پژوهشی

پیش بینی‌کننده‌های اقدام به خودکشی در زندانیان مرد با سوء مصرف و وابستگی به مواد : عوامل محافظت‌کننده و عوامل خطر

دکتر پروانه محمدخانی* - حمید خانی پور** - دکتر فیروزه جعفری*** - اردشیر مبرّم ****

* استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی-گروه روان‌شناسی بالینی،مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی

** دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی،مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی

*** دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ،گروه روانپزشکی، ،مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی

**** کارشناس ارشد روان‌شناسی- مرکز بهداری و مددکاری اجتماعی زندان قزل حصار

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش با هدف بررسی عوامل خطر و محافظت‌کننده اقدام به خودکشی در زندانیان مرد با سوء مصرف و وابستگی به مواد انجام شد.

روش: در یک طرح همبستگی از جامعه زندانیان شهر تهران ۲۳۰ نفر وارد مطالعه شدند. از ابزارهای مقیاس آگاهی و توجه با حضور ذهن، پرسشنامه دلایل زندگی، سیاهه کوتاه نشانه‌های روانی و پرسشنامه تاب‌آوری کونور- دیودسون برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: شیوع طول عمر اقدام به خودکشی در بین زندانیان ۴۲٪ بود. شیوه اصلی اقدام به خودکشی مسموم سازی بود، در ۲۷٪ از شرکت‌کنندگان سابقه بیش مصرف وجود داشت و در ۱۵٪ موارد انگیزه بیش مصرف مُردن بود. مقایسه‌های گروهی نشان داد افراد بدون سابقه اقدام به خودکشی با سایر گروهای با سابقه اقدام به خودکشی از لحاظ باورهای بقا و مقابله، ممنوعیت اخلاقی، ترس از عدم تایید اجتماعی و حضور ذهن رگه با هم تفاوت معنی‌دار دارند. نتایج تحلیل رگرسیون لوجستیک نشان داد مصرف چند دارویی، باورهای بقا و مقابله و باورهای مرتبط با مسؤولیت پذیری نسبت به خانواده سابقه اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: اقدام به خودکشی مشکلی نسبتاً شایع در بین زندانیان مرد با سوء مصرف یا وابستگی به مواد است. عوامل مرتبط با شیوه مصرف مواد و باورهای دلایل زندگی به عنوان عوامل خطر و محافظت کننده اصلی این رفتار هستند.

واژگان کلیدی: اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد، عوامل خطر، دلایل زندگی

این پژوهش با حمایت و هدایت مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام شده است

وصول مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۱ تایید مقاله: ۱۳۹۲/۷/۳۰

نویسنده پاسخگو: تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی علامه طباطبایی تلفن : ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۴۵ .khanipur.hamid@gmail.com

مقدمه

خودکشی یکی از علل اصلی مرگ در افراد با اختلال‌های سوء مصرف و وابستگی به مواد و یکی از چالش‌های اساسی در درمان این افراد است. مطالعات انجام شده بر روی افرادی که اقدام به خودکشی داشته‌اند نشان داده که بین ۱۹ تا ۶۳٪ آن‌ها مبتلا به یکی از انواع اختلال‌های مرتبط با مواد می‌باشند (۱). همچنین آمارهای مربوط به خودکشی در ایران نیز نشان می‌دهد سوءمصرف مواد با نسبت ۵۴٪ به عنوان دومین اختلال شایع در افراد با سابقه اقدام به خودکشی یا خودکشی کامل به حساب می‌آید (۲). مصرف مواد احتمال اقدام به خودکشی را بیشتر می‌کند و همچنین سوء مصرف و وابستگی به مواد یکی از عوامل مهم خطر اقدام به خودکشی می‌باشند (۳). اقدام به خودکشی در زندانیان بسیار شایع است؛ نرخ خودکشی در اکثر کشورها برای هر ۱۰۰۰۰۰ زندانی بالای ۱۰۰ نفر گزارش شده است

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

(۴) و اختلال‌های مرتبط با مصرف مواد یکی از علل اصلی اقدام به خودکشی است. در بیش از ۹۵٪ قربانیان خودکشی در زندان‌ها سابقه سوء مصرف مواد وجود دارد (۵). بیش مصرف غیرکشنده مواد یکی از رفتارهایی است که شباهت‌های ظاهری زیادی با اقدام به خودکشی دارد. پژوهش‌ها نشان داده است ۴۶٪ تا ۷۰٪ تمامی مصرف‌کنندگان مواد افیونی حداقل یک بار در طول عمرشان تجربه بیش مصرف دارند و نرخ مرگ‌های ناشی از بیش مصرف در حال افزایش است (۶). با این حال درباره ارتباط بیش مصرف با اقدام به خودکشی اطلاعات محدودی وجود دارد. برای پیشگیری از عواقب ناخوشایند اقدام به خودکشی در زندانیان با سوء مصرف و وابستگی به مواد نیاز به بررسی عواملی است که در ایجاد (عوامل خطر) یا جلوگیری (عوامل محافظت کننده) از این رفتارها نقش دارند. عوامل خطر مختلفی مانند نرخ بالای همبودی اختلال‌های روان‌پزشکی، سابقه پیشین اقدام به خودکشی، تجربه رویدادهای تنش‌زا، محکومیت بالای ۱۰ سال و ویژگی‌های روان‌شناختی مانند تکانش‌وری و اعتماد به نفس پایین به عنوان پیش‌بینی کننده‌های اقدام به خودکشی در زندانیان معتاد و غیرمعتاد شناسایی شده‌اند (۵،۷). با این حال به نقش عوامل محافظت‌کننده در اقدام به خودکشی کمتر توجه شده است. بسیاری از زندانیان علی‌رغم دارا بودن عوامل خطر مختلف اقدام به خودکشی نمی‌کنند. از جمله عوامل موثر در محافظت از خودکشی باورهای دلایل زندگی است.

