خدا	۱						
نگرش مذهبی	.۴۷	۱					
بعد باورهای دینی	.۳۸	.۴۳	۱				
بعد عاطفی	.۳۷	.۴۹	.۲۳	۱			
بعد پیامدی	.۲۳	.۴۱	.۲۱	.۲۱	۱		
بعد مناسکی	.۲۷	.۴۳	.۲۴	.۲۳	.۲۱	۱	
افکار خودکشی	-.۵۳	-.۳۱	-.۲۶	-.۲۴	-.۲۱	-.۱۸	۱

برای بررسی فرضیه دوم پژوهش از تحلیل رگرسیون همزمان نگرش مذهبی و ابعاد آن و توکل به خدا بر روی افکار خودکشی استفاده شد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی چندگانه توکل به خدا و نگرش مذهبی و ابعاد آن با افکار خودکشی ۰/۶۶ و ضریب تعیین آن ۰/۴۳۵ به دست آمده است؛ یعنی متغیرهای توکل به خدا و نگرش مذهبی و ابعاد آن توانسته‌اند ۴۳ درصد از واریانس افکار خودکشی را پیش‌بینی کنند. بقیه واریانس افکار خودکشی توسط عوامل دیگر قابل پیش‌بینی است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس برای پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس توکل به خدا و نگرش مذهبی و ابعاد آن

منبع پراکنندگی	مجموع مجزورات	Df	مجموع میانگین	R	مجذور R	F	سطح معناداری
رگرسیون	۱۱۰۸۳/۸۷	۵	۲۲۱۶/۷۷				
باقیمانده	۵۰۵۷۲/۴۵	۱۷۵	۲۸۸/۹۸	۰/۶۶	۰/۴۳۵	۱۶/۲۶	۰/۰۰۵
کل	۶۱۶۵۶/۳۲	۱۷۶	-				

از جدول ۴ استنباط می‌شود با توجه به میزان بتای توکل به خدا، قوی‌ترین متغیر برای پیش‌بینی منفی افکار خودکشی ( $\beta = -۰/۴۱$ ) و سپس باورهای دینی از ابعاد نگرش مذهبی برای پیش‌بینی منفی افکار خودکشی می‌باشد ( $\beta = -۰/۲۹$ ) و بعد مناسکی پایین‌ترین قدرت را در پیش‌بینی افکار خودکشی دارد ( $\beta = -۰/۱۳$ ). نتایج به دست آمده حاکی از قدرت پیش‌بینی کنندگی نگرش مذهبی و ابعاد و توکل به خدا بر افکار خودکشی است. بنابراین، فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌شود.

جدول ۴: رگرسیون توکل به خدا و نگرش مذهبی و ابعاد آن بر روی افکار خودکشی

سطح معناداری	T	$\beta$	B	
۰/۰۰۱	۲/۸۹	-۰/۴۱	۴/۵۶	توکل به خدا
۰/۰۰۱	۳/۷۶	-۰/۳۳	۴/۳۷	نگرش مذهبی
۰/۰۰۱	۲/۶۳	-۰/۲۹	۳/۵۹	باورهای دینی
۰/۰۳۱	۲/۸۱	-۰/۱۸	۲/۴۵	بعد عاطفی
۰/۰۳۹	۲/۵۸	-۰/۱۶	۲/۳۷	بعد پیامدی
۰/۰۴۵	۲/۳۴	-۰/۱۳	۱/۹۶	بعد مناسکی



