

Original Article



Evaluation of Three-Step Theory (3ST) of Suicide in Hospitalized Patients with Suicidal Ideation in Psychiatry Department of Shahid Yahya Nejad Hospital in Babol

Alireza Azizi^{1*} , Mahbobeh Khoozan², Sakineh Javadian¹, Hoda Shirafkan³, Reza Valipour⁴

¹ Department of Psychiatry, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

² Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

⁴ General Physician, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Article history:

Received: 16 January 2024

Revised: 13 March 2024

Accepted: 03 May 2024

ePublished: 14 June 2024

*Corresponding author:

Alireza Azizi, Department of Psychiatry, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
Email: azizi.a.re@gmail.com

Abstract

Background and Objective: Three-Stage Theory explains development of suicidal ideation and suicidal attempt. According to Three-Stage Theory, high levels of pain and high levels of hopelessness lead to suicidal ideation. Belongingness plays a protective role against suicidal ideation and individual's suicide capacity predicts suicidal attempt. The purpose of this research was to investigate the relationship between pain, hopelessness, belongingness with suicidal ideation and attempt.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 224 patients hospitalized in psychiatric department of Shahid Yahya Nejad Hospital with suicidal ideation were selected through convenience sampling between March to August 2021. All participants completed suicidal attempt question of Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview, Beck Scale for Suicide Ideation, Scale of Psychache, Beck Hopelessness Scale, Interpersonal Need Questionnaire and Suicidal Capacity Scale-3. Pearson's correlation, t-tests, hierarchical regression, analysis of variance and logistic regression were used to analyze the data and data were analyzed using SPSS software version 27.

Results: There was a significant interactive effect between pain and hopelessness in predicting suicidal ideation ($P < 0.01$, $t = 5.01$). Additionally, belongingness and burdensomeness had significant interactive effects in predicting suicidal ideation ($P < 0.01$, $t = 2.16$). Pain and hopelessness accounted for 63.6% of the variance of suicidal ideation, while belongingness and burdensomeness explained 49.8% of variance in suicidal ideation. According to logistic regression, psychological pain ($P < 0.01$), suicidal ideation ($P < 0.01$) and suicidal capacity ($P < 0.01$) were significant predictors for suicide attempts.

Conclusion: The first step in suicide prevention programs should be to try to reduce the pain and hopelessness of patients. In the second step, the development of the individual's belongingness should be considered. Finally, attention should be paid to the level of psychological pain and suicidal capacity of people, because suicidal capacity and psychological pain are independent predictors of suicidal ideation.

Keywords: Suicide, Suicide Attempted, Suicidal Ideation

Please cite this article as follows: Azizi A, Khoozan M, Javadian S, Shirafkan H, Valipour R. Evaluation of Three-Step Theory (3ST) of Suicide in Hospitalized Patients with Suicidal Ideation in Psychiatry Department of Shahid Yahya Nejad Hospital in Babol. *Avicenna J Clin Med*. 2024; 31(1): 37-46. DOI: 10.32592/ajcm.31.1.37



ارزیابی تئوری سه مرحله‌ای خودکشی در بیماران دارای ایده‌پردازی خودکشی بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان شهید یحیی‌نژاد بابل

علیرضا عزیزی^{۱*} , محبوبه خوزان^۲، سکینه جوادیان^۱، هدی شیرافکن^۲، رضا ولی پور^۴

^۱ گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

^۲ گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۳ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

^۴ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

چکیده

تاریخچه‌ی مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۶

ویرایش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۳

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۴

انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۲۵

سابقه و هدف: تئوری سه‌مرحله‌ای شکل‌گیری ایده‌پردازی خودکشی و اقدام به خودکشی را تبیین می‌کند. بر اساس این تئوری، درد بالا و ناامیدی بالا ایده‌پردازی خودکشی را در پی دارد. احساس تعلق خاطر نقش محافظتی در برابر ایده‌پردازی خودکشی دارد و در نهایت، ظرفیت خودکشی فرد اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کند. هدف از مطالعه‌ی حاضر تعیین ارتباط بین درد، ناامیدی و ظرفیت خودکشی با ایده‌پردازی و اقدام به خودکشی است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی، ۲۲۴ بیمار بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان شهید یحیی‌نژاد بابل که دارای ایده‌پردازی خودکشی بودند، در فاصله‌ی زمانی بین فروردین تا شهریور ماه ۱۴۰۰، به شیوه‌ی دردسترس انتخاب شدند. همه‌ی شرکت‌کنندگان سؤال اقدام به خودکشی مصاحبه‌ی رفتارها و افکار خودجرحی، ایده‌پردازی خودکشی بک، پرسش‌نامه‌ی درد روان، پرسش‌نامه‌ی ناامیدی بک، پرسش‌نامه‌ی نیازهای بین‌فردی و ظرفیت خودکشی را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از هم‌بستگی پیرسون، آزمون t، رگرسیون سلسله‌مراتبی، تحلیل واریانس و رگرسیون لجستیک در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.

یافته‌ها: اثر تعاملی بین درد و ناامیدی برای پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی معنادار بود ($P < 0.01$ ، $t = 5.01$). همچنین، فقدان تعلق‌پذیری و احساس بار بودن برای پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی، اثر تعاملی معناداری داشتند ($P < 0.05$ ، $t = 2.16$). درد و ناامیدی ۶۳/۶ درصد و احساس سربار بودن و عدم تعلق‌پذیری ۴۹/۸ درصد از واریانس ایده‌پردازی خودکشی را تبیین می‌کردند. بر اساس رگرسیون لجستیک، درد روان‌شناختی ($P < 0.01$)، ایده‌پردازی خودکشی ($P < 0.01$) و ظرفیت خودکشی ($P < 0.01$) توانمندی پیش‌بینی معنادار سابقه‌ی اقدام به خودکشی را داشتند.

نتیجه‌گیری: اولین گام در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی بایستی تلاش برای کاهش درد و ناامیدی بیماران باشد. در گام دوم، بایستی بسط سیستم حمایتی و اجتماعی فرد مدنظر قرار گیرد. در نهایت، بایستی به سطح درد روان‌شناختی و ظرفیت خودکشی افراد توجه کرد؛ زیرا ظرفیت خودکشی و درد روان‌شناختی مستقل از ایده‌پردازی‌های خودکشی فرد، پیش‌بینی‌کننده‌ی اقدام به خودکشی به حساب می‌آیند.

واژگان کلیدی: اقدام به خودکشی، ایده‌پردازی خودکشی، خودکشی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده‌ی مسئول: علیرضا عزیزی، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. ایمیل: azizi.a.re@gmail.com

استناد: عزیزی، علیرضا؛ خوزان، محبوبه؛ جوادیان، سکینه؛ شیرافکن، هدی؛ ولی‌پور، رضا. ارزیابی تئوری سه‌مرحله‌ای خودکشی در بیماران دارای ایده‌پردازی خودکشی بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان شهید یحیی‌نژاد بابل. مجله پزشکی بالینی ابن‌سینا، بهار ۱۴۰۳؛ ۳۱(۱): ۳۷-۴۶.

