Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

Prediction of suicidal thoughts based on cognitive emotion regulation strategies, perceived social support, self-efficacy, perfectionism, and spiritual health in students at Ilam universities

Tahereh Mehrabian [1], Mehrangiz Payvastegar [1*], Jamil Sadeghi far [2]

[1] Dept of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran
[2] Dept of Public Health, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: 29 April 2023
Revised: 17 May 2023
Accepted: 22 May 2023
Published Online:09 September 2023

**** Correspondence to:***
Mehrangiz Payvastegar
Dept of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran
mpaivastegar@alzahra.ac.ir

A B S T R A C T

Introduction: Suicide is a tragic and complex public health problem that affects individuals, families, and communities. The current study aimed to predict suicidal ideation based on cognitive emotion regulation strategies, perceived social support, self-efficacy, perfectionism, and spiritual health in students at Ilam universities, Ilam, Iran.

Material & ethods: The current study was a cross-sectional study conducted in 2021. A total of 463 working students studying in Ilam universities were selected and included in the study through the available sampling method. A questionnaire was used for data collection. To determine the relationship between the variables and suicidal thoughts, the Pearson correlation test was used, and to investigate the predictors associated with suicidal thoughts, stepwise regression analysis was performed.

Findings: The research results showed a significant negative relationship between the variables of perceived social support, self-efficacy, spiritual health, and positive emotion regulation strategies (i.e., acceptance, positive reorientation, planning, positive appraisal, and underestimation) and a significant positive relationship between perfectionism variables and negative emotion regulation strategies (i.e., self-blame, rumination, catastrophizing, and blaming others) with suicidal thoughts. The highest correlation coefficient was related to perceived social support, which was the most important predictive variable in this study (r=-0.71). Perceived social support, existential health, rumination, perfectionism, self-efficacy, self-blame, and acceptance variables were able to become significant as predictive variables in the regression equation. In total, these factors explained 66% of the variance of suicidal thoughts.

Discussion & conclusion: Based on the research findings, the variables of cognitive emotion regulation strategies, perceived social support, self-efficacy, perfectionism, and spiritual health may be important components and predictors of suicidal thoughts. Therefore, it is important to pay attention to these components in suicide prevention programs and treatment and counseling methods.

Keywords: Suicidal thoughts, Cognitive emotion regulation strategies, Perceived social support, Self-efficacy, Perfectionism, Spiritual health

➢ **How to cite this paper**
Mehrabian T, Payvastegar M, Sadeghi far J. Prediction of suicidal thoughts based on cognitive emotion regulation strategies, perceived social support, self-efficacy, perfectionism, and spiritual health in students at Ilam universities. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2023;31(3): 20-35.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

© The Author(s) Publisher: Ilam University of Medical Sciences

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام
JIUMS
P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸
E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی، کمال‌گرایی و سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه‌های ایلام

طاهره محرابیان [۱]، مهرانگیز پیوسته‌گر [۱*]، جمیل صادقی‌فر [۲]

[۱] گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران
[۲] گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۱۰
تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۹
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۴
تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۶/۱۸

نویسنده مسئول:
مهرانگیز پیوسته‌گر
گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران
Email:
mpaivastegar@alzahra.ac.ir

چکیده

مقدمه: خودکشی یک مسئله غم‌انگیز و پیچیده بهداشت عمومی است که افراد، خانواده‌ها و جوامع را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی، ابعاد کمال‌گرایی و سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه‌های ایلام انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. تعداد ۴۶۳ نفر از دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های ایلام به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. از ابزار پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. به منظور تعیین ارتباط بین متغیرها با افکار خودکشی از آزمون همبستگی پیرسون و به منظور بررسی پیش-بین‌های مرتبط با افکار خودکشی از تحلیل رگرسیون با روش Stepwiseاستفاده شد.

یافته‌های پژوهش: یافته‌های پژوهش بین متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی، سلامت معنوی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت و کم‌اهمیت شماری) ارتباط منفی معنادار و بین متغیرهای ابعاد کمال‌گرایی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی (خودسرزنشی، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و دیگرسرزنشی) ارتباط مثبت معنادار با افکار خودکشی نشان داد. بالاترین ضریب همبستگی مربوط به حمایت اجتماعی ادراک‌شده بود که مهم‌ترین متغیر پیش‌بین در این پژوهش می باشد (r =-۰/۷۱). به ترتیب متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت وجودی، نشخوارگری، کمال‌گرایی، خودکارآمدی، خودسرزنشی و پذیرش توانستند به عنوان متغیرهای پیش‌بین در معادله رگرسیون معنادار شوند. این عوامل در مجموع، ۶۶ درصد از واریانس افکار خودکشی را تبیین کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی، کمال-گرایی و سلامت معنوی می‌توانند مؤلفه‌های مهم و پیش‌بینی‌کننده افکار خودکشی باشند. لذا توجه و تمرکز روی این مؤلفه‌ها در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی و همچنین روش‌های درمانی و مشاوره حائز اهمیت است.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، دانشجویان، ایلام

استناد: محرابیان، طاهره؛ پیوسته‌گر، مهرانگیز؛ صادقی‌فر، جمیل. پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی، کمال‌گرایی و سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه‌های ایلام. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، شهریور ۱۴۰۲؛۳۱(۳): ۲۰-۳۵.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

خودکشی یک مسئله جدی بهداشت عمومی در سطح جهان است که در بین بیست علت اصلی مرگ و میر در جهان قرار دارد و تعداد مرگ ناشی از آن بیشتر از مالاریا، سرطان پستان، جنگ و قتل است (۱). هرساله نزدیک به ۸۰۰۰۰۰ نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند در حالی که ۱۰ الی ۲۰ برابر این تعداد، اقدام به خودکشی رخ می‌دهد (۲).

بر اساس پژوهش‌های انجام‌گرفته، اکثر رفتارهای خودکشی از قبل برنامه‌ریزی شده‌اند و حتی بعد از کنترل عوامل روانشناختی مانند افسردگی، افکار خودکشی، پیش‌بینی کننده‌ی مهم و کلیدی در مورد اقدام به خودکشی هستند (۳). افکارخودکشی به منزله تمایل شخص به مرگ است که می‌تواند از تمایل گذرای شخص به مردن تا تفکر مداوم و فعال او درباره آن و نیز انتخاب یک روش مشخص برای انجام آن متغیر باشد. اگرچه افکار خودکشی به منزله‌ی خودکشی فعال تلقی نمی‌شود اما می‌تواند خود یک عامل خطر مهم برای اقدام به خودکشی محسوب شود که فرد با افکار خودکشی ممکن است در شرایط بحرانی قرار گیرد و دست به خودکشی بزند (۴).

در ایران، پژوهش‌های متعددی در زمینه شیوع خودکشی انجام گرفته است. از جمله میرزایی و علیزاده (۵) در پژوهشی که روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام دادند، گزارش کردند که حدود ۳۲/۷ درصد از دانشجویان دارای افکار خودکشی کم تا شدید بودند، که البته این میزان در دانشجویان پزشکی ۴۲/۷ درصد بود. محمدی‌نیا و همکارانش (۶) در پژوهشی با هدف بررسی فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان نشان دادند که افکار خودکشی در بین ۲۶/۴ درصد دانشجویان وجود داشت که ۱۷ درصد افکار خودکشی و ۹/۴ درصد آمادگی جهت خودکشی داشتند.

رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی به نوبه خود می‌توانند به عوامل خطر برای افکار و رفتارهای خودکشی اضافه شوند و با توجه به اینکه دانشجویان اغلب دارای جمعیتی جوان هستند و بر اساس شرایطشان با مشکلات متعددی از جمله جداشدن از خانواده‌هایشان و ورود به محیط ناآشنای دانشگاه و خوابگاه، کنارآمدن با استانداردهای تحصیلی بالا، متحمل شدن فشار مالی، نگرانی نسبت به آینده شغلی و کمبود حمایت اجتماعی مواجه می‌باشند، این امر منجر به درصد بالای تنیدگی و افسردگی در بین آنان شده و مطالعات نشان‌دهنده این امر هستند که دانشجویان بیشتر از بقیه جوانان در معرض عوامل فشارزا قرار دارند و در نتیجه بیشتر در معرض افکار خودکشی و اقدام به آن قرار می‌گیرند (۷).

