

پیش‌بینی خطر خودکشی دانشجویان بر اساس اعتقادات مذهبی، حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت عمومی*

حمید اسدی¹، ثریا حسینی‌رضی² و پروین جلیلی³

دریافت مقاله: 90/12/18؛ دریافت نسخه نهایی: 91/2/18؛ پذیرش مقاله: 91/11/15

چکیده

هدف: پژوهش شناسایی عوامل محافظت‌کننده و خطرزا در اقدام به خودکشی در دانشجویان بود **روش:** روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری 4564 دانشجوی دانشگاه شهید بهشتی بود. با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای نسی 560 دانشجو انتخاب و داده‌ها با مقیاس خطر خودکشی مرکز پژوهش سلامت رفتاری شمال غرب (2005) و پرسشنامه غربالگری جوانان در معرض خطر موسسه پژوهشی منتر (1998)، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (1972)، حمایت اجتماعی بخشی‌پور، پیروی و عابدیان (1384) و راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر (1990) جمع‌آوری و بر اساس رگرسیون لوجستیک و نسبت بخت تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد اعتقادات مذهبی، حمایت اجتماعی و راهبرد مسأله‌مدار در کاهش خطر خودکشی و سابقه مشکلات روانی، اضطراب و افسردگی در افزایش خطر خودکشی مؤثر است. دانشجویانی که سابقه مشکلات روانی داشتند بیش از 8 برابر دانشجویان بدون سابقه مشکلات روانی در معرض خطر خودکشی بودند. **نتیجه‌گیری:** حمایت اجتماعی، سابقه مشکلات روانی و اضطراب از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی و مؤثر در عوامل محافظت‌کننده و خطرزا به شمار می‌آیند. با ارائه یک الگوی پیش‌بینی‌کننده می‌توان عوامل محافظت‌کننده را تقویت کرد و عوامل خطرزا را کاهش داد و از آن در جهت طرح‌های پیشگیری اولیه استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: اعتقادات مذهبی، حمایت اجتماعی، خودکشی، راهبردهای مقابله، سلامت عمومی.

* برگرفته از طرح پژوهشی دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، بدون حمایت مالی

1. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان Hamid_Asadi35@ymail.com

2. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، آموزش و پرورش استثنایی تهران

3. کارشناسی‌ارشد آمار و ریاضی دانشگاه شهید بهشتی

مقدمه

خودکشی دهمین عامل مرگ در جهان است (هاوتون و وان‌هرینگن، 2009). حدود یک میلیون نفر سالانه بر اثر خودکشی می‌میرند (کرافورد، تانا، متیون، گش، استانلی، راس، 2011). در جدیدترین مطالعه شیوع‌شناسی خودکشی و رفتارهای مرتبط با آن در ایتالیا، افکار خودکشی، برنامه‌ریزی برای خودکشی و اقدام به خودکشی در طول زندگی، به ترتیب 3%، 0/7% و 0/5% گزارش شده است (اسکوکو، دی‌گیرلامو و ویلوت، النسو، 2008). یکی از عوامل موردتوجه پژوهشگران در دهه‌های اخیر، بررسی اعتقادات مذهبی همراه و مرتبط با خطر خودکشی است. مذهب نظام سازمان‌یافته‌ای از باورها، شامل سنت، ارزش‌های اخلاقی، رسوم و مشارکت در یک جامعه دینی برای اعتقاد راسخ‌تر به خدا یا یک قدرت‌برتر است (والش، 2009). باور به این‌که خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند و ناظر بر بندگان است تا حد بسیاری، اضطراب مرتبط با موقعیت را کاهش می‌دهد، به طوری‌که اغلب افراد مؤمن معتقدند که می‌توان از طریق اتکاء و توسل به خداوند، اثر موقعیت‌های غیرقابل کنترل را به‌گونه‌ای کنترل کرد (فونتولاکیز، کوناستانشنوس، سیامولی، ملینا، مگی‌ریا، استاماتیا، 2008). همچنین کسانی که از نظر مذهبی در سطح بالاتری قرار دارند مسائل‌شان را با شیوه حل‌مسأله و همراه با حمایت اجتماعی مرتفع می‌کنند (کروک، 2008). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که هرچه اعتقادات مذهبی در دانشجویان بیشتر باشد کمتر در معرض خطر خودکشی قرار می‌گیرند (ترقی‌جاه و نجفی، 1387؛ یعقوبی، اکبری و وقارنزابی، 1389).