در یک طبقه‌بندی منسجم، باورهای دلایل زندگی را می‌توان به پنج دسته باورهای مرتبط با بقا و قدرت مقابله (برای مثال: باور دارم می‌توانم شیوه حل یا مقابله با این مشکل را یاد بگیرم)؛ مسؤولیت‌پذیری نسبت به خانواده و مسائل مربوط به فرزندان (برای مثال: نسبت به خانواده‌ام مسؤولیت و تعهد دارم)؛ ترس از خودکشی (برای مثال از مرگ می‌ترسم)؛ ترس از عدم تایید اجتماعی (دیگران فکر می‌کنند ضعیف و خودخواه هستم) و ممنوعیت‌های اخلاقی (برای مثال باورهای مذهبی‌ام خودکشی را منع می‌کند) تقسیم‌بندی کرد (۸). شواهد مختلفی در ارتباط با تاثیر محافظت‌کنندگی باورهای دلایل زندگی در افراد افسرده، دو قطبی و جمعیت عادی به دست آمده است (۱۲-۹). عامل دیگری که اخیراً توجه پژوهشی و درمانی زیادی را به خود جلب کرده است حضور ذهن (Mindfulness) است. حضور ذهن نوعی آگاهی بدون قضاوت، متمرکز بر لحظه حال و هدفمند است که از طریق پرورش قدرت توجه کردن به وجود می‌آید (۱۳). حضور ذهن یک رگه شخصیتی هم به حساب می‌آید که در بین افراد مختلف فرق می‌کند. افرادی که حضور ذهن رگه بیشتری دارند بهزیستی و سلامت روانی بالاتری دارند و در تنظیم هیجان‌ها موفق‌تر عمل می‌کنند (۱۴). درباره رابطه حضور ذهن و اقدام به خودکشی برنامه‌های درمانی جدیدی که در سنت شناختی رفتاری توسعه یافته‌اند مهم‌ترین عامل تاثیرگذاری درمان را به حضور ذهن منتسب می‌کنند (۱۵). افرادی که از حضور ذهن بیشتری برخوردارند نسبت به تجارب خوشایند و ناخوشایند بیشتر آگاهند و در زمان‌هایی که تحت تاثیر خلق منفی قرار می‌گیرند آسیب‌پذیری‌شان نسبت به واکنش‌پذیری شناختی که مشخص شده است یک عامل خطر اقدام به خودکشی است و با کاهش قدرت حل مساله رابطه دارد (۱۶) کمتر است. علاوه بر این حضور ذهن فرایند متضاد اندیشناکی (rumination) است که یافته‌های مختلف (۱۷) نقش منفی آن را در تداوم حالت‌های خلقی منفی و خودکشی تایید می‌کنند. این مسأله به ویژه درباره افراد با اختلال‌های مرتبط با مواد شدیدتر است زیرا موضوع اندیشناکی در این گروه متمرکز بر مسائلی مانند وسوسه مصرف و نشانه‌های مرتبط با ترک است که ممکن است به صورت شدیدتر کنترل توجه برای انجام عمل سازگارانه را مختل سازد. یکی دیگر از عواملی که به ویژه در حیطه وابستگی به مواد در محافظت در برابر خودکشی نقش دارد تاب‌آوری (Resiliency) است. تاب‌آوری به مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله گفته می‌شود که معمولاً در مواجهه و تحمل شرایط سخت زندگی موثرند. افراد تاب‌آور افرادی هستند که منبع کنترل‌شان درونی است، خوش‌بین هستند و تصویر مثبتی از خودشان دارند و ویژگی‌های تاب‌آوری در کل با سلامت جسمی و روانی بالاتر رابطه دارد (۱۸). شواهدی وجود دارد که تاب‌آوری می‌تواند تاثیر تجارب منفی و ضربه‌های روانی دوران کودکی را بر روی اقدام به خودکشی کاهش دهد و افراد با نمره بالاتر در تاب‌آوری با احتمال کمتری سابقه اقدام به خودکشی دارند (۱۹).

هر چند پژوهش‌هایی درباره عوامل خطر و محافظت‌کننده اقدام به خودکشی در افراد با سوء مصرف یا وابستگی به مواد انجام شده است اما اغلب این پژوهش‌ها در خارج از موقعیت زندان بوده است و علاوه بر این نقش این عوامل محافظت‌کننده به ویژه باورهای دلایل زندگی تاکنون در افراد با اختلالات سوء مصرف و وابستگی مواد مورد بررسی قرار نگرفته و مشخص نیست این باورها در پیشگیری از اقدام به خودکشی زندانیان مرد با سوء مصرف و وابستگی به مواد نقش دارند یا خیر. بنابراین پژوهش حاضر در نظر دارد عوامل خطر و محافظت‌کننده‌ای را که در اقدام به خودکشی زندانیان مرد با سوء مصرف و وابستگی به مواد نقش دارند را مورد بررسی قرار دهد.

روش

با استفاده از طرح همبستگی و به شیوه مقطعی داده‌ها جمع‌آوری شدند. جامعه عبارت بود از کلیه زندانیان با سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد زندان قزل‌حصار که در برنامه‌های متادون درمانی یا در برنامه‌های آموزش کاهش رفتارهای پرخطر و ایدز شرکت داشتند. از میان زندانیان شرکت کننده در برنامه ۲۳۳ نفر به تصادف انتخاب شدند. با یک سری سوالات بلی- خیر و چند گزینه‌ای جنسیت، تحصیلات، نوع مواد مصرفی، سابقه بیش مصرف و انگیزه بیش مصرف و سابقه اقدام به خودکشی سنجیده شد. برای سنجش روش خودکشی از شرکت‌کنندگان خواسته شد روش خود را بر اساس

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

گزینه‌های ۱- مسموم‌سازی با دارو ۲- خودزنی و بریدن بخش‌های بدن ۳- خودسوزی ۴- حلق آویز کردن ۵- سایر روش‌ها مشخص کنند. اکثر شرکت‌کنندگان پژوهش که در برنامه متادون درمانی شرکت می‌کردند دارای پرونده‌های پزشکی در مرکز بهداری زندان بودند و صحت وجود سوء مصرف و اعتیاد کاملاً قابل تایید است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان سابقه اقدام خودکشی را پنهان کنند برای کاهش این مساله مددکار اجتماعی زندان به شرکت‌کنندگان درباره محرمانه ماندن اطلاعاتشان اطمینان داد. از ابزارهای زیر برای جمع آوری اطلاعات استفاده شد.