ایده‌پردازی یا افکار خودکشی مقدم بر عمل خودکشی در نظر گرفته می‌شود، بنابراین دانش در مورد عوامل پیش‌بینی کننده خودکشی می‌تواند به کاهش خطرات خودکشی کمک کند (۸). علاوه بر عوامل خطر ثابت‌شده، مشکلات راهبردهای شناختی تنظیم هیجان نیز می‌توانند خطر خودکشی را افزایش دهند (۹). راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، فرآیندهای شناختی هستند که افراد برای مهار یا مقابله با افکاری که در موقعیت‌های استرس‌زا و یا تهدیدکننده فعال می‌شوند به کار می‌گیرند (۹). جنبه‌های مختلف بی‌نظمی هیجان در افکار و رفتار خودکشی نقش دارند (۱۰). مدل فریاد درد این نظریه را مطرح می‌کند که رفتارهای مرتبط با خودکشی یک عملکرد واکنشی در شرایط استرس‌زا است که در آن فرد هم احساس شکست می‌کند و هم هیچ امیدی به حل مشکل ندارد. طبق این مدل، افراد تحت تأثیر هیجانات منفی شدیدی که به صورت غیرقابل تحمل (غیرقابل پذیرش) تجربه می‌کنند و زمانی که استراتژی‌های ادراک‌شده برای تنظیم هیجانی به طور مناسب و حل موقعیت‌های ناراحت‌کننده (استراتژی‌ها و اهداف) کارساز نیستند، درگیر رفتارهای مرتبط با خودکشی (افکار و اقدام به خودکشی) می‌شوند (۱۰).

علاوه بر این، حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی والدین و همسالان نقش مهمی در پیشرفت افکار و اقدام به خودکشی نوجوانان دارد (۱۱). حمایت اجتماعی به عنوان تعاملی تعریف می‌شود که شخص را وادار می‌کند تا باور کند تحت مراقبت و مورد احترام است و عضوی از یک شبکه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

تعهدات متقابل است(۱۲). نظریه جامعه‌شناسی خودکشی، نظریه روانشناختی خودکشی و نظریه روانشناسی بین‌فردی خودکشی حاکی از آن است که حمایت اجتماعی ناکافی خطر افکار خودکشی و اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد (۱۱). همچنین نشان داده شده که احساس خودکارآمدی پایین اغلب با سطوح بالاتری از علایم افسردگی و اضطراب همراه است و نیز با افکار و اقدام به خودکشی در ارتباط است (۱۳). خودکارآمدی به عنوان اعتقادات مردم به توانایی‌هایشان در ایجاد اثرات مطلوب توسط اعمالشان تعریف می‌شود (۱۴). علاوه بر این مطالعات اخیر نشان می‌دهد که کاهش خودکارآمدی با شدت افکار و اقدام به خودکشی در میان نوجوانان و بیماران مبتلابه اختلال‌های الکلی همراه است (۱۵، ۱۳).

یکی دیگر از متغیرهای مورد مطالعه این پژوهش کمال‌گرایی می‌باشد. پیا و همکارانش (۱۶) در پژوهش خود به نقش کمال‌گرایی در علت‌شناسی خودکشی اشاره کردند. کمال‌گرایی به عنوان یک ویژگی شخصیتی چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که شامل تلاش برای کمال، تعیین استانداردهای خیلی بالا و ارزشیابی‌های انتقادی بیش از حد است (۱۷). همچنین، نتایج پژوهش اسمیز و همکاران (۱۸) نشان داد که کمال‌گرایی اجتماع‌محور به صورت طولی، افزایش افکار خودکشی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین نتایج یافته‌های آنها نشان داد که نگرانی‌های کمال‌گرایانه، انتقادات والدین و انتظارات آنها نیز ارتباط مثبتی با افکار و اقدام به خودکشی دارد.

از دیگر متغیرهای مورد مطالعه این پژوهش سلامت معنوی است که شامل دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی می‌شود (۱۹). هیلز سلامت معنوی را چنین وصف می‌کند: اعتقاد به معنی داشتن زندگی، نظم حاکم بر جهان و قدرتی برتر که به زندگی فرد مفهومی عمیق‌تر می‌بخشد و این اعتقاد جزء اساسی سلامت روانی است (۲۰). لستر (۲۱) در پژوهش خود نشان داد که نمرات معنویت و دین‌داری افراد، با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی رابطه منفی دارد و بعنوان یک عامل محافظتی عمل می‌کند. همچنین، در یک متاآنالیز که شامل ۹ مطالعه می‌شد، وو و همکارانش (۲۲) نشان دادند که مذهب (به عنوان مثال حضور در کلیسا یا معبد و انجام اعمال دینی) اثرات محافظتی قابل توجهی روی افکار خودکشی کامل دارد. این اثر در فرهنگ غربی در مناطقی با همگنی مذهبی بالا و در سنین بالاتر، قوی‌تر بود.

بنابراین، با توجه به آمارهای منتشرشده، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در مناطق غربی کشور شیوع بالاتری دارد (۵، ۶، ۲۳). بیشترین میزان بروز خودکشی منجر به مرگ (خودکشی موفق) در کشور مربوط به منطقه اقلیمی یک (ایلام، لرستان، همدان، کردستان و کرمانشاه) می‌باشد (۲۴). در این بین بحرانی‌ترین استان در مقوله‌ی خودکشی و اقدام به خودکشی، استان ایلام است که نرخ اقدام به خودکشی در آن ۷۱/۹ بوده و شانزده برابر نرخ کشوری ۴/۵ می‌باشد که با این نرخ خودکشی ایلام عملاً بالاترین نرخ خودکشی در جهان را دارد (۲۴).

با توجه به مطالبی که اشاره شد، در کشور ایران، میزان اقدام به خودکشی روند صعودی داشته است، بنابراین پرداختن به موضوع خودکشی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. علاوه بر این، با توجه به آمار ارائه‌شده در ایران، خصوصاً در غرب کشور و استان ایلام، توجه به ابعاد روانشناختی و مؤلفه‌های مرتبط با پدیده خودکشی و نیز پیامدهایی که به دنبال دارد، برای پیشگیری از افکار و اقدام به خودکشی، منطقی و ضروری می‌باشد. با توجه به اینکه پژوهش های محدودی در مورد بررسی پیش‌بین‌های مرتبط با افکار خودکشی در جامعه دانشجویی انجام شده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش‌بین‌های مرتبط با افکار خودکشی در دانشجویان دانشگاه‌های ایلام به انجام رسید.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی که از نوع همبستگی می باشد، جامعه‌ی پژوهش شامل تمامی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی و علوم پایه ایلام (در مجموع دانشجویان هر دو دانشگاه حدود ۸۵۰۰ نفر هستند) که مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۴۰۱ -۱۴۰۰ بودند. با توجه به فرمول نمونه‌گیری کوکران حداقل حجم نمونه برای جامعه ۸۵۰۰ نفری، ۳۶۸ نفر

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

در نظر گرفته شده است، که جهت اطمینان بیشتر تعداد ۵۰۰ نفر از دانشجویانی که قادر و مایل به شرکت در پژوهش بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس در بهمن و اسفند ماه ۱۴۰۰ از بین دانشکده‌های ادبیات و علوم انسانی، کشاورزی، مهندسی، علوم پایه، پزشکی، بهداشت و دندان‌پزشکی انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود که در بین شرکت کنندگان در پژوهش توزیع و جمع‌آوری شد. به شرکت‌کنندگان در پژوهش، در رابطه با اهداف و نحوه انجام پژوهش توضیحات لازم داده شد و رضایت آنها در مطالعه به صورت شفاهی جلب شد. بر محرمانه بودن این داده ها نیز تأکید شد و نتایج پژوهش برای آزمودنی‌هایی که تمایل داشتند، به صورت جداگانه تهیه گردید و در اختیار آنها قرار گرفت. قابل ذکر است که این مقاله مستخرج از تز دکترای تخصصی رشته روانشناسی نویسنده اول است و موازین اخلاقی کار با نمونه‌های انسانی مطابق کمیته اخلاقی دانشگاه الزهرا رعایت و با کد اخلاق IR.ALZAHRA.REC.1400.07 تأیید شد. مشخصات پرسشنامه‌های مورد استفاده در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱. محتوای جلسه‌های برنامه آموزشی چند رسانه‌ای با رویکرد عصب روان‌شناختی