افزایش فزاینده شمار نوجوانانی که خودکشی می‌کنند، افسرده می‌شوند و یا به سوء‌مصرف مواد روی می‌آورند، نشانه‌ای از فشارهای روانی و ناکارآمدی راهبردهای مقابله‌ای آنان در برخورد با این فشارها است (اندا، جاویدی، جفورد، کوموروسکی و یانز، 1991). داشتن مهارت بیشتر در کنترل استرس موجب اضطراب کمتر و کاهش میزان افسردگی و در مجموع ارتقاء کیفیت زندگی خواهد شد (فول، جیم، ویلیادرم، لافتوس و جاکوبسن، 2009). دانشجویانی که از راهبرد مسأله‌مدار استفاده می‌کنند کمتر در معرض خطر خودکشی قرار می‌گیرند (یعقوبی، اکبری، وقارنزابی، رضانی و قهوه‌چی، 1389). حمایت اجتماعی یک عامل محافظت‌کننده از فرد در مقابل اقدام به خودکشی است (کاسلو، اوکن و یانگ، 2002؛ والش و اینجرت، 2007). در محیط اجتماعی، حوادث استرس‌زا می‌تواند گرایش به خودکشی را افزایش دهد و در مقابل حمایت دوستان و خانواده می‌تواند آن را کاهش دهد (چن و چان، 2006).

حمایت اجتماعی تأثیر مهمی در به تأخیر انداختن افکار خودکشی دارد (یانگ و کلوم، 2000). نوجوانانی که از حمایت خانوادگی بیشتری برخوردارند سطوح پایین‌تری از خودکشی را نشان می‌دهند؛ و نوجوانانی که از حمایت خانوادگی کمتری برخوردارند رفتارهای

خودتخریبی از خود نشان می‌دهند (راتر و بهرنت، 2004). هرچه میزان حمایت اجتماعی در دانشجویان بیشتر باشد کمتر در معرض خطر خودکشی قرار می‌گیرند (یعقوبی، وهمکاران 1389). احتمال خودکشی در افرادی با سابقه خانوادگی، بیماری روانی، بیکاری، جدایی از والدین و عدم حمایت اجتماعی از سوی خانواده بیشتر است (اگر بو، نوردنتفت و مورتسنس، 2002). در 95% افرادی که مرتکب خودکشی می‌شوند یک اختلال روانی قابل تشخیص وجود دارد (سادوک و سادوک، 2007). خطر خودکشی در بین دانشجویانی که بر اثر افسردگی کیفیت زندگی پایینی دارند، بالا است (کاواجا و بریدن، 2006). در پژوهش موراس، اوچای، یویاما، هانجو (2003) و کارتر، ایزاکیدز و کلاور (2003) ارتباط مثبت بین اختلال خلقی و اقدام به خودکشی مشاهده شد. بنابراین روند رو به افزایش مشکلات مربوط به سلامت روان و بروز خطر خودکشی در بین دانشجویان، ضرورت بررسی عوامل متعدد و مرتبط باهم را، برای مداخله بالینی و پیشگیری از بروز خطر خودکشی برجسته می‌کند.

تشخیص و تقویت عواملی که در کاهش اقدام به خودکشی نقش مؤثری دارند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و از عوامل ارتقاء بهداشت روان و راه‌کارهای مؤثر برای پیشگیری اولیه محسوب می‌شود. از این رو این پژوهش اجرا شد تا به سؤال‌های زیر پاسخ دهد.

1. اعتقادات مذهبی، حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای، سابقه مشکلات روانی و سلامت عمومی تا چه میزان احتمال بروز خطر خودکشی را در دانشجویان پیش‌بینی می‌کند؟
2. کدامیک از عوامل مذکور در بروز و یا عدم بروز خودکشی از توانایی پیش‌بینی بالاتری برخوردار است؟

روش

این پژوهش از نوع آینده‌نگر و همبستگی است. تعداد کل دانشجویان ورودی‌های 1386 تا 1388 دانشگاه شهید بهشتی بر اساس فهرستی که دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم به مراکز مشاوره هر دانشگاه اعلام نموده بود برابر با 4564 نفر بود. از این تعداد 1351 نفر ورودی 1386 (29/6%) و 1073 نفر ورودی 1387 (23/52%) و 2140 نفر ورودی 1388 (46/88%) بود. برای تعیین حجم نمونه به نسبت ورودی‌ها برحسب حجم دانشکده به تعداد کل دانشجویان مذکور، 685 نفر (15% کل جامعه) در نظر گرفته شد؛ که با روش طبقه‌ای نسبی از میان دانشجویان مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد به‌طور تصادفی از کلاس‌های 11 دانشکده متناسب با نسبت مذکور نمونه‌گیری شد. کلاس‌ها با نمونه 10 الی 15 نفره به‌طور تصادفی از هر کلاس در رشته‌های مختلف آن دانشکده تعیین شد. چون بعضی از پرسشنامه‌ها مخدوش بود پرسشنامه معتبر 560 نفر (12/27% کل جامعه) تحلیل شد.

