

بررسی وضعیت سلامت معنوی، سرکوب فکر و حمایت اجتماعی ادراک شده در اقدام کنندگان به خودکشی

سوسن فکری^۱، دکتر قمر کیانی^۲

kherad739@yahoo.com

نویسنده‌ی مسئول: گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

دریافت: ۹۵/۱۱/۴ پذیرش: ۹۶/۴/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی یکی از مشکلات جدی سلامت عمومی است و اقدام به خودکشی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم بهداشت روانی افراد در فرهنگ‌های مختلف به شمار می‌رود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت معنوی، سرکوب فکر و حمایت اجتماعی در افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد عادی شهر زنجان انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش علی مقایسه‌ای بود. از جامعه آماری اقدام کنندگان به خودکشی که به مراکز درمانی ولی عصر و آیت اله موسوی زنجان مراجعه نموده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۸۴ نفر انتخاب شدند. در گروه مقایسه نیز از افراد عادی همگن با گروه اقدام به خودکشی، ۸۴ نفر انتخاب شد. از پرسشنامه‌های سلامت معنوی الیسون و پالوتزین، سیاهه سرکوب خرس سفید و حمایت اجتماعی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ با کمک آزمون آماری t/استیودنت و یومن ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن، سرکوب فکر، حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در گروه اقدام کننده به خودکشی با افراد عادی تفاوت معنی‌داری دارد ($P < 0/001$). به نحوی که سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن، همچنین حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در گروه اقدام کننده به خودکشی پایین‌تر از افراد عادی بود ولی سرکوب فکر در اقدام کنندگان به خودکشی بیشتر از افراد عادی بود. نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت برخورداری از سلامت معنوی و حمایت اجتماعی بالا می‌تواند عامل محافظت کننده‌ای در برابر اقدام به خودکشی باشد ولی استفاده از سرکوب فکر به نظر می‌رسد در اقدام به خودکشی نقش داشته باشد. **واژگان کلیدی:** سلامت معنوی، سرکوب فکر، حمایت اجتماعی، خودکشی

مقدمه

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت (در سال ۲۰۱۵ میلادی) علت مرگ جوانان ۲۹-۱۵ ساله در سال ۲۰۱۲ بوده است. سالانه حدود ۸۰۰ هزار نفر خودکشی گزارش می‌شود. براساس این گزارش نرخ خودکشی در ایران در سال ۲۰۱۱ از ۳/۷ درصد هزار نفر به ۵/۲ درصد هزار نفر در سال ۲۰۱۲ خودکشی در تمام دوره‌های سنی اتفاق می‌افتد و دومین

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد زنجان، زنجان
۲- دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

افزایش یافته است و ۶۰۶۹ نفر خودکشی کرده‌اند (۱). در کشور ما آمار خودکشی نشان می‌دهد که این پدیده به ویژه در بین نوجوانان و زنان به صورت یک مساله‌ی اجتماعی درآمده و اگر چاره‌ای اندیشیده نشود، آثار سوء و زیان باری بر اطرافیان و جامعه خواهد داشت (۲). خودکشی عملی آگاهانه جهت آسیب رساندن به خود است که می‌توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمند دانست که برای مساله‌ی تعیین شده او، این عمل بهترین راه حل تصور می‌شود (۳). در زمینه‌ی آسیب شناسی خودکشی می‌توان به اختلالات روان پزشکی، عوامل روانی- اجتماعی و زیست شناختی اشاره کرد (۴). لذا ضرورت انجام بررسی‌های علمی برای شناسایی جنبه‌های گوناگون این پدیده اجتماعی- روانی- زیستی ضروری به نظر می‌رسد. در سال‌های اخیر توجه ویژه‌ای به نقش معنویت در سلامتی شده است به نحوی که سازمان جهانی بهداشت در آخرین تعریف خود از سلامتی، سلامت معنوی را نیز به سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی افزوده است. به نظر موسوی و همکاران غفلت روان شناسان از بعد روحی یعنی روان معنوی نه تجربی انسان در تحلیل هویت انسان منجر به برداشت بسیار ناقص از هویت اصیل و تساهل در شناسایی معیارهای فرد بهنجار و نابهنجار شده است (۵). گفته می‌شود معنویت برای افراد مختلف، بسته به نگرش آن‌ها به جهان یا فلسفه زندگی آن‌ها معنی مختلفی دارد. انسان‌ها می‌توانند با نظر به مبانی دینی و عمل به باورهای آن، سالم‌تر زندگی کنند، همچنان که در پژوهش‌های مختلف به آن تاکید شده است (۶). گاسکین- ویسون و همکاران در مطالعه خود با عنوان سلامت معنوی و تطابق روانی دریافتند سلامت معنوی نقش محافظتی در برابر احساس انزوای اجتماعی دارد که ممکن است پیامدهای منفی را کاهش دهد. درمان‌هایی که حس عرفانی و ارتباط اجتماعی را تقویت می‌کنند ممکن است افکار خودکشی و ناامیدی و نشانه‌های افسردگی را کاهش دهند (۷). در مطالعه عبداللهی و

