# سن، جنسیت و عوامل روان شناختی همراه با اقدام به خودکشی بین جمعیت ۲۰ تا ۷۰ ساله شهر تهران در سال ۱۳۹۲

اسحق رحیمیان بوگر*

۱) گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۲۱ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۷

**چکیده**

**مقدمه:** بررسی اقدام به خودکشی و عوامل آن پیامدهای بالینی ارزشمندی در حوزه های پیشگیری و مداخله در بحران دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش پیش بین سن، جنسیت و عوامل روان شناختی همراه با اقدام به خودکشی بین جمعیت ۲۰ تا ۷۰ ساله شهر تهران بود.

**مواد و روش ها:** در یک مطالعه توصیفی-مقطعی، ۱۵۴ نفر شامل ۴۳ فرد اقدام کننده به خودکشی با مسمویت دارویی از میان افراد مراجعه کننده به دو مرکز مسمومین بیمارستان های آموزشی درمانی تهران و ۱۱۱ فرد بدون سابقه اقدام به خودکشی به شیوه نمونه گیری در دسترس از میان کارمندان این بیمارستان ها در سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسش نامه پنج عاملی شخصیتی نئو، چک لیست ویرایش شده نشانه های روانی- ۹۰ سوالی، پرسش نامه سبک دفاعی، مقیاس افکار خودکشی بک، مقیاس ناامیدی بک و پرسش نامه جمعیت شناختی جمع آوری و با آزمون T و رگرسیون لوجستیک با استفاده از PASW تحلیل گردید.

**یافته های پژوهش:** از بین عوامل روان شناختی، افکار خودکشی(OR=8.714, P<0.001)، پرخاشگری(OR=5.006, P<0.009)، روان پریشی(OR=2.035, P<0.008)، روان رنجورخویی( OR=4.991, P<0.004)، برون گرایی(OR=2.818, P<0.011)، سبک دفاعی روان آزرده(OR=3.615, P<0.008)، سبک دفاعی رشدنایافته(OR=2.215, P<0.012)، و ناامیدی(OR=8.922, P<0.001) به طور معناداری اقدام کنندگان به خودکشی را از افراد بدون سابقه اقدام به خودکشی تفکیک کردند. سن و جنسیت سهم معناداری در پیش بینی اقدام به خودکشی نداشتند.(P>0.05)

**بحث و نتیجه گیری:** افکار خودکشی، پرخاشگری، روان پریشی و روان رنجورخویی، برون گرایی، سبک های دفاعی روان آزرده و رشد نایافته و ناامیدی در پیش بینی اقدام به خودکشی نقش دارند. بنا بر این، توجه به این عوامل در طراحی مداخلات پیشگیرانه و برنامه های مداخله در بحران در زمینه رفتارهای خود آسیب رسان مهم است.

**واژه های کلیدی:** خودکشی، روان رنجورخویی، مکانیزم دفاعی، برون گرایی، ناامیدی

* **نویسنده مسئول**: گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان

***Email:*** i_rahimian@semnan.ac.ir

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13 ]

**مقدمه**

خودکشی و اقدام به آن یک مشکل عمده بهداشت روان در سراسر جهان است و پیشگیری از آن به عنوان یک اولویت خاص در بسیاری از اقدامات بهداشتی و درمانی ذکر شده است،(۱). اقدام به خودکشی به معنای وقوع رفتار خودکشی به دنبال فکر یا ایده پردازی خودکشی است،(۲). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی(WHO) تخمین زده شده است که هر ۳ ثانیه یک اقدام به خودکشی صورت می گیرد، به این معنی که سالیانه به میزان ۲۰ میلیون اقدام به خودکشی رخ می دهد، که یک میلیون آن خودکشی کامل است و به مرگ منتهی می شود. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، شیوع طول عمر ایده پردازی خودکشی، برنامه خودکشی و اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی به ترتیب ۱۰/۹ درصد، ۲/۱ درصد و ۱/۹ درصد است و خودکشی یکی از ده علت عمده مرگ در جمعیت عمومی است،(۳). میزان خودکشی در ایران از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین تر است، اما میزان اقدام به خودکشی در میان جوانان ایرانی که در بخش های مسمومیت دارویی بستری می گردند، افزایش یافته است،(۴). عوامل متعددی در مطالعات مختلف به عنوان عوامل خطر اقدام به خودکشی شناخته شده اند.(۱)

عوامل روان شناختی و جمعیت شناختی متعددی بروز خودکشی را تحت تأثیر قرار می دهند. ایده پردازی و افکار خودکشی هم به عنوان یک پیشایند معمول و هم به عنوان یک عامل خطر معنادار برای اقدام به خودکشی یا فریادی برای کمک خواهی و نیز عامل خطر برجسته ای برای خودکشی کامل شناخته شده است،(۵،۶). عوامل روان شناختی، گرایشات افسردگی، سبک های مقابله ای ناکارامد و وضعیت درون روانی نقش مهمی در اقدام به خودکشی دارند،(۷). در برخی از مطالعات، روان پریشی، روان رنجورخویی، رفتارهای پرخاشگری، سابقه قبلی اقدام به خودکشی و اختلال شدید در ارتباطات بین فردی، پیش بینی کننده های مهم اقدام به خودکشی بوده اند،(۸،۹). شواهد قبلی نشان می دهند که عوامل روان شناختی از جمله روان پریشی، روان رنجورخویی، عدم توافق پذیری و برون گرایی پایین، تکانشگری و رفتارهای پرخاشگری از پیش بینی کننده های قوی اقدام به خودکشی هستند.(۱۲-۱۰)

به منظور شناخت و پیش گیری از خودکشی، کسب بینش عمیق نسبت به ویژگی های شخصیتی که ممکن است با ایده پردازی و رفتار خودکشی پیوند داشته باشند، اهمیت دارد. در این زمینه صفات منشی شخصیت و سبک های دفاعی در مواجهه با حالات آشفتگی از اهمیت ویژه ای برخوردار است،(۱۰،۱۲). سبک های دفاعی الگوهای نسبتاً ثابت تنظیم هیجانی هستند که با هدف کاهش اضطراب و رهایی از درد هیجانی در شرایط تنش زا عمل می کنند،(۱۲). استفاده از مکانیزم های دفاعی رشدنایافته و دارای سطوح تحریف های اصلی بهترین پیش بینی کننده اقدام اخیر به خودکشی بوده است،(۱۲). پایین بودن صفت شخصیتی برون گرایی و برخورداری از سبک های دفاعی روان آزرده و رشدنایافته با خطر فزاینده اقدام به خودکشی همراهی دارد،(۱۲،۱۳). ویژگی های شخصیتی به خصوص صفات بیمارگونه شخصیت در کنار آسیب های روانی، ناامیدی و رخدادهای منفی زندگی با خودکشی مرتبط هستند،(۱۴،۱۵). خودکشی رابطه ای مهم با روان پریشی و روان رنجوری و نیز استفاده بالاتر از خدمات روان شناختی دارد،(۱۵). ناامیدی و منفی گرایی به تنهایی نیز عاملی مهم در اقدام به خودکشی هستند،(۱۴). ناامیدی به معنای از دست دادن روحیه برای تداوم زندگی است و از عوامل مهم در اقدام به رفتارهای خودآسیب رسان می باشد،(۲،۵). طبق شواهد پژوهشی، ناامیدی به عنوان مهم ترین شاخص پیش بینی اقدام به خودکشی مطرح بوده است و در اقدام کامل به خودکشی نقش تعیین کننده ای داشته است.(۱۵)