ابزار پژوهش

1. پرسشنامه سلامت عمومی. متن اصلی این پرسشنامه توسط گلدبرگ (1972) ساخته شد. نسخه 28 سؤالی پرسشنامه واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و فعالیت‌های بالینی شناخته شده است. روائی همزمان 0/60 و ضریب اعتبار 0/72 گزارش شده است (تقوی، 1380). این پرسشنامه دارای چهار زیر مقیاس است که هر مقیاس هفت پرسش دارد. مقیاس A. نشانه‌های بدنی. سؤال‌های این مقیاس احساس سلامتی و بیماری، سردرد، احساس نیاز به داروهای تقویتی، احساس ضعف و سستی و احساس داغ یا سرد شدن بدن را می‌سنجد. مقیاس B. علائم اضطراب و اختلال خواب. سؤال‌های این مقیاس مربوط به بی‌خوابی، احساس فشار و تنیدگی، عصبانیت و بدخلق شدن، ترس و وحشت بی‌دلیل، دلشوره و ناتوانی در انجام کارها است. مقیاس C. اختلال در کارکرد اجتماعی. در این مقیاس توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره زندگی اندازه‌گیری می‌شود. مقیاس D. سؤال‌های این مقیاس علایم اختصاصی افسردگی از قبیل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، افکار خودکشی، آرزوی مردن و توانایی انجام امور را می‌سنجد. نمرات فرد در تمام زیر مقیاس‌ها می‌تواند در دامنه‌ای بین 14 تا 21 قرار گیرد. این پرسشنامه به عنوان ابزار پژوهشی معتبری در پژوهش‌ها، با هدف ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت مورد استفاده قرار گرفته است (دانش، 1389). نتایج پژوهش پالاهنگ، نصر، براهنی و شاه محمدی (1375)، نقل از دانش، (1389) نشان داد بهترین نقطه برش در مردان با روش نمره‌گذاری ساده لیکرت نمره 22، حساسیت¹، ویژگی² و میزان کلی اشتباه طبقه بندی³ به ترتیب 88%، 78% و 19% است. بهترین نقطه برش در زنان نمره 21، و حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه طبقه بندی به ترتیب 88%، 79% و 16% است. با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون پایایی پرسشنامه سلامت عمومی 28 سؤالی محاسبه شد که 0/91 بود. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، 0/69، اضطراب، 0/79، اختلال در عملکرد اجتماعی 0/68، افسردگی، 0/81 و برای کل مقیاس 0/87 محاسبه گردید.

2. مقیاس احتمال خودکشی. در این پژوهش از 20 سؤال ویژه‌ای که برای اولین بار پورشریفی، طارمیان، زرانی و وقارنزابی (1384) گروه تخصصی دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، از سؤال‌های مرتبط با عوامل خطر خودکشی به‌همراه سؤال‌های دو پرسشنامه غربالگری جوانان

1. sensitivity
2. specificity
3. overall misclassification Rate

و برنامه‌های فرصت‌های درمانی مرکز پژوهش سلامت رفتاری شمال غرب (2005) و غربالگری جوانان در معرض خطر موسسه پژوهشی منتر (1998) تعیین کرده بودند، استفاده شد. از آنجا که هر سؤال گویای یک عامل خطر خودکشی است و هر قدر فردی تعداد بیشتری از این عوامل خطر را دارا باشد با احتمال بیشتری در معرض خطر خودکشی خواهد بود، و با توجه به این که وزن این عوامل خطر در احتمال اقدام به خودکشی یک فرد یکسان نخواهد بود؛ یعقوبی و همکاران (1384) لازم دیدند به هر یک از این عوامل خطر، وزنی اختصاص دهند، بعد آن‌ها را باهم جمع کنند تا نمره کلی شاخص را به دست آورند. بنابراین سؤال‌هایی را به‌عنوان سؤال اصلی انتخاب کردند. در این میان، سؤال 1 (فکر خودکشی) و سؤال 3 (اقدام قبلی به خودکشی) با توجه به بار عاملی بالا را سؤال مناسبی تشخیص دادند و با توجه به اهمیت خاص بالینی فکر خودکشی، شاخص به دست آمده از طریق سؤال 1 را به‌عنوان شاخص اصلی احتمال خودکشی در نظر گرفتند. در این پژوهش از میان مهم‌ترین عوامل خطر خودکشی، احساس درماندگی، ناتوانی در کنترل خشم و تکانه‌ها، آسیب‌رساندن به خود، ابتلاء به یک بیماری جدی، سابقه مشکلات روانی در فرد و خانواده، احساس ناامیدی، فقدان و از دست دادن یکی از عزیزان، شکست عاطفی، سابقه اقدام به خودکشی در نزدیکان و ناتوانی در سازگاری با محیط‌های جدید که به‌صورت سؤال‌های دوگزینه‌ای بلی یا خیر از سؤال‌های 1 تا 12 بود، جهت بررسی احتمال در معرض خطر خودکشی استفاده شد. سستی اعتقادات مذهبی یکی از مهم‌ترین عوامل دیگر خودکشی است، که به‌صورت یک سؤال 5 گزینه‌ای از خیلی کم تا خیلی زیاد درجه‌بندی شده است. این سؤال از مقیاس احتمال خودکشی استخراج شد. روایی مقیاس احتمال خودکشی از نوع سازه توسط گروه تخصصی دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری تأیید گردید. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس برابر 0/76 بود.

3. پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای. این پرسشنامه توسط اندلر و بارکر (1990) ساخته شد. ویژگی خاص این پرسشنامه این است که علاوه بر مسأله‌مدار و هیجان‌مدار به سبک اجتنابی نیز پرداخته‌است. پایایی رضایت‌بخش 0/83 برای کل مقیاس و برای زیرمقیاس‌های مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب 0/86، 0/81، 0/79 توسط قریشی‌راد (1389) گزارش شده است. در این پژوهش مقدار آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب 0/75، 0/69 و 0/66 و برای کل مقیاس برابر با 0/69 شد. سؤال‌های شماره 2، 4، 6، 9، 12 و 14 مربوط به راهبرد مسأله‌مدار و 1، 5، 7، 8، 10، 11 مربوط به راهبرد هیجان‌مدار و 3 و 13 مربوط به راهبرد اجتنابی است.

4. مقیاس حمایت اجتماعی. این مقیاس از سؤال‌های پرسشنامه حمایت اجتماعی بخشی‌پور، پیروی و عابدیان (1384) استخراج شده و به دلیل حفظ اختصار از 4 سؤال تشکیل شده است.

برای به‌دست آوردن نمره کل مقیاس حمایت اجتماعی، ابتدا این سؤال‌ها تحلیل عامل و مشخص شد که یک عامل را تشکیل می‌دهند لذا جمع‌پذیری آن‌ها محرز شد و بر این اساس بعد از در نظر گرفتن نمره 1 برای گزینه بلی و نمره 0 برای گزینه خیر، با توجه به نزدیک بودن وزن و اهمیت نظری این سؤال‌ها، بدون در نظر گرفتن وزنی برای هر سؤال، از طریق جمع بستن این نمره‌ها، نمره کلی مقیاس حمایت اجتماعی به‌دست می‌آید. بدین ترتیب مقیاسی حاصل می‌شود که حداقل نمره هر فرد در آن 0 و حداکثر نمره 4 است (سهرابی، ترقی‌جاه و نجفی، 1386). در این پژوهش مقدار آلفای کرونباخ برابر 0/81 به‌دست آمد.

یافته‌ها

در این پژوهش 388 زن (69/29%) و 172 مرد (30/71%) شرکت داشتند که از میان آن‌ها 324 نفر با خانواده و 227 نفر در خوابگاه و 9 نفر به تنهایی زندگی می‌کردند. میانگین و (انحراف معیار) سن دانشجویان 26 و (3/4) و درصد و تعداد دانشجویان متأهل و مجرد به ترتیب 16% و 90% و 84% و 470 نفر مجرد بود.

