

مدل ساختاری ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی‌گری سبک‌های دفاعی در افکار خودکشی سربازان

Structural model of personality traits and perceived social support with mediating defense styles in suicidal ideations of soldiers

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۱/۱۴

Sayyed Salehi M. MSc[✉], Hatami H .PhD

محمد سیدصالحی[✉]، حمیدرضا حاتمی^۱

Abstract

Introduction: suicidal ideation are thoughts about how to kill oneself, which can range from a detailed plan to a fleeting consideration and does not include the final act of killing oneself. This research was aimed to investigating the effective factors of suicidal ideation in soldiers and Determination their preventive role.

Method: The current research is correlation research and was conducted by structural equations modeling method. The statistical population was whole of Sepah-e-pasdaran soldiers in Tehran and Alborz that 520 people of they was selected by cluster random sampling and responded to the scales.

Results: The direct and indirect effects of personality traits and perceived social support on suicidal ideation was significant in 0.01 and 0.05 level and the direct effects of defense styles on suicidal ideation was significant in 0.01 level.

Discussion: This model fitted the data and hypothesized structural relationships was confirmed. The observed variables had significant path coefficient with its latent variables. This model can be used for planning of psychological intervention pattern with aim of prevention and control of suicidal ideation in soldiers, so can be designed and implemented a comprehensive program for screening soldiers who are at risk of suicide or self-mutilation.

Keywords: defense styles, perceived social support, personality traits, suicidal ideation

چکیده

مقدمه: افکار خودکشی به باورهایی گفته می‌شود که فرد در مورد کشتن خودش دارد، که از برنامه‌ریزی دقیق برای خودکشی تا یک احساس قابل ملاحظه را در برمی‌گیرد اما شامل اقدام نهایی نمی‌شود. این پژوهش با هدف بررسی عوامل مؤثر در افکار خودکشی و تعیین نقش پیشگیری‌کننده آنها در سربازان انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر به روش همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل سربازان یک واحد نظامی در استان‌های تهران و البرز بود که ۵۴۰ نفر از آنان به طور تصادفی خوشه‌ای انتخاب و پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نمودند.

نتایج: تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی ادراک شده بر افکار خودکشی در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ و همچنین تأثیر مستقیم سبک‌های دفاعی بر آن در سطح ۰/۰۱ معنادار بود.

بحث: مدل پژوهش با داده‌ها برازش قابل قبولی داشت و روابط ساختاری مفروض تأیید شدند. متغیرهای آشکار دارای ضریب مسیر معناداری با متغیرهای مکنون خود بودند. از این مدل می‌توان به منظور طراحی یک الگوی مداخله‌ای روان‌شناختی با هدف پیشگیری و مهار افکار خودکشی در بین سربازان و همچنین طراحی و اجرای برنامه‌ای جامع به منظور غربالگری سربازانی که در معرض آسیب خودکشی یا خودزنی قرار دارند استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: افکار خودکشی، سبک‌های دفاعی، حمایت اجتماعی ادراک شده، ویژگی‌های شخصیتی

[✉] Corresponding author: Department of assessment and measurement (psychometrics) at Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
E-mail: Mohammad.salehi200@gmail.com

[✉] گروه سنجش و اندازه‌گیری (روان‌سنجی) دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۱- گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه جامع امام حسین (ع)، تهران، ایران

مقدمه

نهایی برای خودکشی نمی‌شود (جبلاتو و رای، ۱۹۹۹).

آمار خودکشی معمولاً با سایر جرایم و آسیب‌ها ارتباط پیدا می‌کند، به طوری که در میان گروه‌های مبتلا به اعتیاد خودکشی بیشتر دیده می‌شود. همچنین در آسیب‌های مربوط به انحرافات جسمانی به ویژه در میان قربانیان این انحراف خودکشی پدیده شایعی است. در میان بیماران روانی به ویژه افسردگی‌های شدید نیز اغلب خودکشی مسئله قابل توجهی است (سولیوان، آنست، سیمون، لو و دالبرگ^۵، ۲۰۱۵). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴ در ایران تعداد ۱۳۸ دانشجو اقدام به خودکشی کردند. همچنین این سازمان طبق بررسی‌های انجام گرفته از ۴۱ بیمارستان در ایران اعلام کرد که بیشتر افراد به وسیله مصرف دارو اقدام به خودکشی کرده‌اند و ۴۵ درصد مرد بوده‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲).

