

مدل یابی علی سایکوپاتولوژی خودکشی بر مبنای سلامت معنوی و استحکام من؛ مطالعه‌ای با نگاه پیشگیرانه از خودآزاری‌ها

سیده مرضیه فرید^۱، رضا پورحسین^{۲*}، غلامعلی افروز^۳

۱- دانشجوی دوره دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده پردیس بین الملل، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳- استاد، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

*نویسنده رابط: prhosein@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۸/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی یکی از موضوعات تهدیدکننده برای سلامت عموم جامعه است، و سلامت معنوی و استحکام من از جمله عواملی است که می‌تواند در کاهش آن مؤثر باشد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی علی سایکوپاتولوژی خودکشی بر اساس سلامت معنوی و استحکام من انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد با سابقه اقدام به خودکشی ثبت شده در سامانه مرکز پایش دانشگاه علوم پزشکی شیراز در نیمه اول سال ۱۴۰۲ بود. تعداد ۲۱۰ نفر از جامعه مذکور به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی، مقیاس سلامت معنوی و مقیاس توانمندی ایگو را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل مسیر معادلات ساختاری در نرم افزار SPSS 23 و Amos 24 تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که اثر مستقیم سلامت معنوی (به صورت منفی) بر سایکوپاتولوژی خودکشی معنادار است ($p < 0/05$). همچنین، نتایج حاصل از بررسی نقش میانجی‌گری استحکام من نیز نشان داد که استحکام من نقش میانجی‌گری معنی‌داری در رابطه بین سلامت معنوی با سایکوپاتولوژی خودکشی دارد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که سلامت معنوی به طور مستقیم، و استحکام من به صورت غیرمستقیم بر سایکوپاتولوژی خودکشی افراد نمونه مؤثر بوده است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که مراکز بهداشت روان در بررسی سایکوپاتولوژی خودکشی افراد مستعد به خودکشی به سلامت معنوی و استحکام من آنها نیز توجه داشته باشند.

واژگان کلیدی: سایکوپاتولوژی خودکشی، سلامت معنوی، استحکام من

مقدمه

خودکشی از موضوعات تهدیدکننده جامعه و خانواده به شمار می‌آید (۱). اقدام به خودکشی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم بهداشت روانی افراد جامعه محسوب می‌گردد (۲). اجلاس سازمان بهداشت جهانی World Health Organization (WHO) در سال ۱۹۹۶ خودکشی و اقدام به آن را به‌عنوان یکی از مسائل مهم

بهداشت عمومی و رفتاری ضدا اجتماعی اعلام کرده است (۳). مطالعات نشان می‌دهند که ۱۷٪ از نوجوانان، ۱۳٪ از بزرگسالان و ۶٪ از بزرگسالان بالای ۲۵ سال حداقل دارای سابقه یک‌بار خودکشی هستند (۴). نتایج پژوهش‌ها میزان خودکشی در ایران را ۹ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش کرده‌اند که از این بین نوجوانان حدود ۱۰٪ از آمار خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند (۵).

Fanten اولین بار در سال ۱۷۳۷ اصطلاح خودکشی را در مطالعات خود به کار برد (۶). خودکشی عملی است که فرد برای پایان دادن زندگی خود به طور آگاهانه و خودخواسته انجام می‌دهد (۷). خودکشی شاید غم‌انگیزترین روش ختم زندگی یک فرد محسوب شود (۸). این کنش فرد معمولاً با محاسبه عقلانی اتخاذ می‌شود (۹). در حالی که در خودکشی ناموفق، فرد در پی جلب توجه دیگران به سمت خود است و اقدام به خودکشی منجر به مرگ نمی‌شود (۶). عوامل مرتبط با خودکشی به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند. دسته اول عوامل خطر هستند، یعنی عواملی که احتمال اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهند (۱۰). تحقیقات نشان داده است که عواملی مانند فشارهای روانی، حل بحران و رها شدن از مشکل، عدم توانایی در تحمل درد و رنج، ناکامی‌های شخصی، سستی و بی‌هدفی، نیاز به توجه، حمایت نکردن، احساس ناامیدی و درماندگی، افسردگی و اختلال شخصیت در ارتکاب خودکشی مؤثر هستند (۱۱). دسته دوم عوامل مرتبط با خودکشی، عوامل محافظ می‌باشند. این عوامل احتمال اقدام به خودکشی را کاهش می‌دهند (۱۰). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد یکی از عوامل محافظ تاثیرگذار در کاهش بروز افکار خودکشی سلامت معنوی است (۱۲، ۱۳). در این راستا، مهدوی و همکاران (۱۴) اذعان داشتند که هر چه افراد هوش معنوی بالاتری داشته باشند، احتمالاً به همان میزان افکار خودکشی و رفتارهای خودآسیبی کمتری دارند. نتایج پژوهش حاجی حیدری و سجادیان (۱۵) نیز حاکی از آن بود که افکار خودکشی توسط سلامت معنوی قابل پیش‌بینی است.

اصطلاح سلامت معنوی نخستین بار در سال ۱۹۷۱ میلادی توسط Moberg با عنوان "بهزیستی معنوی" ایجاد گردید (۱۶). سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم مفهوم سلامت به شمار می‌رود و به صورت حس پذیرش، احساس مثبت، اخلاق و ارتباط مثبت با یک قدرت حاکم و برتر تعریف می‌شود (۱۷). سلامت معنوی عبارت است از مرتبط بودن با اطرافیان، داشتن معنا و هدف در زندگی و اعتقاد و ارتباط با قدرتی متعالی (۱۸). سلامت معنوی

دارای دو بعد وجودی و مذهبی است (۱۷). طبق نظر Moberg and Brusk سلامت معنوی متشکل از سازه‌ای چندبعدی است که یک بعد عمودی و یک بعد افقی را شامل می‌شود؛ بعد عمودی آن به ارتباط با خدا و بعد افقی آن به احساس هدفمندی و رضایتمندی در زندگی بدون در نظر گرفتن مذهبی خاص اشاره دارد (۱۶). سلامت معنوی تأثیر مثبتی در ارتقا سلامت ذهنی و کاهش اختلالات ذهنی مانند افسردگی، افزایش اعتماد به نفس و کنترل خود دارد و نقش حیاتی در سازگاری با استرس ایفا می‌کند (۱۹). هنگامی که سلامت معنوی با خطری جدی مواجه شود، فرد ممکن است دچار اختلالات روانی مانند اضطراب، احساس تنهایی و ازدست دادن معنای زندگی شود (۲۰). افرادی که گرایش‌های معنوی دارند هنگام رویارویی با آسیب‌ها، پاسخ‌های بهتری به وضعیت می‌دهند و موقعیت تنش‌زا را بهتر اداره می‌کنند (۲۱). یافته‌های مطالعات (۲۲، ۲۳) نشان داده‌اند که سلامت معنوی به منزله یکی از ابعاد سلامت مستلزم شکل‌گیری من (ego) توانمند و با اقتدار در چهارچوب شخصیت فرد است. منی که بتواند از عهده مدیریت نیازها، مطالبات و مشکلات فردی و اجتماعی برآید. مفهوم استحکام من (ego-strength) نماینده چنین ساختاری در عرصه روان و شخصیت محسوب می‌شود (۲۴).