پرسشنامه		پایایی و روایی خارجی	پایایی و روایی داخلی
پرسشنامه افکار خودکشی	این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است که در سال ۱۹۹۱ توسط بک برای سنجش افکار خودکشی افراد طراحی شده است (۲۵). در این پرسشنامه هر سؤال دارای ۳ گزینه است که نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سؤال صفر تا ۲ می‌باشد. مجموع نمرات هر شخص در این پرسشنامه در).25دامنه صفر تا ۳۸ قرار می‌گیرد. (	آلفای کرونباخ بین آزماینده‌ها ۰/۹۰ گزارش شده است و این حاکی از همسانی درونی و بالای این مقیاس است. همبستگی درونی این مقیاس نیز ۰/۸۹ به دست آمده است (۲۷).	در ایران میرزایی و شمس علیزاده (۶) پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و با استفاده از روش آزمون- بازآزمون ۰/۵۴ را گزارش کردند. همچنین اصفهانی و همکاران (۲۸) روایی همزمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی را ۰/۷۶ و آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۰ گزارش دادند.
پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان	این پرسشنامه یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است که توسط گارنفسکی و کرایج طراحی شده است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب ۹ زیرمقیاس می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است (۲۹).	ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۴۱ تا ۰/۵۹ گزارش شده است. ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس افسردگی ۳۸/. گزارش شده است (۳۰).	مقیاس توسط حسنی و همکاران (۳۱) اعتباریابی شده است. روایی محتوایی این پرسشنامه بر اساس ضرایب توافق کندال برای خرده‌مقیاس‌های آن از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ گزارش شد. همچنین در پژوهش آنها، برای پایایی آن از روش همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد که برای هرکدام از زیر مقیاس‌ها بین ۷۸/. تا ۹۱/.، برای راهبردهای مثبت ۸۹/. و راهبردهای منفی ۸۵/. به دست آمد.
پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده	این مقیاس در سال ۱۹۸۸ توسط زیمت و همکارانش جهت اندازه‌گیری حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی شخص تهیه شده است. این مقیاس شامل ۱۲ گویه است که نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت در یک طیف ۷ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) می‌باشد و دامنه نمرات این پرسشنامه از ۱۲ تا ۸۴ متغیر است (۳۲).	کانتی- میشل و زیمت (۳۳) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. همچنین در پژوهش آنها روایی این مقیاس در حد مطلوب گزارش شده است.	در ایران، در پژوهش ساعیه و همکاران (۳۴) همسانی درونی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. همچنین در پژوهش بشارت (۳۵) روایی همگرای این پرسشنامه از طریق اجرای همزمان با مقیاس سلامت روانی ۰/۵۷ گزارش شده است.
پرسشنامه		**پایایی و روایی خارجی**	**پایایی و روایی داخلی**

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

پرسشنامه خودکارآمدی	از مقیاس شرر و مادوکس که در سال ۱۹۸۲ طراحی شده است استفاده شد. این مقیاس ۱۷ سؤال دارد که خودکارآمدی عمومی را می‌سنجد. نمره ۱۷ تا ۳۴ نشان‌دهنده خودکارآمدی پایین، ۳۵ تا ۵۱، خودکارآمدی متوسط، ۵۲ تا ۶۸ خودکارآمدی بالا و ۶۵ تا ۸۵ خودکارآمدی خیلی بالا را نشان می‌دهد (۳۶).	در مطالعه شرر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ برای این پرسشنامه به دست آمده است. روایی این مقیاس از طریق روایی سازه با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۷).	در ایران اصغرنژاد و همکارانش (۳۸) ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس را قابل قبول و آلفای کرونباخ آن را ۸۳/. گزارش دادند. همچنین در پژوهش رجبی (۳۹) ضریب روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ ۰/۳۰ گزارش شده است.
پرسشنامه کمال‌گرایی	مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران یک آزمون ۳۰ سؤالی است که در سال ۱۳۸۶ توسط بشارت به فارسی ساخته شده است. این مقیاس سه بعد کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگرمحور و کمال‌گرایی اجتماع‌محور را در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ تا ۵ اندازه‌گیری می‌کند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های سه‌گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است (۴۰).	------	ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های کمال‌گرایی خودمحور، دیگرمحور و اجتماع‌محور، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه شد. ضرایب همبستگی برای کمال‌گرایی خودمحور، دیگرمحور و اجتماع محور به ترتیب ۸۵/.، ۰/۷۹ و ۸۴/. به دست آمد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش است (۴۰).
پرسشنامه سلامت معنوی	جهت اندازه‌گیری معنویت از پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون که در سال ۱۹۸۲ طراحی شده است، استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۰ ماده و دو خرده مقیاس است که ۱۰ ماده آن سلامت مذهبی و ۱۰ ماده دیگر سلامت وجودی را می‌سنجد. بر اساس مجموع نمرات به دست آمده، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم می‌شود (۴۱).	جنیا (۴۲) در پژوهش خود، ساختار دو عاملی را برای این پرسشنامه به دست آورد. ملیناکوا و همکاران (۴۳) نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و همسانی درونی ۰/۳۸ را گزارش دادند.	پایایی و روایی این پرسشنامه توسط خرمی مارکانی و همکاران (۴۴) تعیین گردید. همبستگی این مقیاس با شاخص معنویت دیلمن ۰/۴۶ به دست آمد. آلفای کرونباخ خرده مقیاس سلامت وجودی و سلامت مذهبی به ترتیب ۰/۷۸ و ۶۴/. محاسبه گردید.

به هرکدام از شرکت کنندگان، پرسشنامه‌های افکار خودکشی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی، ابعاد کمال‌گرایی و سلامت معنوی داده شد، همچنین مشخصات دموگرافیک مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل، مقطع و رشته تحصیلی نیز برای تمام نمونه‌ها ثبت شد. با توجه به اینکه برخی از پرسشنامه‌ها عودت نشدند و تعدادی نیز به صورت ناقص پاسخ داده شده بودند، نمونه نهایی با تعداد ۴۶۳ نفر مورد تحلیل آماری قرار گرفت. تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS-22 و در سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیری) صورت پذیرفت.

یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان در این پژوهش دانشجویان بین سنین ۱۸ تا ۴۳ سال بودند که ۵۲٪ آنها پسر (۲۴۱ نفر) و ۴۸٪ آنها دختر (۲۲۱ نفر) بود. ۵۰٪ آنها مجرد (۲۳۱ نفر)، ۴۷/۶٪ متأهل (۲۲۰ نفر)، ۱/۷٪ مطلقه (۸ نفر) و ۰/۷٪ بیوه (۲ نفر) بودند. همچنین ۱۹/۶۵٪ آنها در مقطع فوق دیپلم (۹۱ نفر)، ۴۳/۶۲٪ در مقطع کارشناسی (۲۰۲ نفر)، ۲۸/۵۰٪ در مقطع کارشناسی ارشد (۱۳۲ نفر) و ۸/۲۰٪ در مقطع دکتری (۳۸ نفر) مشغول به تحصیل بودند. در جدول شماره ۲، میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمرات متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمرات متغیرهای پژوهش

شاخص‌های آماری / متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل
افکار خودکشی	۵/۰۸	۴/۷۶	۳۵	۰
حمایت اجتماعی ادراک شده	۵۹/۱۲	۱۷/۲۳	۸۴	۱۲
خودکارآمدی	۶۳/۴۵	۱۳/۱۳	۸۵	۲۳
کمال‌گرایی خودمحور	۳۰/۶۹	۸/۲۰	۵۰	۱۰
کمال‌گرایی دیگرمحور	۳۳/۱۲	۷/۳۲	۵۰	۱۰
کمال‌گرایی اجتماع‌محور	۳۱/۰۶	۸/۴۶	۵۰	۱۰
نمره کل کمال‌گرایی	۹۴/۹۰	۲۱/۷۵	۱۵۰	۳۵
سلامت مذهبی	۴۶/۳۳	۱۳/۱۱	۶۰	۱۰
سلامت وجودی	۴۴/۱۸	۱۲/۲۳	۶۰	۱۰
نمره کل سلامت معنوی	۹۰/۵۱	۲۴/۸۴	۱۲۰	۲۰
ارزیابی مثبت	۶/۶۷	۲/۴۴	۱۰	۲
نشخوارگری	۶/۱۱	۱/۹۷	۱۰	۲
خودسرزنشی	۶/۰۷	۲/۲۵	۱۰	۲
پذیرش	۶/۲۳	۱/۶۳	۱۰	۲
تمرکز مجدد مثبت	۶/۳۵	۲/۰۷	۱۰	۲
برنامه‌ریزی	۷/۸۰	۱/۶۴	۱۰	۲
کم اهمیت شماری	۶/۴۴	۱/۴۵	۱۰	۲
فاجعه‌سازی	۷/۴۷	۱/۹۱	۱۰	۲
دیگرسرزنشی	۷/۶۶	۱/۵۹	۱۰	۲
نمره کل تنظیم هیجان منفی	۲۷/۳۰	۴/۱۰	۴۰	۱۱
نمره کل تنظیم هیجان مثبت	۳۳/۴۸	۵/۴۹	۴۸	۱۶