همکاران، مدل معادلات ساختاری نشان داد که بیماران بستری با افسردگی و ناامیدی بالا که در معنویات نمره بالایی داشتند نسبت به دیگران، افکار خودکشی کمتری داشتند (۸). از سوی دیگر سرکوب فکر یکی از استراتژی‌های مقابله با تجارب درونی ناخواسته (شناخت‌ها و هیجان‌ها) است که طی آن افراد فعالانه تصمیم می‌گیرند که راجع به فکر یا احساس ناخواسته‌ای که در حال تجربه آن هستند، فکر نکنند. عموماً به نظر می‌رسد که سرکوب فکر به‌عنوان یک استراتژی خود یاری برای اجتناب از هیجانات درد آور، کنترل کارهای ناخواسته‌ای که افکار فرد او را به انجام آن فرا می‌خوانند (مانند استعمال دخانیات و خودکشی)، جلوگیری از بیان افکار محرمانه، و یا افکاری که بسیار مکرر و ناخواسته هستند، به کار می‌رود (۹). علاوه بر بازگشت، درگیر شدن با فکر سرکوب شده، منجر به پریشانی می‌شود که می‌تواند خود باعث به کارگیری راهبردهای اجتنابی برای مقابله با استرس شود. شیوه‌های مقابله‌ای اجتنابی، که شامل دیگر راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی مثل اجتناب شناختی و اجتناب رفتاری (که موجب اجتناب از موقعیت‌های برانگیزاننده افکار و هیجان‌های پریشان کننده هستند) با پریشانی روان شناختی بیشتر مرتبط هستند. استفاده زیاد از سرکوب فکر، عامل ایجاد کننده یا نگهدارنده تعداد زیادی از اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی است (۱۰). کاکروویکز و همکاران دریافتند مقابله هیجانی بالا و سرکوب فکر با افزایش خطر خودکشی همبستگی دارند (۱۱). پتیت و همکارانش در مطالعه‌ای با عنوان سرکوب فکر و افکار خودکشی بیان کردند که با افزایش سرکوب فکر، افکار خودکشی نیز افزایش می‌یابد (۱۲). همچنین حمایت اجتماعی پیش‌بینی کننده میزان امید افراد به فائق آمدن بر شرایط استرس‌زا است. حمایت اجتماعی به نحوی باور فرد را به کنترل پذیر بودن شرایط افزایش می‌دهد. گذشته از این، کوب، حمایت اجتماعی را اطلاعاتی می‌داند که منجر می‌شوند فرد به این باور برسد که

مربوط به اقدام به خودکشی توسط این متغیرها پیش بینی می‌شود (۲). لذا باتوجه به اهمیت و ضرورت پیشگیری از خودکشی، وابسته به فرهنگ بودن موضوع و خلاء پژوهشی در جامعه موردنظر و در راستای شناسایی متغیرهای مؤثر، مطالعه حاضر با هدف مقایسه سلامت معنوی، سرکوب فکر و حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه اقدام کننده به خودکشی و افراد عادی انجام شد.

روش بررسی

روش پژوهش، پس رویدادی بود. جامعه‌ی آماری، افرادی بودند که اقدام به خودکشی کرده و در محدوده‌ی زمانی اردیبهشت تا مرداد سال ۹۵ جهت درمان به مراکز درمانی ولیعصر (عج) و آیت اله موسوی زنجان مراجعه کردند. برای تعیین حجم نمونه از میانگین پژوهش‌های مرتبط قبلی استفاده شد. مطالعه‌ی میلر و همکاران ۱۴۳ نفر (۱۵)، رستمی و همکاران ۱۲۰ نفر (۲)، کلیمن و همکاران ۳۵۹ نفر (۱۶)، پتیت و همکاران ۱۶۶ نفر (۱۲) نمونه داشت. دراین مطالعه حجم نمونه ۱۶۸ نفر (۸۴ نفر برای هرگروه) محاسبه گردید روش نمونه‌گیری در دسترس بود. معیار ورود به پژوهش سابقه حداقل یک بار اقدام به خودکشی در گروه اقدام به خودکشی و عدم اقدام به خودکشی در گروه عادی بود. افراد اقدام کننده به خودکشی بستری در بیمارستان، بعد از دریافت اقدامات درمانی و تثبیت وضعیت جسمانی، با رضایت خود پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. بعد از نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها در گروه اقدام به خودکشی، از مراجعین مراکز بهداشتی درمانی شهر زنجان، افرادی که سابقه اقدام به خودکشی نداشتند و با گروه اقدام به خودکشی از نظر سن، جنس، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت تأهل و شغل همگن بودند، برای گروه عادی انتخاب شدند. از پرسشنامه‌های سلامت معنوی Palutian and Ellison، سیاهه سرکوب فکر خرس سفید (WBSI) و پرسشنامه