استحکام من به عنوان یکسری کنش‌های من تعریف شده است که طبق نظریه ساختاری Freud جزئی اساسی از شخصیت را شکل می‌دهد (۲۵). استحکام من عبارت از ظرفیت من برای اداره تقاضاهای متعارض نهاد (Id)، فرامن (super ego) و مقتضیات واقعیت بیرونی است (۲۶). فرآیند موفقیت‌آمیز تحول روانی، به رشد و استحکام من، و حتی شکل‌گیری هویت منسجم ختم می‌شود (۲۵). به طوری که هر چقدر من قادر به ایجاد تعادل کارکردی باشد شخصیت فرد درگیر اختلال نخواهد شد (۲۶). این مفهوم بیانگر عملکرد روانی افراد در ارتباط با خود و محیط است. عناصری که با هم توانمندی کلی من را می‌سازند، مواردی همچون توانایی افراد برای تحمل اضطراب، ظرفیت فرد

من به عنوان متغیر واسطه‌ای بین سلامت معنوی، سایکوپاتولوژی خودکشی افراد را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا سلامت معنوی به واسطه استحکام من می‌تواند سایکوپاتولوژی خودکشی را پیش‌بینی کند؟

روش کار

این تحقیق توصیفی، از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از نوع مطالعات همبستگی بود. همچنین یک پژوهش علی است زیرا به دنبال طراحی مدل از طریق روش مدلیابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری شامل تمامی افراد با سابقه اقدام به خودکشی ثبت شده در سامانه ثبت و مراقبت یکپارچه اطلاعات خودکشی مرکز پایش مراقبت‌های درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در نیمه اول سال ۱۴۰۲ بود. این سامانه به عنوان طرح پایلوت کشوری راه‌اندازی شده و در دسترس تمام ارگان‌ها از جمله تمامی مراکز آموزشی-درمانی، مراکز سلامت معاونت بهداشت، مراکز درمانی نیروهای مسلح، بهزیستی، مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌ها، پزشکی قانونی، مرکز فوریت‌های پلیسی (۱۱۰)، سیستم پاسخگویی فوریت‌های پزشکی (۱۱۵) و اورژانس اجتماعی (۱۲۳) قرار گرفت (۳۴). برای محاسبه حجم نمونه در پژوهش به ادبیات پژوهشی مرتبط با روش آماری (مدل‌سازی معادلات ساختاری) مراجعه شد. لوهلین (۲۰۰۴) تاکید کرده که برای استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری حداقل حجم نمونه ۱۰۰ نفر و حجم نمونه مطلوب ۲۰۰ نفر می‌باشد. کلاین متوسط اندازه مناسب برای مطالعات مدل‌سازی معادلات ساختاری را ۲۰۰ نفر توصیه می‌کند (۳۵). بدین ترتیب، با در نظر گرفتن دیدگاه‌های فوق و تعداد پارامترهای برآورد شده در مدل، حجم نمونه ۲۱۰ نفر برآورد شد، که به روش نمونه‌گیری در دسترس از جامعه آماری مذکور انتخاب و به پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی، مقیاس سلامت معنوی و مقیاس توانمندی ایگو پاسخ دادند. معیارهای ورود به تحقیق شامل اعلام رضایت

برای تعدیل فشارهای غریزی و مطالبات فرامن (۲۷). استحکام من نگرش فرد نسبت به مشکلات، واکنش منسجم و سنجیده در مقابل بحران‌ها و ظهور قابلیت سازگاری در ارتباط با وضعیت هیجانی شخصی است (۲۸). از جمله توانمندی‌های روانشناختی من در حل تعارض‌های درون-روانی و انطباق با محیط می‌توان به مهار من (Ego-control)، تاب‌آوری من (Ego-resiliency)، مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته (Mature defense mechanisms) و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد (Effective coping strategies) اشاره کرد (۲۵).

مطالعات متعددی در زمینه متغیرهای پژوهش انجام شده است. پژوهش‌های میکائیلی و صمدی فرد (۱۸)، حاجی حیدری و سجادیان (۱۵)، بقایی (۲۹)، حیدری شرف و همکاران (۳۰)، رحیمی و اسداللهی (۱۲)، صدیق ارفعی و حیدری‌پور (۳۱)، صدی دمی‌رجی و همکاران (۳۲)، میکائیلی و مرادی کلارده (۳۳) و بشارت و همکاران (۲۲) نشان دادند که بین سلامت معنوی و استحکام من با رفتار خودکشی رابطه وجود دارد و سلامت معنوی و استحکام من در پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی چون خودکشی نقش دارند.

با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه سایکوپاتولوژی خودکشی هنوز ابهامات گوناگونی پیرامون متغیرهای مذکور وجود دارد که به عنوان منبع مسئله مطرح می‌شوند. تاکنون تحقیقات انجام شده عنایت چندانی به نقش واسطه‌گری متغیر استحکام من بر سایکوپاتولوژی خودکشی نداشته‌اند. از این رو، تحقیق حاضر می‌تواند خلأهای موجود را تا حدودی پر کند. با بررسی متغیر استحکام من به عنوان نقش میانجی، می‌توان درباره چگونگی رابطه بین سلامت معنوی با سایکوپاتولوژی خودکشی افراد راهبردهایی تبیینی ارائه کرد که از نوآوری‌های مطالعه حاضر است. با توجه به موارد ذکر شده به نظر می‌رسد که متغیر سلامت معنوی از جمله عوامل دخیل در سایکوپاتولوژی خودکشی افراد است؛ و به نظر می‌رسد علاوه بر روابط مستقیم این متغیر، متغیری مانند استحکام

آگاهانه برای شرکت در پژوهش، حداقل سطح تحصیلات ابتدایی برای پاسخگویی به سؤالات، عدم بیماری جسمانی و روان‌شناختی (مانند معلولیت جسمانی و یا صرع)، عدم دریافت روان‌درمانی دیگر قبل از ورود به پژوهش در شش ماه اخیر و عدم وجود بیماری‌های سایکوتیک بود. ملاک خروج از مطالعه شامل اعلام انصراف از ادامه شرکت در پژوهش و عدم تکمیل دقیق پرسشنامه‌ها بود.

به منظور گردآوری داده‌ها ابزارهای مورد نیاز استفاده شد: ۱. پرسشنامه انگیزه برای اقدام به خودکشی Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA): یک ابزار خودگزارشی ۵۴ سؤالی است که توسط می و May and Klonsky در سال ۲۰۱۳ با تأکید بر نظریه‌های اصلی گرایش به خودکشی، برای ارزیابی انگیزه‌های اقدام به خودکشی طراحی شده است. این پرسشنامه ترکیبی از ده مقیاس پنج آیتمی (با چهار آیتم اضافه) به نام ناامیدی، درد ذهنی، فرار و اجتناب، درماندگی، حس تعلق کم، بی‌پروایی و نترس بودن، اثر بین‌فردی، کمک‌طلبی، تکانش‌وری و حل مسئله است. این آیتم‌ها در مقیاس‌های لیکرت پنج درجه‌ای در دامنه یک (اصلاً مهم نیست) تا پنج (بسیار مهم است) قرار دارند. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که در دامنه ۵۴ تا ۲۷۰ قرار دارد. روایی عاملی پرسشنامه توسط می و کلونسکی در دو عامل درون‌فردی (شامل درد روانی، فرار، ناامیدی، رنج و مشقت، تعلق‌پذیری اندک و بی‌پروایی) و عامل میان‌فردی (شامل کمک‌خواهی و تأثیر میان‌فردی) تأیید شد؛ و پایایی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای عامل درون‌فردی و میان‌فردی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۲ به دست آمد (۳۶). در ایران روایی سازه پرسشنامه به روش عاملی توسط بگیان کوله مرزی و همکاران (۳۷) تأیید شد. و پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای ده مقیاس در دامنه‌ای از ۰/۶۸ و ۰/۹۴ به دست آمد.