یک دسته بزرگ از پیش بینی کننده های خودکشی بر طبق پیشینه پژوهشی عوامل جمعیت شناختی نظیر سن و جنس است. پژوهش های بسیاری نرخ خودکشی را در سنین مختلف ارزیابی کرده اند و اکثر آن ها به این نکته پی برده اند که خطر خودکشی در افراد جوان بالاتر است،(۱۶). عوامل جمعیت شناختی از همه مهم تر سن، جنسیت(مرد)، و وضعیت اجتماعی-اقتصادی نامطلوب نقش مهمی در اندیشه و طرح برنامه برای خودکشی دارد،(۱۷،۱۸). در سراسر جهان، اقدام به خودکشی هفتمین علت عمده مرگ در مردان و پانزدهمین علت عمده مرگ در زنان است و با این که زنان چهار برابر بیشتر از مردان مرتکب خودکشی می شوند، اما مردان چهار برابر زنان خودکشی کامل دارند،(۱۸). از طرفی، در مورد ارتباط بین جنس و خودکشی شواهد متناقصی نیز وجود دارد؛ مبنی بر آن که خودکشی در برخی شرایط نظیر وجود حالات افسردگی در زنان افزایش می یابد،(۱۹). در یک مطالعه در ایران عوامل اجتماعی در کنار برخی خصوصیات فردی و روان شناختی نظیر اضطراب و خلق افسرده به عنوان عوامل خطر مهم در بروز و تداوم

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13 ]

ایده پردازی خودکشی شناخته شده است،(۲۰). پس، شناسایی و مداخله در این عوامل در جمعیت عمومی یکی از مهم ترین راهبردها در پیشگیری از خودکشی می باشد.

با وجود همه این موارد، در مورد اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی و عوامل خطری که با آن ها مرتبط هستند شناخت کمی حاصل شده است. شناسایی مجموعه ای از متغیرهای پیش بینی کننده خودکشی با هدف شناسایی گروه های در معرض خطر بالا که نیازمند نظارت شدید در زمینه های بالینی هستند، اهمیت بنیادین دارد،(۲۱). هم چنین، راهبردهای پیشگیرانه از خودکشی باید با درک دقیق از نقش عوامل خطر متعدد توسعه پیدا کنند، لذا پژوهش - های بیشتری نیاز است تا این عوامل خطر را تفکیک کنند. با توجه به عدم مطالعه ای منسجم در ایران، و اهمیت عوامل روان شناختی در بروز خودکشی این پژوهش انجام می گیرد تا خلاء پژوهشی در این زمینه پر گردد. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش پیش بین سن، جنسیت و عوامل روان شناختی همراه با اقدام به خودکشی بین جمعیت ۲۰ تا ۷۰ ساله شهر تهران است.

## مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-مقطعی بود که طی آن به بررسی سن، جنسیت و عوامل روان شناختی همراه با اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی شهر تهران پرداخته شد. جامعه آماری پژوهش را جمعیت ۲۰ تا ۷۰ ساله مقیم شهر تهران در بهار و تابستان سال ۱۳۹۲ تشکیل دادند. تعداد ۱۵۴ نفر(۵۱ مرد و ۱۰۳ زن) شامل ۴۳ فرد اقدام کننده به خودکشی با مسمویت دارویی از میان افراد مراجعه کننده به دو مرکز مسمومین بیمارستان های آموزشی درمانی تهران(اورژانس مسمومین بیمارستان بهارلو و بخش مسمومین بیمارستان لقمان حکیم) و ۱۱۱ فرد بدون سابقه اقدام به خودکشی به شیوه نمونه گیری در دسترس از میان کارمندان این بیمارستان ها انتخاب شدند. این دو گروه بر اساس وضعیت اجتماعی-اقتصادی با توجه به متوسط درآمد خانوادگی، تأهل و سطح تحصیلات همتاسازی شدند. بر اساس افزایش توان آزمون و پیش گیری از افت احتمالی در روند اجرای مطالعه و نیز با توجه به فرمول استیونز برای مطالعات رگرسیونی بر اساس تعداد پیش بینی کننده ها و گویه های مقیاس ها حداقل تعداد ۱۴۸ نفر نمونه لازم بود که به دلیل افت احتمالی تعداد ۱۶۰ نفر انتخاب شدند و بعد از خروج ۶ نفر از آنان بر اساس تکمیل ناقص ابزارها و ملاک های ورود و خروج، نمونه نهایی مطالعه ۱۵۴ نفر بود. هم چنین، در مطالعات توصیفی که به صورت مورد-شاهدی نمونه برداری صورت می گیرد و فاقد طرع علی یا آزمایشی می باشند این امکان وجود دارد که حجم نمونه در گروه های مورد و شاهد نابرابر باشد، لذا با توجه به آن که امکان افزایش در گروه مورد(اقدام کنندگان به خودکشی) وجود نداشت، تلاش بر آن شد تا حجم گروه شاهد(فاقد اقدام به خودکشی) افزایش یابد تا حداقل نمونه لازم برای این مطالعه به دست آید. ملاک های ورود افراد به پژوهش عبارت بودند از تمایل به پژوهش، سن بین ۲۰ تا ۷۰ سال، برخورداری از سلامت عمومی و عملکرد مطلوب روانی-اجتماعی. مطالعه با رعایت اصول اخلاقی، کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان به طور کتبی، صیانت از حقوق شرکت کنندگان و رازداری انجام گرفت. هم چنین، توضیحات لازم جهت تکمیل ابزارها ارائه شد و پس از حدود یک ساعت ابزارها جمع آوری شد. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسش نامه پنج عاملی شخصیت نئو، چک لیست ویرایش شده نشانه های روانی- ۹۰ سوالی، پرسش نامه سبک دفاعی، مقیاس افکار خودکشی بک، مقیاس ناامیدی بک و پرسش نامه جمعیت شناختی بود.