مقدمه

می‌پیوندد. اگرچه نرخ خودکشی در جوامع اسلامی پایین است، مطالعات نشان می‌دهد که روند مرگ‌های ناشی از خودکشی در این

خودکشی مسئله‌ای بحرانی در حوزه‌ی بهداشت عمومی است که به‌دلیل عوامل مختلف فردی، اقتصادی و فرهنگی به وقوع

در برابر ایده‌پردازی خودکشی در افراد دارای درد و ناامیدی بالا دارد. فقدان تعلق‌خاطر در 3ST لازمی شکل‌گیری ایده‌پردازی خودکشی در نظر گرفته نمی‌شود. تعلق‌خاطر در 3ST نقش حفاظتی در برابر ایده‌پردازی خودکشی دارد، در صورتی که در IPTS، تعلق‌خاطر خنثی در ترکیب با بار بودن لازمی بروز ایده‌پردازی خودکشی است [۶].

گام سوم در 3ST پیش‌بینی اقدام به خودکشی بر اساس ظرفیت خودکشی است. بر اساس 3ST، ایده‌پردازی خودکشی بالا در کنار ظرفیت خودکشی، اقدام به خودکشی را رقم می‌زند [۶]. ظرفیت خودکشی شامل عوامل سرشتی، اکتسابی و عملی است. عوامل سرشتی به متغیرهایی اطلاق می‌شود که برآمده از میراث ژنتیکی فرد است. ظرفیت اکتسابی به خوگیری با تجارب توأم با درد، آسیب، ترس و مرگ اطلاق می‌شود که در گذر زمان، ظرفیت اقدام به خودکشی فرد را افزایش می‌دهد. ظرفیت عملی به عوامل عینی اطلاق می‌شود که اقدام به خودکشی را برای فرد تسهیل می‌کند. برای مثال، اگر فردی به سلاح گرم دسترسی داشته باشد و با شیوهی کار با آن آشنا باشد، به احتمال بیشتری نسبت به فردی که به این سلاح دسترسی ندارد، اقدام به خودکشی خواهد کرد [۹]. به‌طور خلاصه، در صورتی ایده‌پردازی خودکشی اقدام به خودکشی را در پی خواهد داشت که ظرفیت خودکشی در فرد شکل گرفته باشد [۶].

تاکنون، اثرهای تعاملی درد و ناامیدی برای پیش‌بینی شدت ایده‌پردازی خودکشی در نمونه‌های برگرفته از جمعیت عمومی [۶، ۱۰]، نمونهی روان‌پزشکی [۱۱] و دانشجویان چینی [۱۲] و انگلستانی [۱۳] تأیید شده است و اثر تعاملی درد و ناامیدی مطرح‌شده در 3ST بیش از اثر تعاملی تعلق‌خاطر خنثی و احساس بار بودن مطرح‌شده در IPTS پیش‌بینی‌کنندهی ایده‌پردازی خودکشی بوده‌اند. چندین پژوهش نیز به اثرهای حفاظتی حاصل از احساس تعلق‌خاطر بر ایده‌پردازی خودکشی اشاره کرده‌اند [۶، ۱۰-۱۳] و به این نتیجه دست یافته‌اند که ظرفیت خودکشی عاملی اساسی برای اقدام به خودکشی است [۱۱-۱۳]. اگر فرضیات 3ST در ارتباط با جامعه‌ی ایرانی نیز صدق کند، به معنای آن است که در مداخلات پیشگیری از خودکشی، بایستی در ابتدا روی درد و ناامیدی فرد متمرکز شویم. در ادامه، برای حفاظت فرد در برابر این افکار، ایجاد روابط توأم با تعلق‌خاطر بسیار کمک‌کننده خواهد بود و مهم‌تر از همه اینکه ظرفیت خودکشی فرد را به‌عنوان سازه‌ای برای پیش‌بینی اقدام به خودکشی همواره مدنظر قرار خواهیم داد. لیکن، پژوهش در جامعه‌ی ایرانی در ارتباط با 3ST به شیوه‌ی معادلات ساختاری بوده است؛ این در حالی است که فرضیه‌ی اصلی 3ST وجود اثرهای تعاملی بین درد و ناامیدی است.

در پژوهش‌های صورت‌گرفته در نمونه‌های ایرانی، اصلاً اشاره‌ای به اثرهای تعاملی درد و ناامیدی نشده است. همچنین، درباره‌ی ارتباط تعاملی بین نمرات درد و تعلق‌خاطر در نمونه‌های ایرانی پژوهش نشده است [۱۴، ۱۵]. به عبارتی، روش‌شناسی پژوهش‌های

کشورها در حال افزایش است [۱] و شیوع خودکشی در ایران به ۹/۹ نفر در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر افزایش یافته است [۲].

تئوری‌های مختلف در حوزه‌ی خودکشی روی عوامل مختلفی از جمله درد روان‌شناختی [۳]، انزوای اجتماعی [۴] و درماندگی [۵] تأکید کرده‌اند. البته، این تئوری‌ها تبیین متفاوتی در زمینه‌ی علت‌شناسی افکار و رفتار خودکشی فراهم نمی‌کنند [۶]. تمایز بین افکار و رفتار خودکشی خصوصاً زمانی اهمیت پیدا می‌کند که این مطلب را در نظر داشته باشیم که اکثر افرادی که فکر خودکشی دارند، هرگز اقدام به خودکشی نمی‌کنند [۶، ۷].

به نظر می‌رسد «چهارچوب نظری ایده‌پردازی به اقدام» توضیح مناسبی برای فرایند تبدیل افکار خودکشی به اقدام به خودکشی ارائه می‌کند. «چهارچوب ایده‌پردازی به اقدام» بر این باور است که شکل‌گیری ایده‌پردازی خودکشی و گذار از ایده‌پردازی خودکشی به اقدام به خودکشی فرایندهای جداگانه‌ای به حساب می‌آیند که تبیین‌های مجزایی دارند. تئوری بین‌فردی خودکشی Interpersonal Theory of Suicide (IPTS) به‌عنوان یکی از تئوری‌های این چهارچوب، پیشرفت تئوریک بسیار مناسبی در این زمینه به حساب می‌آید. احساس تعلق‌خاطر پایین و احساس بار بودن بر اساس IPTS در ترکیب با یکدیگر، ایده‌پردازی خودکشی را در پی دارند و ظرفیت بالای خودکشی فرایند گذار از ایده‌پردازی به اقدام به خودکشی با ریسک بالا را تسهیل می‌کند [۸].

Klonsky and May بر این باور هستند که چهارچوب نظری IPTS در تدوین تئوری آن‌ها تحت عنوان تئوری سه‌مرحله‌ای (3ST) Three-Step Theory کمک زیادی کرده است. ایده‌پردازی بر اساس 3ST را چهار عامل عمده تبیین می‌کنند: درد، ناامیدی، احساس عدم تعلق‌خاطر و نهایتاً ظرفیت خودکشی [۶]. ایده‌پردازی خودکشی بر اساس 3ST از درد آغاز می‌شود. گام اول برای شکل‌گیری ایده‌پردازی خودکشی ترکیب درد و ناامیدی بالاست. درد امکان دارد ناشی از منابع مختلف از قبیل شوک الکتریکی، صداهای بلند، بوی بد و سمی، تعصب اجتماعی، افسردگی و... باشد. در این صورت، ایده‌پردازی خودکشی به‌عنوان راهی برای فرار از درد در فرد شکل می‌گیرد. اگر فرد دردمند امید به بهبود اوضاع داشته باشد، احتمالاً روی کاهش درد خود در آینده متمرکز می‌شود و کمتر به خودکشی می‌اندیشد. از سویی، اگر مشخصه‌ی زندگی فرد تجربه‌ی روزمره‌ی درد باشد و فرد آمیدی به بهبود اوضاع نداشته باشد، فکر خودکشی همواره در ذهن فرد در جریان است [۶].

