

## بررسی ساختاری الگوی سه مرحله‌ای خودکشی (ناامیدی، درد، افسردگی، نیازهای بین فردی، ظرفیت اکتسابی خودکشی و اقدام به خودکشی) در دانشجویان

احمدرضا کیانی چلمردی<sup>۱</sup>، زهره صفدریان<sup>۲</sup>، علی جعفری بنفشه‌درق<sup>۳</sup>، سلیمان احمد بوکانی<sup>۴</sup>

(صفحات ۹۲-۱۱۷)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۲۳

### چکیده

**هدف:** خودکشی یکی از علل اصلی مرگ و میر، خصوصاً در نوجوانان و جوانان است. هدف از پژوهش حاضر بررسی ساختاری الگوی سه مرحله‌ای خودکشی در دانشجویان بود **روش:** پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود که با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی بود که ۶۳۰ نفر از آنها به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اقدام به خودکشی دهینگرا، بودوشک و آکانر (۲۰۱۶)، خرده‌مقیاس نشانگان افسردگی - گرایش به خودکشی، مقیاس درد روانی بر مبنای تئوری اشنیدمن (۱۹۹۳)، مقیاس ناامیدی فراسر و همکاران (۲۰۱۴)، پرسشنامه نیازهای بین‌فردی جوینر و همکاران (۲۰۰۵)، توانایی اکتساب شده خودادراکی برای خودکشی بر اساس مطالعه ریمکویسین، هاوگود، اگورمن و دی‌لثو (۲۰۱۶)، پرسشنامه ظرفیت خودکشی دیهینگرا (۲۰۱۸) بود. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که مجموعه ناامیدی و درد روانی مهم‌ترین پیش‌بینی‌گرهای افکار خودکشی هستند و نبود نیازهای بین‌فردی نقش محافظتی دارد. با این حال، تنها توانایی اکتساب شده خودکشی، آن هم به‌طور محدودی توانایی پیش‌بینی اقدام به خودکشی را دارد. **بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج نشان دادند درد روانی و ناامیدی هم به‌طور مستقیم و هم به‌طور غیرمستقیم از طریق ایده خودکشی و ظرفیت

۱. (نویسنده مسئول)، دکتری مشاوره خانواده، استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق

a.kiani@uma.ac.ir

اردبیلی، ایران.

۲. کارشناس ارشد مشاوره. دانشگاه محقق اردبیلی.

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تبریز.

۴. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

ادراکی خودکشی روی اقدام به خودکشی تاثیر معنادار می‌گذارد. همچنین ارتباط بین ظرفیت اکتسابی خودکشی با اقدام به خودکشی در مدل به دلیل بار عاملی پایین و برازش بهتر مدل حذف شد. از این یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود که این مدل از برازش مناسبی در جامعه ایرانی برخوردار است. مجموعه‌ی از ناامیدی و درد روانی مطابق با مدل سه مرحله‌ای منجر به تشکیل افکار خودکشی می‌شود و نبود نیازهای بین فردی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی عمل کند.

**واژه‌های کلیدی:** مدل سه مرحله‌ای، ناامیدی، درد روانی، خودکشی

## مقدمه

رفتار خودکشی‌گرایانه یکی از علل جهانی مرگ و ناتوانی است. در سطح جهانی، خودکشی پانزدهمین علت مرگ است و حدود ۱,۴ درصد از مرگ‌ها ناشی از خودکشی است (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). به طور کل، بیش از ۸۰۰ هزار نفر هر ساله بر اثر خودکشی می‌میرند و در سال ۲۰۱۲ نرخ خودکشی حدود ۱۱,۴ نفر در هر صد هزار نفر برآورد شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳). علاوه بر مرگ‌های ناشی از خودکشی، افکار خودکشی‌گرایانه و اقدام به خودکشی غیرکشنده نیز نیاز به توجه زیادی دارد. ایده‌پردازی برای خودکشی در سطح دنیا حدود ۹,۲ درصد است و اقدام به خودکشی حدود ۲,۷ درصد می‌باشد (ناک، هولمبرگ، فوتوس و میشل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸) و این ایده‌پردازی و اقدام قویاً می‌توانند مرگ‌های ناشی از خودکشی را پیش‌بینی کنند و می‌توانند منجر به پیامدهای منفی بسیاری همچون جراحت و صدمه، بیمارستانی شدن و میلیون‌ها دلار بار مالی برای جامعه داشته باشد (مرکز کنترل بیماری‌ها<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). با این اوصاف، خودکشی و رفتار خودکشی نوزدهمین علت بار بیماری<sup>۴</sup> (منظور همان سال‌هایی است که فرد بعد از خودکشی با ناتوانی و مشکل در سلامت روانی به زندگی خود ادامه می‌دهد و

1. World Health Organization (WHO)

2. Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D.

3. CDC

4. disease burden

همچنین سال‌هایی که به خاطر مرگ ناشی از خودکشی از دست می‌دهد) در سطح جهان است و به ترتیب ششمین و نهمین علت جهانی بار بیماری در بین مردان و زنان سنین ۱۵ تا ۴۴ سال است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸). پس با هر مقیاسی که در نظر بگیریم، درک بهتر و پیشگیری از خودکشی یک عامل اورژانسی و بسیار ضروری است.

بسیاری از نظریه‌پردازان در پی تبیین خودکشی بوده‌اند که از این بین به چند مورد اصلی آن اشاره می‌شود: اشنیدمن<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) خودکشی را نوعی پاسخ به درد ویران‌کننده (درد روانی) می‌داند، دورکیم<sup>۲</sup> (۱۹۵۱)، برنقش انزوای اجتماعی در خودکشی تاکید داشت، بامیستر<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) خودکشی را نوعی فرار از وضعیت ذهنی آزارنده می‌دانست، آبرامسون<sup>۴</sup> (۲۰۰۰) برنقش ناامیدی و درماندگی در خودکشی تاکید داشت (نقل از کیانی، رشید، هنرمند و تموک، ۲۰۱۸). این نظریه‌ها یقیناً در راهنمایی تحقیقات مربوط به خودکشی و تلاش‌های پیشگیرانه مفید بوده‌اند. هم‌زمان، این نظریه‌ها یک خصیصه خاصی داشتند که پیشرفت آنها را در درک خودکشی محدود می‌کرد: آنها در تبیین تمیز بین افکار خودکشی از رفتار خودکشی با شکست مواجه شدند. این تمیز، خصوصاً زمانی حائز اهمیت است که می‌بینیم افراد بسیاری هستند که ایده‌پردازی و افکار خودکشی دارند، اما هرگز اقدام به خودکشی نمی‌کنند (کلونسکی و می<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴).

از این روی، پیشرفت اساسی در نظریه‌های خودکشی در ۱۳ سال پیش اتفاق افتاد؛ زمانی که جوینر<sup>۶</sup> (۲۰۰۵) نظریه بین‌فردی خودکشی را ارائه کرد. این مدل پیشنهاد می‌کند که خطر شدید خودکشی با تعامل سه عنصر ایجاد می‌شود: ۱. تجربه تنهایی و انزوای فرد (تعلق‌پذیری خنثی)، ۲. ادراک فرد از اینکه باری بردوش دیگران است (ادراک سربار

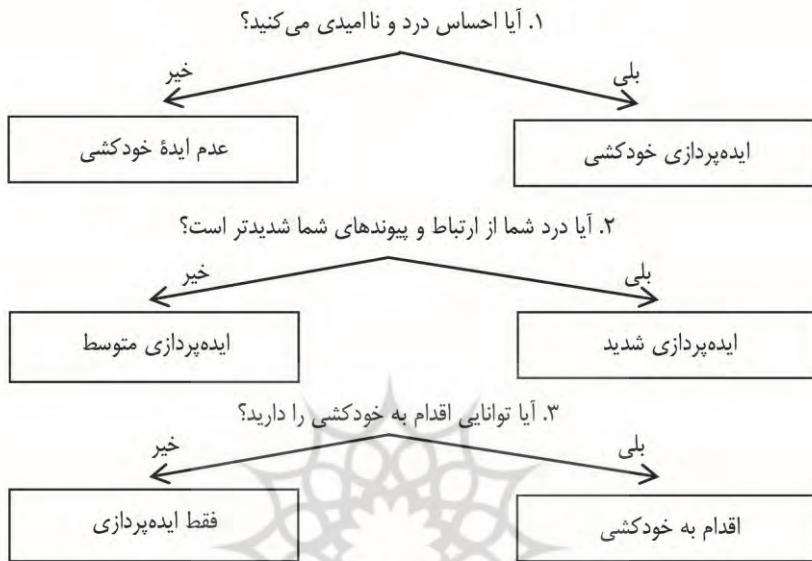
1. Shneidman, E. S.
2. Durkheim, E.
3. Baumeister
4. Abramson, L. Y.
5. Klonsky, E. D., & May, A. M.
6. Joiner, T. E.