جدول ۳ ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی، ابعاد کمال‌گرایی، سلامت مذهبی، سلامت وجودی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افکار خودکشی در دانشجویان را نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می شوند بین تمام متغیرهای ذکرشده با افکار خودکشی رابطه معناداری وجود دارد بنابراین فرضیه‌های پژوهش تأیید شد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقیاس	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱
۱- افکار خودکشی	۱																				
۲- حمایت اجتماعی	-۰/۷۱**	۱																			
۳- خودکارآمدی	-۰/۶۲**	**۰/۵۹	۱																		
۴- سلامت مذهبی	-۰/۶۷**	**۰/۶۴	**۰/۶۴	۱																	
۵- سلامت وجودی	-۰/۶۸**	**۰/۶۵	**۰/۶۲	**۰/۸۲	۱																
۶- نمره کل سلامت معنوی	-۰/۶۷**	**۰/۶۲	**۰/۶۳	**۰/۸۳	**۰/۸۴	۱															
۷- خودسرزنشی	**۰/۴۹	-۰/۳۹**	-۰/۴۲**	-۰/۴۰**	-۰/۳۸**	-۰/۳۹**	۱														
۸- پذیرش	-۰/۱۸**	**۰/۱۴	**۰/۱۴	۰/۰۸	**۰/۱۲	**۰/۱۰	۰/۰۳	۱													
۹- نشخوارگری	**۰/۴۶	-۰/۳۶**	-۰/۲۹**	-۰/۳۱**	-۰/۲۹**	-۰/۳۰**	**۰/۴۶	*-۰/۱۰	۱												
۱۰- تمرکز مجدد	**-۰/۱۱	**۰/۱۴	**۰/۲۳	**۰/۲۲	**۰/۲۳	**۰/۲۲	*۰/۰۹	**۰/۲۳	۰/۰۵	۱											
۱۱- برنامه‌ریزی	**-۰/۱۱	*۰/۱۰	**۰/۲۰	**۰/۱۲	**۰/۱۴	**۰/۱۵	-۰/۱۹**	۰/۰۷	۰/۰۶	۰/۰۳	۱										
۱۲- ارزیابی مثبت	-۰/۵۲**	**۰/۴۵	**۰/۵۸	**۰/۴۷	**۰/۴۹	**۰/۴۹	-۰/۴۵**	**۰/۲۶	-۰/۳۴**	**۰/۴۸	**۰/۱۳	۱									
۱۳- کم اهمیت شماری	-۰/۱۴**	**۰/۱۶	**۰/۲۳	**۰/۱۸	**۰/۲۱	**۰/۲۰	-۰/۰۶	-۰/۰۵	-۰/۰۱	**۰/۱۶	**۰/۱۵	**۰/۲۲	۱								
۱۴- فاجعه‌سازی	**۰/۱۳	-۰/۱۴**	-۰/۲۸**	-۰/۲۵**	-۰/۲۷**	-۰/۲۶**	۰/۰۴	**۰/۲۳	۰/۰۱	-۰/۴۶**	۰/۰۲	-۰/۴۶**	-۰/۲۸**	۱							
۱۵- دیگرسرزنشی	**۰/۱۴	**-۰/۱۱	-۰/۲۵**	-۰/۱۶**	-۰/۱۵**	-۰/۱۶**	-۰/۲۶**	۰/۰۲	۰/۰۱	-۰/۰۵	-۰/۶۵**	-۰/۱۶**	**۰/۱۱	۰/۰۲	۱						
۱۶- نمره کل راهبردهای منفی	**۰/۱۸	-۰/۲۸**	-۰/۱۴**	-۰/۱۹**	-۰/۱۶**	-۰/۱۸**	**۰/۶۴	۰/۰۷	**۰/۷۴	-۰/۲۰**	-۰/۱۸**	-۰/۱۳**	**۰/۱۳	**۰/۴۳	**۰/۲۳	۱					
۱۷- نمره کل راهبردهای مثبت	-۰/۲۰**	**۰/۳۷	**۰/۵۱	**۰/۴۰	**۰/۴۴	**۰/۴۲	-۰/۲۲**	**۰/۴۶	-۰/۱۴**	**۰/۷۱	**۰/۳۹	**۰/۸۰	-۰/۴۵**	-۰/۵۳**	-۰/۳۱**	-۰/۱۳**	۱				
۱۸- کمال‌گرایی خودمحور	**۰/۲۸	-۰/۵۷**	-۰/۵۵**	-۰/۵۲**	-۰/۵۳**	-۰/۵۳**	**۰/۴۳	-۰/۰۴	**۰/۲۸	-۰/۱۳**	-۰/۱۸**	-۰/۴۸**	-۰/۲۳**	**۰/۱۶	**۰/۲۳	**۰/۲۰	-۰/۴۰**	۱			
۱۹- کمال‌گرایی دیگرمحور	**۰/۲۶	-۰/۴۷**	-۰/۵۰**	-۰/۴۸**	-۰/۴۸**	-۰/۴۹**	**۰/۴۱	-۰/۰۶	**۰/۲۹	-۰/۱۲**	-۰/۲۱**	-۰/۴۴**	-۰/۱۷**	۰/۰۹	**۰/۲۹	**۰/۲۱	-۰/۳۷**	**۰/۷۷	۱		
۲۰- کمال‌گرایی اجتماع محور	**۰/۲۸	-۰/۵۴**	-۰/۵۷**	-۰/۵۵**	-۰/۵۴**	-۰/۵۶**	**۰/۴۵	-۰/۰۳	**۰/۳۳	-۰/۰۸	-۰/۲۳**	-۰/۴۵**	-۰/۲۲**	۰/۱۰	**۰/۲۶	**۰/۲۶	-۰/۳۷**	**۰/۷۰	**۰/۷۴	۱	
۲۱- نمره کل کمال‌گرایی	**۰/۳۰	-۰/۶۰**	-۰/۶۰**	-۰/۵۷**	-۰/۵۷**	-۰/۵۸**	**۰/۴۸	-۰/۰۵	**۰/۳۳	-۰/۱۲**	-۰/۲۳**	-۰/۵۰**	-۰/۲۳**	۰/۱۳	**۰/۲۹	**۰/۲۵	-۰/۴۲**	**۰/۸۱	**۰/۸۰	**۰/۷۹	۱

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

قبل از انجام آزمون رگرسیون جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های این آزمون شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، هم‌خطی واریانس و استقلال منابع خطا بررسی شد. مفروضه نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov برای تمامی متغیرهای پژوهش تأیید شد (P>۰/۰۵). همچنین مفروضه استقلال منابع خطای متغیرها با استفاده از آزمون Durbin-Watson ۱/۸۰ بررسی شد و مقدار آن در حد مطلوب بود؛ برای متغیرهای پژوهش بین ۰/۳ تا ۲/۵۹ است؛ لذا این مفروضه نیز برقرار است. علاوه بر این، آزمون هم‌خطی چندگانه جهت بررسی شاخص‌های تورم واریانس (VIF) و شاخص تحمل (Tolerance) و نتایج آن، حد مطلوبی از این شاخص (نزدیک به عدد ۱ است) را نشان داد. قابل ذکر است که بر اساس جدول ۳ ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین کمتر از ۰/۸۰ بود، بنابراین، این مفروضه نیز تأیید می‌گردد.

در جدول ۴ نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام (Stepwise) نمره‌ی افکار خودکشی با استفاده از متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که آماره F محاسبه شده برای مدل رگرسیونی (F=۱۲۹/۰۵) در سطح P<۰/۰۰۱ معنادار است. بنابراین با اطمینان ۰/۹۹ می‌توان افکار خودکشی دانشجویان را بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی، ابعاد کمال‌گرایی، سلامت مذهبی، سلامت وجودی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان آنها پیش‌بینی کرد. همچنین با توجه به نتایج جدول ۴، در گام اول، حمایت اجتماعی ادراک‌شده که بیشترین ضریب همبستگی جزیی را با افکار خودکشی دارد وارد شده و ۵۰ درصد از تغییرات افکار خودکشی را پیش‌بینی می‌کند. در گام‌های بعد به ترتیب متغیرهای سلامت وجودی، نشخوارگری، کمال‌گرایی، خودکارآمدی، خودسرزنشی و در نهایت در گام آخر که متغیر پذیرش در معادله وارد شده‌اند، قدرت پیش‌بینی آنها به ۶۶ درصد افزایش پیدا کرد.