جدول 1. گام 7 تحلیل رگرسیون لجستیک و نسبت بخت عوامل محافظت‌کننده و خطرزای خودکشی

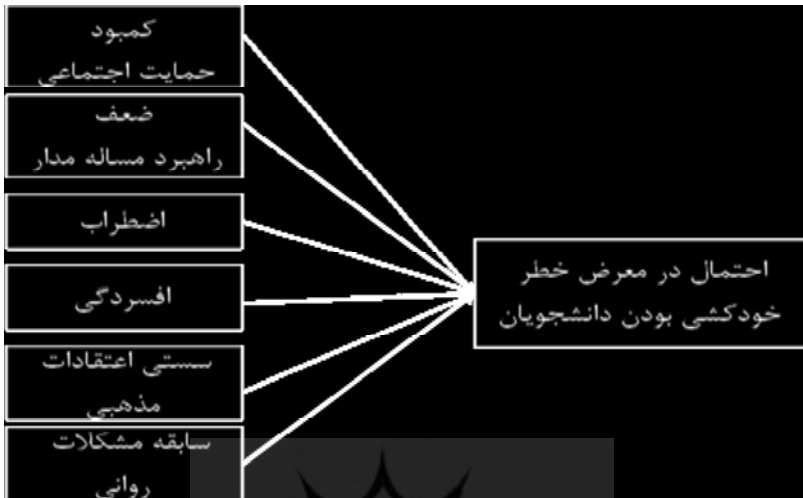
ترتیب معادله	متغیر پیش‌بین	ضریب بتا	خطای معیار بتا	آماره والد	درجه آزادی	ضریب معیار بتا	نسبت بخت	فاصله اطمینان	تفسیر
X_1	حمایت اجتماعی**	-0/58	0/10	30/92	1	-5/81	0/56 ← 1/78	0/46-0/69	
X_2	راهبرد مسأله‌مدار*	-0/21	0/09	5/06	1	-2/33	0/81 ← 1/23	0/67-0/97	
X_3	اضطراب**	0/22	0/05	16/76	1	4/43	1/24	1/12-1/38	
X_4	افسردگی**	0/16	0/05	11/12	1	3/23	1/17	1/07-1/29	
X_5	اعتقادات مذهبی کم**	-1/66	0/57	8/44	1	-2/91	0/19 ← 5/26	0/06-0/58	
X_6	متوسط*	-0/36	0/46	0/60	1	-0/87	0/70 ← 1/42	0/28-1/74	
X_7	زیاد*	-0/29	0/48	0/38	1	-0/61	0/75 ← 1/33	0/30-1/87	
X_8	خیلی زیاد*	-0/70	0/54	1/68	1	-1/29	0/50 ← 2	0/17-1/43	
X_9	سابقه مشکلات روانی	2/15	0/42	23/55	1	4/88	8/56	3/6-20/38	

* $P \leq 0/05$ ** $P \leq 0/01$

در جدول 1 از بین 13 متغیر پیش‌بین مورد مطالعه در این پژوهش، متغیرهای حمایت اجتماعی، راهبرد مسأله‌مدار، اضطراب، افسردگی، سطوح کم، متوسط، زیاد و خیلی‌زیاد اعتقادات مذهبی و سابقه مشکلات روانی معنی دار بود. در این جدول آماره والد از لحاظ آماری تفاوت معناداری را بین دو گروه از دانشجویان در معرض خطر خودکشی و دانشجویان بدون خطر خودکشی نشان می‌دهد. همچنین احتمال وقوع خطر خودکشی یا نسبت بخت با حداقل فاصله اطمینان 95% نشان می‌دهد که دانشجویان دارای سابقه مشکلات روانی نسبت به دانشجویان فاقد سابقه مشکلات روانی 8/56 برابر از نسبت بخت بالاتری برای اقدام به خودکشی برخوردارند. باتوجه به این‌که اعتقادات مذهبی، یک متغیر کیفی شامل سطوح خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی‌زیاد است. این متغیر به چهار متغیر مجازی شکسته‌شد که سطح خیلی کم به‌عنوان سطح مرجع نگه‌داشته شد. باتوجه به نسبت‌های بخت حاصله، اگر نسبت بخت در سطح اعتقادات مذهبی خیلی زیاد برابر 0/5 باشد، باتوجه به کمتر از یک بودن نسبت بخت حاصله، با معکوس کردن آن ($1 \div 0/5 = 2$) می‌توان گفت با یک واحد افزایش در دانشجویان دارای اعتقادات مذهبی خیلی زیاد نسبت به دانشجویان دارای اعتقادات مذهبی کم با احتمال دو برابر از مصونیت بالاتری در اقدام به خودکشی برخوردارند. فاصله اطمینان برای نسبت بخت این متغیر دارای کران پایین و بالا به ترتیب 0/17 و 1/43 است. به‌همین ترتیب اگر نسبت بخت سایر متغیرها کمتر از یک باشد، آن مورد در جدول 1 بعد از پیکان (\leftarrow) محاسبه شده است. نتایج ضریب بتا نشان داد اعتقادات مذهبی، حمایت اجتماعی و راهبرد مسأله‌مدار تأثیر معکوس؛ درحالی‌که، سابقه مشکلات روانی، اضطراب و افسردگی تأثیر مستقیم در اقدام به خودکشی دارد. براساس ضریب معیار بتا در میان متغیرهای پیش‌بین، حمایت اجتماعی و سابقه مشکلات روانی نسبت به سایر متغیرهای پیش‌بین توانایی پیش‌بینی بالاتری دارند. باتوجه به این‌که $R^2 = 0/787$ و نتایج آزمون هوسمر و لمشو با آماره آزمون 8/12 بیانگر خوبی برازش الگوی ارائه شده است؛ و چون مقدار p آزمون موردنظر برابر 0/422 است، بنابراین در سطح 0/05 فرض صفر قبول می‌شود. به بیان دیگر الگوی برازش شده دارای صحت قابل قبولی است. باتوجه به ضریب برآوردشده (ضریب بتا) در صورتی که π احتمال در معرض خطر خودکشی باشد، می‌توان الگوی پیش‌بینی احتمال خطر خودکشی دانشجویان را به‌صورت زیر ارائه نمود.