بودن) و ۳. خوگیری و عادت فرد به خودآسیب‌رسانی با اولویت خودآسیب‌رسانی غیرخودکشی‌گرایانه، رفتار خودکشی یا دیگر رفتارهای خطرناک (توانایی اکتساب شده) (ون اوردن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). مدل دیگر در زمینه خودکشی، توسط اُکانر<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) ارائه شد و مدل یکپارچه انگیزشی-ارادی<sup>۳</sup> خودکشی نام گرفته شد. اُکانر پیشنهاد می‌کند که شکست و به دام افتادگی<sup>۴</sup> اولین محرک‌های ایده‌پردازی<sup>۵</sup> برای خودکشی هستند و توانایی اکتساب شده<sup>۶</sup> به همراه عوامل دیگر (همچون دسترسی به ابزارهای قتاله، طرح‌ریزی<sup>۷</sup> و تکانش‌گری<sup>۸</sup>) تمایل برای به عمل درآوردن افکار خودکشی را تبیین می‌کند. این مدل پیشنهاد می‌کند که عوامل زمینه‌ای و برانگیزاننده‌ها (مثل عوامل محیطی و رخداد‌های زندگی) باعث فعال شدن احساس شکست و تحقیر می‌شوند و سپس تهدید به تعدیل‌گرهای خود باعث می‌شود که افراد احساس به دام افتادگی کنند و این حس در صورت وجود تعدیل‌گرهای انگیزشی (مثل ادراک سربار بودن<sup>۹</sup> و تعلق‌پذیری خنثی<sup>۱۰</sup>) می‌تواند منجر به ایده‌پردازی برای خودکشی شود (رشید، کیانی، خرم‌دل، غلامی، ۲۰۱۶). در نهایت، تبدیل ایده خودکشی به اقدام با کمک تعدیل‌گرهای ارادی انگیزشی اتفاق می‌افتد (اُکانر، ۲۰۱۱).

همچون تئوری جوینر و اُکانر، تئوری مدل سه مرحله‌ای خودکشی کلونسکی و می (۲۰۱۵) تبیین‌های متفاوتی را برای الف) رشد ایده خودکشی و ب) پیشروی از ایده به اقدام خودکشی ارائه می‌دارد. این تئوری تا حدی ساده‌انگارانه است، چون ایده و اقدام به

1. Van Orden, K.A
2. O'Connor, R. C
3. Integrated Motivational-Volitional model
4. entrapment
5. Ideation
6. acquired capability
7. planning
8. Impulsivity
9. perceived burdensomeness
10. thwarted belongingness

خودکشی تنها بر اساس چهار فاکتور تبیین می‌شوند: درد<sup>۱</sup>، ناامیدی<sup>۲</sup> و درماندگی<sup>۳</sup>، پیوند<sup>۴</sup> و ظرفیت<sup>۴</sup> خودکشی. این تئوری در شکل یک توضیح داده شده است.



شکل ۱. مدل سه مرحله‌ای خودکشی (کلونسکی و می، ۲۰۱۵).

گام اول: شکل‌گیری ایده خودکشی: با توجه به شکل‌گیری ایده خودکشی، عقیده بر این است که اولین گام به سوی ایده‌پردازی برای خودکشی، با درد آغاز می‌شود. درد، معمولاً و نه ضرورتاً به درد روان‌شناختی یا هیجانی برمی‌گردد. اساساً، رفتارهای ما انسان‌ها شرطی شده هستند. ما رفتارهایی را انجام می‌دهیم که برای ما پاداش به همراه دارند و از رفتارهایی که تنبیه‌کننده هستند، اجتناب می‌کنیم. اگر زندگی هرروزه یک درد، همراه با درد باشد، پس این فرد اساساً در زندگی خود تنبیه می‌شود که این باعث کاهش میل وی به زندگی می‌شود و این متعاقباً آغازی برای پروانیدن افکار خودکشی

1. pain  
2. hopelessness  
3. connectedness  
4. Capability

است. عقیده بر این است که منابع مختلف درد، تماماً باعث کاهش میل به زندگی می‌شوند. این منابع درد شامل رنج جسمانی، انزوای اجتماعی، سربار بودن و تعلق‌پذیری خنثی (جوینر، ۲۰۰۵)، شکست و به‌دام افتادگی (آکانر، ۲۰۱۱)، ادراک‌های منفی از خود (بامیستر، ۱۹۹۰) و دیگر افکار، هیجانات، حواس و تجارب آزارنده می‌شود. پس، اولین گام به سوی ایده‌پردازی خودکشی با درد آغاز می‌شود، فارغ از آنکه منبع این درد چه باشد. با این حال، درد به تنهایی برای شکل‌گیری ایده خودکشی در فرد کافی نیست. اگر فردی با درد زندگی کند، اما امیدی برای بهبود و تغییر وضعیت داشته باشد، احتمالاً به امید آینده‌ای خواهد بود که در آن دردهای وی از بین خواهند رفت و در پی پایان دادن به زندگی خود نیست. به همین دلیل، ناامیدی و درماندگی نیز برای شکل‌گیری ایده خودکشی لازم است. از این دیدگاه، وقتی که روال تجربیات هرروزه یک فرد پراز درد است و فرد نیز امیدی برای رهایی از این درد ندارد، اینجا است که خودکشی را جزو گزینه‌های ذهن خود قرار می‌دهد. به طور خلاصه، ترکیب درد و ناامیدی چیزی است که باعث شکل‌گیری ایده خودکشی می‌شود (کلونسکی و می، ۲۰۱۵). این نکته با یافته‌های نظری اخیر مبنی بر اینکه درد و ناامیدی، دو مورد از مهم‌ترین برانگیزان‌های اقدام به خودکشی هستند (می و کلونسکی، ۲۰۱۳)، همخوانی دارد. ترکیب مهم است. چون فردی که درد دارد، اما امید هم به زندگی بهتر در آینده دارد، با زندگی درگیر می‌شود. اما فردی که ناامیدی در مورد آینده دارد و هیچ دردی نیز ندارد، در فکر خودکشی نخواهد رفت.

گام دوم: ایده‌پردازی شدید در برابر متوسط: دومین گام به سوی رفتار خودکشی بالقوه کشنده و مهلک، شامل پیوند می‌شود. پیوند اغلب به معنی پیوند با دیگران است. با این حال، این پیوند در اینجا معنی گسترده‌تری دارد. پیوند می‌تواند به دلبستگی فرد به شغل، پروژه، نقش، علایق یا هر نوع هدف و معنایی در زندگی اطلاق شود که فرد را علاقه‌مند به زیستن می‌کند. پیوند مهم است، چون حتی اگر فردی درد و ناامیدی را

احساس کند و به خودکشی هم فکر کند، باز هم ایده‌پردازی برای خودکشی در حد متوسط و متعادلی باقی می‌ماند (مثل فکر می‌کنم گهگاهی خوش بودن و در رفاه بودن بهتر از مردن است). ولی تا زمانی که پیوند فرد با زندگی قوی‌تر از درد باشد، وی زندگی را بر مرگ ترجیح می‌دهد. از این روی، اگر درد و ناامیدی وجود داشته باشد و پیوند نیز وجود نداشته باشد یا پیوند ضعیف‌تر از درد باشد، فرد ایده‌پردازی شدیدی برای خودکشی و تمایل فعالانه‌ای برای خاتمه دادن به زندگی خود خواهد داشت (کلونسکی و می، ۲۰۱۵).