مقیاس آگاهی و توجه با حضور ذهن

مقیاس آگاهی و توجه با حضور ذهن (MAAS) مقیاسی ۱۵ سؤالی است که سؤال‌هایی درباره میزان آگاهی نسبت به تجارب روزانه و رها بودن از اشتغال‌های ذهنی گذشته و آینده را می‌سنجد. جواب‌ها در یک مقیاس شش نمره‌ای از ۰= تقریباً همیشه تا ۶= تقریباً هرگز نمره‌گذاری می‌شوند. یک نمره کل از مجموع سوال‌ها به دست می‌آید. نمرات می‌توانند در دامنه‌ای از ۰ تا ۱۷۵ باشند و نمره بالاتر به معنی حضور ذهن رگه بیشتر است (۱۴). این پرسشنامه یک عاملی است و آلفای کرونباخ برای آن در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۱۴). در ایران در پژوهشی آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۰).

پرسشنامه دلایل زندگی (فرم بزرگسال)

یک پرسشنامه ۴۸ سوالی است. دارای شش خرده مقیاس می‌باشد که به صورت لیکرتی از (۰= اصلاً مهم نیست تا ۵= کاملاً مهم است) نمره‌گذاری می‌شود. خرده مقیاس‌ها عبارتند از باورهای بقا و مقابله، مسوولیت‌پذیری نسبت به خانواده، مسائل مرتبط با فرزندان، ترس از خودکشی، ترس از عدم تایید اجتماعی، ممنوعیت‌های اخلاقی. نمره بیشتر در هر خرده مقیاس به معنی بیشتر بودن آن ویژگی است. اعتبار همسانی درونی بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌ها گزارش شده است. (لینهان، گودستین، نیلسن و چیلس، ۱۹۸۳). در ایران روایی کل مجموعه ۴۸ سوالی ۰/۹۵ گزارش شده است و همچنین اجرای تحلیل عاملی با روش تحلیل مولفه‌های اصلی چهار عامل (باورهای مقابله‌ای و بقا و مسؤولیت نسبت به خانواده، دل نگرانی نسبت به فرزندان، ممنوعیت‌های اخلاقی، ترس از خودکشی) را مشخص کرده است (۲۱).

سیاهه مختصر نشانه‌ها

این ابزار برای اندازه‌گیری نشانه‌های روان‌پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد. سیاهه مختصر نشانه‌ها (BSI) از ۵۳ جمله تشکیل شده است که بر اساس شیوه لیکرتی از ۰= موافق نیستم تا ۴ = کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود (۲۲). این سیاهه ۹ طبقه نشانه‌های روانی را اندازه‌گیری می‌کند و شاخص‌هایی برای قضاوت درباره وضعیت روانی فرد به دست می‌دهد. در این پژوهش برای بررسی شدت نشانه‌های عمومی از نمره خام مجموع کل مقیاس‌ها استفاده شد. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در نمونه‌ای از بیماران بهبود یافته از افسردگی مورد بررسی قرار گرفته و نتایج نشان داد ضرایب پایایی برای کل سؤالات در دامنه‌ای از ۰/۷۱ تا ۰/۹۶ می‌باشد(۲۳).

مقیاس تاب‌آوری

برای سنجش تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری کونور- دیویدسون (CD-RIS) استفاده شد. این مقیاس از ۲۵ سوال تشکیل شده است که به شیوه لیکرتی ۵ درجه‌ای از ۰ = کاملاً نادرست تا ۴= کاملاً نادرست نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره ممکن صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ می‌باشد. ساختار تک عاملی این ابزار در پژوهش‌های داخلی تایید شده و اعتبار آزمون به شیوه همسانی درونی ۰/۸۹ و روایی مقیاس به روش بررسی همبستگی بین هر سوال و نمره کل مقوله‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ به دست آمده است (۲۴).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد فراوانی)، تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره، آزمون تعقیبی توکی و رگرسیون لوجستیک استفاده شد.

نتایج

مجموعاً ۲۳۰ نفر در این پژوهش شرکت داشتند که اطلاعات توصیفی آن‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج آزمون خی دو نشان داد بین روش‌های اقدام به خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و روش غالب اقدام به خودکشی در زندانیان مرد با سوء مصرف و وابستگی به مواد از طریق مسموم سازی است (۴۱۶/۸۳ = خی دو، $p < 0/001$). انگیزه بیش مصرف در ۱۵٪ (۳۷ نفر) مُردن بود. انگیزه‌هایی مانند ایجاد حالت‌های تجزیه‌ای، افزایش سطح لذت، جبران دوری طولانی مدت از مواد، سایر انگیزه‌های بیش مصرف بودند.

برای مقایسه گروه‌های بدون سابقه اقدام به خودکشی و با سابقه اقدام به خودکشی از لحاظ شش باور مرتبط با دلایل زندگی، حضورذهن رگه، تاب‌آوری و شدت نشانه‌های عمومی از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج نشان داد بین چهار گروه در متغیرهای باورهای بقا و مقابله، مسؤولیت‌پذیری خانوادگی، امور فرزندان، ترس از خودکشی، ترس از عدم تایید اجتماعی، ممنوعیت اخلاقی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (λلامبدای ویلکز=0/73، $F=4/04$، $p > 0/001$). تفاوت بین چهار گروه در متغیر حضورذهن هم معنی‌دار بود (λلامبدای ویلکز=0/88، $F=5/95$، $P > 0/001$). در متغیرهای شدت نشانه‌های روانی و تاب‌آوری بین چهار گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. مقایسه‌های دو به دو با آزمون تعقیبی توکی نشان داد میانگین نمرات شرکت کنندگان گروه بدون سابقه اقدام خودکشی با سه گروه دیگر(سابقه یک بار اقدام به