$$\hat{\pi} = \frac{e^{(-0.58x_1 - 0.21x_2 + 0.22x_3 + 0.16x_4 - 1.66x_5 - 0.36x_6 - 0.29x_7 - 0.70x_8 + 2.15x_9)}}{1 + e^{(-0.58x_1 - 0.21x_2 + 0.22x_3 + 0.16x_4 - 1.66x_5 - 0.36x_6 - 0.29x_7 - 0.70x_8 + 2.15x_9)}}$$

این الگو عوامل محافظت‌کنندگی (-) و عوامل خطرزای (+) بروز خودکشی دانشجویان را نشان می‌دهد.



شکل 1. نمایش گام نهایی (گام 7) در معرض خطر خودکشی بودن دانشجویان

در شکل 1 الگوی نهایی (گام 7)، احتمال اقدام دانشجویان به خودکشی ارائه شده است. در این الگوی پیش‌بینی‌کننده، مشاهده می‌شود عوامل خطرناک و محافظت‌کننده در دو قطب یک پیوستار قرار دارند.

بحث و نتیجه گیری

هر چند که کشف تمامی علل و عوامل مؤثر در بروز خطر خودکشی امکان‌پذیر نیست، اما دستیابی به تعدادی از عوامل خطرناک و محافظت‌کننده توانایی پیش‌بینی را آسان‌تر و زمینه لازم را برای پیشگیری اولیه و ارائه الگوی پیش‌بینی‌کننده فراهم می‌کند. عوامل خطرناک احتمال اقدام به خودکشی را و عوامل محافظت‌کننده احتمال مصونیت در مقابل خودکشی را افزایش دهد (لستر، 1988). بُعد اعتقادی یکی از مولفه‌های دینی است که می‌تواند نقش مهمی در کاهش خطر خودکشی داشته باشد. در این پژوهش تمام سطوح اعتقادات مذهبی بیانگر آن است که اعتقادات مذهبی نقش مؤثری در کاهش خطر خودکشی دارد. این نتایج با یافته‌های پژوهشی ترقی‌جاه و نجفی (1387)؛ یعقوبی و همکاران (1389) و رحیمی (1389) مرتبط و همسو است. نتایج پژوهش در زمینه پیش‌بینی خودکشی نشان داد احتمال خطر خودکشی در دانشجویان دارای اعتقادات مذهبی خیلی کم، بیشتر از دانشجویان دارای سایر سطوح اعتقادات

مذهبی است. بنابراین می‌توان پیش‌بینی کرد اعتقادات مذهبی یکی از جنبه‌های درون‌فردی و عامل کاهش‌دهنده خطر خودکشی است و نقش مهمی در سلامت روان و پیشگیری اولیه دارد. براساس یافته‌های پژوهش حاضر راهبرد مسأله‌مدار در کاهش خطر خودکشی مؤثر بود. این یافته با پژوهش‌های استینر، اریکسون، هرماندز و پاولسکی (2003)؛ یعقوبی و همکاران، (1389)؛ ترقی‌جاه و نجفی (1387) همسان بود. در این پژوهش تأثیر متغیرهای هیجان‌مدار و اجتنابی در کاهش خطر خودکشی معنادار نبود. بنابراین راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار یکی از جنبه‌های کنترل فرد در برابر استرس است و احتمال خطر خودکشی را کاهش می‌دهد و فرد را در برابر آسیب‌ها محافظت می‌کند. همچنین دارا بودن مهارت بیشتر در کنترل استرس موجب اضطراب کمتر و کاهش میزان افسردگی و در مجموع ارتقاء کیفیت زندگی خواهد شد. نتایج این پژوهش به نقش مؤثر حمایت اجتماعی در کاهش خطر خودکشی تأکید می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های مختلف از جمله کاسلو و همکاران (2002)؛ والش و اینجرت (2007)؛ چن و چان (2006) و یانگ و کلوم (2000) همسو است. بنابراین پیش‌بینی می‌شود حمایت اجتماعی عامل کاهش‌دهنده خطر خودکشی است و نقش مهمی در به‌تاخیرانداختن افکار خودکشی دارد.