قطع پیوند، شبیه تعلق‌پذیری پائین و سربار بودن در نظریه بین‌فردی جوینراست. اما تفاوتش این است که در مدل سه مرحله‌ای خودکشی، نقش اولیه پیوند، حمایت از افراد در معرض خطر شدید منتج از درد و ناامیدی، در برابر ایده‌پردازی شدید برای خودکشی است. در اینجا، عقیده بر این است که قطع پیوند می‌تواند به صورت مستقیم باعث درد و ناامیدی شود، اما ضرورتاً باعث ایجاد درد و ناامیدی و نتیجتاً ایجاد ایده خودکشی نمی‌شود. چون بسیاری از افراد هستند که قطع پیوند را تجربه کرده‌اند، اما ایده‌پردازی برای خودکشی ندارند و بسیاری از افراد هستند که ایده‌پردازی برای خودکشی دارند، اما قطع پیوند را تجربه نکرده‌اند. آشکارا باید گفت که تاکید بر درد و ناامیدی و قطع پیوند در تبیین ایده‌پردازی خودکشی، بدان معنا نیست که بگوئیم دیگر عوامل خطر سنتی خودکشی نقشی ندارند. در واقع، در این نظر عقیده بر این است که اختلال‌های فراوانی (همانند افسردگی) حالات ذهنی (مثل خودسرزنشی)، صفات شخصیتی (مثل شخصیت مرزی)، مزاج‌ها / آمادگی‌ها (مثل هیجان‌پذیری منفی) و تجارب (فقدان‌های بین‌فردی) در ایده‌پردازی خودکشی نقش دارند. با این حال، عقیده بر این است که این اختلالات به نحو خاصی با خودکشی ارتباط پیدا می‌کنند؛ آن هم از طریق تاثیراتشان بر درد، ناامیدی و پیوند. برای مثال، می‌توانیم انتظار داشته باشیم که افسردگی به اندازه‌ای به ایده‌پردازی خودکشی ربط داشته باشد که بر درد، ناامیدی و پیوند تاثیر بگذارد و نه بیشتر از آن (می و کلونسکی، ۲۰۱۳).

گام سوم: پیشروی از ایده به اقدام: همین‌که فرد تمایل به خاتمه بخشیدن به زندگی‌اش پیدا می‌کند، سؤال بعدی این است که آیا این فرد این تمایل را به عمل تبدیل می‌کند و دست به اقدام می‌زند. در اینجا، مطابق با نظریه جوینر (۲۰۰۵) است که می‌گوید شاخص اساسی این است که آیا فرد ظرفیت اقدام به خودکشی را دارد. بر طبق نظر جوینر، افراد از نظر بیولوژیکی و تحولی در پی اجتناب از درد، آسیب و مرگ هستند. بنابراین، حتی در صورت حضور ایده‌پردازی قوی برای خودکشی، خیلی سخت می‌شود گفت که فرد دست به اقدام می‌زند. در اینجا، نظریه جوینر در دو جهت بسط یافته است: جوینر بر ظرفیت و توانایی اکتساب شده برای خودکشی تاکید دارد. توانایی اکتساب شده یعنی خوگیری فرد به درد، ترس و مرگ از طریق مواجهه با تجارب زندگی همچون سوءآزار جسمانی، خودجرحی غیر خودکشی‌گرایانه (آن نوع خودآسیب‌رسانی که قصد فرد خودکشی نیست)، خودکشی اعضای خانواده یا دوستان، آموختن مبارزه، یا هر نوع تجربه دیگری که فرد را در معرض رخدادهای دردناک و برانگیزاننده قرار می‌دهد. اما در نظریه سه مرحله‌ای، چشم‌انداز گسترده‌تری مد نظر قرار می‌گیرد و سه طبقه خاص متغیرها مطرح می‌شود که بر ظرفیت خودکشی تأثیر دارند: ظرفیت ذاتی<sup>۱</sup>، اکتسابی<sup>۲</sup> و عملی<sup>۳</sup>. ظرفیت ذاتی به متغیرهای مربوطه‌ای اطلاق می‌شود که اساساً تحت تأثیر ژنتیک قرار دارند؛ مثل حساسیت به درد (یانگ، لاریور، و بلفر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲) یا ترس از خون (کاجکوفسکی، کندلر، تامبز، رويسامب، ریخبورن-کجنرود<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). ظرفیت اکتسابی شبیه همان سازه‌ای است که جوینر مطرح می‌کند. بدین معنا که خوگیری به تجربیات مرتبط با درد، آسیب، ترس و مرگ می‌تواند در گذر زمان منجر به ظرفیت بیشتر برای خودکشی شود. ظرفیت عملی اشاره بر عوامل واضحی دارد که اقدام به خودکشی را

1. Dispositional

2. Acquired

3. Practical

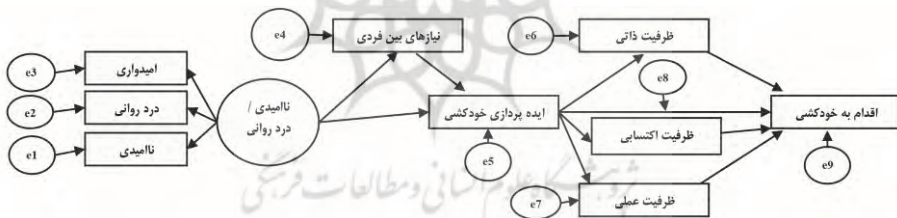
4. Young, Lariviere, & Belfer

5. Czajkowski, Kendler, Tambs, Røysamb, & Reichborn-Kjennerud



آسان‌تر می‌سازد. این عوامل شامل مواردی همچون کسی که هم دانش و هم ابزار قتاله را در دست دارد، مثل آتش‌نشان، بیشتر قابلیت به عمل درآوردن خودکشی را دارد در مقایسه با کسی که هم دانش و هم ابزار کمی برای خودکشی دارد (سوانسون، روبرتزو چاپمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). پس خودکشی زمانی انجام می‌شود که این سه نوع ظرفیت موجود باشد. با توجه به این آمار و ارقام و پیامدهای مهمی که خودکشی در سطح جهان دارد، تحقیقات بسیاری در این حیطه انجام شده است، اما متأسفانه بیشتر تحقیقات کاهش معنی‌داری در آمار و ارقام خودکشی نشان نداده است. پس، گسترش راهبردهای مداخله‌ای و پیشگیرانه اثربخش، به احتمال قریب به یقین مستلزم درک درستی از فرایندهای زیربنایی سبب‌ساز ایده‌پردازی، اقدام و مرگ ناشی از خودکشی است (کلونسکی و می، ۲۰۱۵). بنابراین با توجه به موارد ذکر شده در بالا، هدف از پژوهش حاضر بررسی ساختاری الگوی سه مرحله‌ای خودکشی در دانشجویان می‌باشد.

مدل پیشنهادی پژوهش نیز در شکل ۲ آورده شده است.



شکل ۲. مدل ساختاری پیشنهادی نظریه سه مرحله‌ای خودکشی

## روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود که با روش مدل معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی به تعداد حدود ۱۲ هزار نفر بود که ۶۳۰ نفر از آنها به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب

1. Swanson, S. P., Roberts, L. J., & Chapman, M. D.

شد. ملاک این تعداد نمونه این بوده است که در معادلات ساختاری، اگر حجم، ۵۰۰ نفر و بیشتر از آن باشد، عالی است و بر همین اساس ۶۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند (هومن، ۱۳۹۵). سپس ابزارهای پژوهش در اختیار پاسخگویان قرار گرفت. قبل از اجرای پرسشنامه، با مراجعه به کلاس‌های درس و تخصیص فرصت مناسب برای تکمیل پرسشنامه، به آزمودنی‌ها در مورد هدف از این پژوهش و اهمیت پدیده خودکشی توضیح داده شد و بعد از کسب رضایت آگاهانه پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت. در تکمیل پرسشنامه دو عامل زمان مناسب و فاصله مناسب دانشجویان جهت حفظ محرمانگی و راحتی آنها در تکمیل پرسشنامه لحاظ شد. در نهایت پرسشنامه‌ها بعد از تکمیل تحویل گرفته شد. در اجرای کار از ابزارهای زیر استفاده شد.

۱. اقدام به خودکشی<sup>۱</sup>: از یک آیتم مبتنی بر مطالعه دهینگرا، بودوشک و اُکانر<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) استفاده شد. سؤال این بود: «پیش‌تر از این تاکنون چند بار واقعاً اقدام به کشتن خود کرده‌اید که در آن تاحدی نیت مردن داشتید؟». در این مطالعه، پاسخ‌ها از صفر تا ۵ یا بیشتر نمره‌گذاری می‌شد. نزدیک به ۸ درصد (۰/۰۷۹)، یک بار اقدام به خودکشی و ۳ درصد دو بار یا بیشتر اقدام به خودکشی را گزارش کردند. مطالعه ناک، هولمبرگ، فوتوس و میشل<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) نشان از روایی همزمان این آیتم با دیگر پرسشنامه‌های خودکشی داشت.