پرسش نامه پنج عاملی شخصیت نئو( NEO- Five Factor Personality Inventory ;NEO-FFPI) دارای ۶۰ ماده است که در پنج زمینه اصلی شخصیت یعنی روان رنجورخویی، برون گرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری و وظیفه شناسی ارزیابی به عمل می آورد. این ابزار با مقیاس پنج درجه ای لیکرت از«کاملاً موافق تا کاملاً مخالف» پاسخ داده می شود،(۲۲). روایی محتوایی و صوری این ابزار تأیید شده است و پایایی آزمون-بازآزمون آن برای ابعاد روان رنجورخویی۰/۹۰، برون‌گرایی ۰/۷۸، گشودگی ۰/۷۶، توافق پذیری ۰/۸۶ و وظیفه شناسی ۰/۹۰ گزارش شده است،(۲۳). ضریب پایایی(آلفای کرونباخ) هر یک از عوامل روان رنجورخویی، برون گرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری و وظیفه شناسی به ترتیب، ۰/۸۰، ۰/۷۸، ۰/۶۹، ۰/۷۱، و ۰/۷۵ گزارش شده است،(۲۴). در مطالعه گروسی فرشی در ایران ساختار پنج عاملی این ابزار به صورت کلی تأیید شد و ضرایب پایایی با آلفای کرونباخ برای عوامل اصلی به ترتیب، ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸، و ۰/۸۷ گزارش شده است.(۲۲)

چک لیست ویرایش شده نشانه های روانی- ۹۰ سوالی( The Symptom Checklist-90-Revised; SCL-90-R) شامل ۹۰ سوال پنج درجه ای(هیچ، کمی،

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13 ]

تا حدی، زیاد و خیلی زیاد) است که به ترتیب امتیازات صفر تا ۴ را می گیرند. سوالات این آزمون ۹ بعد مختلف را مورد سنجش قرار می دهد که عبارتند از: شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، و روان پریشی. در بررسی پایایی درونی این چک لیست نیز متوسط همبستگی ۰/۷۰ بوده است، و در بررسی پایایی به شیوه بازآزمایی با گذشت یک هفته از اجرای اول، ضرایب همبستگی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ به دست آمده است،(۲۵). پایایی این ابزار در ایران با استفاده از ضریب همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی با همبستگی پیرسون به ترتیب ۰/۹۸ و ۰/۸۲ به دست آمد و همراه با تأیید روایی ابزار، نقطه برش آن در شاخص کلی علائم مرضی نیز برابر با ۰/۸۷ به دست آمد،(۲۶). هم چنین، حساسیت این ابزار در مطالعه بهادرخان، ۹۰ درصد گزارش شده است.(۲۵)

پرسش نامه سبک دفاعی( The defense Style Questionnaire;DSQ-40) بر اساس الگوی سلسله مراتبی دفاع ها ساخته شده است که شامل ۴۰ سوال است و ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سه سطح رشدیافته، روان آزرده و رشدنایافته مورد ارزیابی قرار می دهد. شیوه نمره گذاری این پرسش نامه به صورت لیکرت می باشد که فرد به هر سوال میزان موافقت خود را در یک مقیاس ۹ درجه ای اعلام می کند. فرد در هر یک از مکانیزم های دفاعی نمره ای بین ۲ تا ۱۸ به دست می آورد. فردی دارای سبک دفاعی مشخصی است که بیشترین میانگین را در آن سبک داشته باشد. این ابزار دارای روایی هم زمان با پرسش نامه شخصیت مادزلی(MPI) است، دارای پایایی بازآزمایی مطلوبی در دامنه ۰/۷۲ تا ۸۶ است و نیز همسانی درونی آن با روش آلفای کرونباخ برای تمامی خرده مقیاس ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ به دست آمده که نشان می دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است،(۲۷). ابعاد پرسش نامه سبک دفاعی(DSQ) در نمونه غیربالینی ایرانی با تحلیل عاملی تأیید شد و نیز ضرایب همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ برای سبک های دفاعی رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنایافته به ترتیب با ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ مطلوب بود.(۲۸)

مقیاس افکار خودکشی بک( The Beck Scale for suicide Ideation; BSSI) یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است که به منظور آشکارسازی و اندازه گیری شدت نگرش و طرح ریزی برای اقدام به خودکشی تهیه شده است. این مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی فعال و غیرفعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، میزان کنترل خود، عوامل بازدارنده و آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را می سنجد. این مقیاس بر اساس درجه ای سه نقطه ای از ۲-۰ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می شود که از ۳۸-۰ امتداد دارد. در این مقیاس نمره ۵-۰ وجود افکار خودکشی، نمره ۱۹-۶ آمادگی برای خودکشی و نمره ۳۸-۲۰ قصد اقدام به خودکشی را نشان می دهند،(۲۹). آلفای کرونباخ(همسانی درونی) و پایایی هم زمان این مقیاس به ترتیب بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ و ۰/۸۳ بوده است و همبستگی معناداری با مقیاس های افسردگی و ناامیدی بک دارد،(۲۹). این مقیاس از خصوصیات روان سنجی خوبی برخوردار است و مبنایی برای ساخت ابزارهای دیگر در این زمینه است،(۳۰)، همبستگی درونی این مقیاس ۰/۸۹ و پایایی بازآزمون آن ۰/۸۳ گزارش شده است. در ایران نیز، ضریب همسانی درونی این مقیاس ۰/۹۵ و روایی آن به شیوه هم زمان ۰/۷۶ به دست آمده است.(۳۱)

مقیاس ناامیدی بک( Beck Hopelessness Scale; BHS) شامل ۲۰ ماده صحیح و غلط است که پیش بینی کننده خوبی برای خودکشی می باشد و سه جنبه از ناامیدی یعنی احساسات فرد درباره آینده، از دست دادن انگیزه و انتظارات را می سنجد،(۳۲). مجموعه نمرات این مقیاس در محدوده ۲۰-۰ قرار دارد که امتیاز بالاتر نشانه شدت بیشتر ناامیدی است. روایی و پایایی نسبتاً خوبی برای این ابزار گزارش شده است،(۳۲). این ابزار در نمونه های ایرانی از روایی خوبی برخوردار است، پایایی آن در ایران با روش بازآزمایی برابر با ۰/۷۱ و ضریب همسانی درونی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ بود که نشان دهنده پایایی و همسانی درونی مطلوب مقیاس است،(۳۳). طی مطالعه ای در ایران، دژکام، شریفی و هومن،(۳۴)، پایایی مقیاس مذکور را با روش آلفای کرونباخ و آزمون-بازآزمون ۰/۷۰و ۶۲ درصد به دست آوردند که حاکی از همسانی درونی آزمون است.