گام دوم برای شکل‌گیری ایده‌پردازی بر اساس 3ST احساس عدم تعلق‌خاطر است. احساس تعلق‌خاطر در 3ST به دل‌بستگی فرد به شغل، نقش، علائق و اهدافش اطلاق می‌شود. اگر احساس تعلق‌خاطر بیش از درد فرد باشد، ایده‌پردازی خودکشی تعدیل می‌شود. از سویی، اگر درد و احساس ناامیدی بالا باشد و تعلق‌خاطری به زندگی وجود نداشته باشد یا کمتر از درد باشد، فرد ایده‌پردازی شدید و تمایل فعال برای پایان دادن به زندگی خویش را تجربه خواهد کرد [۳]. احساس تعلق‌خاطر در 3ST نقش حفاظتی عمده‌ای

انجام شده درباره‌ی نمونه‌های دانشجویی [۱۴] و بیماران روان‌پزشکی ایرانی [۱۵] به فرضیه‌های اصلی 3ST نپرداخته‌اند؛ بنابراین، در مطالعه‌ی حاضر، به اثرهای تعاملی درد و ناامیدی، اثر حفاظتی تعلق خاطر بر ایده‌پردازی خودکشی و توانمندی پیش‌بینی اقدام به خودکشی بر اساس ظرفیت خودکشی در بیماران دارای ایده‌پردازی خودکشی بستری در بخش روان‌پزشکی پرداخته شد.

روش کار

در این مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی، جامعه‌ی مورد بررسی تمام بیماران ۱۸ تا ۶۵ ساله‌ی دارای فکر خودکشی و بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان شهید یحیی‌نژاد بابل در نیمه‌ی اول سال ۱۴۰۰ بودند. حجم نمونه بر اساس نمونه‌های مشابه [۱۵] و احتساب ۷ متغیر در نرم‌افزار GPower 3.1.9.7، برابر با ۲۲۰ بیمار برآورد شد و با توجه به تخمین ۲۰ درصدی ریزش نمونه، پرسش‌نامه به ۲۶۰ بیمار ارائه شد. نمونه‌ها به شیوه‌ی داوطلبانه و هدفمند، بر اساس ملاک ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: تمایل به شرکت در مطالعه و رضایت آگاهانه برای شرکت، وجود ایده‌پردازی خودکشی، بستری بودن در بخش روان‌پزشکی، تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها، سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال و هشیاری کامل بیمار در زمان تکمیل پرسش‌نامه‌ها. ملاک‌های خروج از مطالعه وجود اختلال‌های سایکوتیک مزمن و ایپزودی از اختلال سایکوتیک در زمان مطالعه، اختلال‌های شناختی، وجود ایپزودمانیای حال حاضر بیمار، منصرف شدن بیمار از ادامه‌ی همکاری و کامل نکردن پرسش‌نامه‌های مرتبط بود. برای تحلیل داده‌های مطالعه، از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و استنباطی (هم‌بستگی پیرسون، رگرسیون سلسله‌مراتبی، آزمون t، تحلیل واریانس و رگرسیون لجستیک) استفاده شد. از هم‌بستگی پیرسون برای ارزیابی ارتباط بین متغیرهای پژوهش استفاده شد. ارتباط تعاملی بین درد و ناامیدی با ایده‌پردازی خودکشی و ارتباط تعاملی بین درد و احساس تعلق خاطر با ایده‌پردازی خودکشی از طریق رگرسیون سلسله‌مراتبی ارزیابی شد. از آزمون t و تحلیل واریانس نیز برای مقایسه‌ی میانگین‌ها استفاده شد و در نهایت، رگرسیون لجستیک به منظور پیش‌بینی اقدام به خودکشی بر اساس سن، جنس، درد، ناامیدی، احساس تعلق خاطر، احساس بار بودن و ظرفیت خودکشی به کار رفت. تعداد ۲۲۴ پرسش‌نامه‌ی غیرمخدوش وارد تحلیل شد. داده‌های به‌دست‌آمده پس از ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۷، تجزیه و تحلیل شد. ابزارهای به‌کاررفته در این مطالعه شامل پرسش‌نامه‌های زیر بود:

اقدام به خودکشی

برای ارزیابی این متغیر از یک سؤال مصاحبه‌ی رفتارها و افکار خودجرعی (Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview) استفاده شد. سؤال مدنظر این بود: «آیا تاکنون اقدام به

کشتن خود با قصد و نیت مردن کرده‌اید؟» زیرمقیاس اقدام به خودکشی SITBI پایایی بین‌ارزیاب (کاپای ۰/۹۹) و پایایی بازآزمون بالایی نشان داده است. جواب به این سؤال در این پژوهش به صورت «بلی» و «خیر» بود [۱۶].

مقیاس ایده‌پردازی خودکشی بک (Beck Scale for Suicide Ideation)

این مقیاس ۱۹ سؤالی را در سال ۱۹۸۸، Beck و همکاران تدوین کرده‌اند. هم‌بستگی BBSI با پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۹۵ برآورد شده است [۱۷]. آلفای کرونباخ و پایایی دونیمه‌سازی مقیاس مذکور در ایران نیز در پژوهش انیسی و همکاران (۲۰۰۵)، به ترتیب برابر با ۰/۹۵ و ۰/۷۵ گزارش شده است [۱۸]. پنج عبارت ابتدایی BSSI به ارزیابی تمایل و ایده‌پردازی خودکشی می‌پردازد و عبارات بعدی آمادگی، قصد و جرئت اقدام به خودکشی را می‌سنجند. بنابراین، از پنج عبارت ابتدایی BSSI به عنوان شاخصی از تمایل به خودکشی در مطالعه‌ی حاضر استفاده شد؛ زیرا این پنج عبارت روی عامل تمایل به خودکشی بار می‌شوند [۱۹].

پرسش‌نامه‌ی درد روان (Scale of Psychache)

این مقیاس ۱۳ عبارت دارد؛ از قبیل «روح و روان من در عذاب است.» این مقیاس بر اساس مفهوم‌سازی شیدمن از درد روانی تدوین شده است. همه‌ی عبارات بر اساس مقیاس پنج‌نمره‌ای لیکرت پاسخ داده می‌شوند و نمره‌ی کلی فرد بین ۱۳ تا ۶۵ است (نمرات بالا بیانگر درد روانی بیشتر است). این مقیاس از روایی سازه و همسانی درونی بالایی برخوردار بوده است [۲۰]. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در نمونه‌ای ایرانی، برابر با ۰/۹۰ گزارش شده است [۱۴].

پرسش‌نامه‌ی ناامیدی بک (Beck Hopelessness Scale)

پرسش‌نامه‌ی ۲۰ سؤالی است که Beck و همکاران در سال ۱۹۷۴، برای ارزیابی ناامیدی آن را طراحی کردند [۲۱]. BHS میزان بدبینی و منفی‌گرایی پاسخ‌دهندگان را به آینده می‌سنجد. پاسخ‌ها به صورت صحیح و غلط است و نمره‌ی کل در محدوده‌ی ۰ تا ۲۰ است [۲۱]. مصباح و عابدیان ضریب هم‌بستگی بین دو بار اجرای پرسش‌نامه را برابر با ۰/۶۹ و همسانی درونی این پرسش‌نامه را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند [۲۲].