در صورتی که شخص اقدام به خودکشی نماید و موفق به عمل نشود اقدام وی می‌تواند پیامدهای مختلفی برای همان فرد داشته باشد. در خصوص پیامدهای جسمی اقدام به خودکشی، با توجه به این که شخص از چه طریقی اقدام به این عمل کرده است طبعاً عواقب مختلفی را به همراه دارد (سانا و همکاران، ۲۰۱۴). مثلاً در صورت استفاده از قرص یا سم ممکن است شخص دچار بیماری‌های متعدد گوارشی گردد که مجبور است تا آخر عمر با این بیماری دست و پنجه نرم کند و یا در صورتی که اقدام به خودکشی از طریق خودسوزی باشد نیز عواقبی مانند از دست دادن زیبایی و معلولیت عضوی را به همراه دارد. به طور کلی اقدام به خودکشی از هر طریقی عواقب جسمی خاص خود را دارد که این عواقب را نمی‌توان نادیده گرفت (ولف و همکاران، ۲۰۱۶).

هنگامی جامعه‌ای سالم و متعادل خواهیم داشت که افراد آن جامعه از سلامت روان برخوردار و در عرصه‌های اجتماعی فعال باشند. انکار کردن نابسامانی‌های افراد جامعه امری نادرست است. برای اصلاح این نابسامانی‌ها باید نخست علت آن را شناخت (اوبراین، گریلتی و میلک^۱، ۲۰۱۵). انسان مضطرب، افسرده و بحران‌زده عصر حاضر، بیش از هر زمان دیگری خود را درگیر سؤال‌هایی اساسی می‌یابد. می‌توان بر این نکته تأکید کرد که ارزشها اساس و بنیان یکپارچگی شخصیت سالم هستند. در حقیقت، ارزش‌ها، سازمان‌دهنده‌های اصلی اعمال و رفتارهای شخصیت رشدیافته به شمار می‌روند و سلامت روان، بی‌تردید، محصول چنین شخصیتی است (کلونینگرو سراکیچ^۲، ۲۰۱۶).

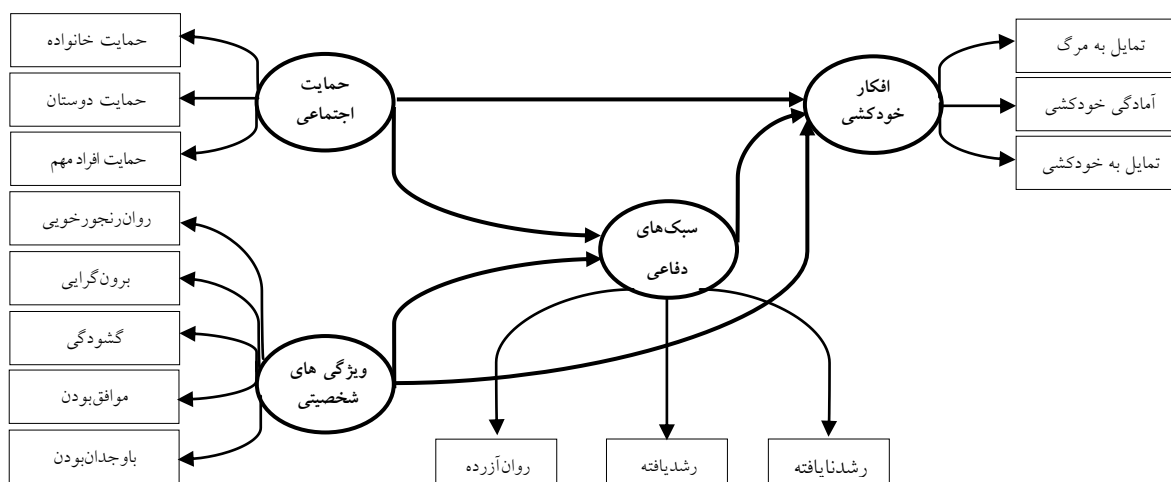
گرچه خودکشی احتمالاً مهمترین معضل در جهان نباشد اما آمارهایی که از سوی سازمان بهداشت جهانی و سازمان‌های بهداشتی کشورها منتشر می‌شود نگرانی جهانی از میزان خودکشی جوانان را افزایش داده است. نظریه‌های روان‌شناسی به طور کلی به عوامل روانی و فردی توجه دارد و نظریه شناختی، خودکشی را نمونه‌ای از رفتار حل مسئله می‌داند (هاتون، کومابلا، هاو و ساندرز^۳، ۲۰۱۳). بر مبنای تعریف مرکز مطالعات انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا^۴، خودکشی تلاشی آگاهانه به منظور خاتمه دادن به زندگی شخصی است که شاید این تلاش به اقدام تبدیل شود یا فقط به شکل احساسی در فرد بماند (لینارس، ۲۰۱۰). افکار خودکشی به افکار و باورهایی گفته می‌شود که فرد در مورد کشتن خودش دارد، که از برنامه‌ریزی دقیق برای خودکشی تا یک احساس قابل ملاحظه را دربرمی‌گیرد اما شامل اقدام