## د) بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه افکار خودکشی با سطح توکل به خدا و نگرش مذهبی انجام گرفت. یافته‌های حاصل از تحقیق در مورد فرضیه اول نشان داد که متغیر توکل به خدا، نگرش مذهبی و ابعاد آن، همبستگی منفی و معنادار با افکار خودکشی دارد. با توجه به این یافته، استنباط می‌شود با بالا رفتن میزان توکل به خدا و افزایش نگرش مذهبی، افکار خودکشی در بین دانشجویان کاهش می‌یابد. این یافته با یافته‌های پژوهش دل‌آذر و فرهی (۱۳۸۸)، جان‌بزرگی (۱۳۸۶)، بهدانی و همکاران (۱۳۹۰)، خیدانی (۱۳۹۰)، یو، وان‌اردن و کاتر (۲۰۱۱) و زورایدا (۲۰۰۷) همسو است. بر پایه یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت افرادی که به اصول، فروع، دستورها و احکام دینی پایبندی بیشتری دارند و در عمل به این احکام و اصول نیز بیشتر تأکید می‌کنند، کمتر دچار افکار خودکشی می‌شوند. آن دسته از مردم که خداوند را مهربان می‌دانند، معتقدند که خداوند در حل مشکلات به آنها کمک کرده، حمایت‌های مورد نیاز را در اختیارشان می‌گذارد (امام خمینی، ۱۳۷۸: ۲۱۴)، به نظر می‌رسد از بهداشت روانی مثبت‌تری برخوردارند. به عبارت دیگر؛ در توکل به خدا، فرد ناتوان با اتصال به کمک و مشیت خداوند متعال احساس قوی بودن می‌کند و مطمئن است با گرفتن طرف خداوند بر حوادث فائق خواهد آمد. (کاشانی، ۱۴۲۹، ج ۲: ۵۷)

همانطور که نتایج تحقیق نلسون و همکاران (۲۰۱۲) و دل‌آذر و فرهی (۱۳۸۸) نشان داد، افراد دارای مذهب درونی سعی دارند رویدادها را به شکل مثبت‌تر و به شکل آزمایش‌های الهی در نظر بگیرند و در نتیجه، آنها را فرصتی برای رشد و پیشرفت به شمار آورند. این افراد به دلیل قابلیت‌هایی که دارند، سعی می‌کنند از الگوهای شخصیتی مشابه سختکوشی روان‌شناختی برای مبارزه با بحران‌های زندگی استفاده کنند و توانایی بهتری برای مقابله با فشار روانی و رویدادهای زندگی داشته باشند.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که توکل به خدا و نگرش مذهبی و ابعاد آن قادرند ۴۳ درصد از واریانس افکار خودکشی را تبیین کنند. این یافته همسو با نتایج پژوهش ماکسی و همکاران (۲۰۱۱)، موجان، مورتز و ارایلی (۲۰۱۱) و غباری (۱۳۹۴) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که انسان به هنگام مواجهه با مصائب و مشکلات در جستجوی پناهگاهی برای آرامش است و در بینش اسلامی، توکل یکی از راهبردهای غلبه بر مشکلات است. از طرفی، حمایتگری و طلب حمایت یکی از شیوه‌های مقابله با استرس است. یافته‌های لطیفیان و بشاش (۱۳۸۴) نشان می‌دهد نگرش مذهبی مبتنی بر فهم مسائل مذهبی و علاقه قلبی به این مسائل (ایمان باطنی)، باعث کاهش ناراحتی‌های روانی می‌شود و فعال‌سازی نگرش مذهبی می‌تواند

باعث کاهش اختلالات روانی دانشجویان شود. به طور کلی می‌توان گفت که اعتقادات دینی، نگرشی جدید درباره جهان به انسان می‌دهد و نوعی دلبستگی معنوی ایجاد می‌کند. افرادی که اعتقاد درونی به خدا و باورهای مذهبی دارند، از این اعتقادات در زندگی روزانه بهره برده و در سختی‌ها به خدا پناه می‌برند، از سلامت روانی بالایی برخوردارند و کمتر درگیر افکار مخرب خودکشی می‌شوند. این افراد بروز فشار روان را به منزله فرصتی برای رشد و تقویت بُعد معنوی خود می‌دانند یا آن را تقدیر الهی تعبیر و تفسیر می‌کنند. هر چه فرد دارای نگرش مثبت فعال‌تری باشد، خودکارآمدتر، خودباورانه‌تر و سازش‌یافته‌تر می‌تواند در زمانهای سخت در برابر مشکلات مقابله کند. این امر سبب می‌شود اختلال در سلامت روانی، پایین‌تر و باعث بالا رفتن میزان سلامت روانی و جسمانی در این افراد شود. بر این اساس، مدتهاست تصور می‌شود بین مذهب و سلامت روان، ارتباط مثبتی وجود دارد و اخیراً نیز روان‌شناسی مذهب، حمایت‌های تجربی زیادی را در راستای این زمینه فراهم آورده است. جوشی و کوماری (۲۰۱۱) نشان دادند که ۲۰ تا ۶۰ درصد متغیرهای سلامت روانی افراد بالغ با باورهای مذهبی تبیین می‌شود. میلر (۲۰۰۳) نشان داد افراد متدین در مقایسه با افراد غیر دینی و کسانی که نگرشهای منفی نسبت به دین دارند، کمتر احساس تنهایی کرده و کمتر به بدبینی، افسردگی و اضطراب و افکار خودکشی دچار می‌شوند. تاون سند، کلادر، آیل، مولیگان (۲۰۰۲) نیز دریافتند که تعهد به باورهای دینی همبستگی قوی منفی با رفتار خودکشی دارد.