پرسش‌نامه‌ی نیازهای بین‌فردی (Interpersonal Need Questionnaire)

نسخه‌ی ابتدایی ۲۵ عبارتی این مقیاس را هیل و همکاران (۲۰۱۴) تدوین کردند و نسخه‌های مختلف این مقیاس (۱۰، ۱۲، ۱۵ و ۱۸ آیتمی) پس از آن تدوین شد [۲۳]. این مقیاس به ارزیابی ادراک سربرار بودن و عدم تعلق خاطر می‌پردازد. در مطالعه‌ی حاضر،

از نسخه‌ی ۱۵ عبارتی استفاده شده است. INQ-۱۵ حاوی ۱۵ عبارت برای سنجش عامل عدم تعلق خاطر و شش عبارت برای سنجش عامل ادراک سربار بودن است. سه عبارت از ۱۵ عبارت مربوط به زیرمقیاس عدم تعلق خاطر در نمونه‌ی ایرانی، به علت بار عاملی پایین حذف شدند و پس از آن، آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه و زیرمقیاس‌ها در حد مطلوبی بود [۲۴].

مقیاس ظرفیت خودکشی (Suicidal Capacity Scale-3)

این مقیاس شش آیتمی را Klonsky and May در سال ۲۰۱۵ طراحی کرده‌اند و حاوی سه زیرمقیاس است: ظرفیت سرشتی (الگوی بلندمدت فقدان ترس یا ترس پایین از درد و مرگ)، ظرفیت اکتسابی (ترس از مرگ یا درد در گذر زمان کاهش می‌یابد) و ظرفیت عملی (دسترسی به شیوه‌های خودکشی و آشنایی با این شیوه‌ها). هم‌بستگی SCS3 با پرسش‌نامه‌ی ظرفیت اکتسابی خودکشی مثبت و بالا بود ($r=0/69$) [۶]. ساختار سه‌عاملی این مقیاس در نمونه‌ی ایرانی نیز از برازش مناسبی برخوردار است [۲۵].

نتایج

میانگین سنی افراد برابر با ۳۲/۹۰ با انحراف معیار ۱۰/۱۴ سال بود. کمینه‌ی سنی افراد شرکت‌کننده برابر با ۱۸ سال و بیشینه‌ی سنی افراد شرکت‌کننده برابر با ۵۶ سال بود. ۱۱۴ (۵۰/۹ درصد) بیمار از مجموع ۲۲۴ بیمار شرکت‌کننده زن و ۱۱۰ (۴۹/۱ درصد) بیمار مرد بودند. ۶۳ (۲۸/۱ درصد) بیمار دارای ایده‌پردازی

جدول ۱: آماره‌های توصیفی، چولگی و کشیدگی متغیرهای مطالعه

هم‌بستگی پیرسون بین متغیرها												
متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	مقدار t	سطح معناداری	درد	نامیدی	عدم تعلق خاطر	احساس بار بودن	ظرفیت خودکشی
آیده- پردازی خودکشی	کل	۴/۷۶	۲/۴۸	۰/۲۹	-۰/۶۳							
	مردان	۴/۷۱	۲/۴۵	۰/۳۳	-۰/۵۷	۰/۲۴	۰/۸۱					
	زنان	۴/۷۹	۲/۵۱	۰/۲۵	-۰/۶۶							
	کل	۳۶/۲۰	۱۲/۶۷	۰/۳۳	-۱/۱۰			۰/۶۹	۱			
	مردان	۳۶/۵۰	۱۲/۵۹	۰/۳۴	-۱/۰۴	-۰/۳۵	۰/۷۲	۰/۶۸				
	زنان	۳۵/۹۰	۱۲/۷۹	۰/۳۳	-۱/۱۵			۰/۶۹				
	کل	۱۰/۱۳	۳/۸۷	۰/۴۹	-۰/۱۷	۰/۲۴	۰/۸۰	۰/۶۱	۰/۳۴	۱		
	مردان	۱۰/۰۷	۴/۰۷	۰/۵۶	-۰/۱۱			۰/۶۲	۰/۳۰			
	زنان	۱۰/۲۰	۳/۶۸	۰/۴۳	-۰/۲۶			۰/۵۹	۰/۳۷			
عدم تعلق خاطر	کل	۲۲/۹۹	۸/۴۰	۰/۳۵	-۰/۶۸	-۰/۹۲	۰/۳۵	۰/۴۹	۰/۳۸	۰/۳۵	۱	
	مردان	۲۳/۵۱	۸/۱۱	۰/۱۹	-۰/۵۵			۰/۴۰	۰/۲۸	۰/۲۶		
	زنان	۲۲/۴۸	۸/۶۸	۰/۵۱	-۰/۷۰			۰/۵۸	۰/۴۶	۰/۴۴		
احساس بار بودن	کل	۲۳/۴۱	۸/۹۷	۰/۲۴	-۰/۷۱	۰/۱۶	۰/۸۶	۰/۳۸	۰/۳۵	۰/۲۹	۰/۸۲	۱
	مردان	۲۳/۳۰	۹/۰۱	۰/۳۰	-۰/۶۱			۰/۳۳	۰/۲۱	۰/۲۲	۰/۸۴	
	زنان	۲۳/۵۰	۸/۹۷	۰/۲۰	-۰/۷۸			۰/۴۳	۰/۴۶	۰/۳۶	۰/۸۱	
ظرفیت خودکشی	کل	۱۹/۵۰	۸/۳۴	۰/۵۲	-۱/۲۸			۰/۲۰	۰/۱۷	۰/۱۴	۰/۱۵	
	مردان	۱۹/۱۹	۸/۳۶	۰/۵۷	-۱/۳۰	۰/۵۶	۰/۵۷	۰/۱۶	-۰/۰۵	۰/۱۵	۰/۱۰	
	زنان	۱۹/۸۱	۸/۳۴	۰/۴۸	-۱/۳۵			۰/۲۵	۰/۰۹	۰/۱۸	۰/۱۹	

* معناداری در سطح ۰/۰۵ و ** معناداری در سطح ۰/۰۱

خودکشی بودند و بیان کردند که سابقه‌ی حداقل یک بار اقدام به خودکشی داشته‌اند و ۱۶۱ (۷۱/۹ درصد) بیمار سابقه‌ای از اقدام به خودکشی ذکر نکردند. ۲۴ (۱۰/۷ درصد) بیمار دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۷۲ (۳۲/۱ درصد) بیمار دارای تحصیلات دبیرستان و دیپلم، ۹۲ (۴۱/۱ درصد) بیمار دارای تحصیلات لیسانس، ۳۱ (۱۳/۸ درصد) بیمار دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و ۵ (۲/۲ درصد) بیمار دارای تحصیلات دکتری یا بالاتر بودند. ۷۲ (۳۲/۱۴ درصد) بیمار مبتلا به اپیزود افسردگی اختلال دوقطبی، ۸۵ (۳۷/۹۴ درصد) بیمار مبتلا به افسردگی ماژور، ۵۴ (۲۴/۱۰ درصد) بیمار دارای مصرف مواد، ۵۲ (۲۳/۲۱ درصد) بیمار دارای اختلالات شخصیت و ۳۱ (۱۳/۸۳ درصد) بیمار مبتلا به سایر اختلالات بودند. گفتنی است که تعدادی از بیماران دارای تشخیص‌های همبود بودند.