۲. خرده‌مقیاس نشانگان افسردگی-گرایش به خودکشی<sup>۴</sup> (DSI-SS): این مقیاس به ارزیابی فراوانی و شدت افکار خودکشی در زمان حال می‌پردازد. این یک مقیاس چهار سؤالی خودگزارشی است که به ارزیابی وجود و شدت افکار، طرح و انگیزه خودکشی می‌پردازد. هر گویه شامل گروهی از عبارات است که نمره‌ای در دامنه ۰ تا ۳ می‌گیرد و بالاترین نمره ۱۲ می‌باشد و نمره بالاتر نشانه شدت بیشتر مشکل است. شدت

1. Suicide Attempt

2. Dhingra, K., Boduszek, D., & O'Connor, R.C

3. Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V.I., & Michel, B. D

4. Depressive Symptom-Suicidality Subscale (DSI-SS)

ایده‌پردازی برای خودکشی توسط نمره کلی پاسخ‌ها در دامنه بین صفر تا ۳ (در مطالعه حاضر؛  $M=1.01$  و  $SD=1.096$ ) بوده است. دو مطالعه، همسانی درونی و روایی همگرای عالی و توانایی تمیز اقدام‌کنندگان از غیراقدام‌کنندگان را در جمعیت عمومی گزارش کردند (جونیر، پیفاف و آکرس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ فان. گلیشینسکی، تیزمن، پرینز، گبائور و هیرشفلد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). مطالعه اصلی (جونیر و همکاران، ۲۰۰۲) نمره برش را ۳ در نظر گرفته، اما مطالعه بعدی (فان. گلیشینسکی و همکاران، ۲۰۱۶) بهترین نقطه برش در جمعیت عادی را ۲ دانسته است. در مطالعه جاری، همسانی درونی بالا بوده است ( $\alpha=0/91$ ).

۳. مقیاس درد روانی<sup>۳</sup>: این مقیاس بر مبنای تئوری اشنیدمن (۱۹۹۳) طراحی شده است و شامل ۱۳ گویه می‌شود و نمرات بالاتر در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی نشان از درد روان شناختی تجربه شده توسط فرد می‌باشد. این مقیاس از روایی سازه و همسانی درونی بالایی برخوردار بوده است (هولدن، مهتا، کانینگام و مک‌لود<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). در مطالعه جاری، همسانی درونی بالا بوده است ( $\alpha=0/95$ ).

۴. مقیاس ناامیدی<sup>۵</sup>: در این پژوهش، دو مقیاس مستقل برای ارزیابی ناامیدی مورد استفاده قرار گرفت و هر دوی آنها از فراسر و همکاران (۲۰۱۴) اقتباس شده است. دو مقیاس فقط در جملات مثبت و منفی با هم تفاوت داشتند. نمره گذاری سؤالات در یک مقیاس لیکرتی ۱ تا ۵ بوده است. یک نمونه سؤال بدین صورت بود: «آینده در نظرم مایوس و نومیدکننده است و گمان نمی‌کنم که اوضاع بهتر شود.» در جملات مثبت، نمره بالاتر نشانه بالاتر نشانه ناامیدی بیشتر و در جملات منفی، نمره پایین‌تر نشانه ناامیدی بیشتر است. هر دوی مقیاس مثبت ناامیدی و مقیاس منفی ناامیدی همبستگی بالایی با مقیاس ناامیدی بک داشتند ( $r=0/87$  و  $r=0/93$  به ترتیب).

1. Joiner Jr, T., Pfaff, J. J., & Acres, J. G.

2. Von Glischnski, M., Teismann, T., Prinz, S., Gebauer, J., & Hirschfeld, G.

3. The Psychache Scale

4. Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D.

5. Hopelessness

6. Fraser, L

همچنین پایایی باآزمایی و روایی همزمان با پرسشنامه افسردگی برای هر دو مقیاس مورد قبول بود (فراسر و همکاران، ۲۰۱۴). در این مطالعه، هر دو مقیاس منفی و مثبت ناامیدی از همسانی درونی مطلوبی برخوردار بودند (به ترتیب  $\alpha = 0/90$  و  $\alpha = 0/84$ ).

۵. پرسشنامه نیازهای بین‌فردی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه دارای چندین نسخه (۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۸ و ۲۵ سؤالی) است که طبق گزارش هیل<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۵) نسخه ۱۰ و ۱۵ سؤالی بهترین میزان اعتبار درونی و تناسب با مدل تحلیل عاملی اکتشافی را دارند. نسخه ۱۵ سؤالی این مقیاس، به صورت خودگزارشی از شرکت‌کنندگان می‌خواهد که بهترین گزینه ممکن را متناسب با باورهای خود در مورد اینکه در حال حاضر تا چه میزانی با دیگران در ارتباط هستند (تعلق‌پذیری) و تا چه میزانی فکر می‌کنند که سربار دیگران هستند (ادراک سربار بودن) را در یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکراتی مشخص کنند. اهمیت این پدیده در این است که افراد شرکت‌کننده با این ابراز باورها، می‌توانند به محققان نشان دهند که به چه میزان رفتارهای بین‌فردی و ارزش‌چنین رفتارهایی می‌تواند رفتارهای اساسی آنها مثل تمایل به خودکشی را پیش‌بینی کند. همچنین نمره بالاتر در این مقیاس به معنای ادراک سربار بودن و تعلق‌پذیری خنثی بیشتر هست که این هم نشانگر باور فرد برای این است که او در تعاملات اجتماعی منشأ مشکلات و آسیب‌ها برای اطرافیان خود است؛ در واقع این باور به سربار بودن یا تعلق‌پذیری خنثی ناشی از عوامل محیطی است که فرد در طی زندگی خود با آنها رو به رو شده است. در ضمن اعتبار درونی (آلفا=۰/۹۰) و پایایی خوبی برای این مقیاس گزارش شده است (هاوکینز، هامس، ریبریو، سیلوا و جوینرو کاگل<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴؛ ون‌اوردن و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین از میان سؤالات پرسشنامه، سه سؤال ۹، ۱۱ و ۱۲ به‌خاطر بار عاملی پایین از پرسشنامه کنار گذاشته شدند. جهت بررسی روایی پرسشنامه به برآورد همبستگی آن با افسردگی، اضطراب، و شکست اقدام شد و

1. Interpersonal Needs Questionnaire

2. Hill, R.M

3. Hawkins, K. A., Hames, J. L., Ribeiro, J. D., Silva, C., Joiner, T. E., & Cogle, J. R.

نتایج آن تحت عنوان روایی همگرا گزارش شد که نشان داد پرسشنامه از روایی مطلوبی برخوردار است (کیانی، احمدبوکانی، نجفی و گرجی، ۱۳۹۹). در این مطالعه، هر دو مقیاس ادراک سربار بودن و تعلق پذیری خنثی از همسانی درونی خوبی برخوردار بودند (به ترتیب  $\alpha=0/80$  و  $\alpha=0/92$ ).

۶. توانایی اکتساب شده خودادراکی برای خودکشی<sup>۱</sup>: مطالعه ریمکوویسین، هاوگود، آگورمن و دی لئو<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) پیشنهاد می‌کند که پرسشنامه یک گویه ای «اگر بخواهم می‌توانم خودم را بکشم» می‌تواند بهتر از نسخه کامل ۷ گویه ای آن به ارزیابی توانایی اکتساب شده برای خودکشی در جمعیت بالینی پردازد. در تحقیق ریمکوویسین و همکاران (۲۰۱۶) این یک گویه بالاترین همبستگی را با تمام سطوح رفتار خودکشی نشان داد و این نسخه از روایی سازه برخوردار بوده است. پایایی بازآزمایی آن نیز مناسب گزارش شده است ( $r=0/73$ ).