۲. مقیاس بهزیستی معنوی (Spiritual Wellbeing Scale): پرسشنامه توسط Paloutzian and Ellison به منظور ارزیابی کیفیت زندگی معنوی ادراک‌شده افراد

طراحی شد و دارای ۲۰ گویه است که دو خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی (Religious Well-Being (RWB) و بهزیستی وجودی (Existential Well-Being (EWB) را اندازه می‌گیرد. هر خرده‌مقیاس شامل ۱۰ گویه است و گویه‌ها روی مقیاس لیکرت شش درجه‌ای (۱=کاملاً مخالف تا ۶=کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات برای هر خرده‌مقیاس بین ۱۰ تا ۶۰ و برای نمره کلی مقیاس بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد که نمره بالا نشان‌دهنده میزان بالای بهزیستی معنوی در فرد است. طراحان مقیاس روایی سازه پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی تأیید کردند؛ و اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و کل مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۷ و ۰/۹۰ محاسبه کردند (۳۸). خرمی مارکانی و همکاران (۳۹) در ایران روایی سازه مقیاس را با استفاده از تحلیل عاملی در دو عامل تأیید کردند و پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ برای بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۶۴ به دست آوردند؛ همچنین، ضریب پایایی آزمون مجدد در دو بار اجرای مقیاس و به فاصله ۲ هفته را ۰/۵۶ گزارش نمودند.

۳. سیاه روان‌شناختی توانمندی ایگو Psychosocial Inventory of Ego Strength (PIES): این پرسشنامه ۶۴ سؤالی توسط Markstrom و همکاران در سال ۱۹۹۷ برای سنجش هشت نقطه قدرت ایگو شامل امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد ساخته شد. نمره‌گذاری پرسشنامه در لیکرت پنج درجه‌ای در دامنه یک (اصلاً با من مطابق نیست) تا پنج (کاملاً با من مطابق است) قرار دارد و دامنه نمرات بین ۶۰ تا ۳۰۰ می‌باشد. نمره فرد در این پرسشنامه از حاصل جمع نمره فرد در سؤالات به دست می‌آید و نمرات بیشتر به معنی سطح بالای قدرت ایگو است. روایی سازه پرسشنامه به روش عاملی توسط مارک استروم و همکاران تأیید شد؛ و اعتبار این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شد (۴۰). در ایران، روایی سازه ابزار با استفاده از روش تحلیل عاملی

در پژوهش مهرداد و همکاران تایید شد؛ و پایایی آزمون با روش ضریب آلفای کرونباخ $0/91$ به دست آمد (۴۱). پس از کسب مجوز از دانشگاه و دریافت معرفی نامه، به مرکز پایش مراقبت های درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز مراجعه گردید. ملاقات با مسئولین مرکز صورت گرفت، و اطلاعات مورد نیاز در مورد هدف پژوهش به آنها ارائه شد. پس از اعلام آمادگی مسئولین مرکز و دریافت فهرست بیماران ثبت شده در سامانه، به بیمارستان ها و مراکز پذیرش کننده افراد اقدام کننده به خودکشی (از قبیل بیمارستان حضرت علی اصغر (ع)، بیمارستان نمازی، بیمارستان شهید فقیهی، بیمارستان اعصاب و روان ابن سینا، بیمارستان اعصاب و روان محری، بیمارستان حضرت ولیعصر، بیمارستان امام حسین (ع) و ...) مراجعه و پرسشنامه ها در اختیار افراد اقدام کننده به خودکشی (چند روز از بستری این افراد در مرکز گذشته بود و بهبودی نسبی به دست آمده بود) قرار گرفت، توضیحات لازم درباره نحوه پاسخگویی به پرسشنامه ها به آنها داده شد و از شرکت کنندگان خواسته شد که سؤالات را با صداقت کامل جواب داده و هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارند. کل فرآیند نمونه گیری و جمع آوری داده ها از مرکز ۴ ماه به طول انجامید. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، فرآیند کار برای شرکت کنندگان توضیح داده شد، به آنان اطمینان داده شد که اجرای پرسشنامه ها صرفاً یک کار پژوهشی است و مشخصات آنان کدگذاری شده و اطلاعاتی که درون پرسشنامه است، محرمانه باقی خواهد ماند. چنانچه آزمودنی مایل به تکمیل پرسشنامه ها نبود، می توانست آزادانه از شرکت در پژوهش امتناع ورزد. داده ها با استفاده از تحلیل مسیر معادلات ساختاری در نرم افزار SPSS و AMOS 23 تحلیل شدند.

نتایج

شاخص های شرکت کنندگان بر حسب ویژگی های جمعیت شناختی بیانگر آن بود که میانگین سنی افراد شرکت کننده $30/00$ با انحراف استاندارد $9/09$ بود. اغلب

آنان تحصیلات دیپلم داشتند (۸۶ نفر)، غالب شرکت کنندگان زن بودند (۱۲۵ نفر)، اکثر آنان بیکار بودند (۹۱ نفر) و بیشتر آنها متاهل بودند (۱۱۰ نفر). در ابتدا، اطلاعات توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شد.

قبل از آزمون مدل ابتدا پیش فرض های تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفت. یافته های پژوهش حاکی از آن بود که مقدار کجی و کشیدگی برای متغیرهای تحقیق در دامنه $(2+ و 2-)$ قرار داشت، لذا فرض نرمال بودن داده ها تایید شد. شاخص تحمل (Tolerance) برای تمامی متغیرها بیشتر از $0/4$ و شاخص تورم واریانس (VIF) کوچک تر از ۱۰ بود. بنابراین مفروضه عدم هم خطی چندگانه در بین متغیرهای پیش بین تایید شد. همچنین مقدار دوربین واتسون کمتر از ۴ بود و مفروضه استقلال خطاها نیز تایید گردید. با توجه به شاخص های به دست آمده، می توان گفت که شرایط آزمون رعایت شده و می توان از تحلیل مسیر استفاده نمود. در ادامه، ضرایب همبستگی بین متغیرهای بهزیستی وجودی، بهزیستی مذهبی و استحکام من با سایکوپاتولوژی خودکشی نشان داده شد. نتایج در جدول ۲ آمده است. همانطور که در جدول مشاهده می شود بین متغیرهای بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی با نمره استحکام من رابطه مثبت و معنی دار وجود داشت ($p < 0/01$). همچنین، بین متغیرهای بهزیستی وجودی، بهزیستی مذهبی و استحکام من با نمره سایکوپاتولوژی خودکشی رابطه منفی و معنی دار وجود داشت ($p < 0/05$).

در ادامه، شاخص های برازش مدل مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج در جدول ۳ گزارش شده است. نتایج نشان داد که شاخص نسبت مجذور کای اسکور بر درجه آزادی (CMIN/DF) در دامنه بین ۱ تا ۳ قرار دارد. شاخص ریشه میانگین مربع خطای برآورد (RMSEA) برابر $0/07$ و از $0/09$ کوچکتر بود. شاخص برازش هنجار شده (NFI) برابر با $0/98$ است که نشان دهنده برازش مطلوب مدل بود. شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI) برابر با

۰/۶۳ و از ۰/۰۵ بزرگتر بود. همچنین، شاخص‌های IFI (شاخص برازش افزایشی)، CFI (شاخص برازش تطبیقی)، GFI (شاخص برازندگی) نیز از ملاک مورد نظر (۰/۹) بزرگتر بودند، و ضرایب بدست آمده حاکی از برازش مطلوب مدل بود.