جدول ٤. ضرایب رگرسیون متغیرهای روان‌شناختی پیش‌بین با نمره افکار خودکشی دانشجویان با استفاده از روش Stepwise

آماره / متغیر پیش بین	همبستگی چندگانه MR	ضریب تعیین RS	Fنسبت Pاحتمال	(ß)ضرایب رگرسیون ۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- حمایت اجتماعی	۰/۷۱	۰/۵۰	F=۴۷۲/۲۵ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۷۱ t=-۲۱/ ۷۳ p<۰/۰۰۱						
۲- سلامت وجودی	۰/۷۶	۰/۵۸	F=۳۲۵/۲۸ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۴۶ t=-۱۱/۷۳ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۳۷ t=-۹/ ۴۳ p<۰/۰۰۱					
۳- نشخوارگری	۰/۷۸	۰/۶۲	F=۲۵۳/۶۹ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۴۰ t=-۱۰/۳۰ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۳۵ t=-۹/۳۲ p<۰/۰۰۱	β=۰/۲۱ t=۶/۸۲ p=۰/۰۰۲				
۴- کمال‌گرایی (نمره کل)	۰/۸۰	۰/۶۴	F=۲۰۷/۱۲ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۳۴ t=-۸/ ۴۶ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۲۹ t=-۷/ ۶۰ p<۰/۰۰۱	β=۰/۱۹ t=۶/ ۲۴ p<۰/۰۰۱	β=۰/۱۹ t=۵/ ۱۱ p<۰/۰۰۱			
۵- خودکارآمدی	۰/۸۱	۰/۶۵	F=۱۷۲/۰۶ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۳۱ t=-۷/۷۰ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۲۵ t=-۶/۳۰ p<۰/۰۰۱	β=۰/۱۸ t=۶/۱۶ p<۰/۰۰۱	β=۰/۱۵ t=۳/ ۹۱ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۱۴ t=-۳/ ۴۷ p<۰/۰۰۱		
۶- خودسرزنشی	۰/۸۱	۰/۶۵	F=۱۴۷/۱۷ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۳۱ t=-۷/۷۳ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۲۵ t=-۶/۲۲ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۱۵ t=۴/۸۶ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۱۲ t=۳/ ۱۹ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۱۲ t=-۳/ ۱۱ p<۰/۰۰۱	β=۰/۰۹ t=۲/ ۹۲ p<۰/۰۰۱	
۷- پذیرش	۰/۸۱	۰/۶۶	F=۱۲۹/۰۵ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۳۰ t=-۷/ ۵۸ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۲۴ t=-۶/ ۱۷ p<۰/۰۰۱	β=۰/۱۴ t=۴/ ۶۰ p<۰/۰۰۱	β=۰/۱۳ t=۳/ ۳۶ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۱۱ t=-۲/ ۸۴ p<۰/۰۰۱	β=۰/۱۱ t=۳/ ۲۹ p<۰/۰۰۱	β=-۰/۰۷ t=-۲/ ۷۶ p<۰/۰۰۱

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

بنابراین با توجه به نتایج گزارش شده در جدول ۴ رگرسیون می‌توان گفت که از بین متغیرهای پیش‌بین افکار خودکشی، به ترتیب حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سلامت وجودی، نشخوارگری، کمال‌گرایی، خودکارآمدی، خودسرزنشی و پذیرش توانستند در معادله رگرسیون معنادار شوند و به عنوان پیش‌بین‌های مؤلفه افکار خودکشی در نظر گرفته شوند. بیشترین ضریب همبستگی نیز مربوط به متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده بود که به عنوان مهمترین متغیر پیش‌بین در این مطالعه نشان داده شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اول پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی، ابعاد کمال‌گرایی و سلامت معنوی با افکار خودکشی در دانشجویان دانشگاه‌های ایلام (دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه ایلام) بود. نتایج نشان داد که تمام این متغیرها با افکار خودکشی رابطه معناداری دارند. علاوه بر این، هدف دوم این پژوهش تعیین اولویت این متغیرها در پیش‌بینی افکار خودکشی بود. شواهد نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سلامت وجودی، نشخوارگری، ابعاد کمال‌گرایی، خودکارآمدی، خودسرزنشی و پذیرش نقش قابل توجهی در پیش‌بینی افکار خودکشی دارند. حمایت اجتماعی ادراک‌شده، بیشترین میزان واریانس را در پیش‌بینی افکار خودکشی به خود اختصاص داد. در مجموع این متغیرها ۰/۶۶ از واریانس افکار خودکشی را تبیین کردند.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افکار خودکشی رابطه منفی معناداری وجود دارد. این یافته با مطالعات بی و همکاران (۴۵)، نایلا و تاکوین (۴۶) و صدری، هنرمند و بصیر (۴۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که حمایت اجتماعی از طریق کاهش آثار منفی استرس‌های زندگی احتمال افکار و اقدام به خودکشی را کاهش می‌دهد؛ تا جایی که ارائه سطح ثابت و مناسب حمایت‌های اجتماعی (به‌عنوان مثال؛ حمایت اعضای خانواده، یک همسر خوب، یک دوست صمیمی، یک مشاور مجرب و غیره) می‌تواند تأثیر استرس‌های زندگی را به حداقل کاهش دهد (۴۸).

در یک مطالعه بر اساس مصاحبه‌های انجام گرفته با ۱۰ نفر از نزدیکان افرادی که اقدام به خودکشی داشته‌اند، نتایج نشان داده است که عدم حمایت اجتماعی یکی از عوامل زمینه‌ساز افکار و اقدام به خودکشی است. حمایت اجتماعی می‌تواند به فرد کمک کند تا معنی رویدادهای استرس‌زای زندگی را به صورت مثبت‌تری معنا کند و باعث تغییر موقعیت‌ها و واکنش افراد نسبت به رویدادهای تنش‌زا شود. همچنین این مؤلفه می‌تواند باعث بالا رفتن عزت نفس فرد و افزایش احساس کنترل و تسلط او بر موقعیت‌های اطراف خود شود (۴۶).

اخیراً نظریه‌های بین‌فردی خودکشی استدلال می‌کنند که حمایت اجتماعی، احساس تعلق را افزایش می‌دهد و این موضوع باعث کاهش خطر خودکشی می‌شود (۴۹). حمایت اجتماعی به عنوان یک متغیر تعدیل‌گر، می‌تواند پیامدهای روانی منفی تجربیات تنش‌زا، از جمله استرس، افسردگی و افکار خودکشی را کاهش دهد و به عنوان یک محافظ در برابر رویدادهای استرس‌زا عمل کند (۴۵). طبق گفته بارارا، اگر کسی حمایت اجتماعی خود را به صورت کافی و در دسترس ادراک کند، این امر از او در برابر تأثیر منفی عوامل فشارزای زندگی محافظت می‌کند (۴۶). همچنین طبق نظریه‌پردازی‌های مختلف در زمینه خودکشی، توجه به متغیرهای اجتماعی _ فرهنگی برای درک پدیده خودکشی ضروری است؛ اگرچه ساز و کارهای توصیه‌شده برای رابطه بین ارتباطات اجتماعی و خودکشی در نظریه‌ها متفاوت است؛ نقش اصلی خانواده به عنوان یک سیستم حمایت اجتماعی به طور مکرر در فرهنگ‌های مختلف آسیایی برای آمریکایی‌های آسیایی دیده می‌شود، زیرا خانواده، اولین و بهترین منبع امنیت نسبت به جامعه است (۵۰).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین خودکارآمدی و افکار خودکشی رابطه منفی معناداری وجود

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

دارد. این یافته با مطالعات شین‌لینگ و نوریاکوب (۵۱)، ژائو و شی (۵۲) و اسکندری و ولی‌زاده (۵۳) همسو است. خودکارآمدی عامل مهم دیگری در پیش‌بینی افکار خودکشی است. این مؤلفه یک عنصر شناختی در مورد باورهایی است که فرد می‌تواند از طریق آن‌ها با انواع زیادی از عوامل تنش‌زا کنار بیاید. افراد با سطح خودکارآمدی بالا می‌توانند به راحتی بر استرس غلبه کنند که آن‌ها را در برابر داشتن افکار خودکشی محافظت می‌کند (۵۱).