۷. پرسشنامه ظرفیت خودکشی-۳<sup>۳</sup>: (SCS-3) این یک مقیاس ۶ آیتمی است که توسط کلونسکی و می (۲۰۱۵) طراحی شده است و به ارزیابی سه سازه مختلف ظرفیت ذاتی (الگوی ماندگار ترس حداقلی از درد یا مرگ)، اکتساب شده (ترس از درد یا مرگ که در طول زمان کاهش یافته است) و عملی<sup>۴</sup> (دسترسی و آگاهی در مورد روش‌های خودکشی) برای خودکشی می‌پردازد. مطالعه اصلی نشان داده که این مقیاس توانایی تمیز اقدام‌کنندگان خود از ایده‌پردازان خودکشی را دارد. همچنین دیهینگرا و همکاران، (۲۰۱۸) گزارش کرده‌اند که این مقیاس از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است ( $\alpha=0/72$ ). برای حمایت از روایی این پرسشنامه، همبستگی آن با پرسشنامه ۲۰ سؤالی مقیاس ظرفیت اکتسابی خودکشی (ون‌اوردن و همکاران، ۲۰۰۸) مثبت و بالا بود ( $r=0/69$  و  $p < 0/001$ ). همچنین، هر سه خرده مقیاس به صورت

1. Self-Perceived Acquired Capability for Suicide

2. Rimkeviciene, J., Hawgood, J., O'Gorman, J., & De Leo, D.

3. Suicide Capacity Scale-3

4. dispositional, acquired, and practical capacities

مثبتی با مقیاس ظرفیت اکتسابی همبستگی داشتند: ذاتی ( $r=0,62$ )، اکتسابی ( $r=0,59$ ) و عملی ( $r=0,39$ ). در این پژوهش ظرفیت اکتسابی و ذاتی در یک عامل ادغام شده است. در این پژوهش نیز همانند پژوهش اصلی، سؤالات از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار بود ( $\alpha=0,72$ ).

### یافته‌ها

توزیع فراوانی شرکت کنندگان مرد با تعداد ۱۸۲ (۲۸/۹) و شرکت کنندگان زن ۴۴۸ (۷۱/۱) بود. اکثریت نمونه از دانشجویان کارشناسی و در رده سنی بین ۱۸ تا ۳۰ سال قرار داشتند. از این تعداد ۵۰۸ (۸۰/۶) نفر مجرد و ۱۲۲ (۱۹/۴) نفر متاهل بودند. فراوانی مربوط به شرکت کنندگان در مقطع کارشناسی ۵۶۴ (معادل ۸۹/۵)، کارشناسی ارشد ۵۴ (معادل ۸/۶) و با مدرک دکترا ۱۲ نفر (معادل ۱/۹) می‌باشد. ماتریس همبستگی متغیرهای الگو در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. ظرفیت اکتسابی - ذاتی	۱									
۲. ظرفیت عملی	۰/۲۸**	۱								
۳. ناامیدی منفی	۰/۱۳**	۰/۳۲**	۱							
۴. درد روانی	۰/۱۱**	۰/۴۳**	۰/۴۹**	۱						
۵. امیدواری	۰/۰۲۹	۰/۳۲**	۰/۶۶**	۰/۴۴**	۱					
۶. احساس سربار بودن	۰/۱۱**	۰/۳۶**	۰/۴۳**	۰/۵۵**	۰/۴۰**	۱				
۷. تعلق پذیری خنثی	۰/۰۴۴	۰/۱۴**	۰/۲۳**	۰/۲۱**	۰/۲۶**	۰/۱۶**	۱			

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۸. خود ادراکی	۰/۲۲**	۰/۶۱**	۰/۳۷**	۰/۴۴**	۰/۳۰**	۰/۳۸**	۰/۰۶۶	۱		
۹. ایده پردازی خودکشی	۰/۱۴**	۰/۴۴**	۰/۴۳**	۰/۵۴**	۰/۴۱**	۰/۵۰**	۰/۱۶**	۰/۵۱**	۱	
۱۰. اقدام به خودکشی	۰/۱۰*	۰/۲۱**	۰/۱۳**	۰/۳۳**	۰/۰۹۷*	۰/۲۷**	۰/۱۱**	۰/۳۴**	۰/۴۰**	۱

\*P < ۰/۰۵ \*\*P < ۰/۰۱

همان طور که داده‌های جدول (۱) نشان می‌دهد، همه ضرایب همبستگی به جزء، ضریب همبستگی ظرفیت اکتسابی - ذاتی با امیدواری و با تعلق پذیری خنثی و همچنین خودادراکی با تعلق پذیری خنثی معنی دار بوده است. بالاترین ضریب همبستگی مربوط به رابطه درد روانی و احساس سربار بودن و همچنین بین درد روانی با ایده پردازی خودکشی است. برای آزمون مدل پیشنهادی، پس از بررسی مفروضه‌های مدل یابی مسیری یعنی نرمال بودن متغیرها و خطی بودن رابطه میان متغیرها آزمون مدل اجرا شد. برارزش الگوی پیشنهادی با داده‌ها براساس شاخص‌های برازندگی در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های تناسب مدل برای مدل ساختاری پیشنهادی

شاخص‌های برارزش متغیر	مجدور درجه خی آزادی	X <sup>2</sup> test (P value)						
		CFA	NFI	RMSEA	AGFI	GFI	CMIN/df	
الگوی پیشنهادی	۳۰	۰/۷۸	۰/۷۷	۰/۱۵۰	۰/۷۷	۰/۷۸	۱۵/۱۷	۰/۰۰
الگوی اصلاح شده	۴	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۰۳۴	۰/۹۸	۰/۹۹	۱/۷۱۴	۰/۱۴۴

با توجه به عدم برازندگی مدل پیشنهادی با داده‌ها مدل باید اصلاح شود. به منظور ارتقای الگوی پیشنهادی، گام بعدی همبسته کردن خطاها، اضافه کردن مسیرها یا

حذف مسیرهای غیرمعنادار برای برازش مطلوب مدل بود. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که ضریب شاخص ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب RMSEA برابر با (۰/۰۳۴)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) برابر با ۰/۹۹۷، شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۹۰، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) برابر با ۰/۹۹۳، شاخص شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) برابر با ۰/۹۹۵، دلالت بر برازش بسیار مناسب و مطلوب مدل مفهومی مورد نظر دارد. در جدول شماره ۳ نیز ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم آورده شده‌اند.

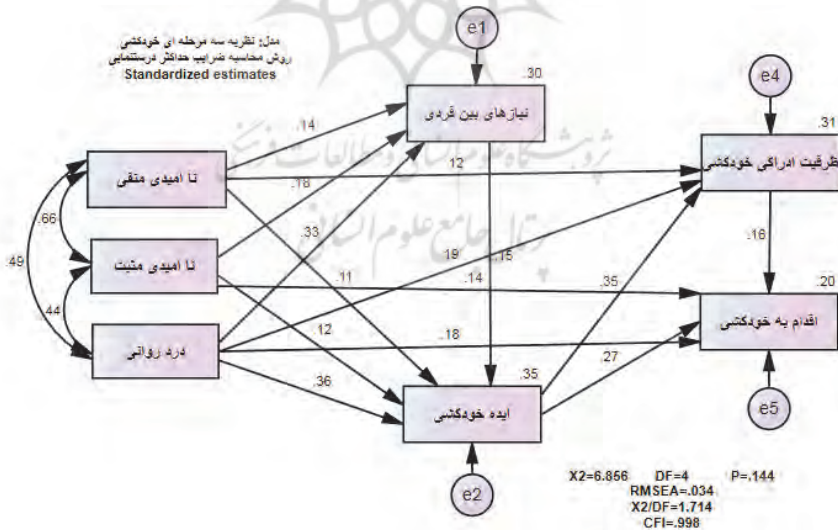
جدول ۳. مسیرها و ضرایب استاندارد و غیراستاندارد در مدل سه مرحله‌ای