بعد از اتمام فاز پالایش متغیرهای مرتبط و تأیید مدل، آزمون فرضیه تحقیق انجام شد. به منظور بررسی نقش میانجی استحکام من در رابطه بین بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی با سایکوپاتولوژی خودکشی، از تحلیل مسیر معادلات ساختاری استفاده گردید. در شکل ۱ ضرایب مسیر استاندارد در مدل مورد نظر ارائه شده است. بررسی روابط و مدل مفهومی نشان می‌دهد که تمامی مسیرها در مدل تأیید شده است ($p < 0/05$)؛ و متغیر بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی در تعامل با نقش واسطه‌ای استحکام من در تبیین سایکوپاتولوژی خودکشی نقش دارد. همچنین، میزان واریانس تبیین شده (R^2) سایکوپاتولوژی خودکشی ۰/۵۵ به دست آمد که بیانگر آن بود که تمامی متغیرهای مستقل و میانجی یعنی بهزیستی وجودی، بهزیستی مذهبی و استحکام من می‌توانند ۵۵٪ از تغییرات سایکوپاتولوژی خودکشی را پیش‌بینی کنند.

در ادامه، ضریب مسیر استاندارد و غیراستاندارد شده بدست آمده در (جدول ۴) گزارش شده است. اطلاعات مندرج در (جدول ۴) حاکی از آن بود که تمامی روابط مدل تأیید گردید ($p < 0/05$). جهت تأثیر تمامی متغیرها بر سایکوپاتولوژی خودکشی منفی بود. معنی‌دار بودن وزن‌های مربوط به مدل اندازه‌گیری متغیرهای بهزیستی وجودی، بهزیستی مذهبی و سایکوپاتولوژی خودکشی نشانه معرف بودن همه شاخص‌ها برای متغیر مکنون (Latent Variable) مربوطه بود.

در آخر، اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در جدول ۵ گزارش شد. همانطور که از نتایج در جدول استنتاج می‌شود، ضریب استاندارد بهزیستی وجودی به استحکام من ($\beta = 0/88$ ، $\leq 0/01$)، بهزیستی وجودی به سایکوپاتولوژی خودکشی ($\beta = -0/23$ ، $\leq 0/01$)،

بهزیستی مذهبی به استحکام من ($\beta = -0/83$ ، $\leq 0/01$) و بهزیستی مذهبی به سایکوپاتولوژی خودکشی ($\beta = -0/14$ ، $\leq 0/01$) مستقیم می‌باشد؛ و اثر استحکام من به سایکوپاتولوژی خودکشی ($\beta = -0/22$ ، $\leq 0/01$) به صورت غیرمستقیم بود؛ و همه مسیرهای استاندارد معنی‌دار می‌باشند ($P \leq 0/01$). بنابراین با توجه به سطح خطای کمتر از $P \leq 0/01$ در رابطه با تمام متغیرها می‌توان چنین برداشت کرد که تمام متغیرها در سطح معنی‌دار $P \leq 0/01$ دارای ارزش بیشتر از صفر هستند. نتایج همچنین بیانگر آن است که قوی‌ترین تأثیر بر سایکوپاتولوژی خودکشی مربوط به متغیر بهزیستی وجودی بود؛ و استحکام من اثر مستقیم بر سایکوپاتولوژی خودکشی ندارد و بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی با میانجی‌گری استحکام من بر سایکوپاتولوژی خودکشی موثر بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مدلیابی علی سایکوپاتولوژی خودکشی بر اساس سلامت معنوی و استحکام من انجام گرفت. نتیجه تحلیل نشان داد که سلامت معنوی (بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی) به طور مستقیم بر استحکام من و سایکوپاتولوژی خودکشی موثر بود و استحکام من به طور غیرمستقیم و معنادار رابطه بین سلامت معنوی (بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی) با سایکوپاتولوژی خودکشی را میانجی‌گری می‌کند. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش میکائیلی و صمدی فرد (۱۸)، حاجی حیدری و سجادیان (۱۵)، بقایی (۲۹)، حیدری شرف و همکاران (۳۰)، رحیمی و اسداللهی (۱۲)، صدیق ارفعی و حیدری-پور (۳۱)، صدی دمیرچی و همکاران (۳۲)، میکائیلی و مرادی کلارده (۳۳)، حاجی حیدری و سجادیان (۱۵)، بشارت و همکاران (۲۴)، مهدوی و همکاران (۱۴) و بشارت و همکاران (۲۲) می‌باشد.

اولین یافته پژوهش نشان داد که سلامت معنوی (بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی) اثر منفی مستقیم معنی‌داری بر سایکوپاتولوژی خودکشی دارد، و افزایش

سلامت معنوی در افراد اقدام کننده به خودکشی موجب کاهش خودکشی در آنان می‌شود.

در این راستا، میکائیلی و صمدی فرد (۱۸) نشان دادند که بین سلامت معنوی با افکار خودکشی ۳۵۰ نوجوانان دختر مقطع متوسطه شهر اردبیل رابطه منفی و معناداری وجود دارد و از یافته‌های پژوهش حاضر حمایت می‌کند. نتایج پژوهش حاجی حیدری و سجادیان (۱۵) نیز حاکی از آن بود که افکار خودکشی توسط سلامت معنوی ۱۸۰ زن قربانی خشونت مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناختی شهر اصفهان قابل پیش‌بینی است و همسو با یافته‌های این پژوهش است.

در تبیین اثر این یافته می‌توان گفت که سلامت معنوی حسی از ارتباط داشتن با اطرافیان، داشتن معنا، هدف در زندگی و همچنین داشتن اعتقاد و ارتباط با قدرتی متعالی است. بدون سلامت معنوی بقیه ابعاد زیستی، روان شناختی و اجتماعی نمی‌توانند به بالاترین حد خود برسند. پس دستیابی به بالاترین سطح کیفیت زندگی، بدون سلامت معنوی به دست نمی‌آید. سلامت معنوی نقش مهمی در سازگاری افراد با ناکامی‌ها ایفا می‌کند و راهکاری رایج برای مقابله با افکار ناکارآمد به شمار می‌آید. به گونه‌ایی که می‌تواند هماهنگی ساختارهای درونی بدن را ارتقا و افکار ناکارآمدی مانند خودکشی را کاهش دهد. سلامت معنوی بالا به افراد مستعد اقدام کننده به خودکشی کمک می‌کند هنگام بروز هرگونه شکست و ناملایمتی از فکرکردن به مرگ اجتناب کند. طبق نظر Bullock سلامت معنوی از عواملی است که می‌تواند در گرایش به رفتارهای پرخطر افراد تأثیرگذار باشد (۱۸). به عقیده وی فرد دارای سلامت معنوی بالا خود را سخت در حمایت و لطف همه جانبه خداوند، بزرگ‌ترین نیروی موجود، می‌بیند و به این ترتیب احساس اطمینان، آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد. چنین فردی به سبب ناملایمات و ناکامی‌های زندگی دچار ناامیدی و استرس نمی‌شود؛ زیرا خداوند را حامی خود می‌داند و مطمئن است که این مشکلات می‌گذرند و او پاداش صبر خود را خواهد گرفت. بنابراین