پرسش نامه جمعیت شناختی نیز توسط پژوهشگر طراحی شده است که اطلاعات جمعیت شناختی نظیر سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، و ضعیت اشتغال و بیمه درمانی را مورد سنجش قرار می داد. در اجرای مطالعه ضمن ارائه توضیحاتی کلی در مورد مطالعه و کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، ابزارهای پژوهش به صورت انفرادی توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. با توجه به وجود پنج مقیاس در این مطالعه ترتیب ارائه مقیاس ها



[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13 ]

نیز به پنج صورت اولویت بندی شد تا اثر تقدم و تأخیر کنترل شود. داده ها با استفاده از آمار توصیفی(فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار)، آزمون t مستقل، آزمون کای دو و تحلیل رگرسیون لجستیک دو وجهی با نرم افزار PASW تحلیل گردید.

## یافته های پژوهش

شرکت کنندگان پژوهش متشکل از ۵۱ مرد(۳۳/۱ درصد) و ۱۰۳ زن(۶۶/۹ درصد) بودند. تعداد ۱۱۱ نفر(۷۲/۱ درصد) فاقد سابقه اقدام به خودکشی و تعداد ۴۳ نفر(۲۷/۹ درصد) دارای سابقه اقدام به خودکشی بودند. دامنه سنی کلیه شرکت کنندگان در دو گروه بین ۲۱ تا ۶۶ سال با میانگین(انحراف استاندارد) ۲۸/۷۳ (۹/۳۷) سال بود. دامنه سنی اقدام کنندگان به خودکشی بین ۲۲ سال تا ۴۸ سال با میانگین سنی ۲۹/۳۷ سال(۷/۹۴) متفاوت بود. در ابتدا مشخصات مقوله ای شرکت کنندگان از لحاظ جنسیت و نیز معناداری تفاوت آن ها با شاخص کای دو بررسی شد. از لحاظ جنسیت تفاوت معناداری در اقدام به خودکشی وجود داشت، به گونه ای که ۳۲ زن(۷۴/۴) و ۱۱ مرد(۲۵/۶) دارای سابقه اقدام به خوکشی بودند.( $P<0.001$, $x^2=10.25$) آماره های توصیفی متغیرهای پیش بین(مستقل) پیوسته بین دو گروه فاقد سابقه اقدام به خودکشی و گروه دارای سابقه اقدام به خودکشی نیز ارائه شده اند.(جدول شماره ۱)

**جدول شماره ۱. مقایسه متغیرهای مستقل در دو گروه فاقد سابقه(۱۱۱ نفر) و دارای سابقه اقدام به خودکشی(۴۳ نفر)**

| متغیرها | گروه فاقد اقدام به خودکشی | گروه دارای اقدام به خودکشی (تعداد) | t | df | P |
|---|---|---|---|---|---|
| | Mean±SD | Mean±SD | | | |
| سن | ۲۸/۴۸+۹/۸۹ | ۲۹/۳۷±۷/۹۴ | ۳/۰۸۱ | ۱۵۳ | ۰/۲۸۳ |
| افکار خودکشی(BSSI) | ۲/۶۸±۱/۲۳ | ۱۳/۸۲±۷/۵۸ | ۳۴/۸۶۷ | ۳۳۳ | P<۰/۰۰۱ |
| پرخاشگری(SCL-90) | ۱/۳۲±۰/۹۴۹ | ۳/۳۳±۰/۸۰۲ | ۱۶/۴۳۱ | ۳۳۳ | P<۰/۰۰۱ |
| روان پریشی(SCL-90) | ۱/۳۰±۰/۶۳۶ | ۲/۹۹±۰/۷۵۲ | ۱۲/۳۴۰ | ۳۳۳ | P<۰/۰۰۱ |
| روان رنجورخویی(NEO) | ۲۰/۶۵±۸/۱۰ | ۳۲/۶۷±۵/۹۱ | ۳۲/۱۱۹ | ۳۳۳ | P<۰/۰۰۱ |
| برون گرایی(NEO) | ۳۰/۷۱±۶/۰۸ | ۱۹/۰۶±۶/۰۹ | ۴۲/۵۱۹ | ۳۳۳ | P<۰/۰۰۱ |
| توافق پذیری(NEO) | ۲۶/۳۴±۵/۰۸ | ۲۲/۱۱±۵/۷۰ | ۱۹/۲۰۴ | ۳۳۳ | P<۰/۰۰۱ |
| سبک دفاعی روان آزرده(DSQ) | ۳۸/۷۶±۱۲/۴۶ | ۴۴/۵۱±۱۰/۳۵ | ۲۱/۲۱۷ | ۳۳۳ | P<۰/۰۰۱ |
| سبک دفاعی رشدنایافته(DSQ) | ۷۶/۷۶±۱۱/۸۸ | ۹۶/۵۴±۱۲/۸۷ | ۲۳/۴۴۰ | ۳۳۳ | P<۰/۰۰۱ |
| ناامیدی(BHS) | ۹/۳۷±۲/۲۴ | ۱۳/۲۷±۲/۴۱ | ۴۵/۱۱۶ | ۳۳۳ | P<۰/۰۰۱ |

در ابتدا، بر اساس بررسی مفروضه های مدل رگرسیون لوجستیک هیچ همبستگی قوی(بالاتر از ۰/۹) یا هم خطی چندگانه(Multicollinearity) بین متغیرها وجود نداشت و تساوی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار بود. همبستگی دو رشته ای و ضریب همبستگی فی بین سن و جنست با اقدام به خودکشی به ترتیب برابر با $P<0.043$ و $P<0.100$ و غیرمعنادار بود.($P>0.05$) هم چنین، همبستگی دو رشته ای نقطه ای بین افکار خودکشی، پرخاشگری، روان پریشی، روان رنجورخویی، توافق پذیری، برون گرایی، سبک دفاعی روان آزرده، سبک دفاعی رشدنایافته و ناامیدی با اقدام به خودکشی به ترتیب برابر با ۰/۷۴ ($P<0.001$)، ۰/۶۵ ($P<0.001$)، ۰/۵۹ ($P<0.001$)، ۰/۵۸ ($P<0.001$)، -۰/۱۰ ($P>0.05$)، -۰/۶۵ ($P<0.001$)، ۰/۲۱ ($P<0.01$)، ۰/۵۹ ($P<0.001$)، و ۰/۶۱ ($P<0.001$) بود. به علاوه، با توجه به مقادیر باقی مانده Z بین ۲- تا ۲+، داده های پرت در این مدل رگرسیونی وجود نداشت. در این پژوهش، مدل رگرسیون لوجستیک شامل یازده متغیر مستقل(سن، جنسیت، افکار خودکشی، پرخاشگری، روان پریشی، روان رنجورخویی، توافق پذیری، برون گرایی، سبک دفاعی روان آزرده، سبک دفاعی رشدنایافته و ناامیدی) بود.(جدول شماره ۲)

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13 ]