تحت مراقبت، محبت، عزیز و عضو شبکه‌ای از تعهدات دو طرفه است. در فرایند مقابله با شرایط استرس‌زا، در زمینه حمایت اجتماعی، دو دسته نظریه مطرح شده‌اند. دسته اول، نظریه‌هایی هستند که حمایت اجتماعی را تنها دارای اثر ضربه‌گیری می‌دانند. به عبارتی حمایت اجتماعی، اثرات روان شناختی منفی حاصل از مواجهه با وقایع استرس‌زای زندگی یا مشکلات مزمن را گرفته و کاهش می‌دهد، ولی در نبود رخدادهای استرس‌زا اثری بر نشانگان روان شناختی ندارد. گروه دوم نظریه‌هایی هستند که پیشنهاد می‌کنند نبود حمایت اجتماعی یا تغییر در آن با گذر زمان، به خودی خود یک عامل استرس‌زا است، چه وقایع دیگری رخ داده باشند و یا رخ نداده باشند. تعداد زیادی از پژوهش‌ها از وجود هم زمان هر دو اثر حمایت کرده‌اند، و اظهار می‌کنند حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم نشانگان منفی روان شناختی را کاهش می‌دهد و از شدت نشانگان ناشی از وقایع استرس‌زای زندگی نیز می‌کاهد (۱۳) کلیمن و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که در سنین پایین و در زنان احتمال اقدام به خودکشی بالا است، همچنین در اختلالات خوردن، هراس اجتماعی و شخصیت ضد اجتماعی، داشتن سابقه طلاق و مرگ والدین در کودکی هم احتمال خودکشی بالا می‌باشد، ولی داشتن حمایت اجتماعی بالا، با احتمال خطر اقدام به خودکشی پایین در طول عمر همراه است (۱۴). رستمی و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند که افراد اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با گروه گواه، نمرات بالایی در روان‌آزردگی و نمرات پایینی در ویژگی برونگرایی و با وجدان بودن بدست آوردند. از سویی، این افراد، حمایت اجتماعی ضعیفی را تجربه کرده و دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی بودند. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که اقدام به خودکشی به‌طور مثبتی به‌وسیله روان‌آزردگی و به‌طور منفی به‌وسیله ویژگی موافق بودن، انعطاف‌پذیری و حمایت اجتماعی خانواده و دوستان پیش بینی می‌شود، و ۲۷ درصد از واریانس

ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و فرد خاص است، که بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای از کاملاً موافق (۱) تا کاملاً مخالف (۷) است و در نمره گذاری این مقیاس، سه نمره‌ی جداگانه به دست می‌آید. دارای سه خرده مقیاس خانواده، دوستان و افراد مهم است و نمره کل از مجموع نمرات گویه‌های مربوط به هر خرده مقیاس حاصل می‌شود (۱۹). احمدی طهور سلطانی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس منبع خانواده ۰/۸۶، خرده مقیاس دوستان ۰/۸۴، فرد خاص ۰/۶۰ و کل ۰/۸۲ به دست آوردند (۲۰). داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون‌های توصیفی، آزمون تی مستقل و آزمون یومن ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته‌ها نشان داد در گروه اقدام کننده به خودکشی ۵۸/۳ درصد (۴۹ نفر) زن و ۴۱/۷ درصد (۳۵ نفر) مرد بودند که نشان دهنده شیوع بیشتر خودکشی در بین زنان است. همچنین نتایج نشان داد که ۴۸/۸ درصد (۴۱ نفر) مجرد و ۴۲/۹ درصد (۳۶ نفر) متأهل و ۸/۳ درصد (۷ نفر) نیز مطلقه و همسر فوت کرده بودند. ۹۵/۲ درصد (۸۰ نفر) ساکن شهر و ۴/۸ درصد (۴ نفر) ساکن روستا بودند. میانگین سنی آنها ۲۵/۸۵ با انحراف معیار ۸/۰۷ بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه در جدول ۱ و ۲ گزارش شده است.

چندبعدي حمايت اجتماعي ادراك شده (MSPSS) براي جمع آوري داده‌ها استفاده شد.

پرسشنامه سلامت معنوی: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۲ توسط پلوتزیان و الیسون معرفی شد که شامل ۲۰ سوال و دارای دو خرده مقیاس سلامت مذهبی، سلامت وجودی است که به هر خرده مقیاس ۱۰ سوال اختصاص داده شده است. پاسخ به سوالات به صورت لیکرت شش گزینه ای از کاملاً موافقم (۶) تا کاملاً مخالفم (۱) دسته بندی شده است. روایی این پرسشنامه توسط رضایی و همکاران (۱۳۸۶) بعد از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا تعیین گردیده و پایایی آن $\alpha = 0.82$ تعیین گردید (۱۷).