چنین فردی کمتر به خودکشی فکر می‌کند و سعی می‌کند زندگی را با تمام سختی‌ها و مشکلات ادامه دهد (۱۵). موقعیت‌های تنش‌زایی که با معنویت همراه می‌شوند، منبع مهم سازگاری به شمار می‌آید که با رضایت‌مندی فرد از زندگی خود، سازگاری بهتر و کاهش درد و اضطراب در ارتباط است؛ همچنین می‌توان گفت افرادی که سلامت معنوی بیشتری دارند، با ویژگی‌هایی مانند ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شوند، در نتیجه توانایی‌های بیشتری در صبر و تحمل و مدیریت مشکلات دارند و در مقایسه با افرادی که سلامت معنوی کمتری دارند، از دریچه دیگری به مشکلات پیش آمده در زندگی می‌نگرند. سلامت معنوی دارای دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. این دو بعد در عین جدا بودن از یکدیگر، باهم تعامل و همپوشی دارند. باورهای مذهبی مانند یک سپر در برابر عوامل فشارزای زندگی عمل می‌کند و از این راه به راهبردهای مقابله ای فرد کمک می‌کند که وی با داشتن اطمینان قلبی به خداوند، به عنوان قدرت لایزال در سختی‌ها به او پناه برده، سطح اضطراب و ناایمنی کمتری را تجربه کند. این شیوه‌های مقابله، توانایی‌هایی شناختی و رفتاری هستند که از سوی فرد در معرض فشار، به منظور کنترل فشار روانی به کار می‌رود. در تعالیم اسلامی روش‌هایی برای مبارزه با سختی‌ها بیان شده است، از این رو در مبارزه با مشکلات، سختی‌ها و ناملایمات زندگی، به کارگیری راهبردهای سازگاری دینی به عنوان راه‌های کاهش دهنده تأثیرات منفی رویدادهای ناخوشایند زندگی، می‌تواند در افزایش بهزیستی روانی افراد نقش داشته باشد. همان‌طور که سلامت مذهبی منعکس‌کننده ارتباط با خدا یا یک قدرت بی‌نهایت است، سلامت وجودی نیز مطرح‌کننده ارتباط با دیگران، محیط ارتباط درونی ما است که می‌توان آن را توانایی یکپارچه کردن ابعاد مختلف وجود و داشتن انتخاب‌های متفاوت دانست. به عبارتی سلامت مذهبی، نشانه ارتباط با یک قدرت برتر، یعنی خدا است و سلامت وجودی یک عنصر روانی - اجتماعی و نشانه احساس فرد

است؛ از اینکه کیست، چه کاری را و برای چه انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. بعد سلامت مذهبی، ما را برای رسیدن به خدا هدایت می‌کند؛ در حالی که بعد سلامت وجودی، انسان را فراتر از خود می‌برد و به سوی دیگران و محیط سوق می‌دهد (۱۶). در پژوهش حاضر میزان تأثیر بهزیستی وجودی بر سایکوپاتولوژی خودکشی بیشتر بود. به نظر می‌رسد افراد گروه نمونه بر این بعد از سلامت معنوی تمرکز بیشتری داشتند.

دیگر یافته این پژوهش حاکی از آن بود که سلامت معنوی (بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی) اثر مثبت مستقیم معنی‌داری بر استحکام من دارد و با افزایش سلامت معنوی در افراد اقدام کننده به خودکشی، استحکام من در آنان نیز ارتقاء می‌یابد.

در این راستا، بشارت و همکاران (۲۲) در مطالعه‌ای نشان دادند که بین سلامت معنوی (بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی) و استحکام من رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد و بهبود سازگاری ۳۲۷ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر مستلزم ارتقاء استحکام من و سلامت معنوی این بیماران است. این یافته با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. یافته‌های پژوهش بشارت و همکاران (۲۴) نیز حاکی از آن بود که بین شاخص‌های سلامت معنوی (بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی) و استحکام من ۲۶۴ دانشجوی دانشگاه‌های شهر تهران رابطه مثبت وجود دارد. نتایج پژوهش آنان در راستا با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد.

در تبیین اثر این یافته می‌توان گفت که یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر استحکام من، شاخص‌های سلامت معنوی (بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی) است. سلامت معنوی به منزله یکی از ابعاد سلامت، در نظریه‌ها و مدل‌های سلامت متبلور شده، و بر معنویت به منزله مولفه‌ای از سلامت و سبک زندگی سالم و یافتن معنا و هدف در زندگی تأکید دارد. سلامت مستلزم شکل‌گیری من توانمند و با اقتدار در چهارچوب شخصیت فرد است. منی که بتواند از عهده مدیریت نیازها، مطالبات و مشکلات فردی و اجتماعی برآید. استحکام من به توانایی من در مواجهه با

مطالبات و تعارض‌های نهاد، فرامن و مقتضیات محیط و مدیریت این شرایط اطلاق می‌شود. از این نقطه نظر، استحکام من به فرد کمک می‌کند تا در شرایط استرس‌زا و درمانده‌ساز، ثبات و پایداری هیجانی خود را حفظ کند. برعکس، اگر من از استحکام کافی برخوردار نباشد، فرد در کشاکش مطالبات و تعارض‌ها گرفتار می‌شود و آشفتگی هیجانی را تجربه می‌کند. "من" فرد چه از طریق افزایش احساسات آرامش روانی و طمانینه شخصی تقویت شده باشد، چه از طریق رسیدن به احساس شکوه و تعالی، بهتر می‌تواند با سختی‌ها و کمبودها و ناملايمات زندگی مقابله کند، در برابر مشکلات و مصائب زندگی تاب آورد و در صورت ضرورت از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته استفاده کند. به عبارتی، استحکام من از طریق تقویت مهار من، افزایش تاب‌آوری من، به کارگیری ساز و کارهای دفاعی رشد یافته و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد می‌تواند باعث تقویت شاخص‌های سلامت از جمله بهبود آسایش روانشناختی و کاهش دادن درماندگی روانشناختی شود (۲۲، ۲۳).

آخرین و مهم‌ترین یافته پژوهش نیز نشان داد که سلامت معنوی (بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی) از طریق استحکام من اثر منفی غیرمستقیم بر سایکوپاتولوژی خودکشی دارد.

در بررسی پیشینه مطالعه‌ای یافت نشد که به صورت اختصاصی به بررسی نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سلامت معنوی و سایکوپاتولوژی خودکشی بپردازد.

در تبیین نتیجه حاصله می‌توان گفت که استحکام من، مجموعه‌ای از کنش‌های من به عنوان ساختارهای اساسی شخصیت است. میزان استحکام من بر حسب مجموعه توانمندی‌های روانشناختی فرد برای حل تعارضات درون روانی و تعامل با محیط شامل مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای مقابله‌ای تعیین می‌شود. مهار من به توانایی فرد در بازداري یا عملی‌سازی تکانه و تاب‌آوری من به توانایی فرد برای سازگاری در مواجهه با تغییر شرایط محیطی اشاره دارد. تاب‌آوری من ظرفیت

جدید سازگار شده، کمتر دچار آشفتگی و هیجان‌های منفی می‌شوند و در شرایط استرس‌زای زندگی کمتر اقدام به رفتارهای خودآسیبی و پرخطری چون خودکشی می‌نمایند. یا مثلاً، راهبردهای مقابله کارآمد نیز به شیوه پاسخ‌دهی افراد کمک می‌کنند. بدین صورت که افراد در مقابله با مشکلات روزمره بر حسب مقتضیات و شرایط استرس‌زا، از راهبردهای مقابله کارآمد مثل راهبردهای حل مساله و راهبردهای هیجان محور مثبت استفاده کنند. این دسته از راهبردها می‌توانند هیجان‌های آشفته را مدیریت کنند و مانع شکل‌گیری افکار خودکشی در افراد مستعد به خودکشی شوند.