**جدول شماره ۲. ضرایب متغیرهای پیش بین در معادله رگرسیون لوجستیک در پیش بینی نسبت شانس اقدام به خودکشی**

| عامل خطر | بتا(β) | S.E. | Wald | OR | ٪95 $CI_{OR}$ | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| سن | ۰/۰۲۸ | ۰/۰۹۴ | ۰/۲۷۱ | ۱/۰۲۸ | ۰/۸۵۵ –۱/۳۳۶ | ۰/۳۹۶ |
| جنسیت(مرد) | ۱/۰۰۲ | ۱/۹۳۵ | ۰/۲۶۸ | ۱/۷۲۳ | ۰/۰۶۱ –۱۱/۷۵۴ | ۰/۴۸۲ |
| افکار خودکشی | ۶/۳۲۲ | ۲/۴۷۳ | ۵/۳۱۴ | ۸/۷۱۴ | ۱/۶۱۶ –۱۸/۰۳۳ | P<۰/۰۰۱ |
| پرخاشگری | ۶/۳۷۰ | ۲/۳۴۶ | ۴/۶۲۴ | ۵/۰۰۶ | ۱/۸۲۹ –۱۶/۱۱۵ | P<۰/۰۰۹ |
| روان پریشی | ۳/۸۴۶ | ۱/۵۵۴ | ۳/۰۲۱ | ۲/۰۳۵ | ۰/۰۰۸ –۷/۵۵۱ | P<۰/۰۰۸ |
| روان رنجورخویی | ۱/۳۴۱ | ۰/۲۷۹ | ۴/۱۱۱ | ۴/۹۹۱ | ۱/۷۰۴ –۹/۴۱۷ | P<۰/۰۰۴ |
| توافق پذیری | –۱/۲۷۰ | ۰/۳۳۲ | ۱/۳۴۸ | ۱/۳۱۰ | ۰/۸۳۱ –۲/۰۶۵ | ۰/۵۲۱ |
| برون‌گرایی | –۱/۶۵۹ | ۰/۳۴۵ | ۴/۶۴۶ | ۲/۸۱۸ | ۱/۰۱۴ –۸/۹۶۵ | P<۰/۰۱۱ |
| سبک دفاعی روان آزرده | ۲/۴۸۷ | ۱/۲۲۰ | ۵/۸۹۲ | ۳/۶۱۵ | ۱/۳۹۹ –۸/۹۴۶ | P<۰/۰۰۸ |
| سبک دفاعی رشدنایافته | ۱/۱۹۵ | ۰/۲۹۶ | ۴/۱۶۹ | ۲/۲۱۵ | ۱/۰۰۸ –۷/۴۶۶ | P<۰/۰۱۲ |
| ناامیدی | ۱/۵۹۴ | ۰/۹۰۶ | ۶/۰۹۵ | ۸/۹۲۲ | ۱/۸۳۴ –۲۱/۰۵۸ | P<۰/۰۰۱ |
| عدد ثابت | ۱۱/۳۶۲ | ۸/۲۰۴ | ۳/۵۳۸ | ۰/۱۶۷ | | |

طبق جدول شماره ۲، بررسی ضرایب متغیرهای پیش بین در معادله رگرسیون لوجستیک در پیش بینی احتمال اقدام به خودکشی، نشان می دهد که آزمون والد( Wald test) برای هشت متغیر افکار خودکشی(P<0.001)، پرخاشگری(P<0.009)، روان پریشی( P<0.008)، روان رنجورخویی(P<0.004)، برون گرایی(P<0.011)، سبک دفاعی روان آزرده(P<0.008)، سبک دفاعی رشدنایافته( P<0.012) و ناامیدی(P<0.001) از لحاظ آماری معنادار است و این متغیرها به طور معناداری در توانایی پیش بینی مدل و نسبت شانس اقدام به خودکشی سهم دارند. عوامل سن، جنسیت(مذکر)، و توافق پذیری سهم معناداری در پیش بینی مدل نداشتند.(P>0.05)

در این مدل، نسبت شانس(odds ratios; OR) که یک فرد اقدام کننده به خودکشی دارای افکار بالای خودکشی باشد، با فاصله اطمینان ۹۵ درصد(۱۸/۰۳۳– CI: ۱/۶۱۶ ۹۵ درصد) به میزان ۸/۷۱۴ برابر بیشتر از افرادی است که فاقد افکار خودکشی هستند. عامل پرخاشگری دارای نسبت شانس ۵/۰۰۶ (۱۶/۱۱۵– ۱/۸۲۹ :CI ۹۵ درصد) است که نشان می دهد با افزایش پرخاشگری، نسبت شانس اقدام به خودکشی حدود پنج برابر افزایش می یابد. هم چنین، نسبت شانس برای عامل روان پریشی، ۲/۰۳۵ (۷/۵۵۱– CI: ۰/۰۰۸ ۹۵ درصد) است و حاکی از این است که هر چه میزان عامل روان - پریشی در افراد بالاتر باشد، احتمال اقدام به خودکشی حدود دو برابر افزایش می یابد. هم چنین، افزایش میانگین نمرات کمی روان رنجورخویی، سبک دفاعی روان آزرده، سبک دفاعی رشدنایافته و ناامیدی به ترتیب موجب احتمال افزایش ۴/۹۹۱ ، ۳/۶۱۵، ۲/۲۱۵ و ۸/۹۲۲ برابری اقدام به خودکشی می گردد. هم چنین، کاهش در میانگین نمره کمی برون گرایی موجب احتمال افزایش ۲/۸۱۸ (۸/۹۶۵– CI: ۱/۰۱۴ ۹۵ درصد) برابری نسبت شانس اقدام به خودکشی می گردد.(P<0.05) در این مدل، بقیه عوامل سهم معناداری نداشتند.

همان گونه که در جدول شماره ۲ مشهود است، قوی ترین پیش بینی کننده نسبت شانس اقدام به خودکشی در این مدل، عامل ناامیدی با نسبت شانس ۸/۹۲۲ بود.(P<0.001) این نشان می دهد که با کنترل سایر عوامل در مدل، افراد دارای حالت ناامیدی با احتمال حدود نه بار بیشتر از افراد بدون حالت ناامیدی، به خودکشی اقدام خواهند نمود. بعد از عامل ناامیدی، وجود افکار خودکشی، پرخاشگری، روان رنجورخویی، سبک دفاعی روان آزرده، برون گرایی، سبک دفاعی رشدنایافته، و روان پریشی به ترتیب قوی ترین پیش بینی کننده ها بودند و به طور معناداری نسبت شانس اقدام به خودکشی را پیش بینی کردند.(P<0.05)