به اعتقاد استاک و کیوساوا (۲۰۱۱) به دو دلیل مذهب در پیشگیری و درمان خودکشی مؤثر است: اول اینکه، مردم از عضویت در یک گروه مذهبی به عنوان یک حمایت‌کننده اجتماعی بهره‌مند می‌شوند و دوم اینکه، با برخورداری از دانش مذهبی درباره عوامل محافظت‌کننده در مقابل خودکشی، میزان افکار خودکشی کاهش می‌یابد.

به علاوه، بر اساس نظریه روابط بین فردی خودکشی که بیان می‌دارد انسان به صورت زیربنایی نیاز به تعلق دارد و اگر این نیاز برآورده نشود، احتمال وقوع رفتار خودکشی افزایش می‌یابد؛ بنابراین، افراد با برخورداری از باورهای مذهبی و توکل به خدا، احساس تعلق به جایی محکم داشته، از اضطراب و افکار خودکشی نجات می‌یابند. همچنان که در مطالعه‌ای یافت شده است که تعلق داشتن، یک پیش‌بینی‌کننده معنادار و منفی برای افکار خودکشی است. (یو، وان اردن و کانر، ۲۰۱۱)

با توجه به مطالب ارائه شده، می‌توان نتیجه گرفت که داشتن توکل به خداوند و باور به اینکه خدایی هست که موقعیتها را کنترل کند و ناظر بر عبادت‌کننده‌هاست، فشار روانی مرتبط به موقعیت را کاهش

## پیش بینی افکار خودکشی بر اساس نگرش مذهبی و توکل به خدا ♦ ۹۱

می‌دهد؛ به طوری که اغلب افراد مؤمن، ارتباط خود را با خداوند، مانند ارتباط با یک دوست صمیمی توصیف می‌کنند و معتقدند می‌توان از طریق اتکا و توسل به خداوند، اثر موقعیتهای غیر قابل کنترل را به طریقی کنترل کرد. بنابر این، امروزه به اعتقاد روان‌شناسان، مذهبی بودن یکی از عوامل مراقبت‌کننده در پیشگیری از ابتلا به اختلالات روانی است. در مجموع احتمالاً تأثیر مثبت مذهب و توکل به خدا بر کاهش افکار خودکشی به دلایل ذیل است:

- مذهب و توکل به خدا می‌تواند موجب ایجاد معنا شود و به زیستن و مردن انسان معنا بخشد.
- مذهب و توکل به خدا موجب امیدواری می‌شود و خوش‌بینی افراد را افزایش می‌دهد.
- مذهب و توکل به خدا نوعی سبک زندگی سالم‌تر برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامتی و

بهداشت روانی تأثیر مثبت‌تر دارد.

### محدودیتها

پژوهش حاضر با این محدودیت روبه‌رو بوده است که ابزار نگرش دینی و توکل به خدا می‌تواند در جامعه به علت حاکمیت جمهوری اسلامی و بها دادن به باورهای دینی تحت تأثیر قرار گیرد و با آنکه پرسشنامه بی‌نام بوده، این احتمال وجود دارد که پاسخگویان از ابراز دقیق باورهای خود خودداری کرده یا تلاش کرده باشند خود را مذهبی‌تر نشان دهند و این امر می‌تواند تا اندازه‌ای بر یافته‌های به دست آمده در این پژوهش تأثیر بگذارد؛ از این رو، تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط انجام شود. بنابر این، پیشنهاد می‌شود از شیوه‌های دیگری مانند مصاحبه ساختاریافته یا مشاهده رفتار برای گردآوری داده‌ها بهره گرفته شود تا اطلاعات به دست آمده از اعتبار بالاتری برخوردار شوند. علاوه بر آن، جامعه پژوهش حاضر محدود به دانشجویان دانشگاه ارسنجان است؛ لذا برای تعمیم‌پذیری بیشتر، پیشنهاد می‌شود تحقیق دیگری با جامعه آماری گسترده تر صورت گیرد.