انجام این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌های انجام گرفته دارای محدودیت‌هایی بود. استفاده از نمونه‌گیری غیرتصادفی در پژوهش باعث شد تعمیم نتایج با احتیاط انجام شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. محدود کردن جامعه آماری به سامانه مرکز پایش دانشگاه علوم پزشکی شیراز از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. شایسته است در پژوهش‌های آتی جامعه‌ای با حجم گسترده‌تر در نظر گرفته شود. به دلیل دشواری دسترسی به افراد، جنسیت تفکیک و تحلیل نشد و یافته‌های این پژوهش مربوط به مردان و زنان رده‌های سنی متنوع است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه‌ای از مردان و زنان در رده‌های سنی کنترل شده اجرا شود و عوامل زیربنایی استخراج شده مقایسه شوند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش آن است که اطلاعات به دست آمده، اطلاعات مربوط به خودگزارشی هستند و از دیگر منابع اطلاعاتی نظیر مقیاس‌های رفتاری (مشاهده) یا گزارش‌های مصاحبه‌گرای مستقل و استاندارد استفاده نشده است. و در آخر، شایسته است که در تدوین برنامه‌های پیشگیری از خودکشی، نقش عواملی چون سلامت معنوی و استحکام من نیز در نظر گرفته شود.

پویای فرد برای تعدیل سطح مهار من در پاسخ به تقاضاهای موقعیتی است. در واقع، تاب‌آوری من به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود، و در امتداد یک پیوستار با درجات متفاوت از مقاومت در برابر آسیب‌های روانشناختی قرار می‌گیرد. مکانیسم‌های دفاعی فرایندهای روانی ناهوشیار هستند که مسئولیت محافظت از من را در مواجهه با شکل‌های مختلف اضطراب بر عهده دارند. این مکانیسم‌ها، علاوه بر محافظت فرد در مقابل اضطراب و آگاهی از خطرات و عوامل استرس‌زای درونی و بیرونی، تجربه‌های مربوط به افکار، عواطف و هیجان‌های دردناک را نیز تنظیم می‌کنند. فرآیند مقابله عمدتاً از فعالیت‌ها و اقدامات شناختی و رفتاری فرد برای مدیریت استرس تشکیل می‌شود، و مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و فرآیندهای رفتاری و شناختی برای ممانعت، مدیریت یا کاهش استرس را در بر دارد. به عبارتی، مقابله را می‌توان معادل تلاش هوشیار برای مواجهه با مطالبات استرس‌زا دانست. در این مقابله، پاسخ‌های رفتاری آموخته شده از طریق محدودسازی اهمیت موقعیت خطرناک یا ناخوشایند (مطالبات استرس‌زا)، استرس را کاهش می‌دهد. گرچه راهبردهای مقابله فعالیت‌های بسیاری را شامل می‌شوند، اکثر آنها مبین تلاش برای بهبود یک موقعیت دشوار مثل طراحی نقشه و اقدام عملی (مقابله مساله‌محور)، یا برای تنظیم درماندگی هیجانی مثل جستجوی دیگران برای حمایت عاطفی یا کاهش شدت دشواری موقعیت از نظر شناختی (مقابله هیجان‌محور) هستند (۲۳).

نتیجه گیری

با توجه به این توضیحات در پژوهش حاضر، هرکدام از مولفه‌های استحکام من به گونه‌ای متفاوت می‌توانند خطر اقدام به خودکشی را کاهش دهند. مهار من و تاب‌آوری من عناصری هستند که میزان سازش و استحکام فرد در مواجهه با شرایط استرس‌زای زندگی را مشخص می‌کنند. بنابراین، افراد با سطوح بالای تاب‌آوری من هنگام مواجهه با شکست و شرایط تهدیدکننده، به خوبی با شرایط محیطی

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی دانشکده پردیس بین الملل دانشگاه تهران می باشد. نویسندگان این مقاله از تمامی شرکت کنندگانی که وقت خود را صرف کمک به اجرای این پژوهش نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می کنند. این پژوهش دارای مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه تهران با کد اخلاق IR.UT.PSYEDU.REC.1403.051 می باشد. این مقاله بدون هیچ گونه حمایت مالی انجام شده است. بین نویسندگان این پژوهش هیچ گونه تعارضی در منافع وجود نداشت و نویسندگان سهم یکسان در کلیه مراحل انجام پژوهش داشتند.

جدول ۱- توصیف آماری متغیرهای پژوهش مدل یابی علی سایکوپاتولوژی خودکشی بر مبنای سلامت معنوی و استحکام من

متغیر	میانگین	انحراف	کمینه	بیشینه
	استاندارد			
بهریستی وجودی	۳۱/۶۱	۵/۶۵	۲۱	۴۲
بهریستی مذهبی	۲۹/۹۸	۵/۵۶	۲۰	۴۱
استحکام من	۱۲۹/۵۳	۸/۲۹	۹۷	۱۵۹
سایکوپاتولوژی خودکشی	۱۴۳/۱۰	۶/۴۷	۱۳۲	۱۵۸

جدول ۲- ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش مدل یابی علی سایکوپاتولوژی خودکشی بر مبنای سلامت معنوی و استحکام من

متغیرها	۱	۲	۳	۴
بهریستی وجودی	۱			
بهریستی مذهبی	۰/۱۲	۱		
استحکام من	**۰/۲۷	**۰/۲۵	۱	
سایکوپاتولوژی خودکشی	**۰/۳۷	**۰/۲۷	**۰/۶۲	۱

**p< ۰/۰۱ *p< ۰/۰۵

جدول ۳- شاخص های برازش مدل معادله ساختاری پژوهش مدل یابی علی سایکوپاتولوژی خودکشی بر مبنای سلامت معنوی و استحکام من

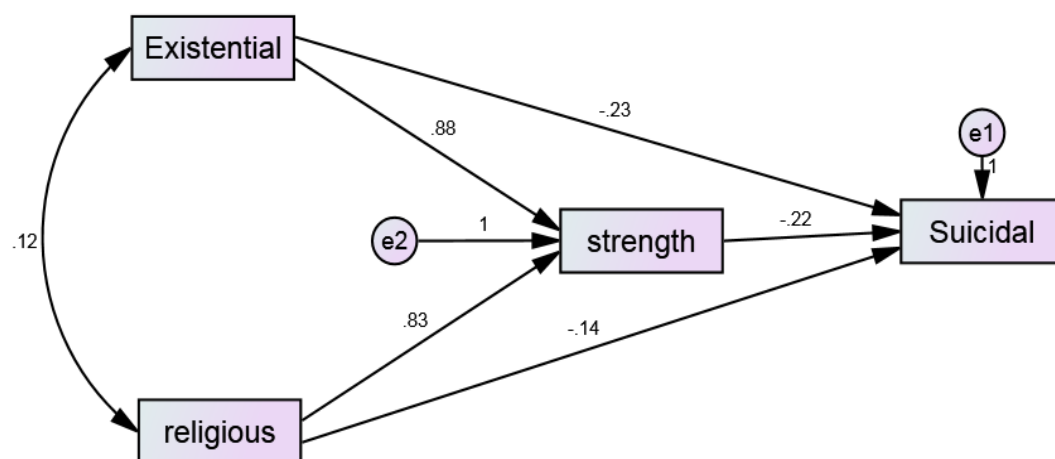
شاخص	مقدار	معیار فارسی	برازش قابل قبول
GFI	۰/۹۶	شاخص نیکویی برازش	$\geq ۰/۹$
AGFI	۰/۹۱	شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته	$\geq ۰/۹$
NFI	۰/۹۸	شاخص برازندگی هنجار شده	$\geq ۰/۹$
CFI	۰/۹۹	شاخص برازندگی تطبیقی	$\geq ۰/۹$
IFI	۰/۹۸	شاخص برازندگی افزایشی	$\geq ۰/۹$
PNFI	۰/۶۳	شاخص های برازش مقتصد هنجار شده	$\geq ۰/۵$
RMSEA	۰/۰۷	ریشه میانگین مجذور خطای برآورد	$\leq ۰/۰۹$
CMIN/DF	۲/۳۵	کای مربع بهنجار شده	< ۳