میانگین، انحراف استاندارد، چولگی، کشیدگی و ضریب هم‌بستگی بین متغیرهای ایده‌پردازی خودکشی، درد، ناامیدی، تعلق خاطر، احساس بار بودن و ظرفیت خودکشی در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، چولگی و کشیدگی هیچ‌یک از متغیرها بیش از ۲ یا ۲- نیست و بنابراین، متغیرهای مطالعه دارای توزیعی نرمال هستند. همچنین، آماره‌های توصیفی به تفکیک جنسیت ارائه شده است و همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، بین زنان و مردان تفاوتی به لحاظ ایده‌پردازی خودکشی ($t=0/24$, $P>0/05$)، درد ($t=-0/35$, $P>0/05$)، ناامیدی ($t=0/24$, $P>0/05$)، عدم تعلق خاطر ($t=-0/92$, $P>0/05$)،

بنابراین، برای مشخص کردن معناداری بالینی این الگو، نمرات میانه برای گروه‌بندی افراد به زیرگروه‌های دارای نمرات بالا و پایین برای درد و ناامیدی به کار گرفته شد و بر این اساس، افراد در یکی از این سه زیرگروه قرار گرفتند: ۱. درد و ناامیدی پایین؛ ۲. درد بالا و ناامیدی پایین یا درد پایین و ناامیدی بالا؛ ۳. درد و ناامیدی بالا. همان‌گونه که در شکل ۱ نشان داده شده است، ایده‌پردازی خودکشی در گروه درد و ناامیدی بالا به‌طور معناداری، بالاتر است ($F=126/07$, $P<0/01$). اثر تعاملی درد و ناامیدی روی ایده‌پردازی خودکشی هم در مردان ($t=2/59$, $P<0/05$) و هم در زنان ($t=4/59$, $P<0/05$) معنادار بود.

عدم تعلق خاطر و احساس سربار بودن ۴۹/۸ درصد از ایده‌پردازی خودکشی را تبیین می‌کنند که کمتر از واریانس تبیین‌شده‌ی ایده‌پردازی خودکشی بر اساس درد و ناامیدی (۶۳/۶ درصد) است. همچنین، تعلق‌پذیری خنثی و احساس سربار بودن برای تبیین ایده‌پردازی خودکشی، اثر تعاملی معناداری دارند ($t=2/16$, $P<0/05$).

در تئوری سه‌مرحله‌ای، فرض بر این است که تعلق خاطر، حتی در میان افراد با درد و ناامیدی بالا، اشتیاق به زندگی را افزایش می‌دهد و از افراد گروه در معرض خطر در برابر سطوح بالاتر

احساس بار بودن ($t=0/16$, $P>0/05$) و ظرفیت خودکشی ($t=0/56$, $P>0/05$) وجود ندارد. از طرفی، بین ایده‌پردازی خودکشی و درد ($r=0/69$)، ناامیدی ($r=0/61$)، عدم تعلق خاطر ($r=0/49$)، احساس بار بودن ($r=0/38$) و ظرفیت خودکشی ($r=0/20$) هم‌بستگی معناداری وجود دارد. بین متغیرهای ناامیدی ($r=0/18$)، عدم تعلق خاطر ($r=0/18$)، احساس بار بودن ($r=0/19$) با ظرفیت خودکشی در گروه زنان هم‌بستگی معناداری مشاهده می‌شود؛ ولی این هم‌بستگی‌ها درباره‌ی مردان معنادار نیست.

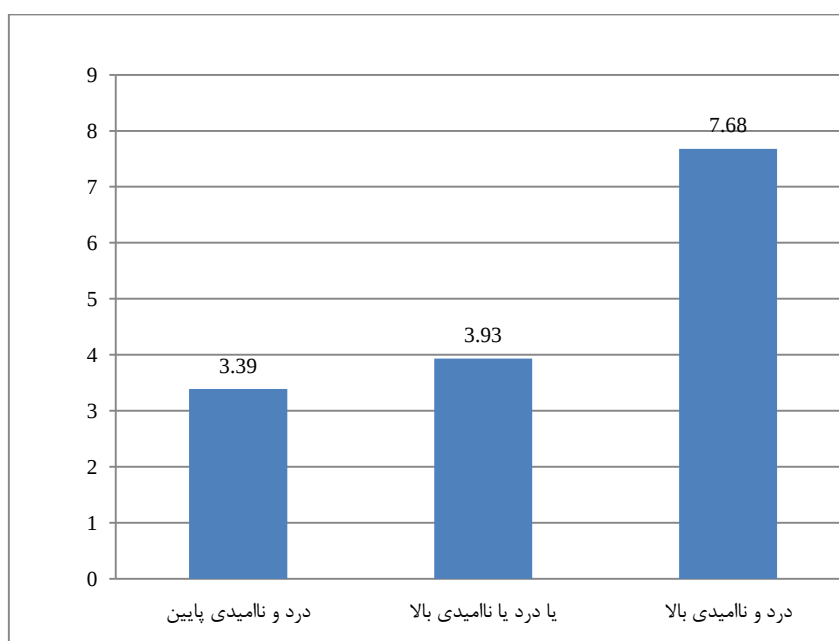
برای بررسی اثر تعاملی بین درد و ناامیدی، از تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. اثر تعاملی درد و ناامیدی برای پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی معنادار بود ($t=5/01$, $P<0/01$). بر اساس نتایج حاصل از جدول ۲، درد و ناامیدی ۶۳/۶ درصد از واریانس ایده‌پردازی خودکشی را تبیین می‌کرد. اثر تعاملی درد و ناامیدی ۳/۷ درصد از واریانس مدل را فرای اثرهای اصلی درد و ناامیدی تبیین می‌کرد. از آنجایی که دو متغیر ناامیدی و درد هم‌بستگی معناداری با یکدیگر دارند، ۳/۷ درصد بیانگر ماهیت تعاملی واقعی دو متغیر درد و ناامیدی در پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی نیست و هم‌بستگی جزئی بین اثرهای متعامل درد-ناامیدی و ایده‌پردازی خودکشی پس از حذف اثر درد و ناامیدی، برابر با ۰/۳۲ بود.

جدول ۲: خلاصه‌ی نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی برای پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	خطای استاندارد	R ² تغییر	F تغییر	df ₁	df ₂	معناداری F تغییر
۱	۰/۷۹ ^a	۰/۶۳۶	۰/۶۳۲	۱/۵۰	۰/۶۳۶	۱۹۲/۸۱	۲	۲۲۱	<۰/۰۰۱
۲	۰/۸۲ ^b	۰/۶۷۳	۰/۶۶۶	۱/۴۲	۰/۰۳۷	۲۵/۱۱	۱	۲۲۰	<۰/۰۰۱

a. پیش‌بین‌ها: درد، ناامیدی

b. پیش‌بین‌ها: درد، ناامیدی و اثر متقابل درد-ناامیدی



شکل ۱: میانگین نمرات ایده‌پردازی خودکشی در گروه‌های مختلف بر اساس درد و ناامیدی

همبستگی بین ایده‌پردازی خودکشی با نمره‌ی تفاوت درد از تعلق خاطر برای زیرگروه دارای ناامیدی و درد بالا ($r=0/23$) بسیار قوی‌تر از سایر افراد ($r=0/08$) بود.