### پیشنهادها

از نتایج پژوهش حاضر استنباط می‌شود که اعتقادهای مذهبی و نگرشهای توحیدی، عواملی اند که می‌توانند دیدگاه و درک افراد را از مشکلات زندگی تغییر دهند. بنابر این، پیشنهاد می‌شود:

- در زمینه گسترش میزان سطح توکل به خدا برای دانشجویان کارگاههای آموزشی برگزار شود.
- در زمینه روشنگری دانشجویان برای حفظ و صیانت ذات و محترم شمردن زندگی و وجود قدسیه که موهبتی الهی است از جانب خداوند به آنها و برای مذمت خوددکشی و پیشگیری از آن، از دیدگاه مذهب و روان‌شناسی توسط اساتید گروه الهیات و روان‌شناسی کارگاههای آموزشی برگزار شود.
- برنامه‌های منظم و برانگیزاننده‌ای از طرف مسئولان دانشگاهها، به خصوص دفاتر فرهنگ اسلامی و مراکز مشاوره دانشگاهها برای افزایش مثبت نگرش مذهبی دانشجویان، طراحی و اجرا شود.



## منابع

- قرآن کریم.
- امام خمینی، روح الله موسوی (۱۳۷۸). شرح چهل حدیث «اربعین حدیث». تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی (س)، چ بیستم.
- بروجردی، آقا حسین (۱۳۸۶ ق). منابع فقه شیعه (ترجمه جامع احادیث الشیعه). تهران: فرهنگ سبز.
- بهدانی، دستجردی و شریف زاده (۱۳۹۰). «ارتباط بین توکل به خدا و خودکارآمدی با بهداشت روانی در تیپ ۲ دیابت». مجله علوم پزشکی دانشگاه بیرجند، ش ۱۹ (۳): ۳۱۱-۳۰۲.
- جان بزرگی (۱۳۸۶). «جهت گیری مذهبی و سلامت روان». پژوهش در پزشکی، ش ۴: ۳۴۵-۳۵۰.
- جهانبان صادقی، محمود نراقی و نجم لعیا، ۱۳۷۸، تحلیل روانشناختی دین: جایگاه دین و سلامت روان. تهران: نشر کمال.
- جیمز، ویلیام (۱۳۷۲). دین و روان. ترجمه مهدی قائنی. تهران: بنگاه ترجمه و نشر کتاب.
- خیدانی، ل. (۱۳۹۰). بررسی نقش مذهب بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه های استان ایلام. اندیشه های تازه در علوم تربیتی، شماره ۶۲-۸۳.
- دل آذرو فرهی. (۱۳۸۸). اندیشه پردازی خودکشی و عمل به مناسک دینی در بیماران مبتلا به افسردگی. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره نهم، ش ۳، ۲۲۴-۲۳۴.
- رضائیان، وزیر نژاد، طباطبایی، سالم، اسماعیلی و منشوری (۱۳۸۶). «خودکشی در ایران». مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره ششم: ۲۲-۱۵.
- روزنامه شرق (۱۳۹۱). «زندگی، سلامت و محیط زیست: گزارشی تکان دهنده درباره خودکشی در ایران». ۱۳ اردیبهشت، کد خبر: ۱۲۲۵.
- سراج زاده، ح. (۱۳۹۲). دین و سلامت. جامعه شناسی کاربردی، سال ۲۴، ش ۴۹.
- شریفی، طیبه (۱۳۸۱). بررسی رابطه نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. اهواز: دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی.
- ظروفی، م. (۱۳۸۸). بررسی سلامت روانی و رابطه آن با گرایش به اعمال مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد شبستر. روانشناسی و دین. ش ۴، ۱۴۳-۱۵۶.
- غباری، باقر (۱۳۹۴). «توکل به خدا». قابل دسترس در: <http://library.tebyan.net/fa/Viewer/Text/74094/1>
- کاویانی، ح. (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمودنی های روانی. انتشارات: پژوهشکده علوم شناختی، تهران.
- کاشانی، فیض، محمد محسن ابن شاه مرتضی (۱۴۳۹ ق). رسائل فیض کاشانی، ۲۴ جلد. تهران: مدرسه عالی شهید مطهری.