جدول ۴- پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم در مدل پیشنهادی پژوهش مدل‌یابی علی سایکوپاتولوژی خودکشی بر مبنای سلامت

معنوی و استحکام من					مسیرها
p-value	C.R	خطای معیار	برآورد غیراستاندارد	برآورد استاندارد	
$\leq 0/001$	۴/۲۵۳	۰/۲۰۷	۰/۲۷۳	۰/۸۸۲	بهزیستی وجودی به استحکام من ---<
$\leq 0/001$	۳/۹۵۵	۰/۲۱۱	۰/۲۵۴	۰/۸۳۴	بهزیستی مذهبی به استحکام من ---<
$\leq 0/001$	-۴/۱۷۸	۰/۰۵۵	-۰/۲۰۱	-۰/۲۳۰	بهزیستی وجودی به سایکوپاتولوژی خودکشی ---<
۰/۰۱۳	-۲/۴۷۴	۰/۰۵۶	-۰/۱۱۸	-۰/۱۳۷	بهزیستی مذهبی به سایکوپاتولوژی خودکشی ---<
$\leq 0/001$	-۱۲/۶۳۸	۰/۰۱۸	-۰/۶۲۸	-۰/۲۲۲	استحکام من به سایکوپاتولوژی خودکشی ---<

جدول ۵- اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پژوهش مدل‌یابی علی سایکوپاتولوژی خودکشی بر مبنای سلامت معنوی و

استحکام من					مسیرها
p-value	اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم		
$\leq 0/001$	۰/۸۸۲	-	۰/۸۸۲	-	بهزیستی وجودی به استحکام من
$\leq 0/001$	-۰/۲۳۰	-	-۰/۲۳۰	-	بهزیستی وجودی به سایکوپاتولوژی خودکشی
$\leq 0/001$	۰/۸۳۴	-	۰/۸۳۴	-	بهزیستی مذهبی به استحکام من
۰/۰۱۳	-۰/۱۴	-	-۰/۱۴	-	بهزیستی مذهبی به سایکوپاتولوژی خودکشی
$\leq 0/001$	-۰/۲۲۲	-۰/۲۲۲	-	-	استحکام من به سایکوپاتولوژی خودکشی
$\leq 0/001$	$-۰/۲۳ + (-۰/۲۲ \times -۰/۲۳) = -۰/۲۸$	-۰/۲۲	-۰/۲۳	-	بهزیستی وجودی به استحکام من به سایکوپاتولوژی خودکشی
$\leq 0/001$	$-۰/۱۴ + (-۰/۲۲ \times -۰/۱۴) = -۰/۱۷$	-۰/۲۲	-۰/۱۴	-	بهزیستی مذهبی به استحکام من به سایکوپاتولوژی خودکشی



شکل ۱- ضرایب استاندارد مدل روابط ساختاری بین سایکوپاتولوژی خودکشی با سلامت معنوی با نقش میانجی استحکام من

References

1. Abbaspour Z, Fathalipour Z, Mombeini I. Identifying factors affecting attempt to suicide in Izeh and Masjed Soleyman. *Quarterly Journal of Social Studies and Research in Iran*. 2020; 9(1): 215-233. [Persian]
2. Baghaiee M. Studying and investigating the effect of spiritual health on preventing suicide and increasing resilience in soldiers. *Iranian Journal of Psychology and Behavioral Sciences*. 2022; 30, 109-117. [Persian]
3. O'Donnell H, Wilkinson E. Prevention of Suicide in Northern Ireland. *Mental Health Practice*. 2012; 8: 25-29.
4. Aggarwal S, Borschmann R, Patton GC. Tackling stigma in self-harm and suicide in the young. *The Lancet. Public health*. 2021; 6(1): e6-e7. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30259-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30259-0)
5. Miri M, Rezaeian M, Ghasemi S A. A systematic review on the prevalence and causes of suicide (thoughts and actions) in Iranian school and university students. *JRUMS*. 2022; 21(5): 551-574. [Persian]
<http://journal.rums.ac.ir/article-1-6454-fa.html>
6. Ashayeri T, Amin M, Modabber Chaharborj S, Mennati R. An Analysis of the relationship between social capital and its components to suicide attempts (case of study: Ilam city). *Journal of Sociological Urban Studies*. 2022; 12, 44(3): 97-130. [Persian]
7. Mohammadi A, Marvi M. Psychological factors of suicide. *Islamic Approach on Psychological Studies*. 2023; 3(6): 45-65. [Persian]
8. Falahi Chamachar M. Investigating the causes and factors of suicide. *Journal of Applied Studies in Social Sciences and Sociology*. 2023; 6, 4(26): 97-104. [Persian]
9. Zarani F, Ahmadi Z. Suicide in Iranian culture: A systematic review study. *Rooyesh*. 2021; 10(9): 205-216. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-2379-fa.html>
10. Doost Mohammadi F, Rezaeian M. The steps to develop a comprehensive suicide prevention strategy: A narrative review. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2020; 18(11): 1155-82. [Persian]
11. Zamani T, Rostami R. Pathology of suicide phenomenon in Mazandaran province and solutions to prevent. *Quarterly Journal of Mazandaran Police Science*. 2023; 14, 1(52): 35-52. [Persian]
12. Rahimi N, Asadolahi Z. Relationship between Spiritual well-being and the outbreak of suicidal thoughts among nursing and midwifery students of Rafsanjan university of medical sciences, 2015. *Journal of Ilam Community Health*. 2016; 10(3): 28-35. [Persian]
https://chj.rums.ac.ir/&url=http://chj.rums.ac.ir/article_45793.html?lang=en
13. Mehrabian T, Payvastegar M, Sadeghifar J. Prediction of suicidal thoughts based on cognitive emotion regulation strategies, perceived social support, self-efficacy, perfectionism, and spiritual health in students at Ilam universities. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2023; 31(3): 20-35. [Persian]
<http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-7702-fa.html>
14. Mahdavi A, Darabi F, Ahmadiania H. Investigating the relationship between spiritual intelligence and aesthetic intelligence and suicidal thoughts in students of Asadabad school of medical sciences: A descriptive study. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2023; 22(6): 581-96. [Persian]
15. Hajiheidari B, Sajjadian I. The role of resilience, emotion regulation and spiritual health in predicting suicidal ideation of female victims of violence in the coronavirus era. *Journal of Islamic-Iranian Family studies*. 2023; 3(3): 52-75. [Persian]
16. Mohammadizadeh A, Askarizadeh Gh, Bagheri M. The relationship between spiritual health and death