این راستا توجه به گروه‌های سنی که در معرض خطر بیشتری هستند و خودکشی در میان آنها رواج بیشتری نسبت به سایر گروه‌های سنی دارد، مثل نوجوانان و جوانان اهمیت زیادی دارد.

پژوهش‌های متعددی بر نقش متغیرهای فردی، خانوادگی و اجتماعی به عنوان عوامل زمینه‌ساز خودکشی تأکید داشته‌اند که می‌توان به این موارد اشاره کرد: ویژگی‌های شخصیتی (موسوی، شیخلی و رضایی، ۲۰۱۵؛ استرود، کرامر، لاگاردیا، کروسبی و هندرسون^۹، ۲۰۱۵ و دراپیو، کرل و مور^{۱۰}، ۲۰۱۶)، حمایت اجتماعی ادراک‌شده (نصرت‌آبادی و دباغی، ۱۳۹۳؛ اکبری زردخانه و همکاران، ۱۳۹۴؛ لامیس، بالارد، می و دوراک، ۲۰۱۶ و اسمیت، ولف-کلارک و برین^{۱۱}، ۲۰۱۶) و سبک‌های دفاعی (رحیمیان بوگر، ۱۳۹۳؛ پومیلی و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۶ و یزدان‌شناس و همکاران، ۲۰۱۶). با وجود این، مطالعات انجام‌شده در داخل به بررسی رابطه‌های ساده بین متغیرهای تأثیرگذار اکتفا کرده و رابطه علی مستقیم و غیرمستقیم این عوامل و نحوه تأثیرگذاری آنها بر خودکشی چندان روشن نیست. بررسی ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده از یک سو و سبک‌های دفاعی به عنوان عوامل تأثیرگذار از سوی دیگر که در مورد افکار خودکشی به کار گرفته می‌شود موقعیتی را برای پژوهش حاضر فراهم می‌آورد که چهار متغیر اساسی و مهم به طوری مرتبط با هم و از طریق مدل ساختاری که از دقیق‌ترین و پیچیده‌ترین روش‌های مطالعه در علوم رفتاری به شمار می‌رود، در این موضوع حساس مورد مطالعه قرار می‌گیرند. به همین دلیل پژوهش حاضر مفید شناخته می‌شود. مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ نمایش داده شده است.