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

جدول ۱- اطلاعات توصیفی شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیرها		تعداد	درصد
سن	۱۸-۲۶	۷۸	٪۳۳
	۲۷-۴۰	۱۳۳	٪۵۷
	۴۰-۶۰	۲۲	٪۱۰
تحصیلات	سیکل	۱۴۵	٪۶۰
	دیپلم	۷۲	٪۳۰
	فوق دیپلم	۳	٪۱
	لیسانس	۱۲	٪۶
	فوق لیسانس و بالاتر	۱	٪۱
نوع ماده مصرفی	کراک	۸۸	٪۳۸
	هروئین	۷۹	٪۳۴
	تریاک	۴۶	٪۲۰
	شیشه	۶	٪۲/۵
	حشیش	۲	٪۰/۵
	الکل	۳	٪۱
	مصرف چند دارویی	۱۶۴	٪۶۹/۶
سابقه اقدام به خودکشی	یک بار	۵۸	(٪۲۴)
	۲بار	۳۰	(٪۱۲)
	بیش از ۲ بار	۱۳	(٪۵)
روش‌ها	خود مسموم سازی	۵۰	٪۲۱
	بریدن رگ	۲۰	٪۸/۳
	خودمسموم سازی+بریدن رگ	۲۱	٪۸/۸
	خودسوزی	۳	٪۱/۲
	حلق‌آویز کردن	۳	٪۱/۷
	سایر روش‌ها	۴	٪۱/۲
	بیش مصرف	۶۵	٪۲۷

خودکشی،سابقه۲ بار اقدام به خودکشی و سابقه بیش از ۲ بار اقدام به خودکشی) در متغیرهای باورهای بقا و مقابله، ترس از عدم تایید اجتماعی، ممنوعیت اخلاقی و حضور ذهن رگه معنی داری است ($p > 0/001$) و در سایر متغیرها تفاوت معنی‌دار نبود. با این حال بین سه گروه با سابقه اقدام به خودکشی از لحاظ متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. نتایج مرتبط با شاخص‌های مرکزی چهار گروه در جدول ۲ نشان داده شده است.

برای پیش‌بینی عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده شرکت‌کنندگان به دو گروه بدون سابقه اقدام به خودکشی و با سابقه اقدام به خودکشی تقسیم‌بندی شدند و متغیرهای مصرف چند دارویی، سطح تحصیلات، سن، حضور ذهن رگه، شدت نشانه‌های عمومی، تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های باورهای دلایل زندگی به عنوان متغیرهای پیش بینی کننده با استفاده از تجزیه و تحلیل رگرسیون لوجستیک به روش گام به گام پیشرو تحلیل شدند.

نتایج رگرسیون نشان داد سه متغیر مصرف چند دارویی، باورهای مقابله و بقا و باورهای مرتبط با مسؤولیت‌پذیری نسبت به خانواده بر اساس مدل رگرسیون توانایی پیش‌بینی اقدام به خودکشی را دارند. مدل کامل به صورت معناداری پایا بود (۶۱/۵۶ = خی دو، $df=3$ و $p < 0/005$). این مدل بین ۲۳/۵٪ تا ۳۱/۵٪ از واریانس اقدام به خودکشی را تبیین می‌کند، در کل متغیرهای مدل با نسبت ۷۸/۵٪ عدم اقدام به خودکشی و با نسبت ۶۸٪ اقدام به خودکشی و در کل با نسبت ۷۳/۹٪ پیش‌بینی‌های درستی ارائه می‌کنند. در جدول ۳ ضرایب و آماره والد و درجات آزادی مربوطه و مقادیر احتمال برای هر کدام از متغیرهای پیش‌بینی ارائه شده است.

بر اساس نتایج رگرسیون لوجستیک عامل خطر اصلی در اقدام به خودکشی زندانیان مرد با اختلالات مواد، مصرف چند دارویی با

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان در باورهای دلایل زندگی، حضور ذهن رگه، شدت نشانه‌های روانی و تاب‌آوری

	گروه (۱)		گروه (۲)		گروه (۳)		گروه (۴)	
	M	Sd	M	Sd	M	Sd	M	Sd
بقا و مقابله	۸۱/۱۷	۱۶/۰۲	۶۷/۲۲	۱۷/۲۲	۶۰/۶۰	۲۰/۰۲	۶۶/۸۵	۲۱/۷۹
مسؤولیت‌پذیری خانواده	۲۴/۷۳	۵/۴۶	۲۲/۵۰	۶/۱۷	۲۰/۳۷	۶/۹۳	۲۴	۷
امور فرزندان	۱۰/۹	۳/۱۴	۹/۳۸	۳/۲۰	۸/۵۳	۳/۳۴	۱۰	۴/۶
ترس خودکشی	۲۰/۳۴	۶/۱۹	۱۷/۲۹	۶/۴۹	۱۷/۹۷	۵/۲۰	۱۳/۹۶	۶/۵۵
تایید اجتماعی	۹/۴۰	۲/۸۹	۷/۵۹	۳/۰۵	۸	۳/۷۹	۷/۳۸	۳/۶۸
ممنوعیت اخلاقی	۱۴/۹۵	۵/۵۶	۱۲/۱۶	۳/۹۸	۱۱/۳۰	۳/۸۴	۱۱/۳۱	۳/۵۲
حضور ذهن رگه	۴۵/۴۲	۱۲/۳۶	۳۸/۷۴	۱۳/۷۴	۳۸/۲۳	۱۲/۰۴	۳۶/۹۲	۱۳/۱۱
شدت نشانه	۸۷/۴۵	۲۶/۰۵	۹۳/۴۷	۲۲/۱۷	۹۹/۰۷	۱۸/۶۶	۱۰۷	۲۳/۲۴
تاب‌آوری	۵۳/۱۵	۱۶/۳۸	۴۹/۳۲	۱۱/۵۴	۴۸/۶۰	۱۲/۲۲	۵۲/۶۲	۱۷/۵۷

گروه ۱- بدون خودکشی، گروه۲ - سابقه ۱ بار؛ گروه۳ - سابقه ۲ بار؛ گروه ۴- بیش از ۲ بار

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

جدول ۳ - نتایج تحلیل رگرسیون لوجستیک متغیرهای پژوهش بر روی سابقه اقدام به خودکشی

	ضریب B	خطای استاندارد	آماره Wald	سطح معناداری	ضریب بخت
گام سوم	مصرف چند دارویی	۱/۰۵	۸/۷۸	۰/۰۰۳	۲/۸۶
	باورهای بقا و مقابله	-۰/۸۹	۳۲/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	مسؤولیت پذیری نسبت به خانواده	۰/۱۱	۸/۱۰	۰/۰۰۴	۱/۱۲

بارعاملی ۲/۸۶ و عوامل محافظت‌کننده اصلی باورهای بقا و مقابله و مسؤولیت‌پذیری نسبت به خانواده با ضرایب ۰/۹۱ و ۱/۱۲ می‌باشند.