- لطیفیان، م. و ل. بشاش (۱۳۸۴). «پرسی رابطه پابندی دعا با میزان اضطراب دانشجویان دانشگاه تبریز». دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران: دانشگاه تربیت مدرس، ص ۶۶-۶۵.
- مکارم شیرازی، ناصر (۱۴۲۷ ق). استفتانات جدید، ۳ جلد. قم: مدرسه امام علی بن ابی طالب، چ دوم.
- وائقی و محمدی (۱۳۸۶). رابطه دینداری با اضطراب و افسردگی. پایان نامه کارشناسی روان شناسی. دانشگاه تهران.
- یونگ، ک. ۱۳۵۲. روانشناسی و دین. مترجم: فواد رحمانی. چاپ اول. تهران. انتشارات فرانکلین.
- Beck, A.T.; R.A. Steer, J.S. Beck & C.F. Newman (1993). "Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation and Clinical Diagnosis of Depression". *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 23 (2): 139-145.
- Behdani, Dastjerdi & Sharifzadeh (2011). "The Relationship between Trust in God and Efficacy with Mental Health among Diyabet of Type 2". *Journal of Medical Sciences of Birjand University*, 19 (3): 302-311.
- Brojerdi, A.H. (1386gh). *Theology of Shiaeh Resource*. Tehran: Farhang Sabz Inc.
- Burnham, G. (2011). "Suicide Attacks-the Rationale and Consequences". *The Lancet*, 378: 855-857.
- Burns, J. & L. Brown (2011). "The Effect of Meditation on Self-Reported Measures of Stress, Anxiety, Depression, and Perfectionism in a College Population". *Journal of College Student Psychotherapy*, 25 (2): 132-144.
- Center of Control and Prevention (2012). <http://www.suicidepreventionlifeline.org>
- Del Azar & Farahi (2009). "Suicide Thought and Perform Religion Ceremony among Depression Patient". *Sciences and Researches Journal of Ardebil Medical Sciences University*. No. 9: 224-234.
- Del Azar and Farahi, (1381). *suicide thought and perform religion ceremony among depression patient*. *Journal of Research-Science of Ardebil Medical Sciences University*, No.9, 224-234.
- Dervic, K.; M. Oquendo, F. Grunebaum, S. Ellis, A. Burke & J. Mann (2004). "Religious Affiliation and Suicide Attempt". *Am J. Psychiatry*, 161: 2003-2008.
- East Newspaper (2012). "Live, Health and Exist Environment, A Report of Suicide in Iran". 13 May, 1225 Cod.
- Forintos, P.D.; J. Sallai & S. Rózsa (2010). "Adaptation of the Beck Hopelessness Scale in Hungary". *Psychological Topics*, 19, 2: 307-321. Scientific Paper- UDC - 616.89-008.441.44-07(439) 159.9.072.59(439).
- Gearing, R.E. & D. Lizardi (2009). "Religion and Suicide". *Journal of Religion and Health*, 48: 332-341.
- Glock, C.Y. & R. Stark (1966). *Christian Beliefs and Anti-Semitism*. New York: Harper & Row.
- Gobari, B. (2015). "Trust in God". <http://library.tebyan.net/fa/Viewer/Text/74094/1>.