P	T (C.R)	S.E.	$\beta$	B	متغیرها
۰/۰۰۱	۹/۰۲	۰/۰۰۷	۰/۳۳	۰/۰۶۲	درد روانی <--- نیازهای بین فردی
۰/۰۰۱	۳/۸۹	۰/۰۰۵	۰/۱۵	۰/۰۲۱	نیازهای بین فردی <--- ایده پردازی خودکشی
۰/۰۰۱	۴/۰۹	۰/۲۸۴	۰/۱۸	۱/۱۶	امیدواری <--- نیاز بین فردی
۰/۰۰۱	۳/۰۵	۰/۲۷۰	۰/۱۴	۰/۸۲۳	ناامیدی <--- نیازهای بین فردی
۰/۰۰۱	۹/۰۱	۰/۰۰۷	۰/۳۶	۰/۰۶۲	درد روانی <--- ایده پردازی خودکشی
۰/۰۰۸	۲/۶۵	۰/۰۳۸	۰/۱۲	۰/۱۰۲	ناامیدی مثبت <--- ایده پردازی خودکشی
۰/۰۱۲	۲/۵۰	۰/۰۳۶	۰/۱۱	۰/۰۹۰	ناامیدی منفی <--- ایده پردازی خودکشی
۰/۰۰۱	۴/۵۹	۰/۰۰۴	۰/۱۹	۰/۰۱۷	درد روانی <--- ظرفیت ادراکی خودکشی
۰/۰۰۲	۳/۱۶	۰/۰۱۶	۰/۱۲	۰/۰۵۰	ناامیدی منفی <--- ظرفیت ادراکی خودکشی
۰/۰۰۱	۸/۸۲	۰/۰۲۱	۰/۳۵	۰/۱۸۲	ایده پردازی خودکشی <--- ظرفیت ادراکی خودکشی
۰/۰۰۱	۴/۰۳	۰/۰۰۲	۰/۱۸	۰/۰۱۰	درد روانی <--- اقدام به خودکشی
۰/۰۰۱	۳/۴۶	۰/۰۱۱	۰/۱۴	۰/۰۳۹	ناامیدی مثبت <--- اقدام به خودکشی
۰/۰۰۱	۳/۶۳	۰/۱۳۴	۰/۱۴	۰/۴۸۷	ایده پردازی خودکشی <--- ظرفیت اکتسابی - ذاتی



متغیرها	<b>B</b>	<b>β</b>	<b>S.E.</b>	<b>T (C.R)</b>	<b>P</b>
ایده پردازی خودکشی ---> ظرفیت عملی	۰/۸۴۲	۰/۴۴	۰/۰۶۹	۱۲/۱۶	۰/۰۰۱
ظرفیت اکتسابی -ذاتی ---> اقدام به خودکشی	۰/۰۰۳	۰/۰۲۹	۰/۰۰۳	۰/۷۹۶	۰/۴۲۶
ظرفیت عملی ---> اقدام به خودکشی	۰/۰۱۱	۰/۰۶۵	۰/۰۰۷	۱/۶۱	۰/۱۰۶
ظرفیت خود ادراکی ---> اقدام به خودکشی	۰/۱۰۱	۰/۱۶	۰/۰۲۶	۳/۸۲	۰/۰۰۱
ایده پردازی خودکشی ---> اقدام به خودکشی	۰/۰۸۷	۰/۲۷	۰/۰۱۵	۵/۹۷	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بیشترین ضریب تاثیر مستقیم به سمت ظرفیت عملی خودکشی، مربوط به ایده‌پردازی خودکشی و کمترین ضریب تاثیر مستقیم به سمت اقدام به خودکشی مربوط به ظرفیت اکتسابی -ذاتی است. شکل ۳ الگوی نهایی پژوهش حاضر همراه با ضرایب استاندارد را نشان می‌دهد.



شکل ۳. مقادیر استاندارد شده مدل مسیر نظریه سه مرحله‌ای

مسیرهای واسطه‌ای با استفاده از روش بوت استرپ بررسی شدند که در جدول ۴ نتایج درج شده‌اند. تفسیر داده‌های جدول ۳ به این ترتیب است که اگر حد بالا و پایین ضریب یک مسیر عدد صفر را در برگیرد به معنای معنادار نبودن آن مسیر و اگر عدد صفر را در برنگیرد، آن مسیر معنادار است (بشلیده، ۱۳۹۱).

جدول ۴. شاخص‌های آزمون بوت استرپ برای سنجش روابط غیرمستقیم در مدل سه مرحله‌ای

<u>P</u>	حد بالا	حد پایین	$\beta$	<u>B</u>	متغیرها
۰/۰۱۳	۰/۰۳۸	۰/۰۰۶	۰/۰۲۱	۰/۰۱۷	نامیدی منفی <--- نیازهای بین فردی <--- ایده پردازی خودکشی
۰/۰۱۱	۰/۰۴۵	۰/۰۱۳	۰/۰۲۸	۰/۰۲۴	نامیدی مثبت <--- نیازهای بین فردی <--- ایده پردازی خودکشی
۰/۰۱۱	۰/۰۷۴	۰/۰۳۰	۰/۰۵۰	۰/۰۰۹	درد روانی <--- نیازهای بین فردی <--- ایده پردازی خودکشی
۰/۰۱۳	۰/۰۸۲	۰/۰۱۸	۰/۰۴۸	۰/۰۱۹	نامیدی منفی <--- نیازهای بین فردی <--- ایده پردازی خودکشی <--- ظرفیت ادراکی
۰/۰۰۷	۰/۰۸۶	۰/۰۲۲	۰/۰۵۱	۰/۰۲۳	نامیدی مثبت <--- نیازهای بین فردی <--- ایده پردازی خودکشی <--- ظرفیت ادراکی
۰/۰۰۹	۰/۱۹۷	۰/۱۰۲	۰/۱۴۴	۰/۰۱۳	درد روانی <--- نیازهای بین فردی <--- ایده پردازی خودکشی <--- ظرفیت ادراکی
۰/۰۱۵	۰/۰۸۰	۰/۰۲۷	۰/۰۵۳	۰/۰۰۴	نیازهای بین فردی <--- ایده پردازی خودکشی <--- ظرفیت ادراکی
۰/۰۱۲	۰/۱۰۱	۰/۰۳۱	۰/۰۶۳	۰/۰۱۶	نامیدی منفی <--- نیازهای بین فردی <--- ایده خودکشی <--- ظرفیت ادراکی <--- اقدام به خودکشی
۰/۰۰۴	۰/۰۹۸	۰/۰۲۰	۰/۰۴۷	۰/۰۱۳	نامیدی مثبت <--- نیازهای بین فردی <--- ایده خودکشی <--- ظرفیت ادراکی <--- اقدام به خودکشی
۰/۰۱۲	۰/۲۴۶	۰/۰۹۱	۰/۱۶۳	۰/۰۰۹	درد روانی <--- نیازهای بین فردی <--- ایده خودکشی <--- ظرفیت ادراکی <--- اقدام به خودکشی

متغیرها	$\underline{B}$	$\beta$	حد پایین	حد بالا	$\underline{P}$
نیازهای بین فردی --- ایده خودکشی --- ظرفیت ادراکی خودکشی --- اقدام به خودکشی	۰/۰۰۲	۰/۰۴۹	۰/۰۲۰	۰/۰۷۵	۰/۰۱۹
ایده خودکشی --- ظرفیت ادراکی خودکشی --- اقدام به خودکشی	۰/۰۱۸	۰/۰۵۷	۰/۰۱۴	۰/۱۰۱	۰/۰۲۲

همان طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، حد بالا و پایین متغیرهای نیازهای بین فردی، ایده پردازی خودکشی و ظرفیت ادراکی خودکشی در رابطه بین مجموعه درد و ناامیدی با اقدام به خودکشی صفر را در بر نمی‌گیرد، بنابراین متغیرهای نقش میانجی‌گرا در رابطه بین این دو متغیر ذکر شده ایفا می‌کنند. همچنین حد بالا و پایین متغیرهای ایده پردازی خودکشی و ظرفیت ادراکی خودکشی در رابطه بین نیازهای بین فردی و اقدام به خودکشی صفر را در بر نمی‌گیرد که نشان دهنده این است ایده پردازی خودکشی و ظرفیت ادراکی خودکشی در بین دو متغیر مذکور به عنوان متغیر میانجی عمل می‌کند. علاوه بر این حد پایین و حد بالای ظرفیت ادراکی خودکشی در رابطه بین ایده پردازی خودکشی و اقدام به خودکشی صفر را در بر نمی‌گیرد که نشان از این دارد که ظرفیت ادراکی خودکشی در رابطه بین ایده پردازی خودکشی و اقدام به خودکشی نقش میانجی را برعهده دارد.