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد ۴۲٪ از زندانیان مرد با سوء مصرف و یا وابستگی به مواد، سابقه حداقل یک بار اقدام به خودکشی را در طول عمر داشتند. نسبت سابقه اقدام به خودکشی در زندانیان زن و مرد کشورهای انگلیس و ولز ۱۷٪ گزارش شده است که خیلی کمتر از نتایج این مطالعه است (۲۵). اما در مطالعه دیگری بر روی زندانیان مرد در کشور آمریکا نسبت اقدام به خودکشی در طول عمر ۵۰٪ گزارش شده است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۶). روش غالب اقدام به خودکشی در این گروه از طریق مسمومسازی با داروها یا مواد شیمیایی بود. مرور نظام‌مند پژوهش‌های خودکشی در ایران خود مسمومسازی را روش غالب اقدام به خودکشی شناسایی کرده است اما مهم‌ترین شیوه خودکشی منجر به فوت در ایران حلق‌آویز کردن گزارش شده است (۲). رفتار بیش مصرف در ۲۷٪ از زندانیان وجود داشت و به نظر می‌رسد بیش مصرف در زندانیان با انگیزه‌های متفاوتی انجام می‌شود که یکی از آن‌ها ممکن است اقدام به خودکشی باشد (۱۵٪ موارد) ولی در اکثر موارد علل دیگری غیر از اقدام به خودکشی وجود دارد. هر چند در مطالعات خارجی شیوع بیش‌مصرف بالاتر از اقدام به خودکشی است اما در این پژوهش این یافته تایید نشد. پژوهش دیگری در ایران نشان داده است شیوع بیش مصرف در افرادی که به مراکز درمانی سوء مصرف مواد مراجعه می‌کنند بیشتر از افرادی است که در زندان به سر می‌برند (۲۷). بیشترین ماده مصرفی زندانیان از گروه مخدرها و به ویژه کراک و هروئین بودند و همچنین بیشترین تعداد افراد با سابقه خودکشی از گروه مصرف‌کنندگان کراک بودند. مقایسه آمارهای خارجی نیز بیشترین آمار اقدام به خودکشی را در سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر به ویژه هروئین گزارش کرده است؛ شیوع طول عمر اقدام به خودکشی در سوء مصرف‌کنندگان هروئین ۴۰٪ گزارش شده است (۲۸). از جمله عوامل خطر مهم در اقدام به خودکشی زندانیان با اختلال‌های مواد، مصرف به شیوه چند دارویی (polydrug) بود، به گونه‌ای که با در نظر گرفتن نقش سایر پیش‌بینی‌کننده‌های اقدام به خودکشی به ویژه شدت نشانه‌های عمومی باز هم این عامل مؤثرترین عامل در پیش‌بینی اقدام به خودکشی مشخص شد. این یافته نشان می‌دهد که شیوه سوء مصرف مواد یکی از متغیرهای محیطی و رفتاری مهم و یک عامل خطر اصلی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی زندانیان مرد است. این یافته همخوان با یافته‌های پژوهش طولی در استرالیا است که ارتباط معنی‌داری بین الگوی مصرف چند دارویی و اقدام خودکشی در معتادین نشان داد (۲۸).

مقایسه بین چهار گروه بدون سابقه خودکشی و با سابقه متفاوت از اقدام خودکشی نشان داد بین گروه بدون خودکشی با گروه‌های با سابقه خودکشی از لحاظ باورهای بقا و مقابله، ترس از عدم تایید اجتماعی، ممنوعیت‌های اخلاقی و حضور ذهن رگه، تفاوت وجود دارد ولی تفاوتی از حیث عامل خطر شدت نشانه‌های روانی وجود ندارد. این یافته نشان می‌دهد برخلاف یافته‌های پژوهش‌های بسیاری که شدت نشانه‌های روانی را علت اصلی اقدام خودکشی می‌دانند (۳۱، ۳۰، ۲۹)، یافته‌های این پژوهش نداشتن یک سری باورهای محافظت‌کننده از زندگی و ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با حضور ذهن را علت اقدام به خودکشی می‌دانند. یعنی وجود نشانه‌های روانی شاید علت لازم برای اقدام به خودکشی باشد اما یک علت کافی نیست و عواملی مانند باورهای دلایل زندگی قوی می‌توانند تاثیر ناخوشی‌های روانی را خنثی کنند. یافته‌های مدل پیش‌بینی هم مهم‌ترین عامل متمایزکننده افراد با و بدون سابقه خودکشی فارغ از تعداد دفعات را به میزان زیادی ناشی از باورهای بقا و مقابله و تا حدودی به علت بالا بودن باورهای مسؤولیت پذیری نسبت به خانواده در افراد غیرخودکشی‌کننده نشان داد.