اما درخصوص عواقب خانوادگی خودکشی می‌توان گفت زمانی که یکی از اعضای خانواده اقدام به خودکشی می‌کند قطعاً بعد از آن تنش و اضطراب و اختلاف در خانواده به وجود می‌آید؛ همین موضوع باعث تشدید اختلاف در خانواده می‌گردد که این اختلاف ممکن است منجر به طلاق شود (آلمان و دنیس، ۲۰۱۴). اگر شخص اقدام‌کننده یکی از والدین باشد در این شرایط باید به پیامدهای بی‌سرپرست و تک‌سرپرست شدن فرزندان اشاره کرد که از پیامدهای احتمالی این موضوع می‌شود به بزهکاری کودکان و نوجوانان، پرخاشگری و ناسازگاری، فرار از منزل و افت تحصیلی اشاره کرد (بن-افریم، واسرمن، واسرمن و ساکالوفسکی^۶، ۲۰۱۳). یکی دیگر از پیامدهای خانوادگی خودکشی ترغیب سایر اعضای برای اقدام به خودکشی است. علاوه بر این، چنین خانواده‌هایی در میان فامیل شرم‌نده می‌شوند و انگ یا برچسب این موضوع برای همیشه روی این خانواده می‌ماند. اما از عمده‌ترین پیامدهای اجتماعی خودکشی و اقدام به آن، افزایش ناهنجاری‌ها و انحرافات جامعه است. طبق قاعده زمانی اگر یک عمل زیاد اتفاق بیفتد قبح خود را از دست می‌دهد و برای عموم مردم امری عادی و طبیعی تلقی می‌گردد (سرتی و همکاران^۷، ۲۰۱۳).

به هر حال خودکشی پیوندهایی با متغیرهای اجتماعی دارد به طوری که از شرایط اجتماعی تأثیر می‌گیرد و شرایط اجتماعی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (پاولاک و همکاران، ۲۰۱۳). ارائه راهکارهای مناسب در بررسی مشکلات گروه‌های در معرض خطر مثل معتادین و خانواده‌های آنها، بیماران روانی و خانواده‌های آنها، خانواده‌های نابسامان و آموزش‌های فردی در مواجهه با تغییرات اساسی روش‌هایی سودمند خواهد بود (براسول و کوشنر^۸، ۲۰۱۲). در



شکل ۱- مدل ساختاری ویژگی های شخصی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی گری سبک های دفاعی در افکار خودکشی در سربازان

ابتدا فهرستی از یگان نظامی تهیه شد و سپس ۴ یگان نظامی به طور تصادفی انتخاب و از هر کدام ۱۳۵ نفر نمونه گیری شد. حجم نمونه از کفایت لازم برخوردار بود زیرا پیشنهاد شده است به ازای هر پارامتر برآورده شده، ۵ نفر در نظر گرفته شود (کلاین، ۲۰۱۵) که با وجود ۵۲ پارامتر قابل برآورد در این مدل به ۲۶۰ نفر نیاز بود اما به منظور اعتباریابی و هنجاریابی ابزارهای پژوهش در جامعه مورد نظر تعداد ۵۴۰ نفر انتخاب شدند. برای اجرا پژوهش به یگان های مربوطه مراجعه شد و پس از آشنایی سربازان با اهداف پژوهش، پرسشنامه ها توزیع شد و برای پاسخگویی محدودیت زمانی تعیین نشد. ابزارها عبارت بودند از:

پرسشنامه افکار خودکشی بک^{۱۳} (BSSI): این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک ساخته شد که مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافع، مدت و فراوانی افکار خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می دهد. این مقیاس دارای ۱۹ ماده (هر ماده شامل سه گویه) و سه خرده مقیاس تمایل به مرگ (۵ سوال)، آمادگی برای

جامعه ما بیش از هر زمان دیگری نیازمند انسان های سالم، متعادل، متعالی، پویا، پرتلاش و خلاق است. هم خانواده ها نیازمند اطلاعات چندجانبه درباره اقدام کنندگان خودکشی هستند که از این منظر بیش از پیش به نوع آموزش و تربیت فرزندان جامعه توجه و عنایت داشته باشند و هم متولیان نیروهای مسلح نیاز دارند که اطلاعات به روز و معتبری در خصوص عوامل مرتبط به خودکشی داشته باشند تا از این طریق، راهکارهای عملی و واقعی را استخراج کرده و به کار گیرند. بنابراین پژوهش حاضر به منظور بررسی عوامل مؤثر در افکار خودکشی و تعیین نقش پیشگیری کننده آنها انجام گرفت.