مدل کامل شامل تمامی پیش بینی کننده های معنادار $x^2$=(۱۱ ،N=۱۵۴)= ۲۶۱/۵۴۶ ، P<0.001 بود که نشان می دهد مدل قادر است بین افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد بدون سابقه اقدام تفکیک قائل شود. بعد از بررسی ضرایب متغیرهای پیش بین، شاخص برازندگی هوسمر و لمشو(Hosmer-Lemeshow) برای مدل رگرسیون لوجستیک دارای ارزش کای دوی برابر با ۱/۹۸۳ (df=۸) با سطح معناداری ۰/۵۲۷ بود که این مقدار بالاتر از ۰/۰۵ (نقطه برش برازندگی مدل) و نشان دهنده تطابق خوب مدل است. هم چنین، مقدار کای دو برای آزمون های امنیباس از دیگر شاخص های برازندگی آزمون مدل رگرسیون لوجستیک برابر با ۲۶۱/۵۴۶ با درجه آزادی ۱۱ معنادار است.(P<0.001) در این مدل، مقادیر مجذور



[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13 ]

کاکس و اسنل(Cox & Snell) و مجذور ناگلکرک(Nagelkerke) که نشان دهنده مقدار تغییرپذیری متغیر وابسته(وجود یا عدم اقدام به خودکشی) تبیین شده توسط مدل می باشند به ترتیب ۰/۶۵۰ و ۰/۹۳۶ هستند و نشان می دهند که بین ۶۵ درصد(مجذور کاکس و اسنل) و ۹۳ درصد(مجذور ناگلکرک) تغییرپذیری متغیر وابسته یا اقدام به خودکشی توسط این مجموعه متغیرهای مستقل تبیین می شود. طبق یافته های آماری مدل ارائه شده در این پژوهش به خوبی قادر است افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد فاقد سابقه اقدام به خودکشی را در هر مورد پیش بینی کند. این مدل به طور صحیح ۹۶/۱ درصد کل موارد را طبقه بندی می کند و می تواند به طور دقیق این درصد از افراد مورد بررسی را طبقه بندی کند. هم چنین، حساسیت مدل یعنی درصد افراد اقدام کننده به خودکشی به طور دقیق با مثبت های واقعی در مدل شناسایی شد و مدل قادر است به طور صحیح ۹۳ درصد اقدام کنندگان به خودکشی را درست طبقه بندی کند. ویژگی مدل یعنی درصد افراد فاقد سابقه اقدام به خودکشی نیز به طور دقیق از طریق منفی های واقعی در مدل شناخته شد و این مدل قادر بود به طور دقیق پیش بینی نماید که ۹۷/۳ درصد افراد فاقد اقدام کننده به خودکشی هستند.

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش پیش بین سن، جنسیت و عوامل روان شناختی همراه با اقدام به خودکشی بین جمعیت ۲۰ تا ۷۰ ساله شهر تهران انجام گرفت. نتیجه کلی این پژوهش این بود که افکار خودکشی، پرخاشگری، روان پریشی، روان رنجورخویی، برون گرایی، سبک دفاعی روان آزرده، سبک دفاعی رشدنایافته، و ناامیدی به طور معناداری اقدام کنندگان به خودکشی را از افراد فاقد سابقه اقدام به خودکشی تفکیک کردند.

در این زمینه شواهد پژوهشی تأیید کننده ای وجود دارد که بر نقش این عوامل در اقدام به خودکشی تأکید دارند،(۵،۱۰،۱۲،۱۴،۳۵). در پژوهشی لارنی و همکاران نشان دادند که فکر و ایده برای خودکشی به عنوان نقشه راه عمل می کند و پیش بینی کننده قوی در اقدام به خودکشی است،(۶). در این زمینه می توان استنباط نمود که ایده خودکشی با احتمال زیاد ماحصل یک وضعیت آسیب شناختی مستمر است که فرد برای رهایی از چنین وضعیت ناگواری بر اساس این ایده به خودکشی اقدام می نماید. مطالعه لینام و همکاران نشان داد که تکانشگری و حملات پرخاشگری سهم برجسته ای در اقدام به خودکشی دارد،(۱۱). در این زمینه، همانند ناک و همکاران می توان استدلال نمود که پرخاشگری و تکانشگری باعث از دست دادن کنترل بر فرایندهای شناختی می گردد و احتمال اقدام آنی به خودکشی را بالا می برد،(۱). پژوهش های انجام گرفته توسط سگال و همکاران و هیرویکسکی و جاکینن نیز نشان داد که ابعاد شخصیت از جمله روان پریشی و روان رنجورخویی بالا و نیز کاهش صفت برون گرایی با احتمال اقدام به خودکشی رابطه دارد،(۱۰،۳۶). در تبیین این موضوع می توان بیان کرد که چنین صفاتی دال بر رگه های شخصیتی آسیب زا و در نتیجه عامل خطر برای اقدام به خودکشی هستند و می توانند در کنار دیگر عوامل خطر یا عدم عوامل محافظ اقدام به خودکشی را تسریع نمایند. دسته ای دیگر از مطالعات قبلی نظیر مطالعه کروبل و همکاران و مطالعه هاوانسیان و همکاران نیز نشان داده اند که سبک های دفاعی روان آزرده و رشدنایافته به عنوان شیوه های مقابله ای ناکارآمد از پیش بینی کننده های مهم اقدام به خودکشی هستند،(۱۲،۳۷). در این زمینه می توان گفت چنین سبک های دفاعی شاخص شخصیت های شکننده یا مرزی هستند که احتمال رخداد آسیب روانی نهفته و به تبع آن اقدام به خودکشی در آنان بالاست. این پژوهش همانند مطالعه پولانکو-رومن و میراندا حاکی از آن بود که ناامیدی شاخص پیش بین مهمی در اقدام به خودکشی است،(۱۴). طبق نظریه بک، ناامیدی در مقایسه با دیگر عوامل مهم ترین شاخص اقدام به خودکشی تلقی شده است. از لحاظ نظری، ناامیدی به معنای پایان راه و عدم برنامه برای زندگی آینده است و بنا بر این زنگ خطر مهمی در اقدام به خودکشی است.(۳۲)

طبق روابط ساختاری در این مدل رگرسیون لوجستیک، این عوامل تا اندازه معینی بر اقدام به خودکشی اثر می گذارند. با این وجود، به دلیل ماهیت غیرآزمایشی یا غیرطولی بودن این مطالعه نمی توان به استنباط روابط علی-معلولی پرداخت. بنا بر این، رابطه علی مرتبط با سهم این عوامل در تعیین عضویت افراد در دو گروه اقدام کننده به خودکشی و فاقد اقدام وجود ندارد و این رابطه از نوع ساختاری است. به عبارتی، این احتمال وجود دارد که متغیرهای دیگری نظیر آسیب شناختی روانی که در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفته اند، در اقدام به خودکشی مؤثرتر باشند. از این گذشته، طبق پیشینه پژوهشی، اقدام به خودکشی از دسته مسائل چندعاملی و دارای عوامل خطر چندگانه است که توجه هم زمان به آن ها مهم تر خواهد بود،(۱). نتایج مدل یابی رگرسیون لوجستیک در مورد نقش

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13 ]

این متغیرهای پیش بین در تعیین احتمال نسبت شانس اقدام به خودکشی نشان داد که این متغیرها در رابطه با هم نقش مؤثری در اقدام به خودکشی دارند و می توان برحسب این متغیرها، افراد دارای سابقه اقدام به خودکشی را از دیگر افراد به طور شفافی متمایز ساخت.