سیاهه سرکوب خرس سفید (WBSI): این پرسشنامه شامل ۱۵ گزینه است. نمره گذاری بر یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۵) مبتنی است. نمره بالاتر در WBSI نشان دهنده افکار بازدارنده بیشتر می‌باشد. در ایران، اعتبار این مقیاس توسط ساعد و همکاران به دو روش همسانی درونی و بازآزمایی بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ در نمونه سوء مصرف کنندگان مواد ۰/۸۷ و در نمونه غیربالینی ۰/۹۰ در کل نمونه ۰/۸۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی آن در نمونه بالینی ۰/۵۳ گزارش شد (۱۸).

پرسشنامه چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS): این مقیاس که توسط زیمت و همکاران ساخته شد، مشتمل بر ۱۲ ماده برای سنجش میزان حمایت اجتماعی

جدول ۱: جدول میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه اقدام کننده خودکشی و عادی

متغیر	گروه اقدام به خودکشی		گروه عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی کل	۴۴/۸۴	۱۴/۷۱	۵۹/۱۳	۷/۰۸
حمایت خانواده	۱۶/۳۲	۵/۷۵	۲۰/۹۷	۲/۵۸
حمایت دوستان	۱۲/۹۷	۶/۶۵	۱۸/۷۷	۴/۳۸
حمایت افراد مهم	۱۵/۵۴	۵/۸۱	۱۹/۳۸	۳/۷

جدول ۲: جدول میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی، سرکوب فکر در گروه اقدام کننده خودکشی و عادی

متغیر	گروه اقدام به خودکشی		گروه عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت معنوی کل	۶۳/۰۲	۲۰/۲۷	۹۶/۶۷	۱۱/۹۶
سلامت معنوی مذهبی	۳۶/۶۹	۱۰/۶۵	۵۱/۴۴	۵/۹۸
سلامت معنوی وجودی	۲۶/۳۳	۱۱/۴۱	۴۵/۲۳	۷/۵۷
سرکوب فکر	۵۴/۶۸	۷/۲۷	۴۵/۰۱	۹/۱۲

نتایج آزمون کولموگراف اسمیرنف نشان داد متغیرهای سلامت معنوی کل، سلامت معنوی مذهبی و سرکوب فکر، سلامت معنوی وجودی و حمایت اجتماعی دارای توزیع نرمال هستند ولی متغیرهای سلامت معنوی وجودی و حمایت اجتماعی افراد خانواده، دوستان و افراد مهم دارای توزیع نرمال نبودند (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگراف - اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد بررسی در گروه اقدام کننده خودکشی و عادی

	حمایت اجتماعی	حمایت افراد مهم	حمایت دوستان	حمایت خانواده	سلامت معنوی کل	سلامت معنوی وجودی	سلامت معنوی مذهبی	سرکوب فکر	متغیر
	ادراک شده کل	ادراک شده کل	ادراک شده کل	ادراک شده کل	ادراک شده کل	ادراک شده کل	ادراک شده کل	ادراک شده کل	ادراک شده کل
خودکشی اقدام کننده به	۰/۰۷۴	۰/۱۰۲	۰/۱۳۰	۰/۹۷	۰/۰۹۲	۰/۱۱۳	۰/۰۶۸	۰/۸۷	آماره
	۰/۲۰۰	۰/۰۳۰	۰/۰۰۱	۰/۰۵	۰/۰۷۳	۰/۱۰	۰/۲۰۰	۰/۱۹۱	سطح معنی داری
عادی	۰/۰۹۶	۰/۱۲۶	۰/۱۲۱	۰/۱۲۷	۰/۰۷۰	۰/۰۶۸	۰/۸۳	۰/۶۵	آماره
	۰/۰۵۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰	سطح معنی داری

جهت آزمون آماری متغیرهای نرمال از آزمون تی مستقل و برای متغیرهایی که دارای توزیع نرمال نبودند از آزمون یومن ویتنی استفاده شد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد سلامت معنوی کل و سلامت معنوی مذهبی در گروه اقدام کننده به خودکشی با گروه عادی تفاوت معنی داری ($P < ۰/۰۰۱$) به خودکشی داشت ($P < ۰/۰۰۱$). و حمایت اجتماعی کل در گروه اقدام کننده به خودکشی با گروه عادی تفاوت معنی داری ($P < ۰/۰۰۱$) داشت.