روش

این پژوهش به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ روش از نوع پژوهش های همبستگی به روش مدل سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی سربازان مشغول به خدمت در یک یگان نظامی بود که ۵۴۰ نفر از آنها به روش تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. به طوری که

خودکشی (۷ سوال)، و تمایل به خودکشی واقعی (۴ سوال) است. ۵ سؤال اول نقش غربالگری داشته و ۳ سؤال آخر مربوط می‌شوند به بازدارنده‌هایی برای خودکشی و یا کتمان خودکشی که در هیچ یک از سه عامل فوق محاسبه نشده‌اند. نمره‌گذاری آن به صورت ۰ تا ۲ است. پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون - بازآزمون پایایی آزمون ۰/۵۴ به دست آمده است. همبستگی میان مقیاس افکار خودکشی بک با سلامت عمومی گلدبرگ $r = 0.76$ در سطح $p = 0.01$ و همبستگی میان سؤالات غربالگری این مقیاس با مقیاس افسردگی بک ۰/۶۹ در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (انیسی و همکاران، ۱۳۸۴). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۸۰ به دست آمد. در تحلیل عاملی مرتبه دوم میزان آماره خی دو معنادار به دست آمد ($X^2 = 275/81$, $df = 110$, $p = 0.001$) که به دلیل تأثیرپذیری از حجم نمونه می‌توان از آن صرف نظر کرد (براون، ۲۰۱۵) و همچنین سایر شاخص‌های برازش از مطلوبیت برخوردار بودند ($RMSEA = 0.05$, $GFI = 0.92$, $CFI = 0.94$, $NFI = 0.93$). تمامی سؤالات دارای بار عاملی معناداری با کل آزمون بودند؛ همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر پایین و با کل مقیاس بالا بود.

نسخه تجدیدنظرشده فرم کوتاه آزمون

شخصیتی NEO (NEO-FFI): این آزمون در سال ۱۹۸۶ توسط مک کرا و کاستا^{۱۴} تهیه شد که ۵ عامل اصلی شخصیت را اندازه می‌گیرد و بر این اساس ارزیابی جامعی از شخصیت را ارائه می‌دهد. این آزمون دارای ۶۰ گویه بوده و به صورت طیف لیکرت ۵ تایی از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود که برخی سؤالات آن معکوس است. کاستا و

مک کرا (۱۹۹۲) ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۸ (برای موافق بودن) تا ۰/۸۶ (برای روان آزوده گرای) را گزارش کرده‌اند. در پژوهش گروسی (۱۳۷۷) اعتبار این آزمون با استفاده از روش آزمون - بازآزمون در مورد ۲۰۸ نفر از دانشجویان به فاصله سه ماه به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ برای عوامل C, A, O, E, N به دست آمده است. در پژوهش آتش‌روز (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ۵ خرده‌مقیاس فوق به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۵۵، ۰/۲۷، ۰/۳۸ و ۰/۷۷ به دست آمد (به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای عوامل از ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ به دست آمد. در تحلیل عاملی مرتبه دوم میزان آماره خی دو معنادار به دست آمد ($X^2 = 5947/27$, $df = 1700$, $p = 0.001$) که می‌توان از آن صرف نظر کرد و همچنین سایر شاخص‌های برازش از مطلوبیت برخوردار بودند ($RMSEA = 0.06$, $GFI = 0.96$, $CFI = 0.97$, $NFI = 0.95$). تمامی سؤالات دارای بار عاملی معناداری با کل آزمون بودند؛ همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر پایین و با کل مقیاس بالا بود.