پژوهش حاضر نشان داد که عوامل سن، جنسیت(مرد بودن) و توافق پذیری سهم معناداری در پیش بینی نسبت شانس اقدام به خودکشی ندارند و بر اساس این متغیرها دو گروه افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد فاقد سابقه اقدام قابل تفکیک نیستند. در رابطه با این یافته، شواهد متناقضی وجود دارد به گونه ای که در برخی از پژوهش های دیگر این عوامل نقش معناداری در اقدام به خودکشی داشته اند،(۲،۱۶،۳۸). به نظر پانکزاک و همکاران عوامل جمعیت شناختی نظیر جنسیت پیش بینی کننده مهم سلامت روان خواهد بود که به واسطه آن ها نیز پیش بینی کننده احتمال اقدام به خودکشی است،(۳۹). هم چنین، دیدیک و همکاران و پانکزاک و همکاران معتقدند ابعاد شخصیتی ناسالم، عدم توافق پذیری و انزوای اجتماعی با تشدید تنش درونی اقدام به خودکشی را پیش بینی می کند،(۷،۳۹). در تبیین این یافته ناهمخوان با پژوهش های قبلی می توان استدلال نمود که اگر چه این عوامل به تنهایی عوامل مهمی هستند، اما در کنار عوامل مهم تری نظیر ناامیدی، افکار خودکشی و روان پریشی سهم معناداری در پیش بینی اقدام به خودکشی ندارند و در طراحی مداخلات بایستی عوامل معنادار در اولویت قرار بگیرند. وجود جوامع پژوهشی متفاوت، تعاریف عملیاتی مختلف از متغیرهای مورد بررسی و نیز انواع روش های پژوهش می تواند تا حدودی تبیینی مناسب برای این یافته های متضاد باشد. نتایج نهایی پژوهش حاکی از آن بود که در مجموع وجود افکار خودکشی، پرخاشگری بالا، وجود روان پریشی و روان رنجورخویی، برون گرایی پایین، برخورداری از سبک دفاعی روان آزرده و سبک دفاعی رشدنایافته، و نیز تجربه ناامیدی در تعیین نسبت شانس اقدام به خودکشی مهم هستند. این نتایج دارای تلویحات مهمی در پیشگیری و کنترل رفتارهای خود-آسیب رسان و نیز مداخله در بحران های خودکشی است. جهت کاربست یافته ها پیشنهاد می شود این عوامل در طراحی برنامه های پیشگیرانه از خودکشی و سایر رفتارهای خود-آسیب رسان ادغام گردند. این پژوهش محدودیت هایی نیز داشته است. محل انجام پژوهش اورژانس مسمومین بیمارستان بهارلو و بخش مسمومین بیمارستان لقمان حکیم بوده است که تعمیم پذیری یافته های پژوهشی را محدود می سازد. عدم کنترل کامل بر متغیرهایی نظیر سطح درآمد، سابقه اختلافات شدید خانوادگی و رفتارهای خودآسیبی در این مطالعه مورد-شاهدی محدودیتی دیگر است که انتظار می رود در مطالعات آینده مورد توجه باشد. علاوه بر این، اندازه پایین حجم نمونه، استفاده از ابزار خودگزارشی و عدم بررسی کامل شاخص های روانی-اجتماعی از دیگر محدودیت های این مطالعه بوده اند که در نتیجه گیری بایستی به آن ها توجه نمود. هم چنین جای خالی عوامل محافظ نظیر عوامل مذهبی به عنوان عوامل کاهنده اقدام به خودکشی محسوس است که بررسی آن در مطالعات بعدی راه گشا خواهد بود. پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده تاثیر متغیرهای بررسی نشده در این مطالعه نظیر حمایت اجتماعی و دیگر متغیرهای جمعیت شناختی از جمله سطوح درآمد و تحصیلات نیز مورد بررسی قرار گیرند. کارآزمایی-های بالینی به منظور تدوین راهکارهای مناسب برای مداخله در این عوامل خطر انجام گیرند.

## سپاسگزاری

این پژوهش با هزینه شخصی نویسنده انجام شده است. از پرسنل محترم اورژانس مسمومین بیمارستان بهارلو و بخش مسمومین بیمارستان لقمان حکیم به دلیل مساعدت های ثمربخششان و نیز از شرکت کنندگان و افراد محترمی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تقدیر و تشکر به عمل می آید.

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13 ]

*References*

1.Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha C--B, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev 2008; 30: 133-54.
2.Vidal CE, Gontijo EC, Lima LA. Attempted suicide: prognostic factors and estimated excess mortality. Cad Saude Publica 2013; 29: 175-87.
3.Ono Y, Kawakami N, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Iwata N, et al. Prevalence of and risk factors for suicide-related outcomes in the World Health Organization World Mental Health Surveys Japan. Psychiatry Clin Neurosci 2008; 62: 442-9.
4.Pajoumand A, Talaie H, Mahdavinejad A, Birang S, Zarei M, Mehregan FF, et al. Suicide epidemiology and characteristics among young Iranians at poison ward, Loghman-Hakim Hospital (1997-2007). Arch Iran Med 2012; 15: 210-3.
5.ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van 't Land H, Vollebergh W, et al. Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. Can J Psychiatry 2009; 54: 824-33.
6.Larney S, Topp L, Indig D, O'Driscoll C, Greenberg D. A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. BMC Public Health 2012; 12: 14-9.
7.Dedic G, Djurdjevic S, Golubovic B. Psychological assessment of persons following suicide attempt by self-poisoning. Vojnosanit Pregl 2010; 67: 151–8.
8.Li Y, Li Y, Cao J. Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. BMC Public Health 2012; 12: 524-8.
9.Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. J Clin Psychiatry 2010; 71: 1617-28.
10.Hirvikoski T, Jokinen J. Personality traits in attempted and completed suicide. Eur Psychiatry 2012; 27: 536-41.
11.Lynam DR, Miller JD, Miller DJ, Bornovalova MA, Lejuez CW. Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: a test of the incremental validity of the UPPS model. Personal Disord 2011; 2: 151-60.
12.Hovanesian S, Isakov I, Cervellione KL. Defense mechanisms and suicide risk in major depression. Arch Suicide Res 2009; 13: 74-86.
13.Fang L, Heisel MJ, Duberstein PR, Zhang J. Combined effects of neuroticism and extraversion: findings from a matched case control study of suicide in rural China. J Nerv Ment Dis 2012; 200: 598-602.
14.Polanco-Roman L, Miranda R. Culturally related stress, hopelessness, and vulnerability to depressive symptoms and suicidal ideation in emerging adulthood. Behav Ther 2013; 44: 75-87.
15.Shah A. The relationship between the use of Mental Health Act and general population suicide rates in England and Wales. J Inj Violence Res 2012; 4: 26-9.
16.Kirchner T, Ferrer L, Forns M, Zanini D. Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. Actas Esp Psiquiatr 2011; 39: 226-35.
17.Shah A, Bhandarkar R. Does adversity early in life affect general population suicide rates? A cross-national study. J Inj Violence Res 2011; 3: 25-7.
18.Meneghel SN, Gutierrez DM, Silva RM, Grubits S, Hesler LZ, Ceccon RF. Suicide in the elderly from a gender perspective. Cien Saude Colet 2012; 17: 1983-92.
19.Kumar MB, Walls M, Janz T, Hutchinson P, Turner T, Graham C. Suicidal ideation among Métis adult men and women--associated risk and protective factors: findings from a nationally representative survey. Int J Circumpolar Health 2012; 71: 1882-9.
20.Nazarzadeh M, Bidel Z, Ayubi E, Khirollah A, Carson KV, Sayehmiri K. Determination of the social related factors of suicide in Iran: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health 2013; 13: 4-12.
21.Wenzel A, Berchick ER, Tenhave T, Halberstadt S, Brown GK, Beck AT. Predictors of suicide relative to other deaths in patients with suicide attempts and suicide ideation: a 30-year prospective study. J Affect Disord 2011; 132: 375-82.