- anxiety in patients with multiple sclerosis. *Religion and Health*. 2016; 4(2): 20-28. [Persian]
17. Siami Z, Taheri M. The relationship between spiritual health and attitude towards death in family caregivers of COVID-19 patients discharged from the Intensive Care Unit of hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences in 2021. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2024; 30(1): 24-35. [Persian]
18. Mikaeili N, & Samadifard HR. The prediction of suicidal thoughts based on happiness, self-esteem and spiritual health among female teenagers. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat*. 2019;5(3): 59-71. [Persian]
<https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i3.20897>
19. Asadzandi M. How spiritual health affects other dimensions of health. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*. 2019; 3(2): 164-174. <http://ijhp.ir/article-1-166-en.html>
20. Bullock M, Nadeau L, Renaud J. Spirituality and religion in youth suicide attempters' trajectories of mental health service utilization: The year before a suicide attempt. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 21(3): 186-93.
21. Vancea F. Spiritual intelligence-description, measurement, correlational analyses. *Journal of Experiential Psychotherapy*. 2014; 17, 1(65): 37-44.
22. Besharat MA, Ramesh S, Moghimi E. (2018). Spiritual health mediates the relationship between ego-strength and adjustment to heart disease. *Health Psychology Open*. January-June 2018; 1-8. [Persian] DOI: 10.1177/2055102918782176
23. Besharat MA, Asadi MM, Gholamali Lavasani M. The mediating role of ego strength in the effects of dimensions of perfectionism on anxiety symptoms. *Positive Psychology Research*. 2017; 2(4): 1-18. [Persian]
24. Besharat MA, Emami SS, Khavasi R. The mediating role of spiritual health and ego-strength on the relationship between spiritual/religious perfectionism and mental health. *Cultural Psychology*. 2021; 5(1): 138-165. [Persian]
25. Tahernejad Javazm Z, Besharat MA, Belyad MR, Hosseinzadeh Taghvaei M, Peyvandi P. Determining the effectiveness of paradox therapy on symptoms of ego strength, self-knowledge, depression, anxiety, and stress in people with spinal cord injury: A case study. *MEJDS*. 2022; 135(12): 1-10. [Persian]
26. Dehaqin V, Besharat MA, Gholamali Lavasani M, Naghsh N. The relationship between intolerance of uncertainty and relationship obsessive-compulsive disorder symptoms: The mediating role of ego strength. *Journal of Psychological Science*. 2023; 22(123): 423-438. [Persian] doi:10.52547/JPS.22.123.423
27. Mansouri J, Besharat MA, Gharibi H. Predicting mindfulness levels according to ego strength. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2019; 6(8): 45-50. [Persian]
28. Shamsijey M, Pourhosein R, Noferesti A. The relationship between ego strength and assertiveness: Moderating role of mindfulness. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*. 2021; 10(4): 35-44. [Persian]
29. Baghaiee M. Studying and investigating the effect of spiritual health on preventing suicide and increasing resilience in soldiers. *Iranian Journal of Psychology and Behavioral Sciences*. 2022; 30, 109-117. [Persian]
30. Hidarisharaf P, Dabirian M, Parvaneh A, Naderi GH, Karimi P. Relationship of quality of life, spirituality and resilience with suicidal thoughts in students. *Islam and Health Journal*. 2015; 2(2): 23-29. [Persian]
31. Seddigh Arfaei F, HeydariPour A. Explaining the role of ego strength and the position of employment

- status in suicidal tendencies of divorced women. *Appl. Psychol.* 2024; 18(1): 230-250. [Persian]
32. Sadri Damirchi E, Zakibakhsh Mohammadi N, Amir SMB. The role of thwarted belongingness, perceived burdensomeness, self-efficacy and ego strength in predicting suicidal ideation of nurses. *Health in Emergencies and Disasters Quarterly.* 2019; 4(2): 85-92. [Persian]
<http://dx.doi.org/10.32598/hdq.4.2.85>
33. Mikaeeli N, Moradikelardeh P. The role of ego strengths and difficulties in emotion regulation in predicting non-suicidal self-injury behavior in students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ).* 2021; 10(4): 77-88. [Persian]
34. Sharifi M, Farid SM, Gol-Arayesh MM, Hashempour MH. The registry of the system of registration and integrated care of suicide information. In *University Research Projects.* Shiraz University of Medical Sciences, 2022.
<https://rpis.research.ac.ir/>
35. Narimani A, Asadpour E, Sadeghi Afjeh Z, Poushaneh K. The structural model of marital quality based on marital forgiveness with the mediating role of spouse's perceived responsiveness in married women in Tehran. *Scientific Journal The Women and Families Cultural-Educational.* 2024; 19(3):11-44. [Persian]
36. May AM, Klonsky ED. Assessing motivations for suicide attempts: development and psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2013; 43(5): 532-46. DOI:10.1111/sltb.12037
37. Bagian Kulehmarzi MJ, Karami J, Momeni Kh, Elahi A. The effectiveness of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) and dialectical behavior therapy based on compassion on resilience and motivations for suicide attempts in people attempted suicide. *Contemporary Psychology.* 2018; 13(1): 26-39. [Persian]
<http://dx.doi.org/10.32598/bjcp.13.1.26>
38. Paloutzian RF, Ellison CW. *Manual for the Spiritual Well-Being Scale.* Manual Version. 1991; 9(1): 35-48.
39. Khorami Markani A, Yaghmaei F, KHodayari Fard M, Didarloo AR, Mokhtari L. Psychometrics characteristics of the Spiritual Wellbeing Scale oncology nurses. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty.* 2014; 12(10): 935-942. [Persian]
40. Markstrom CA, Sabino VM, Turner BJ, Berman RC. The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of youth and adolescence.* 1997; 26(6): 705-732.
<https://doi.org/10.1023/A:1022348709532>
41. Mehrdadi S, Hassani F, Keshavarzi F, Salehi M, Sepah Mansour M. Effectiveness of life skill trainings in ego power, temperament, and suicidal thoughts among girls and boys attempting to commit suicide in Ilam province, Iran. *J. Ilam Uni. Med. Sci.* 2021; 29 (4): 46-59. [Persian]
<http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-6988-fa.html>

The Causal Modeling of Suicidal Psychopathology Based on Spiritual Health and Ego Strength; A Study with a Preventive View by Self-Injurious

Seyedeh Marzieh Farid¹, Reza Pourhosein^{2*}, Gholamali Afrooz³

1- Ph.D. Student, Department of Psychology, Faculty of International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran

2- Ph.D. Professor, Department of Psychology, Institute of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

3- Ph.D. Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Institute of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

* Corresponding Author: prhosein@ut.ac.ir

Received: Nov 1, 2024

Accepted: Dec 7, 2024

ABSTRACT

Background and Aim: The suicide is one of the threatening topics for the health general of society, and spiritual health and ego strength strength are among the factors that can be effective in reducing it. Therefore, this study aimed to the causal modeling of suicidal psychopathology based on spiritual health and ego strength.

Materials and Methods: The present study was descriptive-correlation. The statistical population included all individuals with a history of suicide registered in the site of the Payesh Center in Shiraz University of Medical Sciences (SUMS) in the first half of year 2022. Among them, 210 people were selected by purposive sampling and they answered the Inventory of Motivations for Suicide Attempts (May & Klonsky, 2013), Spiritual Wellbeing Scale (Paloutzian & Ellison, 1982), and Psychosocial Inventory of Ego Strength (Markstrom, 1997). Data were analyzed using path analysis of structural equation in SPSS²³ and Amos²⁴ softwares.

Results: The findings showed that direct effect spiritual health (negatively) on suicidal psychopathology is significant ($p < 0.05$). Also, the results of the mediating role of ego strength showed that ego strength have a significant mediating role between spiritual health and suicidal psychopathology ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of this study showed that the spiritual health directly, and ego strength indirectly has been effective on the suicidal psychopathology. Therefore, it is suggested that mental health clinics pay attention to their spiritual health and ego strength in review suicidal psychopathology of individuals with a history of suicide.

Keywords: Suicidal Psychopathology, Spiritual Health, Ego Strength

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.