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که با افزایش سابقه مشکلات روانی، افسردگی، اضطراب احتمال خطر خودکشی بیشتر می‌شود. این نتایج با تمام پژوهش‌های مشابه از جمله اگرو و همکاران (2002)؛ موراس و همکاران (2003)؛ کارتر و همکاران (2003)؛ بوروسکی، ایرلند، رزنیک (2001) همسان است. از سوی دیگر پژوهش وایت‌فورد (2005) و اتی (2009) نشان داد، افراد دارای سلامت‌روان بالا، کمتر اقدام به خودکشی می‌کنند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد دانشجویان دارای سابقه مشکلات روانی، بیش از 8 برابر دانشجویان بدون سابقه مشکلات روانی؛ و دانشجویان دارای افسردگی و اضطراب، با احتمال بیشتری در معرض بروز خطر خودکشی قرار دارند. بنابراین افرادی که سابقه مشکلات روانی، افسردگی و اضطراب دارند زمینه آسیب‌پذیری بیشتری را برای اقدام به خودکشی دارند.

نتایج الگویابی رگرسیون لجستیک در مورد نقش متغیرهای پیش‌بین در تعیین احتمال خودکشی نشان داد که این متغیرها در رابطه باهم نقش مؤثری در بروز و یا پیشگیری از خطر خودکشی دارند. با استفاده از این الگو می‌توان عوامل کاهش‌دهنده و خطرزای خودکشی دانشجویان را شناسایی و پیش‌بینی کرد. به‌این‌ترتیب که، با تعیین سطوح اعتقادات مذهبی، حمایت اجتماعی، اضطراب، افسردگی، سابقه مشکلات روانی، و نوع راهبرد مقابله‌ای می‌توان احتمال اقدام فرد را به خودکشی محاسبه، و از آن برای پیش‌بینی و پیشگیری اولیه استفاده کرد. بنابراین مشاوران می‌توانند با ارزیابی درست از احتمال خطر اقدام به خودکشی در

دانشجویان، افراد در معرض خطر را شناسایی و با کمک‌های تخصصی و از طریق ارتقاء حمایت اجتماعی از اقدام آن‌ها به خودکشی پیشگیری کنند.

جهت کاربست یافته‌ها پیشنهاد می‌شود به‌منظور 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 خطر اقدام به خودکشی، از طرح‌های آزمایشی و پیگیری استفاده کنند. به‌علاوه، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده کارآزمایی‌های بالینی برای طراحی الگوهای مناسب مداخله موردتوجه پژوهشگران قرار گیرد.

منابع

- اگرستی، آلن. (1384). *مقدمه‌ای بر تحلیل داده‌های رسته‌ای*. ترجمه امیری. سعید و محبوب. حسین. نشر دانشگاه علوم پزشکی همدان. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، 1990).
- بخشی‌پور، عباس، پیروی، حمید، و عابدیان، احمد. (1384). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت‌روان در دانشجویان. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، 7 (27): 152-145.
- پورشریفی، حمید، طارمیان، فرهاد، زرانی، فریبا، و وقار انزایی، معصومه. (1384). *بررسی سلامت روان دانشجویان ورودی سال 83-84 دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری*. طرح پژوهش، دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- ترقی‌جاه، صدیقه، و نجفی، محمود. (1387). بررسی رابطه آسیب‌پذیری در برابر مصرف مواد و در معرض خودکشی بودن با سلامت روانی و میزان بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی. *مجموع مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*. دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، 4: 97-100.
- تقوی، سیدمحمدرضا. (1380). بررسی روانی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28). *مجله روان‌شناسی*. زمستان، 5 (4): 381-398.
- دانش، عصمت. (1389). مقایسه سطح شادکامی و سلامت جسمی و روانی دانشجویان دختر و پسر متأهل و مجرد دانشگاه. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. زمستان، 4 (16): 57-72.
- دلاور، علی. (1375). *احتمالات و آمار کاربردی در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. انتشارات رشد. تهران.
- رحیمی، چنگیز. (1389). اعتقادات مذهبی، سلامت روان و رفتارهای پرخطر در دانشجویان. *مجموع مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی*، 5: 128-129.

پیش‌بینی خطر خودکشی دانشجویان بر اساس اعتقادات مذهبی و...

سرمد، زهره، بازرگان عباس، و حجازی، الهه. (1390). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. انتشارات آگاه. تهران.

سهرابی، فرامرز، ترقی‌جاه، صدیقه، و نجفی، محمود. (1386). گزارش نهایی بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی 85-86 دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. انتشارات جهاد دانشگاهی دانشگاه شهید بهشتی.

قریشی‌راد، فخرالسادات. (1389). اعتباریابی مقیاس مقابله با استرس اندلر و پارکر. نشریه علوم رفتاری. بهار 4 (1): 1-7

یعقوبی، حمید، اکبری، سعید، و وقارنزابی، معصومه. (1389). گزارش وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری (1388-1389). دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم تحقیقات و فناوری.

یعقوبی، حمید، اکبری، سعید، وقارنزابی، معصومه، رضانی، ولی‌الله، و قهوه‌چی، فهیمه. (1389). عوامل مرتبط با سلامت روان در دانشجویان ورودی جدید دانشگاه‌های وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. فصلنامه سلامت روان. بهار و تابستان 4 (5): 25-35.

Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen. P. (2002). Familial Psychiatric and socioeconomic Risk Factors for suicide in Young people: Nested- Case-Control Study. *British Medical Journal, London*, 323: 142-151.

Anda, D., Javidi, M., Jefford, S., Komorowski, R., & Yanez, R. (1991). *Stress and coping in adolescence: A comparative study of pregnant adolescents and substance abusing adolescents*. Children and Youth Services Review, Vol. 22. No. 6, pp 441-463,

Atti, A. R. (2009). Suicidal ideation among Italian, elderly and to investigate possible socio-demographic and psychopathological features of suicide attempters in a population-based study. *European Psychiatry*. 24,1,

Behavioral Health Research Center of the Southwest. (2005). Youth Screening and treatment opportunities program: projects that Help Teens Live Healthy, Drug-Free Live. <http://www.bhrccs.org/research/ptoject06.htm>.

Borowsky, I.W., Ireland, M., Resnick, M. D. (2001). *Adolescent suicide Attempts, Risks and protectors, pediatrics*. 107 (3): 485 -493.

Carter, G.L., Issakidis, C., Clover, K. (2003). Correlates of youth suicide. Attempters in Australian community and clinical samples. *The Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 37(3): 286-293.

Chen, E., chan, K. (2006). Suicid in Hong Kong. *psychological Medicine*. 36, 815-825.

Crawford, M.J., Thana, L., Methuen, C., Ghosh, P., Stanley, S.V., Ross, J., Gordon, F., Blair, G., Bajaj, P. (2011). Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry. The journal of mental science*, 198 (5): 379-384.

- Endler, N. D., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 466-475.
- Faul, L. A., Jim, H. S., Williams, C., Loftus, L., Jacobsen, P. B. (2009). Relationship of stress management skill to psychological distress and quality of life in adults with cancer, <http://www3.interscience.wiley.com>.
- Fountoulakis, Konstantinos N., Siamouli, Melina., Magiria, Stamatia., Kaprinis, George. (2008). late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly, Interpreting the data. *Medical Hypotheses*.70: 493-496.
- Goldberg, D.P. (1972). *The Detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley Monograph, 21 Oxford University Press.
- Groeger, U., Tomori, M., Kocmur, M. (2003). Suicidal ideation in adolescence an indicator of actual risk. *Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 40: 202-208.
- Hawton K., van Heeringe, K. (2009). *Suicide*. *Lancet*, 373 (9672): 1372-81
- Kaslo, J. N., okun, A. Young., Sh, Wychoffs. (2002). Risk and protective factor for suicidal Behavior in Abused African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2): 31-39.
- Khawaja, Niger, N., Bryden. Kelly, J. (2006). The development & psychometric Investigation of the university student depression inventory. *Journal of Affective Disorder*. 96: 21-29.
- Krok, D.(2008). The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles. *Mental Health, Religion & Culture*. 11(7): 643-653
- Lester, D. (1988). *Suicide as a learned behavior*. Washington, DC. Springfield, IL:Charles C. Thomas.
- Mentor Research Institute. (1998). Youth at risk screening Questionnair. <http://www.behavioralinstitute>.
- Montazeri, A. (2003). *The 12-item General Health Questionnaire*. <http://www.hqlo.com/content/1/1/66>
- Murase,S., Ochiai, S., Ueyama, M., Honjo, S., Ohta, T. (2003). Psychiatric features of seriously life threatening suicide attempters, A clinical study from a general hospital in Japan. *Journal of psychosomatic Research*, 55(4): 379-383.
- Rutter, P. A. Behrendtd, A. E. (2004). Adolescent suicide risk: Four Psychosocial factors. *PubMed*, 39(154): 295-302.
- Sadock, BJ., Sadock, VA. (2007). *synopsis of psychiatry: Behavioral sciences /clinical Psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 898-907.
- Scocco, P., De Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans, & attempts & related risk factors in Italy: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorder World Mental Health study. *Comprehensive Psychiatry*, 49: 13-21.

- Steiner, H., Erickson, M., Hernandez, N., Pavelski, R. (2003). Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 30: 326-335.
- Walsh, F. (2009). *Spirituality in Family Therapy*, Guilford Press, 5-20.
- Walsh, E., Engert, L. (2007). Suicide risk and protective factor among youth experiencing school difficulties International. *Journal of Mental Health Nursing*, 16: 349-359.
- White, ford. H. (2005). Suicide in developing countries (2): Risk factors. *Journal of crisis intervention and suicide prevention*, 26: 112-119.
- Yang, B., & Clum, G. A. (2000). *Children stress leads to later suicidal via its effect on cognitive functioning*. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 30: 183-198.