علت متفاوت بودن نتایج مدل پیش‌بینی با نتایج مقایسه گروهی احتمالاً به دلیل ارتباط هم پوش عوامل ممنوعیت‌های اخلاقی و ترس از عدم تایید اجتماعی با باورهای بقا و مقابله است. به عبارت دیگر ارتباط ممنوعیت اخلاقی، ترس از عدم تایید اجتماعی و حضور ذهن رگه وابسته به نقش باورهای بقا و مقابله است. افرادی که باورهای بقا و مقابله قدرتمندتری دارند اقدام خودکشی را نوعی عمل غیر اخلاقی قلمداد می‌کنند، همچنین به دلیل اهمیتی که برای ملاک‌هایی که برای زندگی اجتماعی سالم دارند در برابر اقدام به خودکشی از خود محافظت می‌کنند و در رها شدن از نگرانی ها و افکار خودکشی و توجه بدون قضاوت به مسائل خود (حضور ذهن رگه) در سطح بالاتری

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

قرار دارند. هر چند در مطالعات گذشته مشخص شده بود باورهای دلایل زندگی در پیشگیری و محافظت از اقدام به خودکشی در افراد با اختلال افسردگی اساسی نقش دارند (۹،۱۰)، اما مطالعه حاضر نشان داد باورهای دلایل زندگی در محافظت از اقدام به خودکشی در افرادی که در شرایط سخت‌تری به سر می‌برند نیز تاثیرگذارند. نتایج این مطالعه با مطالعات گذشته این تفاوت را داشت که در مطالعات گذشته بر روی افسردگی و اختلال دو قطبی (۱۲،۳۴)، مهم‌ترین عامل در پیشگیری و پیش‌بینی افکار یا اقدام به خودکشی ترس از خودکشی بود؛ در حالی که در مطالعه اخیر این عامل نتوانست اقدام به خودکشی را پیش‌بینی کند. البته این نتیجه به دلیل ویژگی‌های روان‌شناختی گروه نمونه قابل انتظار بود. معمولاً رفتارهای خطرجویانه و پرخاشگری در این گروه بیشتر است و روبرو شدن با تجارب پرخطر به صورت کلی ترس از خودکشی را کم می‌کند.

باورهای بقا و مقابله ترکیبی از باورهایی است که هر فرد درباره زندگی دارد. دلایلی مانند انتظارات مثبت نسبت به آینده (مثلاً باور دارم برای هر مساله راه حل مناسبی می‌توان پیدا کرد) و همین طور باورهای مرتبط با توانایی مقابله با مشکلات مختلفی که در جریان زندگی به وجود می‌آیند (مثلاً باور دارم می‌توانم با مشکلاتم سازگار شوم یا از پس آن‌ها برآیم) از جمله باورهای بقا و مقابله به حساب می‌آیند. انتظارات مثبت درباره آینده متضاد ناامیدی است. در مطالعه‌ای دیگری در ایران نیز نمره باورهای بقا و مقابله و مسؤولیت‌پذیری نسبت به خانواده در افراد عادی بالاتر از افراد اقدام کننده به خودکشی گزارش شد (۲۱). هر چند نقش عوامل زیستی، فقر، بیکاری و عوامل بیرونی اجتماعی که خارج از کنترل فرد است ممکن است در اقدام به خودکشی زندانیان با اختلال‌های مصرف مواد در زندان نقش داشته باشد اما نمی‌توان اهمیت انگیزه‌های درونی، معناها و باورهای شخصی را در اقدام به خودکشی حتی در زندانیان مبتلا به اختلالات مواد نادیده گرفت. به نظر می‌رسد سایر باورهای دلایل زندگی در زمینه اخلاقی و اجتماعی تقویت‌کننده باور فرد به توانایی مقابله و بقا است و زندانیان معتادی که باورهای بقا و مقابله قوی‌تری دارند در برابر اقدام به خودکشی مقاوم‌تر هستند.

مسؤولیت پذیری نسبت به خانواده یکی دیگر از عوامل پیش‌بینی کننده محافظت‌کننده در برابر اقدام به خودکشی شناسایی شد. یکی از علل اصلی اقدام به خودکشی تصوری است که افراد درباره روابط نزدیک بین فردی به ویژه روابط خانوادگی دارند. بر اساس نظریه بین فردی خودکشی (۳۵) سه عامل در اقدام به خودکشی موثرند: از دست دادن تعلقات و روابط اجتماعی، ادراک دردسر آفرین بودن (perceived burdensomeness) و سابقه عملی یا مواجهه زیاد با رویدادهای آسیب به خود یا دیگران. ادراک دردسر آفرین بودن به نوعی سوء برداشت خطرآفرین اشاره دارد که در آن فرد به دلیل تصور بی‌کفایتی شخصی وجود خود را برای دوستان، اعضای خانواده و یا جامعه‌اش مایه دردسر قلمداد می‌کند. از دست دادن تعلقات و روابط اجتماعی نیز موجب بیگانگی از دوستان، خانواده و یا سایر روابط اجتماعی ارزشمند می‌شود که عامل خطری در ایجاد انگیزه خودکشی است. این یافته از نتایج پژوهش‌هایی که بر نقش تضعیف احساس تعلق به خانواده در پیش‌بینی اقدام به خودکشی تاکید دارند حمایت می‌کند (۳۶). هر چند اختلال در کارکردهای مختلف خانواده یکی از عوامل زمینه‌ساز در تشدید اکثر اختلال‌های روانی به ویژه اقدام به خودکشی است؛ برای مثال بیماران افسرده‌ای که اقدام به خودکشی می‌کنند نسبت به بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی کارکرد خانواده‌شان را به طور معناداری بدتر ارزیابی می‌کنند و فشار و تنش‌های خانوادگی را یکی از برانگیزاننده‌های اقدام به خودکشی می‌دانند (۳۷)؛ اما از آن‌جایی که خانواده یکی از منابع ساخت هویت فردی است می‌تواند بر روی حفظ امید دوباره به زندگی، ایجاد تغییرات و مقاومت در برابر شرایط سخت کمک کننده باشد.