مدل سه مرحله‌ای عنوان می‌دارد ایده‌پردازی خودکشی در رابطه درد و ناامیدی با اقدام به خودکشی نقش میانجی را دارد. در این پژوهش نیز دقیقاً این اصل مصداق پیدا کرده است. نتایج نشان دادند درد روانی و ناامیدی هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم از طریق ایده خودکشی و ظرفیت ادراکی خودکشی روی اقدام به خودکشی تاثیر معنادار می‌گذارد؛ و این با نتایج کلونسکی (۲۰۱۳) همسان است و مدل از لحاظ عملی مورد تایید است. تنها ارتباط بین ظرفیت اکتسابی خودکشی در مدل به دلیل با عاملی پایین و برازش بهتر مدل از مدل حذف شد. مطابق با این مدل درد روانی مهم‌ترین

پیش‌بینی‌گر ایده‌پردازی خودکشی هستند و نبود نیازهای بین‌فردی نقش محافظتی دارد. این بدان معناست که مطابق تئوری بین‌فردی، وقتی فرد پیوند با دیگران (که یکی از مقیاسهای نیازهای بین‌فردی است) داشته باشد، این پیوند مانع از تشدید ایده خودکشی در افرادی می‌شود که هم احساس درماندگی و هم احساس درد دارند (دیهینگرا، کلونسکی و تاپولا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). بنابراین، پیوند قدرتمند با دیگران می‌تواند از فرد در مقابل خودکشی محافظت کند.

### بحث و نتیجه‌گیری

تئوری بین‌فردی خودکشی توماس جوینر نسل جدیدی از تئوری‌های خودکشی را پایه‌ریزی کرد که از چارچوب ایده تا عمل پیروی می‌کنند. این تئوری‌ها نحوه شکل‌گیری ایده خودکشی و پیشروی ایده به اقدام را به صورت فرایندهایی مجزا و جداگانه در نظر می‌گیرد. که نیاز به تبیین‌های جداگانه نیز دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی ساختاری الگوی سه مرحله‌ای خودکشی در دانشجویان بوده است که در پی این بوده تا به بررسی چگونگی عمل و نحوه ایجاد و شکل‌گیری ایده تا عمل خودکشی در جامعه ایرانی بپردازد. اصل زیربنایی مدل سه مرحله‌ای این است که ایده‌پردازی خودکشی ناشی از ترکیب درد و ناامیدی است. در این پژوهش نیز دقیقاً این اصل مصداق پیدا کرده است. بدین صورت که دو عامل درد روانی و ناامیدی مهم‌ترین پیش‌بین‌گرهای خودکشی بوده‌اند. این یافته نه تنها با پژوهش اصلی طراحان این مدل، بلکه با یافته‌های تحقیقی یکی از پژوهش‌های اخیر می‌وکلونسکی (۲۰۱۳) مبنی بر اینکه اقدام به خودکشی بیش از هر متغیر دیگری، تحت تاثیر درد و ناامیدی قرار دارد، همخوان می‌باشد. دومین اصل این است که پیوند یک عامل محافظتی کلیدی در برابر تشدید ایده در کسانی است که هم از درد و هم ناامیدی بالایی برخوردار هستند. این اصل دوم نیز در اینجا کاملاً مصداق دارد. بدین صورت که در این نظریه عقیده بر این است که عامل پیوند که در اینجا از طریق

1. Dhingra, KJ., Klonsky, ED and Tapola, V.

سازه‌نیازهای بین فردی (تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن) سنجیده شده است، عاملی مهم در پیشگیری از خودکشی می‌باشد. یعنی اگر فرد درد روانی و ناامیدی را داشته باشد، اما پیوند نیز وجود داشته باشد و آن دو نیاز بین فردی وجود نداشته باشند، این درد و ناامیدی تبدیل به اقدام نخواهد شد. گفته شده که پیوند در مدل سه مرحله‌ای خودکشی شبیه همان نیازهای بین فردی در مدل بین فردی - روان‌شناختی جوینر می‌باشد. نظریه بین فردی - روان‌شناختی مدعی هست که تمایل به خودکشی در نتیجه حضور دو ریسک فاکتور است: اول، تعلق‌پذیری خنثی<sup>۱</sup> (حس تعلق‌پذیری کم و باور فرد مبنی بر این که او از سایر افراد جدا هست و به خانواده، گروهی از دوستان و یا گروهی خاصی تعلق ندارد که خود شامل دو عامل تنهایی و نبود مراقبت دوسویه<sup>۲</sup> است. و دوم، ادراک سربار بودن<sup>۳</sup> (دیدگاه شخص مبنی بر این که وجود فرد باری برای اعضای خانواده، دوستان و جامعه هست و در نبود او آنها عملکرد بهتری خواهند داشت، و متشکل از دو عامل تنفراز خود و احساس مسئولیت می‌باشد. (ریبیرو و جوینر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). پیوند قدرتمندی بین انزوای اجتماعی - نمود نسبتاً شدید تعلق‌پذیری خنثی که شامل روابط اجتماعی کم یا عدم روابط اجتماعی می‌شود - و خودکشی وجود دارد. تعلق‌پذیری خنثی باعث تأثیرات آسیب‌زننده‌ای بر شناخت و رفتار مثل نقص در خودتنظیمی، نقص در کارکرد اجرایی، کاهش رفتارهای اجتماعی، رفتارهای پرخاشگرانه، سوگیری‌های خصمانه در پردازش اجتماعی شناختی، رفتارهای خودتخریب غیرعمدی و حالتی از «بی‌حسی درونی» می‌شود (توئنچ، کاتانیس و بامیستر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). ادراک سربار بودن به این معنی است که وجود یک فرد باری بردوش خانواده، دوستان و جامعه است. این دید این ایده را پیش می‌آورد که «مرگ من بهتر از زنده بودن من برای خانواده، دوستان و جامعه است». تحقیقات سابق بین سطح بالاتر ادراک سربار بودن و خودکشی رابطه نشان

1. belongingness

2. of reciprocal care

3. burdensomeness

4. Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E

5. Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F

دادم‌اند (دی‌کاتانزارو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ ون‌اوردن، لینام، هولار و جونیر و همکاران، ۲۰۰۶). سومین اصل در مدل سه‌مرحله‌ای خودکشی این است که پیشروی از ایده به اقدام زمانی اتفاق می‌افتد که عوامل ذاتی، اکتسابی و عملی ظرفیت کافی را برای روبرویی فرد با درد و ترس ایجاد کنند و باعث شوند که فرد اقدام به پایان بخشیدن به زندگی خود کند. در این پژوهش نیز، سه عامل توانایی ذاتی - اکتسابی و عملی، ظرفیت ادراکی تنها ظرفیت ادراکی توانایی این را داشت که باعث تبدیل ایده به اقدام خودکشی شوند. می‌تواند استدلال کرد که متغیرهای که معمولاً به عنوان پیش‌بینی‌کننده خودکشی ارائه می‌شوند، در واقع ایده خودکشی را پیش‌بینی می‌کنند اما در پیش‌بینی اقدام به خودکشی نقشی ندارند که این با نتایج تحقیقات برتسکی و همکاران همخوان است (برتسکی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین اعتبار پیش‌بینی ابزاری که قصد سنجش ظرفیت خودکشی را به طور مستقیم دارد، همچنان مورد سؤال است، زیرا در حدود نیمی از مطالعاته انجام شده، رابطه‌ای بین ظرفیت خودکشی و خودکشی وجود نداشت (می و همکاران ۲۰۱۶).

پس این نتایج با مدل اصلی هم‌خوانی دارد و از حمایت تجربی بالایی برخوردار است و می‌توان آن را در جمعیت‌ها و گروه‌های مختلف به کار برد. تفاوت این مدل با مدل‌های دیگر در این است که در اینجا تأکید بر این است که ترکیب دو عامل درد و ناامیدی با هم حائز اهمیت می‌باشد. چون وجود هر دوی این عوامل باعث افزایش ایده‌پردازی برای خودکشی می‌شود. دومین تفاوت کلیدی با مدل‌های دیگر، مسئله پیوند است که شبیه سربار بودن و تعلق‌پذیری خنثی در مدل جویئر می‌باشد. اما در این مدل، عقیده بر این است که این دو عامل می‌توانند به درد و ناامیدی کمک کنند ولی ضرورتاً باعث درد و ناامیدی یا ایده‌پردازی برای خودکشی نمی‌شوند.

این تئوری می‌تواند به طرق مختلفی الهام‌بخش ما در پیشگیری و مداخله در خودکشی باشد و می‌تواند کمک شایانی به ما در کاهش خودکشی کند. براساس این مدل و یافته‌های این پژوهش، اگر می‌خواهیم آمار خودکشی را کاهش دهیم، اولاً باید درد

1. de Catanzaro, D

2. Baertschi, M., & et al

را کم کنیم، دوماً، امید را افزایش دهیم و ناامیدی را کم کنیم، سوماً، پیوند بین انسان‌ها ایجاد کرده و چهارماً ظرفیت افراد برای خودکشی را کم کنیم. ضمناً، باید عوامل مختلف دیگر همچون بافت و محیط، سن، سطح مداخله (فردی، همگانی و...) را در نظر بگیریم.