در ادامه، آزمون t به منظور مقایسه‌ی ابعاد سرشتی، اکتسابی و عملکردی ظرفیت خودکشی بین آزمودنی‌های با پیشینه‌ی ایده-پردازی خودکشی بدون اقدام ($n=161$) و آزمودنی‌های با سابقه‌ی اقدام به خودکشی ($n=63$) اجرا شد. بین دو گروه، به لحاظ ظرفیت سرشتی ($t=-18/86$, $P<0/01$)، اکتسابی ($t=-21/72$, $P<0/01$) و عملکردی ($t=-19/24$, $P<0/01$) خودکشی و نمره‌ی کلی ظرفیت خودکشی ($t=-25/45$, $P>0/01$) تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، متغیرهای درد روان‌شناختی ($B=-0/12$, $P<0/01$)، ایده‌پردازی خودکشی ($B=1/41$, $P<0/01$) و ظرفیت خودکشی ($B=0/53$, $P<0/01$) توانمندی پیش‌بینی معنادار سابقه‌ی اقدام به خودکشی را داشتند.

ایده‌پردازی خودکشی محافظت می‌کند. دو تحلیل برای ارزیابی این فرضیه انجام شد. اول اینکه، همبستگی عدم تعلق خاطر با ایده‌پردازی خودکشی در زیرگروه با درد و ناامیدی بالا برابر با $r=0/53$ و در مقایسه با سایر افراد ($r=0/19$) بیشتر بود. به منظور بررسی این فرضیه که احساس تعلق خاطر بالاتر از درد در زیرگروه دارای درد و ناامیدی بالا به عنوان عاملی محافظت‌کننده عمل می‌کند، نمرات استانداردشده‌ی تعلق خاطر از نمرات استانداردشده‌ی درد کسر شد. بنابراین، نمرات مثبت بیانگر این موضوع است که درد فراتر از احساس تعلق خاطر است، درحالی که نمرات منفی بیانگر این است که عدم تعلق خاطر فرای درد است. اگر این فرضیه‌ی سه مرحله‌ای درست باشد، نمره‌ی تفاوت درد از احساس تعلق خاطر بایستی در زیرگروه افراد دارای درد و ناامیدی بالا، بیشتر از سایر گروه‌ها تعیین‌کننده‌ی ایده‌پردازی خودکشی باشد. تأثیر تعاملی بین نمره‌ی تفاوت درد-تعلق خاطر و گروه دارای درد و ناامیدی بالا با سایر افراد معنادار بود ($t=-3/70$, $P<0/01$) و

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی اقدام به خودکشی

متغیر	B	SE	Wald	Df	سطح معناداری	Exp (B)
جنسیت	0/19	0/78	0/06	1	0/80	1/21
سن	0/01	0/05	0/09	1	0/75	1/01
ناامیدی	-0/04	0/12	0/13	1	0/71	0/95
درد	-0/12	0/05	5/95	1	0/01	0/88
احساس بار بودن	0/05	0/09	0/29	1	0/58	1/05
عدم احساس تعلق	-0/13	0/11	1/37	1	0/24	0/87
ایده‌پردازی خودکشی	1/41	0/37	13/90	1	0/01	4/11
ظرفیت خودکشی	0/53	0/09	32/77	1	0/01	1/70

تنهایی و احساس بار بودن بود [۲۶]. درد در 3ST عمدتاً درد روان‌شناختی و هیجانی در نظر گرفته می‌شود. در واقع، رفتار انسان عمدتاً از طریق شرطی‌سازی رفتاری شکل می‌گیرد. انسان‌ها رفتارهایی را بروز می‌دهند که تقویت می‌شوند و از رفتارهایی که تنبیه می‌شوند، اجتناب می‌کنند. اگر فردی در تک‌تک روزهای زندگی خود، درد درخور توجهی را تجربه کند، ایده‌پردازی خودکشی به عنوان راهی برای فرار از درد عمدتاً روان‌شناختی به مرور در فرد شکل می‌گیرد. لزومی ندارد که ماهیت و نوع درد را مشخص کنیم. منابع مختلف تنبیه از قبیل شوک الکتریکی، صداهای بلند، بوی بد و سمی و تعصب اجتماعی امکان دارد رفتار مشابهی را شکل دهند. همچنین، Klonsky and May (۲۰۱۵) بر این باور هستند که منابع مختلف درد امکان دارد به کاهش میل به زندگی منجر شوند. این منابع عبارت‌اند از: درد فیزیکی، انزوای اجتماعی، احساس ناگواری و بار سنگین در زندگی و احساس تعلق خاطر پایین، شکست، احساس دردام‌افتادگی، ادراک از خود منفی و تجارب، احساسات، هیجانات و افکار آزارنده‌ی دیگر [۶]. احساس ناامیدی نیز نقش زیادی در شکل‌گیری ایده‌پردازی

بحث

یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی حاضر نشان داد که درد بالا و ناامیدی بالا به طور معناداری، ایده‌پردازی خودکشی را در بیماران دارای ایده‌پردازی خودکشی افزایش می‌دهد. تعلق خاطر اثری محافظتی در برابر نمره‌ی بالای ایده‌پردازی خودکشی دارد و اثر تقابلی درد و ناامیدی بیشتر از اثر تقابلی تعلق خاطر و سربار بودن در تبیین ایده‌پردازی خودکشی است. در نهایت، ایده‌پردازی خودکشی بالا همراه با درد روان‌شناختی و ظرفیت خودکشی بالا پیش‌بینی‌کننده‌ی سابقه‌ی اقدام به خودکشی قبلی است. نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر تا حد زیادی، همسو با پژوهش‌های قبلی است [۶، ۸، ۱۰-۱۳، ۲۴].

بنا به پژوهش حاضر، درد و ناامیدی حدود ۶۳/۶ درصد از ایده-پردازی خودکشی را تبیین می‌کنند و این میزان به مراتب، بیشتر از واریانس تبیین‌شده‌ی ایده‌پردازی خودکشی توسط متغیرهای احساس بار بودن و تعلق‌پذیری (۴۹/۸ درصد) مطرح‌شده در IPTS است. این الگو همسو با مطالعه‌ی ارزیابی لحظه‌ای اکولوژیک از افکار خودکشی است که در آن، ناامیدی پیش‌بین قدرتمندتری نسبت به

درد دارد. همچنان که درد بالا همراه با احساس ناامیدی بالا شکل-گیری ایده‌پردازی خودکشی را در پی دارد و وجود این اثر تعاملی یکی از یافته‌های اصلی مطالعه‌ی حاضر بود. بنابراین، درد به‌تنهایی برای آغاز ایده‌پردازی خودکشی کفایت نمی‌کند. اگر فرد دردمند امید به بهبود اوضاع داشته باشد، احتمالاً روی کاهش درد خود در آینده متمرکز می‌شود و کمتر به خودکشی می‌اندیشد؛ بنابراین، وجود ناامیدی نیز به‌منظور شکل‌گیری ایده‌پردازی خودکشی لازم است. از این دیدگاه، هنگامی که مشخصه‌ی زندگی فرد تجربه‌ی روزمره‌ی درد باشد و فرد آمیدی به بهبود اوضاع نداشته باشد، فکر خودکشی همواره در ذهن فرد در جریان است. این دیدگاه همسو با یافته‌های پژوهشی است که نشان می‌دهد درد و ناامیدی از انگیزه‌های عمده برای اقدام به خودکشی به حساب می‌آیند و ناامیدی نیز بدون درد، ایده‌پردازی خودکشی را در پی نخواهد داشت [۱۰].