جدول ۴: آزمون T مستقل برای بررسی تفاوت میانگین سلامت معنوی، سرکوب فکر و حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه اقدام کنندگان به خودکشی و افراد عادی

آزمون لون		آزمون T برای بررسی تفاوت میانگین‌ها					
F	سطح	T	درجه آزادی	سطح	تفاوت	تفاوت خطای	
	معنی داری			معنی داری	میانگین‌ها	استاندارد	
سلامت	فرض برابری	$P < 0/001$	۱۶۶	$P < 0/001$	-۳۳/۶۵	۲/۵۶	
	واریانس						
معنوی کل	فرض نابرابری	$P < 0/001$	۱۳۴/۵۴	$P < 0/001$	-۳۳/۶۵	۲/۵۶	۲۶/۶۲
	واریانس						
سلامت	فرض برابری	$P < 0/001$	۱۶۶	$P < 0/001$	-۱۴/۷۵	۱/۳۳	
	واریانس						
معنوی مذهبی	فرض نابرابری	$P < 0/001$	۱۳۰/۵۶	$P < 0/001$	-۱۴/۷۵	۱/۳۳	۲۶/۶۱
	واریانس						
سرکوب فکر	فرض برابری	$P < 0/001$	۱۶۴	$P < 0/001$	۹/۶۷۱۰۲	۱/۲۸۲۷۲	
	واریانس						
	فرض نابرابری	$P < 0/001$	۱۵۷/۸۰۳	$P < 0/001$	۹/۶۷۱۰۲	۱/۲۷۹۲۷	۶/۴۴۳
	واریانس						
حمایت اجتماعی کل	فرض برابری	$P < 0/001$	۱۶۶	$P < 0/001$	-۴/۲۸۵۷۱	۱/۷۸۱۷۱	
	واریانس						
	فرض نابرابری	$P < 0/001$	۱۱۹/۵۴۳	$P < 0/001$	-۴/۲۸۵۷۱	۱/۷۸۱۷۱	۳۲/۹۰
	واریانس						

نتایج آزمون یومن ویتنی تفاوت معنی‌داری بین گروه اقدام کننده خودکشی و گروه عادی در سلامت معنوی وجودی به نفع گروه عادی نشان داد ($P < 0/001$). حمایت خانواده و دوستان و افراد مهم تفاوت معنی‌داری بین گروه اقدام کننده

مجله علمی، پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی زنجان، دوره ۲۶، شماره ۱۱۵، خرداد و تیر ۱۳۹۷

خودکشی و گروه عادی به نفع گروه عادی داشت ($P < 0.0001$) (جدول ۵).

جدول ۵: آزمون یومن ویتنی برای بررسی تفاوت سلامت معنوی وجودی، حمایت اجتماعی (افراد خانواده، دوستان و افراد مهم) در گروه اقدام کنندگان خودکشی و عادی

گروه	متغیر	Md	سطح معنی داری
اقدام کننده به خودکشی	سلامت معنوی وجودی	۲۵	$P < 0.001$
عادی		۴۵	$P < 0.001$
اقدام کننده به خودکشی	حمایت اجتماعی خانواده	۱۶/۵	$P < 0.001$
عادی		۲۱	$P < 0.001$
اقدام کننده به خودکشی	حمایت اجتماعی دوستان	۱۲	$P < 0.001$
عادی		۱۹/۵	$P < 0.001$
اقدام کننده به خودکشی	حمایت اجتماعی افراد مهم	۱۶	$P < 0.001$
عادی		۲۰	$P < 0.001$

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد سلامت معنوی و مولفه‌های آن (سلامت وجودی و مذهبی) در افراد عادی بیشتر از افراد اقدام کننده به خودکشی می‌باشد. سلامت معنوی نخستین بار توسط موبرگ تحت عنوان بهزیستی معنوی مورد توجه واقع شد و بیش از همه بر بهزیستی شخصی فرد و ارتباط با خدا تاکید داشت (۲۱). عباسی و همکاران (۲۲) در یک مطالعه کیفی دریافتند، سلامت معنوی به عنوان حسی از متصل بودن، هماهنگی بین خود، دیگران، طبیعت و وجود متعالی که از طریق یک فرایند رشد پویا و منسجم، دست‌یافتنی است و به شناخت هدف نهایی و معنای زندگی منجر می‌شود، در نظر گرفته می‌شود. سلامت معنوی به عنوان یک عامل محافظتی در استراتژی ملی (۲۰۱۲) برای جلوگیری از خودکشی نامیده شده است. داشتن حس بالایی از بهزیستی معنوی به تداوم توافق پرمعنی با محیط کمک می‌کند و موجب کاهش احساسات ناهماهنگی در هنگام پریشانی می‌شود. همچنین