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13 ]

22.Grousi Farshi MT. [New approaches in assessment of personality.] 1st ed. Tabriz: Danyal Pub; 2002.P.150-92. (Persian)
23.McCrae RR, Costa PT. Personality in adulthood. New York: Guilford; 2003.P. 281-6.
24.Cuijpers P, Straten M, Donker M. Personality traits of patients with mood and anxiety disorders. Psychiatry Res 2003; 133: 229-53.
25.Fathi-Ashtiani A. [Psychological tests: Personality and mental health.] 1th ed. Tehran: Be'sat Publication Institute; 2009.P. 291-308. (Persian)
26.Enisi J, Akbari F, Majdeiyan M, Atashkar M, Ghorbani Z. [Standardization of mental disorders Symptoms Checklist 90 Revised (SCL-90 -R) in army staffs.] J Milit Psychol 2011; 2(5): 29-37. (Persian)
27.Andrews G, Singh M, Bond M. The defense Style Questionnaire. J Nerv Ment Disord 1993; 181: 246-56.
28.Heidarinasab L, Shaeeri MR. [Factor analysis of Defense Mechanisms Inventory (DSQ-40) in Iranian Non clinical sample.] J Psychol New Res 2011; 6: 77-97. (Persian)
29.Rush AJ, First MB, Blacker D. Handbook of psychiatric measures. 2th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2008.P.101-12.
30.Zhang J, Brown GK. Psychometric properties of the scale for suicide ideation in China. Arch Suicide Res 2007; 11: 203-10.
31.Kaviani H. [Interview and psychological inventories.] 1th ed. Tehran, Besat; 2002.P. 171-8. (Persian)
32.Kao YC, Liu YP, Lu CW. Beck Hopelessness Scale: exploring its dimensionality in patients with schizophrenia. Psychiatr 2012; 83: 241-55.
33.Ghodarzi MA. [Consideration of validity and reliability of Beck Hopelessness Scale in college student's sample of Shiraz University.] J Soc Sci Human Shiraz Uni 2002; 17: 32-40. (Persian)
34.Dejhkam N, Sharifi HP, Human HA. [Conformity and norm of the Beck Hopelessness scale among students of Tehran Islamic Azad University.] Tehran: Islamic Azad University; 2003.P. 24-32. (Persian)
35.Nyer M, Holt DJ, Pedrelli P, Fava M, Ameral V, Cassiello CF, et al. Factors that distinguish college students with depressive symptoms with and without suicidal thoughts. Ann Clin Psychiatry 2013; 25:41-9.
36.Segal DL, Marty MA, Meyer WJ, Coolidge FL. Personality, suicidal ideation, and reasons for living among older adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2012; 67: 159-66.
37.Corruble E, Bronnec M, Falissard B, Hardy P. Defense styles in depressed suicide attempters. Psychiatry Clin Neurosci 2004; 58: 285-8.
38.Rozanov VA, Mid'ko AA. Personality patterns of suicide attempters: gender differences in Ukraine. Span J Psychol 2011; 14: 693-700.
39.Panczak R, Zwahlen M, Spoerri A, Tal K, Killias M, Egger M, et al. Incidence and risk factors of homicide-suicide in swiss households: national cohort study. PLoS One 2013; 8: e53714.

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13 ]

# The Age, Gender and Psychological Factors Accompanied with Suicide Attempt among 20 to 70 Years Old Population of Tehran City in 2013

Rahimian-Boogar I[1*]

**(Recived: December 12, 2013 Accepted: April 16, 2014)**


## Abstract

*Introduction:* Consideration of suicide atempt and related factors has valuable clinical outcomes in domains of prevention and crisis intervention. The purpose of this study was to investigate the predictive role of age, gender and psychological factors accompanied with suicide attempt among 20 to 70 years old population of Tehran City.

*Materials &Methods*: In a cross-sectional descriptive study, 154 subjects including 43 persons with suicide attempts by drug poisoning that attended to the two poisoning referral hospitals in Tehran and 111 persons without suicide attempt among staffs in these hospitals were selected by convenience sampling in 2013. Data was collected with NEO-Five Factor Personality Inventory, the Symptom Checklist-90-Revised, the defense Style Questionnaire, the Beck Scale for suicide Ideation, the Beck Hopelessness Scale and demographical questionnaires, and then analyzed by t and logistic regression tests with PASW software.

*Findings:* Among the psychological factors, suicide thoughts (OR=8.714, P<0.001), aggression (OR=5.006, P<0.009), psychoticism (OR=2.035, P<0.008), neuroticism (OR=4.991, P<0.004), extroversion (OR=2.818, P<0.011), neurotic defense style (OR=3.615, P<0.008), immature defense style (OR=2.215, P<0.012) and hopelessness (OR=8./922;P<0.001) significantly differentiated persons with suicide attempt from persons without suicide attempt. Age and gender did not significant contribution in the prediction of suicide attempt (P<0.05).

*Discussion & Conclusion*: Suicide thoughts, aggression, psychoticism, neuroticism, extrovertsion, neurotic, immature defense styles and hopelessness have a role in predicting the suicide attempt. Therefore, it is important to pay attention to these factors in designing of preventive interventions and crisis intervention programs for self-harm behaviors.


*Keywords*: Suicide, neuroticism, defense mechanism, extroversion, hopelessness

1. *Dept of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.*
* (Corresponding author)



[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13 ]