گام دوم تئوری 3ST بیان می‌کند که ایده‌پردازی خودکشی زمانی که درد از تعلق خاطر پیشی می‌گیرد، به‌طور معناداری افزایش می‌یابد و در ارتباط با این موضوع، متون زیادی وجود دارد که تعلق خاطر را با متغیرهای مرتبط با خودکشی هم‌بسته می‌دانند [۲۷]. در پژوهش‌های انجام‌شده درباره‌ی 3ST، بین ایده‌پردازی خودکشی و نمره‌ی حاصل از کسر نمره‌ی درد از تعلق خاطر، هم‌بستگی بسیار بیشتری در گروه با درد بالا و ناامیدی بالا وجود داشت. این موضوع به‌طور خاص، بیانگر اهمیت تعلق خاطر در گروه پرخطر به لحاظ ایده‌پردازی خودکشی است. این یافته همسو با پژوهش‌های دیگر است [۶، ۱۰-۱۳]. در تئوری Klonsky and May، احساس تعلق خاطر نقش حفاظتی عمده‌ای در برابر ایده-پردازی خودکشی در افراد در معرض خطر بالا به‌دلیل درد و ناامیدی دارد. احساس تعلق خاطر مختل در این تئوری لازمه‌ی ایجاد درد و ناامیدی و در نتیجه، شکل‌گیری ایده‌پردازی خودکشی در نظر گرفته نمی‌شود. این در حالی است که احساس تعلق خاطر در تئوری بین‌فردی Joiner [۸] لازمه‌ی شکل‌گیری ایده‌پردازی خودکشی است [۶]. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر، اثر درد، ناامیدی و تعامل آن‌ها روی پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی به‌مراتب بیشتر از اثر تعلق خاطر و احساس بار بودن و تعامل آن‌ها روی پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی بود و بنابراین، فرضیه‌های تئوری 3ST نسبت به IPTS بر داده‌های حاصل از مطالعه‌ی حاضر منطبق‌تر است.

در مطالعه‌ی حاضر، ظرفیت خودکشی در گروه اقدام به خودکشی همراه با ایده‌پردازی خودکشی به‌طور معناداری بالاتر از گروه دارای ایده‌پردازی خودکشی بدون اقدام به خودکشی بود. در پژوهش حاضر، این تفاوت معنادار در ابعاد ظرفیت سرشتی، اکتسابی و عملکردی وجود داشت. برافراشتگی‌های بیشتری در متغیر ظرفیت خودکشی در گروه اقدام‌کننده نسبت به ایده-پردازنده وجود داشت. برای مثال اندازه اثر d کوهن ۰/۴۲ در پژوهش Klonsky and May (۲۰۱۵)، ۰/۷۲ در مطالعه‌ی

Dhingra و همکاران (۲۰۱۸) و ۰/۵۲ در مطالعه‌ی Yang و همکاران (۲۰۱۸) به دست آمده است [۶، ۱۲، ۱۳]. در مطالعه‌ی Dhingra و همکاران و Yang و همکاران، این تفاوت در ظرفیت عملکردی وجود داشت. الگوی مشابهی در مطالعه‌ی طولی و گذشته‌نگرانه‌ی Tsai و همکاران (۲۰۲۰) وجود داشت [۱۱-۱۳]. به عبارتی، ظرفیت عملکردی برای خودکشی و نه ظرفیت سرشتی و اکتسابی برای خودکشی سابقه‌ی اقدام به خودکشی و اقدام به خودکشی‌های آینده را پیش‌بینی می‌کرد. متون زیادی از گنجاندن قابلیت و ظرفیت عملی خودکشی در 3ST حمایت می‌کنند؛ به‌عنوان مثال، مطالعات گذشته نشان داده‌اند که افزایش دسترسی به انواع وسایل کشنده، مانند اسلحه، پل و آفت‌کش‌ها، افزایش اقدام به خودکشی را در پی دارند [۲۸-۳۰]. البته، در مطالعه‌ی حاضر، ظرفیت سرشتی و اکتسابی نیز در گروه اقدام‌کننده نسبت به ایده‌پردازنده بیشتر بود که احتمالاً ناشی از این امر است که در جامعه‌ی پژوهش حاضر، عمدتاً بیماران روان‌پزشکی حاد بودند.

مطالعه‌ی حاضر خالی از محدودیت نبود. اول اینکه، برای ارزیابی از پرسش‌نامه‌های خودسنجی استفاده شده بود که سوگیری در ارائه‌ی پاسخ‌ها در این شیوه‌ی ارزیابی همواره مطرح است. نمونه‌ی پژوهش حاضر بیماران روان‌پزشکی دارای ایده‌پردازی خودکشی بودند که به‌صورت مقطعی و گذشته‌نگر، بر اساس سابقه‌ی اقدام به خودکشی ارزیابی شدند. لازم است پژوهش‌های بعدی با نمونه‌های بالینی و به‌گونه‌ای آینده‌نگر و کوهورت بررسی شوند. در نهایت، پژوهش حاضر درباره‌ی بزرگسالان ۱۸ تا ۶۵ سال صورت گرفت که لزوم پژوهش درباره‌ی نوجوانان زیر ۱۸ سال و سالمندان بالای ۶۵ سال را مطرح می‌سازد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه شواهدی در ارتباط با اعتبار تئوری سه‌مرحله‌ای 3ST در حوزه‌ی خودکشی در جمعیت بیماران روان‌پزشکی ایرانی به حساب می‌آید. به عبارتی، در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی و درمان آن، در گام اول، بایستی به میزان ناامیدی و دردهای روان‌شناختی (افسردگی، استرس‌زاهای جدی محیطی و...) توجه کرد. در ادامه، گسترش روابط اجتماعی و بیشتر شدن حامیان افراد دارای فکر خودکشی می‌تواند ابزاری بسیار بااهمیت برای کاهش افکار خودکشی به حساب آید. در نهایت، درد و ظرفیت خودکشی همراه با ایده‌پردازی خودکشی پیش‌بین‌های بهتری برای اقدام به خودکشی‌های بعدی به حساب می‌آیند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بابل به شماره‌ی ۷۲۴۱۳۲۹۷۳ است. نویسندگان لازم می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان و افراد یاری‌رسان در این پژوهش کمال تشکر را داشته باشند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را بیان نکرده‌اند.

سهم نویسندگان

نویسنده‌ی اول (پژوهشگر اصلی): مسئول مکاتبات، ایده‌ی اولیه، تدوین و طراحی پروژه، تدوین بخش‌های مختلف طرح، نگارش مقاله (۴۰ درصد)؛ نویسنده‌ی دوم (پژوهشگر همکار): مشاور علمی، نظارت بر حسن اجرا و گردآوری داده‌ها، تفسیر نتایج، ویرایش علمی مقاله (۲۰ درصد)؛ نویسنده‌ی سوم (پژوهشگر همکار): مشاور علمی، نظارت بر حسن اجرا و گردآوری داده‌ها، تفسیر نتایج، ویرایش علمی مقاله (۲۰ درصد)؛ نویسنده‌ی چهارم (پژوهشگر همکار): مشاور آماری، تفسیر داده‌ها، تدوین بخش روش‌شناسی طرح (۱۰ درصد)؛ نویسنده‌ی پنجم (پژوهشگر اصلی): تهیه و تنظیم پروپوزال، جمع‌آوری داده‌ها، بازنگری متون (۱۰ درصد).