در تبیین این یافته می‌توان گفت کوبایاشی و همکارانش (۱۴) به این نتیجه رسیدند که افراد با خودکارآمدی بالا، دو برابر کمتر احتمال دارد افکار خودکشی داشته باشند؛ به این دلیل که نوجوانان با خودکارآمدی بالا به خودشان باور دارند. آنها بر این باورند که می‌توانند بر موانع غلبه کنند، با عوامل استرس‌زا کنار بیایند و وظایفی که به آنها محول شده است را انجام دهند. خودکارآمدی می‌تواند بر چگونگی انتخاب افراد برای کنار آمدن با مسائل و مشکلات تأثیر بگذارد. افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند ممکن است در کنار آمدن با استرس و موقعیت‌های تنش‌زا با مشکل مواجه شوند و در نتیجه دچار افسردگی شوند.

علاوه بر این، شین‌لینگ و نوریاکوب (۵۱) نیز در پژوهش خود نشان دادند نوجوانانی که مورد تأیید و حمایت پدر خود قرار می‌گیرند، در جاهایی که به توانایی‌های خود باور دارند، خودکارآمدی بالاتری دارند. بنابراین، آنها کمتر احتمال دارد که افکار خودکشی داشته باشند زیرا معتقدند می‌توانند بر مشکلات زندگی غلبه کنند. مفهوم خودکارآمدی - باور به اینکه من می‌توانم- به اعتقادات فرد مبنی بر توانایی انجام فعالیت در شرایط خاص و نیز باور کلی او در مورد توانمندی و قابلیت-های خود اشاره دارد. نظریه خودکارآمدی بر این فرض استوار است که باور افراد در مورد توانایی‌ها و استعدادهایشان اثرات مطلوبی بر اعمال آنها دارد و مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار است. خودکارآمدی بر انتخاب رفتار، پشتکار و پیگیری اهداف مؤثر است و نحوه مواجهه با موانع و چالش‌ها را تعیین می‌کند (۵۴).

یافته بعدی پژوهش نشان داد که بین ابعاد کمال‌گرایی و افکار خودکشی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های شهناز و همکاران (۵۵)، اسمیز و همکاران (۵۶) و لیمبورگ و همکاران (۵۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت داشتن تمایلات کمال‌گرایانه می‌تواند فرد را مستعد رفتارهای ناسازگارانه‌تر کند؛ مثلاً تفکر «همه یا هیچ» می‌تواند باعث شود افراد احساس کنند شکست‌هایشان فاجعه‌بار است. در چنین مواردی، افراد حتی ممکن است به خودکشی فکر کنند، زیرا احساس می‌کنند در زندگی خود کاملاً شکست خورده‌اند (۱۶).

افکار کمال‌گرایانه در سبک‌های تفکر سفت و سخت، احساس حقارت، کمبود و ناامیدی نقش دارد که باعث تحریک و تشدید افکار خودکشی می‌شود. همچنین درگیری با رفتارهای کمال‌گرایانه می‌تواند احساس تنفر از خود، ناامیدی، تنهایی، احساس انزوا و بیگانگی بین‌فردی را تسهیل کند و به نوبه خود ممکن است خطر افکار خودکشی و اقدام به خودکشی را تشدید نماید (۵۸). این افراد هنگام تجربه شکست در رسیدن به اهداف و استانداردهای بالای خود به جای استفاده از فعالیت-های خودکنترلی، با سرزنش کردن خود به دنبال کامل بودن هستند؛ به طوری که نمی‌توانند عیوب و اشتباهات یا شکست‌های خود را در جنبه‌های مختلف زندگی بپذیرند و به این ترتیب بیشتر احتمال دارد دچار افسردگی شوند و برای رهایی از احساس شکست و افسردگی، ممکن است خودکشی را به عنوان یک راهکار انتخاب کنند (۵۷). ارتباط بین کمال‌گرایی و آسیب‌شناسی روانی به صورت گسترده تأیید شده است. مطالعات نشان داده‌اند که کمال‌گرایی نه تنها با اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی و اختلال خوردن همبسته است؛ بلکه پیش‌بینی کننده آنها نیز هست؛ به عبارت دیگر کمال‌گرایی نه تنها عامل نگهدارنده اختلالات روانی متعدد می‌باشد بلکه نقش علّی نیز در این اختلال‌ها دارد (۵۹).

یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که سلامت معنوی با افکار خودکشی رابطه منفی معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های هارفوش و همکاران (۶۰)، موهر

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

و همکاران (۶۱) و میکائیلی و صمدی‌فرد (۶۲) همسو است. معنویت یک باور شخصی درباره زندگی، مرگ، بیماری، سلامتی و ارتباط با جهان است. همچنین یک ویژگی شخصیتی است که برای الهام، احترام و هدف در زندگی تلاش می‌کند. علاوه بر این، معنویت باعث افزایش احساس ارزشمند بودن، اعتماد به نفس، عزت نفس و خود کنترلی می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا مشکلات خود را بپذیرند (۵۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت باورهای معنوی، هدف زندگی را برای فرد روشن می‌کند و مایه تسلی در شرایط دردناک و تهدیدکننده است. باورهای معنوی و دینی باعث می‌شوند، فرد رویدادهای غیرمنتظره را به عنوان رویدادهایی کمتر تهدیدکننده ارزیابی کند و قادر است رویدادهای غیرقابل تغییر را بپذیرد و در زندگی از آرامش بیشتری برخوردار خواهد بود (۶۳).

معنویت به کاهش ابتلا به افسردگی و تسهیل در بهبود آن، محافظت در برابر خودکشی، مقابله بهتر با استرس‌های زندگی، افزایش حمایت اجتماعی و منابع امید و معنا کمک می‌کند. در واقع می‌توان گفت که افراد با سلامت معنوی بالاتر، می‌توانند خصوصیات روان‌رنجوری از جمله افسردگی، اضطراب و تکانشگری خود را کاهش داده و به دنبال آن آسیب‌پذیری خود در برابر رفتارهای پرخطر از جمله خودکشی را نیز کاهش دهند (۶۴). پاپازیسیس و همکاران (۶۵) نیز نشان دادند که اعتقاد قوی دینی و معنوی با افسردگی، استرس و اضطراب که می‌تواند زیربنایی جهت بروز افکار خودکشی در دانشجویان باشد، همبستگی منفی دارد، زیرا اعتقادات قوی دینی، معنوی و باورهای مذهبی تأثیر زیادی بر جنبه‌های مختلف سلامت روانی دارد.

علاوه بر این، یافته دیگر پژوهش نیز نشان داد که بین راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت با افکار خودکشی رابطه منفی و بین راهبردهای تنظیم هیجانی منفی با افکار خودکشی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعات کلمنز- ناوارت (۶۶)، نیاکسیو و همکاران (۶۷) و شهبازی‌راد و محمدی (۶۸) است. در تبیین این رابطه می‌توان گفت که ابعاد و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان باعث می‌شوند تا فرد نسبت به افکار خود با شناخت و آگاهی بیشتری برخورد کند، نگاه مثبت‌تری به مسائل و موضوعات داشته باشد و هیجانات منفی کمتری تجربه کند. افراد زمانی که با شناخت و آگاهی کامل روی افکارشان، راهبردهای مثبت را به کار می‌گیرند با شناخت هیجانی صحیح، افکار مثبت را جایگزین ایده‌پردازی خودکشی می‌سازند؛ یعنی افرادی که بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه، بدون شناخت هیجانی استفاده می‌کنند، بیشتر مستعد افکار خودکشی هستند (۶۶).

همچنین، می‌توان گفت افراد در مورد افکار، بدون شناخت، کناره‌گیری می‌کنند و به دلیل عدم آگاهی، شناخت‌های اشتباه را می‌پذیرند و بر اساس آن عمل می‌کنند؛ یعنی هرچه پذیرش افراد نسبت به هیجانات (چه مثبت و چه منفی) بدون شناخت بالا برود، بیشتر مستعد افکار خودکشی خواهند شد. راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه، تمرکز بر خود را در فرد افزایش داده، آنان را دچار استرس ساخته و این زمینه بیشتر افکار خودکشی را فراهم می‌کند. رابطه منفی راهبردهای مثبت با خودکشی به این دلیل است که وقتی فرد رویدادی منفی را در ذهن خود با این راهبردهای مثبت ارزیابی می‌کند با نگاه مثبت‌تری به این رویداد می‌نگرد و جنبه‌های مثبت احتمالی کوتاه و بلندمدت آن را مورد نظر قرار می‌دهد، در نتیجه افسردگی و ناامیدی کمتری را تجربه می‌کند؛ بنابراین، کمتر مستعد ایده‌پردازی خودکشی است (۶۷).