این پژوهش چندین محدودیت داشته است: این مطالعه در کلاس درس و روی دانشجویان اجرا شده و چون خودکشی جزو ننگ اجتماعی در فرهنگ ما است، باید در مورد تعمیم نتایج و استناد قطعی به یافته‌ها حساس بود. دوماً، داده‌ها از جمعیت عادی و غیربالینی تهیه شده است. این دانشجویان افراد دارای اختلالات شدید نبوده‌اند و بهتر است در جمعیت‌های بالینی نیز پژوهش‌هایی در این زمینه انجام بگیرد. سوماً، این پژوهش در دانشجویان سنین ۱۸ سال به بالا انجام گرفته و بهتر است در جمعیت حتی ۱۳ سال به بالا نیز انجام بگیرد. چون مطابق با تحقیقات، سن اقدام به خودکشی روز به روز در حال پائین‌تر آمدن است و خودکشی دومین علت مرگ و میر در گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال و حتی اولین علت مرگ در بین دختران سن ۱۵ تا ۱۹ سال می‌باشد (بیلسن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). چهارماً، در این پژوهش فقط از ابزار خودسنجی پرسشنامه استفاده شده است و این ممکن است باعث سوگیری شده و بهتر است از مصاحبه یا مقیاس‌های رفتاری نیز استفاده شود. بهتر است این پژوهش در قومیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف و حتی به صورت طولی اجرا شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود که برای کاهش ایده و اقدام به خودکشی می‌توان با برگزاری دوره‌های آموزشی مهارتی و انگیزشی، امیدواری را در افراد بالا برد. همچنین، با شناسایی ظرفیت افراد برای خودکشی، می‌توانیم آمادگی و احتمال اقدام به خودکشی آنها را مورد بررسی قرار دهیم و کسانی که از ظرفیت بالاتری برخوردار هستند، به صورت جدی و دقیق تحت مراقبت و نظارت قرار بگیرند. در مرحله ایده به اقدام نیز، می‌توان با برقراری پیوندهای خانوادگی و اجتماعی مستحکم، احساس تعلق را در افراد بالا برد و با برانگیختن آنها برای انجام فعالیتی مفید و معنی‌دار در بطن جامعه و

خانواده، باعث شد که آنها احساس مضمحل‌بودن و مفید بودن داشته باشند و چنین برداشتی نکنند که سرباری روی دوش خانواده و جامعه هستند که این می‌توان مانع از تبدیل ایده به اقدام شود.

## منابع

بشیلده، ک (۱۳۹۱). روش پژوهش و تحلیل آماری مثال‌های پژوهشی با SPSS و Amos. انتشارات دانشگاه شهید چمران اهواز.

کیانی چلمردی ا.ر.، رشید، س.، رمضانی ش. (۱۳۹۸) اعتباریابی مدل یکپارچه انگیزشی ارادی خودکشی در بین دانشجویان: مدل ساختاری. مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. دوره ۲۵ شماره ۲، ۱۹۴-۲۰۹

کیانی، ا.ر. احمدبوکانی، س.، نجفی، ن.، گرجی، ز. (۱۳۹۹). اعتباریابی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه نیازهای بین‌فردی در دانشجویان. فصلنامه پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری. زیر چاپ  
هومن، ح. ا. (۱۳۹۷). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل. تهران: انتشارات سمت

Baertschi, M., Costanza, A., Richard-Lepouriel, H., Pompili, M., Sarasin, F., Weber, K., & Canuto, A. (2017). The application of the interpersonal-psychological theory of suicide to a sample of Swiss patients attending a psychiatric emergency department for a non-lethal suicidal event. *Journal of affective disorders*, 210, 323-331.

Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: risk factors. *Frontiers in psychiatry*, 9, 540.

CDC (Cent. Dis. Control Prev.). 2010a. Nonfatal Hospitalized Injuries, Both Sexes, All Ages, United States, 2010. <https://wisqars.cdc.gov:8443/costT/>

Czajkowski, N., Kendler, K. S., Tambs, K., Røysamb, E., & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). The structure of genetic and environmental risk factors for phobias in women. *Psychological Medicine*, 41(9), 1987-1995.

de Catanzaro, D. (1995). Reproductive status, family interactions, and suicidal ideation: Surveys of the general public and high-risk groups. *Ethology and Sociobiology*, 16(5), 385-394.

Dhingra, K., Boduszek, D., & O'Connor, R. C. (2016). A structural test of the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. *Psychiatry research*, 239, 169-178.

Dhingra, K., Klonsky, E. D., & Tapola, V. (2018). An Empirical Test of the Three-Step Theory of Suicide in UK University Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.

Fraser, L., Burnell, M., Salter, L. C., Fourkala, E. O., Kalsi, J., Ryan, A., ... & Menon, U. (2014). Identifying hopelessness in population research: a validation study of two brief measures of hopelessness. *BMJ open*, 4(5), e005093.

Hill, R. M., Rey, Y., Marin, C. E., Sharp, C., Green, K. L., & Pettit, J. W. (2015). Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the



- reliability, factor structure, and predictive validity across five versions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(3), 302-314.
- Hawkins, K. A., Hames, J. L., Ribeiro, J. D., Silva, C., Joiner, T. E., & Cogle, J. R. (2014). An examination of the relationship between anger and suicide risk through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Journal of Psychiatric Research*, 50, 59-65.
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 33(4), 224.
- Joiner Jr, T., Pfaff, J. J., & Acres, J. G. (2002). A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. *Behaviour research and therapy*, 40(4), 471-481.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kiani Chalmardi, A.R., Rashid, S., Honarmand, P., & Tamook, F. (2018). A Structural Test of the Interpersonal Theory of Suicide Model in Students. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*, 13(1), 50-61.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: A critical frontier for suicidology research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1, 1-5.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
- Ma, J., Batterham, P. J., Cleave, A. L., & Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical psychology review*, 46, 34-45.
- May, A. M., & Klonsky, E. D. (2013). Assessing motivations for suicide attempts: development and psychometric properties of the inventory of motivations for suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(5), 532-546.
- May, A., & Klonsky, E. D. (2011). Validity of suicidality items from the Youth Risk Behavior Survey in a high school sample. *Assessment*, 18(3), 379-381.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & De Graaf, R. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In R. C. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy, and practice* (pp. 181-198). Malden, MA: John Wiley & Sons.

- Rashid, S., Kiani, A.R., Khorramdel, K., Gholami, F., & Senobar, L. (2016). The relationship between interpersonal psychological theory of suicide constructs (loneliness, perceived social support, thwarted belongingness and burdensomeness) and suicidal behavior among Iranian students. *Health Education & Health Promotion*, 4(2), 35-48.
- Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: current status and future directions. *Journal of clinical psychology*, 65(12), 1291-1299.
- Rimkeviciene, J., Hawgood, J., O’Gorman, J., & De Leo, D. (2016). Assessment of acquired capability for suicide in clinical practice. *Psychology, health & medicine*, 21(8), 954-963.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2002). Social exclusion causes self-defeating behavior. *Journal of personality and social psychology*, 83(3), 606.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northfield, NJ: Jason Aronson.
- Swanson, S. P., Roberts, L. J., & Chapman, M. D. (2003). Are anaesthetists prone to suicide? A review of rates and risk factors. *Anaesthesia and Intensive Care*, 31, 434-445.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological assessment*, 24(1), 197
- Van Orden, K. A., Lynam, M. E., Hollar, D., & Joiner, T. E., Jr. (2006). Perceived burdensomeness as an indicator of suicidal symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 457-467.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 72-83.
- Von Glischnski, M., Teismann, T., Prinz, S., Gebauer, J., & Hirschfeld, G. (2016). Depressive Symptom Inventory Suicidality Subscale: Optimal cut points for clinical and non-clinical samples. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(6), 543-549.
- World Health Organization. (2008). *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008* (Vol. 393). World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative.
- World Health Organization. (2015). Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. *Geneva, Switzerland: The World Health Organization*.
- Young, E. E., Lariviere, W. R., & Belfer, I. (2012). Genetic basis of pain variability: Recent advances. *Journal of Medical Genetics*, 49, 1-9.