- Jahanban sadeghi, Mahmood Naraghi, Nagm Laia. (2000). **The psychological analysis of religion: The position of religion and mental health**. Kamal Inc.
- James, v.(1994). **Religion and Mental**. Translation by Mehdi Ghaemi, Tehran, Establishment of Book Translate and publish. Khaidani, L.
- (2000). **The role of religion on mental health among students' Ellam ststes university**. New thoughts in Educational Sciences, No. 3, 62-83.
- Janbozorgi M.(2007). **Religious orientation and mental health**. Research in medicine. 350. P.343-345.
- Jon Bozorgi (2007). **“Religion Orientation and Mental Health”**. *Research in Medical*, No. 4: 345-350.
- Joshi, s., Kumari, S. (2011). **Religious belifs and Mental Health: An empirical Review**. Delhi Psychiatry Journal, Vol. 14, 1: 40-50.
- Jung, Carl G., (1938). **Psychology and Religion**. New Haven and London: Yale University Press.
- Kashani, F. (1429 gh). **Notbooks of Kashani, 24 binderies**, Tehran, Shahid Motahari college.
- Kaviani, H. (2002). **Interview and mental subject**. Tehran, Faculty of Cognitive sciences Inc.
- Latifiyan & Bashash (2005). **“The Relationship between Pray Respector with Anxiety Rate among Students of Tabriz University”**. *Second National Mental Health of Students Conference*, Tehran: Tarbiat Modares University, 65-66.
- Lizardi, D.; K. Dervic, F. Grunebaum, S. Ellis, A. Burke & J. Mann (2008). **“The Role of Moral Objection to Suicide in the Assessment of Suicide Patient”**. *J. Psychait Res.*, 42: 815-821.
- Makarem shirazi, N. (1427gh). **New Requests, 3 binderies**. Emam Ali Ebn Abi Taleb, second publication.
- Miller WR. (2003). **Spirituality, religion and health: An emerging research field**. *Am Psychology*, 58: 24-35.
- Mochon, D.; M.I. Norton & D. Ariely (2011). **“Who Benefits from Religion?”**. *Social Indicators Research*, 101 (1): 1-15.
- Moxey, A.; M. McEvoy, S. Bowe & J. Attia (2011). **“Spirituality, Religion, Social Support, and Health among Older Australian Adults”**. *Australian Journal on Aging*, 30 (2): 82-88.
- Nelson, Graham; Hanna Ryan, Houri Alaa & Klimes-Dougan Bonnie (2012). **“Protective Functions of Religious Traditions for Suicide Risk”**. *Suicidology Online*, 3: 59-71.
- Ozdel, O.; G. Varma, F. Atesci & N. Oguzhanoglu (2009). **“Characteristics of Suicidal Behavior in a Turkish Sample”**. *Crisis; J. Crisis Intervene Suicide Prev*, 30 (2): 90-93.

- Rezaeian, Vaziri Neghad, Tabatabaee, Smaeili & Manshori (2007). **“Suicide in Iran”**. *Journal of Medical Sciences University of Rafsanjan*, No 6: 15-22.
- Seragzadeh, h. (2012). **Religion and Health**. Applied sociology, year 24, No. 49.
- Shah, A. & M. Chandia (2010). **“The Relationship between Suicide and Islam: A Cross-National Study”**. *Journal of Injury and Violence Research*, 2 (2): 93-97.
- Sharifi, T. (2003). **The survey of the relationship between religion attitude with general health, depression, anxiety, aggressive, and tolerance among students’ Ahvaz Islamic Azad University**, M.A. thesis of general psychology.
- Stack, S. & A.J. Kposowa (2011). **“Religion and Suicide Acceptability: A Cross-National Analysis”**. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 50 (2): 289-306.
- Townsend, M, Kladder V, Ayele H, Mulligan T. (2005). **Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health**. *South Med J*, 95 : 1429-1434.
- Vaseghi & Mohammadi (2007). **The Relationship between Religious with Anxiety and Depression**. The BS. Of Thesis of Psychology, Tehran University.
- Ventis, W.L. (2000). **“The Relationships between Religion and Health”**. *Journal of Social Issues*, 51 (2): 33-48.
- Whitley, R. (2010). **“Atheism and Mental Health”**. *Harvard Review of Psychiatry*, 18 (3): 190-194.
- World Health Organization (2000-2011). **“Preventing Suicide: a Resource Series”**. [http://www.who.int/mental\\_health/resources/preventingsuicide](http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide). (Last Accessed 5 March 2015)
- World Health Organization (2001). **World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope**. Geneva: WHO.
- You, S.; K.A. Van Orden & K.R. Conner (2011). **“Social Connections and Suicidal Thoughts and Behavior”**. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25 (1): 180-184.
- Zorofi, M. (2000). **The survey of mental health and its relationship with religion performance tendency among Shabestar Azad university**. *Psychology and Religion*, No. 4, 143-156.
- Zuraida, N.Z. (2007). **“Religiosity and Suicide Ideation in Clinically Depressed Patients”**. *Malay J. Psychology*, 16 (1): 12-15.