نمرات حضور ذهن رگه در گروه اقدام کننده به خودکشی پایین‌تر بود. حضور ذهن ممکن است به عنوان یک عامل محافظت کننده به صورت یک رگه شخصیتی به افراد برای غلبه بر تکانه‌ها و افکار خودکشی کمک کند. فردی که از حضور ذهن رگه بالاتری برخوردار است توانایی تنظیم هیجانی بالاتری هم دارد (۱۴) و کمتر در اندیشناکی شکست‌های گذشته و نگرانی‌های آینده به سر می‌برد و این توانایی در زمان حال زیستن می‌تواند در پیشگیری از اقدام به خودکشی نقش داشته باشد. در اکثر مطالعات گذشته نگر و مقایسه‌ای حضور ذهن رگه به عنوان یک عامل محافظت‌کننده در برابر ابتلا به مشکلات هیجانی مانند افسردگی اساسی و اختلالات قلبی- عروقی شناسایی شده است (۲۰،۳۲). نمره تاب‌آوری گروه با سابقه اقدام به خودکشی بیشتر از گروه بدون سابقه خودکشی بود اما برخلاف انتظار تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت. پژوهش‌های قبلی نشان داده است نمره سوء مصرف‌کنندگان مواد با سابقه اقدام به خودکشی در مقیاس تاب آوری کمتر ازسوء مصرف کنندگان بدون سابقه خودکشی است و همچنین زندانیانی که سابقه اقدام به خودکشی ندارند نمره تاب‌آوری‌شان بالاتر از زندانیانی است که سابقه اقدام به خودکشی دارند (۱۹). با این حال یافته‌های مطالعه حاضر از نقش صفات شخصیتی تاب‌آوری در محافظت از اقدام به خودکشی حمایت نکرد. تاب‌آوری بر اساس مدل معاصر بیشتر با مفاهیمی کلی مانند قدرت اراده، استواری و پایداری تعریف شده است و به صورت اختصاصی به ویژگی‌های شخصیتی و توانایی‌هایی که ممکن است در محافظت از خودکشی نقش داشته باشند نپرداخته است. مدل‌های جدید تاب‌آوری در ارتباط با اقدام به خودکشی مدل‌های اختصاصی‌تری را به عنوان تاب‌آوری در برابر خودکشی معرفی کرده‌اند. برای مثال در یک مدل جدیدتر مفهوم تاب‌آوری با عوامل محافظت‌کننده خودکشی ترکیب شده است و سه نوع عامل تاب آوری درونی، بیرونی و ثبات هیجانی در پیشگیری از خودکشی معرفی شده‌اند (۳۳).

متکی بودن داده‌ها به ابزارهای خود گزارش‌دهی و عدم کنترل

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

آمـاری متغیرهایی مانند سـطح اقتصادی- اجتماعـی و محدود بودن نمونه به گروه مردان از محدودیت‌های این پژوهش به حساب می‌آیند. همچنیـن ممکن اسـت شـیوع اقدام به خودکشـی در سـوء مصرف کنندگان و معتادان زندانی بالاتر هم باشد اما به دلیل عدم دسترسی به پرونده‌های پزشکی شرکت‌کنندگان نمی‌توان درباره صحت گزارش‌های آنان اطمینان داشت. علاوه بر این، براساس داده‌های پژوهش نمی‌توان درباره زمان اقدام به خودکشـی شرکت کنندگان (قبل یا بعد از شروع اعتیاد و قبل یا بعد از ورود به زندان) در گذشته قضاوت کرد زیرا اطلاعات پایایی در این زمینه جمع‌آوری نشـد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به این محدودیت‌ها پرداخته شود و نقش پیش‌بینی‌کننده عوامل محافظت‌کننده از خودکشی به صورت طولی مورد بررسی قرار بگیرد و در سـنجش و مداخلات روان‌شناختی زندانیانی که در برنامه‌های ترک مواد شرکت می‌کنند توجه به سابقه اقدام به خودکشی و عواملی که در پیشگیری از این عوامل نقش دارند لحاظ گردد.

نتیجه‌گیری

اقدام به خودکشـی پدیده‌ای نسبتاً شایع در میان زندانیان مرد با سـوء مصرف یا وابستگی به مواد است. بیشتر بودن امکان دسترسی به مواد کشـنده، مشکلات قانونی و شـغلی و از دست دادن روابط نزدیک به دنبال سـوء مصرف و وابسـتگی به مواد ممکن اسـت علل بالابودن نسـبت اقدام به خودکشی در این گروه از افراد باشد. توجه به مشکلات حقوقی و محیطی زندانیان مرد با سـابقه اقدام به خودکشـی و با سوء مصرف یا وابسـتگی به مواد نیازمند گسـترش حمایت اجتماعی از این افراد اسـت و این حمایت‌های محیطی ممکن اسـت در پیشـگیری از اقـدام به خودکشـی در این زندانیان و بازگشـت سـالم‌تر این افراد به جامعه نقش زیادی داشته باشد. خطر اقدام به خودکشی در افرادی که مصرف چند دارویی دارند بیشـتر اسـت، بنابراین کنترل و درمان سوء مصرف مواد می‌تواند در پیشـگیری از اقدام به خودکشـی نقش داشته باشـد. متخصصان بالینی برای تقویت و پرورش باورهای دلایل زندگی و ذهن‌آگاهی از روش‌هایی مانند اصلاح خطاها و اسـنادهای شناختی، خود بخشـودگی، پذیرش خود، تمرین‌هـای افزایش ذهن‌آگاهی مانند توجه بـه تنفس و توجه غیـر قضاوتی به افـکار و هیجان‌ها می‌توانند استفاده کنند. رفتاردرمانی دیالکتیک رویکردی است که دارای شواهد تجربی می‌باشـد و از این تکنیک‌ها برای پرورش دلایل زندگی استفاده کرده اسـت و به صورت معنی‌داری می‌تواند عود خودکشی را کم کند (۴۰). زندانیان معتاد یا با سوء مصرف مواد بیش از همه گروه‌های عادی و بالینی در معرض خطر اقدام مجدد خودکشی و خودکشی کامل قرار دارند و نیازمند توجه و مراقبت بیشـتر و اقدامات پیشگیرانه زیستی و روانی می‌باشند.

Refrences

1- Schneider, B. Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. Arch Suicide Res. 2009; 13: 303–316.

2- Ghoreishi A, Mousavinasab N. Systematic review of completed suicide and suicide attempt in Iran. J psychiat clin psychol. 2010;16: 154-62. [Persian]

3- Darke S, Degenhardt M, Louise R. Mortality amongst illicit drug users. London: Cambridge university press. 2007: 112-118.

4- Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide In prisoners: a systematic review of risk factors. J Clin Psychiat.2008; 69: 1721–31.

5- Way B, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. Intern J Law Psychiat, 2005; 28: 207–21.