سازمان جهانی بهداشت از باورهای مذهبی به عنوان عاملی در دل‌سرد کردن افراد از خودکشی و حمایت از حفظ خود نام می‌برد که به عنوان عاملی محافظ در برابر خودکشی محسوب می‌شود. شرکت در برنامه‌های مذهبی ضمن سپیم کردن فرد در احساس بهزیستی معنوی، موجب کاهش عوامل خطر روانی، اجتماعی، زیستی و رفتاری برای رفتار خودکشی می‌شود (۲۳). نتایج این مطالعه همسو با مطالعه گاسکین-ویسون و همکاران (۷)، عبداللهی و همکاران (۸)، بالوک و همکاران (۲۴)، کوپاساز و همکاران (۲۵)، یوسفی (۲۶)، آرنه و همکاران (۲۷)، تالیافرو و همکاران (۲۸) است. همچنین نتایج نشان داد سرکوب فکر در افراد اقدام کننده به خودکشی به طور معناداری بیشتر از گروه عادی است. سیاهه سرکوب فکر و گنر و همکاران با دیگر مشکلات روان‌شناختی از قبیل وسواس، افسردگی، گسستگی و اضطراب رابطه دارد. وجود عاطفه منفی مانند افسردگی و اضطراب از جمله عوامل تعیین کننده در گرایش افراد به رفتارهای خودکشی

هستند. هرچند تعیین کننده هایی وجود دارند که نشان می دهند گرایش به سرکوب فکر ممکن است ریشه در کودکی فرد داشته باشد. در کل وقتی افراد نشانه های ناخواسته ای دارند، ممکن است سعی کنند که راجع به آن ها فکر نکنند. به همین خاطر است که طبق پژوهش ها بین سرکوب فکر و اختلال های روانی رابطه وجود دارد. با این حال سرکوبی ممکن است در علت شناسی و تداوم اختلال نقش داشته باشد. مطالعات نشان داده اند که سرکوب فکر می تواند رشد علائم را بیشتر کرده و به جنبه ی علی سرکوب بیش از جنبه ی واکنشی آن ارتباط دارد. همین طور سرکوب و نشانگان می توانند متقابلاً یکدیگر را شدت دهند. بازداری افکار خودکشی، حتی منجر به بازگشت شدیدتر این افکار در افراد در معرض خطر می شود. علاوه بر این، افراد قطعاً تجارب آسیب زایی را در زندگی و به ویژه قبل از اقدام به خودکشی تجربه کرده و از ظرفیت روانی کمتری برخوردار هستند، سرکوب فکر می تواند شدت این آسیب ها و نشخوار فکری حاصل از سرکوب را در آن ها بیشتر کند. سرکوب فکر، یکی از پیامدهای فراشناخت است. فکر کردن راجع به افکار و ارزیابی میزان دردناک و آسیب زا بودن آن ها، می تواند سیستم سرکوب فکر را فعال سازد. مدل فراشناختی افکار خودکشی معطوف به باور فرد در خصوص مفید بودن این افکار (فراشناخت مثبت) و کنترل ناپذیری افکار (فراشناخت منفی) است (۲۹). می توان پیش بینی کرد که غیر مفید ارزیابی شدن افکار توسط فرد، فرایند سرکوبی را فعال کند و در پی بازگشت شدیدتر پس از سرکوب، این افکار کنترل ناپذیر ادراک شوند. توکر و همکارانش (۲۰۱۷) در مطالعه خود دریافتند پرت کردن حواس از افکار خودکشی رابطه منفی با افکار و خطر به اقدام به خود کشی دارد در حالی که خود تنبیهی برای داشتن این افکار و سعی در سرکوبی آنها و نگرانی در مورد افکار دیگر رابطه مثبتی با افکار خودکشی دارد (۳۰). این یافته همسو با مطالعه کوکروویکز و همکاران

(۱۱)، پتیت و همکاران (۱۲)، هپرن و همکاران (۳۱) است. یافته دیگر این مطالعه این بود که ادراک حمایت اجتماعی و مولفه های آن (افراد مهم دیگر، خانواده و دوستان) در افراد عادی بیشتر از افراد اقدام به خودکشی بود. پارک و همکارانش در مطالعه خود دریافتند حمایت اجتماعی ضعیف حتی در افرادی که آسیب شناسی روانی جدی ندارند با افکار خودکشی رابطه مثبت دارد (۳۲). ادراک حمایت اجتماعی و پایه گذاری پیوندهایی بین فرد و سیستم اجتماعی می تواند به سازگاری با موقعیت های استرس زا کمک کند. گانکالوز و همکارانش نشان دادند دانش آموزان دبیرستانی که شبکه های حمایت اجتماعی مناسبی داشتند می توانستند به راحتی با موقعیت های خشم برانگیز کنار بیایند. بنابراین حمایت اجتماعی با این مکانیسم می تواند از خطر خودکشی پیشگیری نماید (۳۳). از میان عوامل مربوط به حمایت اجتماعی، حمایت خانواده مطالعات زیادی را به خود اختصاص داده است. خانواده محل تامین امنیت عاطفی فرد است. در خانه کودک و نوجوان یاد می گیرند که چگونه دیگران را دوست بدارند تا دوست داشته شوند. در خانواده بر اساس تعامل بین فردی و رعایت حقوق افراد، کودک و نوجوان به اهمیت روابط اجتماعی واقف می شوند. بدون حمایت اجتماعی، هرگاه خانواده با بحران مواجه شود، افراد به جای تفاهم به مقابله می پردازند که پیامد آن ممکن است انزوا، طرد، افسردگی، لجام گسیختگی، بی ارزشی، بی کسی و رفتارهای آسیب به خود به ویژه اقدام به خودکشی باشد. حوادث استرس زا می توانند گرایش به خودکشی را افزایش دهند و در مقابل، حمایت دیگران، دوستان و خانواده می تواند آن را کاهش دهند. این یافته با مطالعه رستمی و همکاران (۲)، کلیمن و همکاران (۱۴ و ۱۶)، کر (۳۴) همسو است (۳۵). از محدودیت های این مطالعه عدم امکان دسترسی به نمونه بیشتر و غربال نمونه ها از نظر آسیب شناسی روانی به دلیل عدم همکاری نمونه ها بود. پیشنهاد می شود در مطالعات آتی