به طور کلی این گونه استنباط می‌شود که نوع راهبرد شناختی هیجان، عامل مهمی در سلامت روانی به شمار می‌آید. استفاده از راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان (مقصر دانستن خود، نشخوار فکری و فاجعه‌بار تلقی کردن) در بزرگسالان دچار اختلال روانی، شایع‌تر است و نوع راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه دارد (۵۰).

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان گفت متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، کمال‌گرایی، خودکارآمدی و سلامت معنوی از مؤلفه‌های کلیدی و مرتبط با افکار خودکشی در دانشجویان ایلام هستند و می‌توانند پیش‌بینی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

کننده آن نیز باشند. علاوه بر این، بر اساس نتایج به دست آمده از آن، با اطمینان بیشتری می‌توان در رویکردهای درمانی آینده برای افراد دارای افکار خودکشی بالا، روی این مؤلفه‌ها توجه و تمرکز بیشتری داشت که منجر به کاهش افکار خودکشی در افراد اقشار مختلف و به ویژه جامعه دانشجویان ایلام شود.

محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی است. جامعه مورد مطالعه، دانشجویان بودند، بنابراین در تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر باید احتیاط شود. پیشنهاد می‌گردد برای مطالعات بعدی، اقشار مختلف جامعه، مورد مطالعه قرار گیرند. علاوه بر این، با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران، در رویکردهای درمانی برای کنترل افکار خودکشی، به این مؤلفه‌ها توجه ویژه‌ای داشته باشند.

تشکر و قدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود. این مقاله برگرفته از تز دکتری تخصصی نویسنده اول است. برای انجام این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سوی افراد حقیقی و حقوقی دریافت نشده است؛ همچنین نویسندگان اعلام می‌کنند در این مقاله تضاد منافعی وجود ندارد

تعارض منافع

بدین وسیله نویسندگان اعلام می‌نمایند که نتایج این پژوهش با منافع هیچ سازمان یا افرادی تعارض ندارد.

کد اخلاق: IR.ALZAHRA.REC.1400.07

References

1. World Health Organization. Suicide in the world: Global Health Estimates 2019.
2. Kikhavani S, Chatripor F, Seidkhaninahal A. Comparison Between Suicidal Thoughts and Depression Among the Suicide Committedand Healthy Individuals Among Ilam Province People Between 2011 and 2012. J Ilam Uni Med Sci 2012; 21: 44-51. (persian)
3. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse 2018.
4. Sepehreinjad M, Hatamian P. Forecast of Suicidal thoughts based on Emotional Dysregulation and Experimental Avoidancein Nurses. IJNR 2018; 13: 38-45. (persian)
5. Mirzaei N, Shams Alizadeh N. Prevalence rate of suicidal thoughts and its related factors in the medical students in Kurdistan University of Medical Sciences. J Kurdistan Uni Med Sci 2013; 18: 18-26. (persian)
6. Mohammadinia N, Rezaei M, Sameizadehtoosi T, Darban F. Assessing suicidal ideation frequency in medical students. J Nurs Manag 2012; 1: 83-91. (persian)
7. Pourhossein R, Farhoudi F, Amiri M, Janbozorgi M, Reza'i Bidakhvidi A, Nourollahi F. The Relationship of Suicidal thoughts, Depression, Anxiety, Resilience, Daily Stress and Mental Health in University of Tehran Students. Clin Psychol Stud 2014; 4: 21-40. (persian)
8. Kleiman EM, Riskind JH. Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. A test of a multiple mediator model. Crisis 2013; 34:42-9. doi: 10.1027/0227-5910/a000159.
9. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. Cogn Ther Res 2012; 36: 833-9. doi:10.1007/s10608-011-9419-2.
10. Hatkevich C, Penner F, Sharp C. Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. Psychiatry Res 2019; 271:230-8. doi: 10.1016/j.psychres.2018.11.038.
11. 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. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.265.
12. Coppersmith DDL, Kleiman EM, Glenn CR, Millner AJ, Nock MK. The dynamics of social support among suicide attempters: A smartphone-based daily diary study. Behav Res Ther 2019; 120:103348. doi: 10.1016/j.brat.2018.11.016.
13. Valois RF, Zullig KJ, Hunter AA. Association Between Adolescent Suicide Ideation, Suicide Attempts and Emotional Self-Efficacy. J Child Fam Stud 2015; 24: 237-48. doi:10.1007/s10826-013-9829-8.
14. Kobayashi Y, Fujita K, Kaneko Y, Motohashi Y. Self-Efficacy as a Suicidal Ideation Predictor: A Population Cohort Study in Rural Japan. OJPM 2015; 5: 61-71.
15. Wu SL, Yaacob SN. Self-efficacy as a mediator of the relationship between parental closeness and suicidal ideation among Malaysian adolescents. Child Adolesc Ment Health 2017; 22:84-90. doi: 10.1111/camh.12188.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

16. Pia T, Galynker I, Schuck A, Sinclair C, Ying G, Calati R. Perfectionism and Prospective Near-Term Suicidal Thoughts and Behaviors: The Mediation of Fear of Humiliation and Suicide Crisis Syndrome. Int J Environ Res Public Health 2020; 17:1424. doi: 10.3390/ijerph17041424.
17. Sommerfeld E, Malek S. Perfectionism Moderates the Relationship between Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness and Suicide Ideation in Adolescents. Psychiatr Q 2019; 90:671-81. doi: 10.1007/s11126-019-09639-y.
18. Smith M, Sherry S, Rnic K. Are perfectionism dimensions vulnerability factors for depressive symptoms after controlling for neuroticism? A meta-analysis of 10 longitudinal studies. EJP 2016; 30: 201-12.
19. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual Health among Nursing and Midwifery Students at Kerman University of Medical Sciences. Hayat 2014; 19: 74-81. (persian)
20. Marashi S, Mehrabiyan T. The Relationship of Prayer and Spiritual Health with Self-Esteem of Patients Treated with Hemodialysis in Ilam. Mil Caring Sci 2016; 2: 214-20.doi: 10.18869/acadpub.mcs.2.4.214.
21. Lester D. Does Religiosity Predict Suicidal Behavior? Religions 2017; 8: 238-46. doi:10.3390/rel8110238.
22. Wu A, Wang JY, Jia CX. Religion and Completed Suicide: A Meta-Analysis. PLoS One 2015;10: e0131715. doi: 10.1371/journal.pone.0131715.
23. Salehi M, Hamid N, beshlideh K. Comparison of the Effectiveness of Holographic Reprocessing and Dialectical Behavioral Therapy on Cognitive Flexibilityand Impulsivity among Depressed Patients with aSuicide Attempt in Ilam, Iran. J Ilam Uni Med Sci 2019; 27: 1-14. :doi 10.29252/sjimu.27.5.1.(Persian)
24. Salehi M, beshlideh K. The Effectiveness of Holographic Reprocessing Therapy on Cognitive Flexibility, Affective Control and Social Adjustment on Depressive patients with Attempted Suicide in Ilam City. J Woman Society 2020; 11:183-216. (persian)
25. Arun P, Garg R, Chavan BS. Stress and suicidal ideation among adolescents having academic difficulty. Ind Psychiatry J 2017; 26:64-70. doi: 10.4103/ipj.ipj_5_17.
26. Basharpoor S, samadifard H. Suicidal Thoughts in Male Students: The Role of Self-Concept, Self-Esteem and Social Well-Being. Soc Psychol Res 2018; 8: 1-16. (persian)
27. Rezian S, Fathi-Ashtiani A, Hassanabadi H, Ashrafi E. Reliability and Validity Measurement of the Persian Version of Social Phobia Scale Assessing the Reliability and Validity of Social Phobia Scale. J Clin Psychol 2019; 11: 1-10. doi: 10.22075/jcp.2019.16929.1603. (Persian)
28. Esfahani M, Hashemi Y, Alavi K. Psychometric assessment of beck scale for suicidal ideation (BSSI) in general population in Tehran. Med J Islam Repub Iran. 2015; 29:268. (persian)
29. Chamizo-Nieto MT, Rey L, Sánchez-Álvarez N. Validation of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in Adolescents. Psicothema 2020; 32:153-9. doi: 10.7334/psicothema2019.156.
30. Garnefski N, Kraaij, V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. Pers Individ Differ 2006; 40: 1659-69. doi: 10.1016/j.paid.2005.12.009.
31. Hasani J, Mir Aghaei. The relationship between strategies for cognitive regulation of emotions and suicidal ideation. Contem Psychol 2012; 7: 61-72. (persian)
32. Mansouriyeh N, Poursharifi H, Sadeghi M, Seirafi M. The relationship between social support and self-care in patients with heart failure: The role of illness related worries as a mediator. CJMB 2018; 5: 144-148.
33. Canty-Mitchell J, Zimet GD. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. Am J Community Psychol 2000; 28:391-400. doi: 10.1023/A:1005109522457.
34. Esmaelzadeh Saeieh S, Rahimzadeh M, Yazdkhasti M, Torkashvand S. Perceived social support and maternal competence in primipara women during pregnancy and after childbirth. Int J Community Based Nurs Midwifery 2017; 5: 408-18.
35. Besharat MA, Keshavarz S, Lavasani MG, Arabi E. Mediating role of perceived social support between early maladaptive schemas and quality of life. J Psychol 2018; 22: 256-70. (Persian)
36. Mohammadi N, Takarli F, Khodaveisi M, Soltanian A. The Effect of Peer Educational Program on the Self-Efficacy of Multiple Sclerosis Patients: A Randomized-Controlled Trial. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2017; 25: 36-44.doi: 10.21859/nmj-25025. (persian)
37. Mashalpour fard M, Kavoosi M, Ebadi Z, Moussavi S. The Relationship between Self-efficacy and Marital Satisfaction among Married Students. Int J Pediatr 2016; 4: 3315-21. doi: 10.22038/ijp.2016.7384. (persian)
38. Asgharnejad T, Ahmadi M, Valiollah F, Khoda panahi M. A study of psychological characteristics of general self-efficacy management. Psycho J 2006; 10: 262-75. (persian)
39. Rajabi G, Bohlol N. Self-Esteem reliability and validity assessment in first year students'