6- Seal KH, Kral AH, Gee L, Moore L, Bluthenthal RN, Orrick J, Edlin B. Predictors and prevention of non- fatal overdose among street-recruited injection heroin users in the San Francisco. Am J Pub Health. 2001; 91: 1842–84.

7- Wichmann C, Serin R, &Motiuk L. Predicting suicide attempts among male offenders. Arch Suicide Res.2000; 7: 297-308.

8- Linehan M, Goodstein JL, Nielsen SL, & Chiles JA. Reasons for staying alive when you're thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. J Consult Clin Psych. 1983; 51: 276-86.

9- Malone K, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP. Protective Factors against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living. Am J Psychiat, 2000; 157: 1084–88.

10- Britton PC, Duberstein PR, Conner KR, Heisel MJ, Hirsch JK, & Conwell Y. Reasons for Living, Hopelessness,and Suicide Ideation Among Depressed Adults 50 Years or Older. Am J Geriat Psychiat. 2008 ; 16: 736–41.

11- Lizardi D, Dervic K, Grunebaum FM, Burke

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

AK, Mann J, Oquendo MA. The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients. J Psychiat Res. 2008; 42: 815–21.

12- Dervic K, Carballo J, Baca-Garcia E, Galfalvy HC, Mann J, Brent DA, Oquendo MA. Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. J Clin Psychiat. 2011; 72:1390-6.

13- Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain and illness. New York: Delacort; 1990, 7-8.

14- Brown KW, & Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol, 2003; 84: 822-48.

15- Williams J, Duggan D.S, Crane C, Fennell JV. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Recurrence of Suicidal Behavior. J Clin Psychol: In Session. 2006; 10: 1- 11.

16- Williams J, Barnhofer T, Crane C, & Beck A.T.. Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. J Abn Psychol. 2005; 114: 421– 31.

17- Smith M. J, Alloy BL. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualizing of this multifaceted construct. clin psychol Rev, 2008; 32: 1311-27.

18- Connor KM, & Davidson JR. Development of new resilience scale: the connor- Davidon, Resilience scale (CD-RISC). Depress Anxiety, 2000; 318: 76-82.

19- Roy A, Carli V, Sarchiapone M. Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. JAffect Disorders. 2011; 133: 591–594.

20- Ghasemipour Y, Ghorbani N. Mindfulness and basic psychological needs among coronary heart disease. J psychiart clin psychol. 2008; 14: 115-21. [Persian]

21- Mahmoudi O, Askari A, Azkhosh M, Khodabakhsh-kullai A. Exploring the Validity,Reliability andStandardization of Adult Reasons for living inventory. J psychiat clin psychol. 2010; 16: 239-47. [Persian]

22- Derogaitis L. Manual of Brief Symptom Inventory, administration, Scoring and procedure manual. New York: Willy press. 2000: 20-22.

23- Mohamadkhani P, Dobson K, Amiri M , Hosseini F. Psychometric properties of the Breif symptom inventory in a sample of recovered Iranian depression patients. Inter j clin heal psychol, 2010; 10: 541-51.

24- Mohammadi M, Rafee A, Jokar M, Pourshabaz A. Identification factors related to resillency in individuals at risk for substance abuse. J Tab uni Psychol. 2005; 1: 20-9. [Persian]

25- Humber N, Hayes A, Senior J, Fahy T,& Shaw J. Identifying ,monitoring and managing prisoners at Risk of self-harm/suicide in England and Wales. J Forensic Psychiatr. 2011; 22: 22–51.

26- Magaletta PR, Patry MW, Wheat B, Bates J. Prison Inmate Characteristics and Suicide Attempt Lethality: An Exploratory Study. Psychol Service. 2008; 5: 351-361.

27- Narenjiha H, Nouri R, Akbaryan M, Faarahani M, Mirzammani M. The experience of Life time Non-fatal Overdose of drugs in Iranian Substance Abusers. J psychiat clin psychol. 2010; 15: 327-33. [Persian]

28- Darke S, Ross J, Williamson A, Mills KL, Havard A, & Teesson, M. Patterns and correlates of attempted suicide by heroin users over a 3-year period: Findings from the Australian treatment study. Drug Alcohol Depen. 2007; 87: 146-52.

29- Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, co morbidity and suicidal behavior: Results from the National Co morbidity Survey Replication. Mol Psychiat. 2011; 15: 868–876.

30- Yoshimasu K , Kiyohara C, Miyashita K .Suicidal risk factors and completed suicide :meta-analyses based on Psychological autopsy studies. Environ Health Prevent Medici; 2008: 13, 243–25.

31- Cavanagh J, Carson AJ, Sharpe M, &Lawrie S. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review Psychol Med. 2003; 33: 395–405.

32- Barnhofer T, Duggan D , Griffith, J. Dispositional mindfulness moderates the relation between neuroticism and depressive symptoms. Pers Indiv Difer. 2011; 51: 958-962.

33- Osman A, Gutierrez P.M, Muehlenkamp J, Dix-Richardson F, Barrios FX, & Kopper , B. Suicide ResiliencyInventory-25: Development and preliminary psychometric properties. Psycholo Rep. 2004; 94:1349-60.

34- Richardson-Vejlgaard R, Sher l, Oquendo MA, Lizardi, D, Stanley B. Objections to suicide among depressed patients with alcohol use disorders. J Affect Disorders. 2009; 117: 197–201.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]

35- Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press. 2005: 43-51.

36- Joiner T.E,VanOrden K.A,WitteT.K, Selby EA, Ribeiro JD, Lewis R, Rudd D. Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal Behavior :empirical tests in two samples of young adults. J Abnorm Child Psych, 2009; 118: 634–646.

37- Keitner GI, Ryan CE, Miller I.W, Epstein NB, Bishop DS, & Norman WH. Family functioning, social adjustment, and recurrence of suicidality. Psychiat, 1990; 53: 17-30.

38- Meadows L, Kaslow NJ, Thompson MP, & Jurkovic GJ. Protective factors against Suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. Am J of Commun Psychol, 2005; 36: 109-121.

39- Linehan M, Comtois KA, Murray MA, Brown MZ, Gallop RJ, Heard H, et. al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorders. Arch Gen Psychiatry, 2006; 63: 757-766.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-02]