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی است که با کد کمیته اخلاق (ZUMS.REC.1395.262) بررسی و تصویب شده است. از کارکنان اورژانس بیمارستان‌های ولیعصر (عج)، آیت اله موسوی، همکاران مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی که در گردآوری داده‌ها نهایت همکاری را نموده‌اند و افرادی که به‌عنوان نمونه در طرح شرکت کردند، نهایت تقدیر و تشکر را داریم.

رابطه متغیرهای مورد بررسی با اقدام به خودکشی در نمونه وسیع‌تر با کنترل متغیرهای مداخله‌گری مانند سن و جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات و غیره صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

اجرای مطالعات مداخله‌ای با هدف بررسی اثر بخشی افزایش حمایت اجتماعی و سلامت معنوی و کاهش سرکوب فکر بر کاهش گرایش به خودکشی می‌تواند کامل کننده یافته‌های این پژوهش باشد. با این حال به نظر می‌رسد ارتقای حمایت اجتماعی و سلامت معنوی و کاهش سرکوب فکر در کاهش اقدام به خودکشی نقش داشته باشد.

References

- 1- WHO. (2014). Health Topics: Suicide., 2016, Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- 2- Rostami M, Hashemi T, Aliloo MM. Comparison of personality traits, social support, and religious orientation in suicide attempter and control group . *Urmia Med J*. 2014; 24: 10-16. [Persian]
- 3- Gonçalves Cavalcante FG. Psychological and psychosocial autopsy on suicide among the elderly: a methodological approach. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17: 2039-2052.
- 4- Saddock BJ, Saddock VA, Ruiz P. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry Eleventh Edition. Wolterz Kluver. 2013.
- 5- Mosavi Mughaddam SR. Healthy man and its role in the spiritual health and mental health from the viewpoints of Rene Descartes and Allamah

- Tabatabaei based on the interpretative attitude of Almizan. *J Zanzan Univ Med Sci*. 2013; 22: 33-44. [Persian]
- 6-Kazemi M, Bahrami B. The role of spiritual belief and islamic practice in improvement of mental health and prevention of mental disorders. *J Zanzan Univ Med Sci*. 2013; 22: 22-74. [Persian]
- 7-Gaskin-Wasson AL, Walker KL, Shin LJ, Kaslow NJ. Spiritual well-being and psychological adjustment:mediated by interpersonal needs? *J Relig Health*. 2016; 55: 1-10.
- 8- Abdollahi A, Abu Talebi M. Spirituality moderates hopelessness, and suicidal ideation among Iranian depressed adolescents. *Death Studies*. 2015; 39: 579-83.
- 9- Winerman L, Suppressing the 'white bears'. American Psychological association. 2011; 42: 44- 50.