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

martyr Chamran University. Edu Psycho Res 2006; 3: 33-48. (persian)
40. Besharat M, Kashkani H. Perfectionism Dimensions and Interpersonal Problems: Gender Differences. Rooyesh 2017; 4: 100-12. (Persian)
41. Malinakova K, Kopcakova J, Kolarcik P, Geckova AM, Solcova IP, Husek V, et al. The Spiritual Well-Being Scale: Psychometric Evaluation of the Shortened Version in Czech Adolescents. J Relig Health 2017; 56:697-05. doi: 10.1007/s10943-016-0318-4.
42. Genia V. Evaluation of the Spiritual Well-Being Scale in a Sample of College Students. Int J Psychol Religion 2001; 11:25-33.
43. Khoramimarkani A, Yaghmaei F, Khodayarifard M, Didarloo A, Mokhtari L. Psychometric Characteristics of the Spiritual Wellbeing Scale in Oncology Nurses. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2015; 12: 935-42. (persian)
44. Bi F, Luo D, Huang Y, Chen X, Zhang D, Xiao S. The relationship between social support and suicidal ideation among newly diagnosed people living with HIV: the mediating role of HIV-related stress. Psychol Health Med 2021; 26:724-34. doi: 10.1080/13548506.2020.1761987.
45. Naila S, Takwin V. Perceived Social Support as Predictor of Suicide Ideation in Gunung Kidul High School Students. J Adv Soc Sci Humanit 2017; 139: 1-6. (persian)
46. Sadri Damirchi E, Honarmand Ghojebeyglou P, Khakdal Ghojebeyglou S, Amir SMB. The Role of Cognitive Flexibility and Perceived Social Support in Predicting Suicidal Tendency in University Students. Rooyesh 2019; 8:61-66. (persian)
47. Nemati Sogolitappeh F. Predicting Student's Suicidal Thoughts Based on Depression, Borderline Personality Disorder, Religiosity, Social Support and Coping Strategies. JMPR 2017; 12: 255- 80.(Persian)
48. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. Psychol Rev 2010; 117:575-600. doi: 10.1037/a0018697.
49. Joel Wong Y, Uhm SY, Li P. Asian Americans' family cohesion and suicide ideation: moderating and mediating effects. Am J Orthopsychiatry 2012; 82:309-18. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01170. x.
50. Wu SL, Yaacob SN. Self-efficacy as a mediator of the relationship between parental closeness and suicidal ideation among Malaysian adolescents. Child Adolesc Ment Health 2017; 22:84-90. doi: 10.1111/camh.12188.
51. Zhao X, Shi C. The Relationship Between Regulatory Emotional Self-Efficacy and Core Self-Evaluation of College Students: The Mediation Effects of Suicidal Attitude. Front Psychol 2018; 9:598. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00598.
52. Eskandari E, Hosseini M, Eskanadri M. Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies with Depression and Anxiety in Seafarers. J Mar Med 2020; 2: 125-32. doi: 10.30491/2.2.8(Persian)
53. Amiri M, Mesr Abadi J. Meta-Analysis of the Relationship of Emotional Intelligence and Its
54. Components with Self-Efficacy. Stu Learn Instr 2019; 11: 45-69. (persian)
55. Shahnaz A, Saffer B, Klonsky E. The relationship of perfectionism to suicide ideation and attempts in a large online sample. Pers Individ Differ 2018; 130: 117-21. doi: 10.1016/j.paid.2018.04.002.
56. Smith MM, Sherry SB, Chen S, Saklofske DH, Mushquash C, Flett GL, et al. The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship. J Pers 2018; 86:522-42. doi: 10.1111/jopy.12333.
57. Limburg K, Watson HJ, Hagger MS, Egan SJ. The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. J Clin Psychol 2017; 73:1301-26. doi: 10.1002/jclp.22435.
58. Flett G, Hewitt P, Heisel M. The destructiveness of perfectionism revisited: Implications for the assessment of suicide risk and prevention of suicide. General Psycho 2014; 18: 156-72. doi:10.1037/gpr00000.
59. Naghavi N, Akbari M, Moradi Alireza. The structural model of perfectionism based on cognitive, behavioral and emotional transdiagnostic constructs. Health Psychol Res 2017; 11: 19-33. doi: 10.29252/rph.11.2.19. (persian)
60. Harfush S, Moussa A, El-Nehrawy S. Relationship between spirituality and suicidal ideations among patients with major depressive disorder. J Nurs Educ Pract 2019; 9: 113-22. doi: 10.5430/jnep. v9n4p113.
61. Mohr S, Brandt PY, Borras L, Gilliéron C, Huguelet P. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. Am J Psychiatry 2006;163
62. :1952-9. doi: 10.1176/ajp.2006.163.11.1952.
63. Mikaeili N, Samadifard H. The Prediction of Suicidal Thoughts Based on Happiness, Self-esteem and Spiritual Health among Female Teenagers. SBMU 2019; 5: 59-71. doi:10.22037/jrrh. v5i3.20897
64. Salarifar M, Salehi M, Sayarfard Z. An exploratory study about the relationship between religious metacognition and Suicidal thoughts. J Couns Psychol 2020; 11: 97-120. doi: 10.22054/qccpc.2020.50183.2323.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

65. Sadeghifar J, Mehrabian T. Prediction of Spiritual Intelligence Based on Personality Traits in Male addicted Quitting Narcotics in Ilam. MCS 2018; 5: 192-200.doi: 10.29252/mcs.5.3.192. (Persian)
66. Papazisis G, Nicolaou P, Tsiga E, Christoforou T, Sapountzi-Krepia D. Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students. Nurs Health Sci 2014; 16:232-8. doi: 10.1111/nhs.12093.
67. Colmenero-Navarrete L, García-Sancho E, Salguero JM. Relationship Between Emotion Regulation and Suicide Ideation and Attempt in Adults and Adolescents: A Systematic Review. Arch Suicide Res 2022; 26:1702-35. doi: 10.1080/13811118.2021.1999872.
68. Neacsiu AD, Fang CM, Rodriguez M, Rosenthal MZ. Suicidal Behavior and Problems with Emotion Regulation. Suicide Life Threat Behav 2018; 48:52-74. doi: 10.1111/sltb.12335.
69. Shahbazi rad A, Mohamadi F. The role of cognitive regulation strategies of emotion and irrational thoughts in predicting suicidal thoughts in women with substance-dependent spouses. Addict Res 2021; 15: 167-80.(Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]