حمایت مالی

این طرح با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی بابل انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با شناسه‌ی اخلاقی IR.MUBABOL.REC.1399.398 در دانشگاه علوم پزشکی بابل ثبت شده است. در پژوهش حاضر، از آزمودنی‌ها رضایت کتبی آگاهانه گرفته شد. آزمودنی‌ها با اراده و اختیار خود حاضر به شرکت در این تحقیق شدند. در بدو تحقیق، اطلاعات لازم در زمینه‌ی شیوه‌ی اجرا، اهداف تحقیق، فواید و زیان‌های احتمالی تحقیق، ماهیت و مدت تحقیق در اختیار آزمودنی‌ها قرار داده شد و به سؤالات آزمودنی‌ها پاسخ داده شد. گزارش نتیجه‌ی تحقیق با رعایت حقوق مادی و معنوی عناصر ذی‌ربط (آزمودنی، پژوهشگر، پژوهش و سازمان مرتبط) صورت گرفت. به آزمودنی‌ها این اختیار داده شد که در هر یک از مراحل اجرای تحقیق، از ادامه‌ی همکاری انصراف دهند. همه‌ی آزمودنی‌ها با کسب اطلاعات لازم در زمینه‌ی تحقیق و تفهیمات لازم در این تحقیق شرکت کردند. اطلاعات آزمودنی‌ها به‌صورت محرمانه بایگانی شد و هیچ‌گونه صدمه‌ی جسمی و زیان مالی متوجه آزمودنی‌ها نبود.

REFERENCES

- Pritchard C, Amanullah S. An analysis of suicide and undetermined deaths in 17 predominantly Islamic countries contrasted with the UK. *Psychological medicine*. 2007;**37**(3):421-30. PMID: 17176500 DOI: 10.1017/S0033291706009159
- Hassanian-Moghaddam H, Zamani N. Suicide in Iran: The Facts and the Figures from Nationwide Reports. *Iran J Psychiatry*. 2017;**12**(1):73-7. PMID: 28496505
- Shneidman ES. Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Northfield, NJ: Jason Aronson; 1993.
- Durkheim E. Suicide: A study in sociology. New York, NY. Free Press; 1951.
- Abramson LY, Alloy LB, Hogan ME, Whitehouse WG, Gibb BE, Hankin BL, et al. The hopelessness theory of suicidality. In: Joiner TE, Rudd MD, editors. Suicide science: Expanding the boundaries. Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2000:17-32.
- Klonsky ED, May AM. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2015;**8**(2):114-29.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008;**192**(2):98-105. PMID: 18245022 DOI: 10.1192/bjp.bp.107.040113
- Joiner T. Why people die by suicide. *Harvard University Press*. 2005.
- Swanson SP, Roberts LJ, Chapman MD. Are anaesthetists prone to suicide? A review of rates and risk factors. *Anaesthesia and intensive care*. 2003;**31**(4):434-45. PMID: 12973968 DOI: 10.1177/0310057X0303100413
- Pachkowski MC, Hewitt PL, Klonsky ED. Examining suicidal desire through the lens of the three-step theory: A cross-sectional and longitudinal investigation in a community sample. *J Consult Clin Psychol*. 2021;**89**(1):1-10. PMID: 33507772 DOI: 10.1037/ccp0000546
- Tsai M, Lari H, Saffy S, Klonsky ED. Examining the Three-Step Theory (3ST) of Suicide in a Prospective Study of Adult Psychiatric Inpatients. *Behavior therapy*. 2021;**52**(3):673-85. PMID: 33990241 DOI: 10.1016/j.beth.2020.08.007
- Yang L, Liu X, Chen W, Li L. A Test of the Three-Step Theory of Suicide among Chinese People: A Study Based on the Ideation-to-Action Framework. *Arch Suicide Res*. 2019;**23**(4):648-61. PMID: 30024342 DOI: 10.1080/13811118.2018.1497563
- Dhingra K, Klonsky ED, Tapola V. An Empirical Test of the Three-Step Theory of Suicide in U.K. University Students. *Suicide & life-threatening behavior*. 2019;**49**(2):478-87. PMID: 29604120 DOI: 10.1111/sltb.12437
- Kiani Chalmari A, Safdarian Z, Jafari banafshedaragh A, Ahmadbookani S. Three-Step Structural Assessment of Suicide (Hopelessness, Ache, Depression, Interpersonal Needs, Acquired Capability for Suicide, and Suicide Attempt) in Students. *Journal of counseling research*. 2021;**19**(76):92-117. DOI: 10.29252/jcr.19.76.92
- Ghaleban K, Moheb N, Abdi R, Farnam A. The role of pain, hopelessness, belonging, and suicide capacity in predicting suicide attempt in people with psychiatric disorders. *Med J Tabriz Uni Med Sciences*. 2022;**44**(1):36-46. DOI: 10.34172/mj.2022.012
- Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess*. 2007;**19**(3):309-17. PMID: 17845122 DOI: 10.1037/1040-3590.19.3.309
- Beck AT, Streer RA. Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX. Psychological Corporation. 1991.
- Anisi J, Fathi Ashtiani A, Salimi S, Ahmad Noudeh K. Validity and reliability of Beck suicide scale ideation among soldiers. *Journal of Military Medicine*. 2005;**7**(1):33-7.
- Holden RR, DeLisle MM. Factor Analysis of the Beck Scale for Suicide Ideation With Female Suicide Attempters. *Assessment*. 2005;**12**(2):231-8. PMID: 15914724 DOI: 10.1177/1073191105274925
- Holden RR, Mehta K, Cunningham EJ, McLeod LD. Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 2001;**33**(4):224-32. DOI:10.1037/h0087144
- Beck AT, R.A. S. Manual for the beck hopelessness scale. San Antonio, TX. Psychological Corporation. 1988.
- Mesbah N, Abedian A. The relationship of stress and hopelessness among students residing in dormitories. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2006;**12**(2):154-9.
- Hill RM, Rey Y, Marin CE, Sharp C, Green KL, Pettit JW. Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the Reliability, Factor Structure, and Predictive Validity across Five Versions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2015;**45**(3):302-14. PMID: 25308815 DOI: 10.1111/sltb.12129
- Kiani A, Ahmadboukani S, Najafi N, Gorji Z. Validation and Psychometric Properties of the Interpersonal Needs Questionnaire in Students Abstract. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2019;**9**(2):65-78. DOI: 10.22108/cbs.2021.125926.1467
- Ahmadboukani S, Ghamari Kivi H, Kiani A, Rezaeisharif A. Structural validity of the Persian version of the Suicide Capacity Scale among Iranian college students. *Perspectives in psychiatric care*. 2022;**58**(4):2190-8. PMID: 35141900 DOI: 10.1111/ppc.13046
- Kleiman EM, Turner BJ, Fedor S, Beale EE, Huffman JC, Nock MK. Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of*

- abnormal psychology*. 2017;**126**(6):726-38. [PMID: 28481571](#) [DOI: 10.1037/abn0000273](#)
27. Zareian B, Klonsky ED. Connectedness and suicide. In: Page AC, Stritzke WGK, editors. *Alternatives to Suicide*. Academic Press. 2020:135-58. [DOI: 10.1016/B978-0-12-814297-4.00007-8](#)
 28. Barber CW, Miller MJ. Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: a research agenda. *Am J Prev Med*. 2014;**47**(3 Suppl 2):S264-72. [PMID: 25145749](#) [DOI: 10.1016/j.amepre.2014.05.028](#)
 29. Anestis MD, Law KC, Jin H, Houtsma C, Khazem LR, Assavedo BL. Treating the Capability for Suicide: A Vital and Understudied Frontier in Suicide Prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 2017;**47**(5):523-37. [PMID: 27862187](#) [DOI: 10.1111/sltb.12311](#)
 30. Hawton K. Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2007;**28**(Suppl 1):4-9. [DOI: 10.1027/0227-5910.28.S1.4](#)