- 10- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30: 217-237.
- 11- Cukrowicz KC, Ekblad A, Cheavens J, Rosenthal M, Lynch TR. Coping and thought suppression as predictors of suicidal ideation in depressed older adults with personality disorders. *Aging and Mental Health.* 2008; 12: 149-157.
- 12- Pettit JW, Temple SR, Norton PJ, et al. Thought suppression and suicidal ideation: preliminary evidence in support of a robust association. *Depress Anxiety.* 2009; 26: 758-63.
- 13- Sarason IG. Social support: Theory, research and applications: Springer Science & Business Media. 2013.
- 14- Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord.* 2013; 150: 540-45.
- 15- Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *J Adolesc Health.* 2015; 56: 286-92.
- 16- Kleiman EM, Riskind JH. Social support and positive events as suicide resiliency factors: examination of synergistic buffering effects. *J Arch Suicide Res.* 2014; 18: 144-55.
- 17- Rezaei M, Seyed Fatemi N, Givari A, Hoseini f. Relation between prayer activity and spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy. *Iran J Nursing.* 2007; 20: 61-51. [Persian]
- 18- Saed O, Purehsan S, Aslani J, Zargar M. The role of thought suppression, meta-cognitive factors and negative emotions in prediction of substance dependency disorder. *J Etiad Pajohi.* 2011; 5: 69-84. [Persian]
- 19- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Personal Assessment.* 1998; 52: 30-41.
- 20- Ahmadi Tahour Soltani MK, Ahadi H, Moradi AR. Structural relationship between hope with attachment style, life regard, social support, self efficacy and mastery goal orientation in students. *Res Psychol Health.* 2013; 1: 1-10. [Persian]
- 21- Ellison LL. The spiritual well-being scale. *J Psychol.* 2014; 5: 1575-82.
- 22- Abbasi M, Azizi F, Shamsi E, Naseri Rad M, Akbari Laleh M. Conceptual and operational definition of spiritual health: A methodological study. *Quarter J Med Ethics.* 2011; 20: 11. [Persian]
- 23- Kopacz MS. The spiritual health of veterans with a history of suicide ideation. *Health Psychol Behav Med.* 2014; 2: 349-58.
- 24- 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: 186-93.
- 25- Kopacz MS, Silver E, Bossarte RM. A position article for applying spirituality to suicide

- prevention. *J Spirituality in Mental Health*. 2014; 16: 133-46.
- 26- Yoosefi N. Comparison of the effectiveness of family therapy based on rational emotive behavioral therapy (REBT) and person centered therapy (PCT) on self-differentiation among divorce applicant clients. *Int J Psychol Counselling*. 2011; 3: 85-176. [Persian]
- 27- Arnette NC, Mascaro N, Santana MC, Davis S, Kaslow NJ. Enhancing spiritual well-being among suicidal African American female survivors of intimate partner violence. *J Clin Psychol*. 2007; 63: 909-924.
- 28- Taliaferro LA, Rienzo BA, Pigg RM, Miller MD, Dodd VJ. Associations between physical activity and reduced rates of hopelessness, depression, and suicidal behavior among college students. *J Am College Health*. 2009; 57: 427-36.
- 29- Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression: Guilford press. 2011.
- 30-Tucker RP, Smith CE, Hollingsworth DW, Cole AB, Wingate LR. Do thought control strategies applied to thoughts of suicide influence suicide ideation and suicide risk? *Personal Individual Differ*. 2017; 112: 37-41.
- 31-Hepburn SR, Crane C, Barnhofer T, Duggan DS, Fennell MJ, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: Findings from a preliminary study. *British J Clin Psychol*. 2009; 48: 209-215.
- 32- Park S, Sulaiman AH, Srisurapanont M, et al. The association of suicide risk with negative life events and social support according to gender in Asian patients with major depressive disorder. *Psychiatry Res*. 2015; 228: 277-82.
- 33- Gonçalves A, Sequeira C, Duarte J, Freitas P. Suicide ideation in higher education students: influence of social support. *Aten Primaria*. 2014; 46: 88-91.
- 34- Kerr DCR, Preuss LJ, King CA. Suicidal adolescents' social support from family and peers: gender-specific associations with psychopathology. *J Abnorm Child Psychol*. 2006; 34: 103-14.
- 35- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30: 217-37.

Investigating the Status of Spiritual Health, Suppression of Thought and the Perceived Social Support in Suicidal Attempts

Fekri S¹, Kiani GH¹

¹Dept. of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Kiani GH, Dept. of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

E-mail: kherad739@yahoo.com

Received: 23 Jan 2017 **Accepted:** 16 Jul 2017

Background and Objective: The Suicide is a serious public health problem and the suicide attempt is one of the important indicators of mental health in different cultures. The purpose of this study was to compare the spiritual health, suppression of thought and social support in the suicidal subjects and normal people in Zanjan city.

Materials and Methods: From the statistical population of suicide attempters who referred to Vali-e- Asr and Ayatollah Mousavi hospitals in Zanjan, 84 subjects were selected through the available sampling method. In the control group, 84 subjects were selected from the individuals homogeneous to suicidal group. Ellison and Palutzin Spiritual Health Questionnaire, White Bear Suppression Checklist and Social Support were used for data collection. Data were analyzed by SPSS software using the t-test and Mann-Whitney U test.

Results: The results showed that the mental health and its components, suppression of thought, social support and its components in the suicidal group had a significant difference comparing to controls ($P < 0.001$), in a way that the spiritual health and its components, as well as social support and its components in the group attempting suicide were lower, but suppression of thought was high in the suicide attempters than in controls.

Conclusion: According to the findings, it can be concluded that enjoying high spiritual health and high social support can be a protective factors against the suicide attempt. But the use of oppressive thought seems to play a role in suicidal attempts.

Key Words: *Spiritual Health, Suppression of thought, Social Support, Suicide*