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده^{۱۵}:

این مقیاس توسط زیمت، دالم، زیمت و فارلی^{۱۶} (۱۹۸۸) به منظور سنجش میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده افراد ساخته شده است. ۱۲ سؤال دارد که با طیف لیکرت ۷ تایی از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) نمره‌گذاری می‌شود و شامل ۳ خرده‌مقیاس «حمایت خانواده»، «حمایت دوستان» و «حمایت افراد مهم» است. نتایج پژوهش ادواردز (۲۰۰۴) حمایت‌کننده ساختار سه‌عاملی مقیاس بوده و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۱۹

آلفای کلی در مردان دانشجو (۰/۸۱) و پایین‌ترین آلفای کل در دختران دانش‌آموز (۰/۶۹) مشاهده شد (حیدری نسب، ۱۳۸۵). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای هر یک از سبک‌های دفاعی از ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ به دست آمد. در تحلیل عاملی مرتبه دوم میزان آماره $\chi^2 = ۳۲۰۵/۷۴$, $df = ۶۳۴$, $p = ۰/۰۰۱$ که می‌توان از آن صرف نظر کرد و همچنین سایر شاخص‌های برازش از مطلوبیت برخوردار بودند ($RMSEA = ۰/۰۷$, $GFI = ۰/۹۵$, $CFI = ۰/۹۷$, $NFI = ۰/۹۹$). تمامی سؤالات دارای بار عاملی معناداری با کل آزمون بودند؛ همبستگی نمرات سبک‌ها با یکدیگر پایین و با کل مقیاس بالا بود.

یافته‌ها

برای توصیف داده‌ها از میانگین به عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف استاندارد به عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد. همچنین شاخص‌های کجی و کشیدگی به منظور بررسی وضعیت توزیع نمرات و نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تک‌نمونه‌ای به قصد تعیین مشابهت توزیع نمرات سربازان با توزیع نرمال بررسی شد. نتایج توصیفی در جدول ۱ قابل مشاهده است.

به‌دست‌آمد. در ایران روایی سازه آن به روش تحلیل عاملی بررسی شد و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ گزارش شد (رجبی و هاشمی شیخ شبانی، ۱۳۹۰). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۱ تا ۰/۷۰ به دست آمد. در تحلیل عاملی مرتبه دوم میزان آماره $\chi^2 = ۲۹۹۷۳/۵۹$, $df = ۶۳$, $p = ۰/۰۰۱$ که می‌توان از آن صرف نظر کرد و همچنین سایر شاخص‌های برازش از مطلوبیت برخوردار بودند ($RMSEA = ۰/۰۵$, $GFI = ۰/۹۳$, $CFI = ۰/۹۹$, $NFI = ۰/۹۹$). تمامی سؤالات دارای بار عاملی معناداری با کل آزمون بودند؛ همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر پایین و با کل مقیاس بالا بود.

پرسشنامه سبک‌های دفاعی^{۱۷} (DSQ): پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ) که توسط سن مارتینی و همکاران (۲۰۰۴) طراحی و بازننگری شد که رفتار دفاعی را به وسیله ارزیابی تجربی مشتقات هشیار مکانیسم‌های دفاعی در زندگی روزمره مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۹-تایی است و به هر فرد در سه سبک رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده نمره تعلق می‌گیرد. این ابزار در ایران اعتباریابی شده است که بالاترین

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی و نرمالتی متغیرهای آشکار پژوهش

متغیرها	تعداد سؤال	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	آماره آزمون K-S	سطح معناداری
حمایت خانواده	۴	۹/۸۰	۳/۰۵	۰/۴۶	۰/۱۱	۰/۲۵	۰/۰۹
حمایت دوستان	۴	۹/۸۸	۳/۱۲	۰/۲۱	-۰/۰۹	۰/۲۷	۰/۱۲
حمایت افراد مهم	۴	۱۲/۷۲	۲/۴۰	-۰/۶۱	۱/۵۸	۰/۲۴	۰/۰۸
روان‌رنجورخویی	۱۲	۲۵/۸۴	۴/۹۹	-۰/۵۰	۰/۹۲	۰/۲۶	۰/۱۱

۰/۱۴	۰/۲۸	۰/۵۱	-۰/۲۳	۵/۰۲	۲۷/۱۸	۱۲	برون‌گرایی
۰/۱۱	۰/۲۶	۰/۰۹	-۰/۱۰	۵/۲۸	۲۶/۵۱	۱۲	گشودگی
۰/۱۴	۰/۲۸	۰/۲۲	۰/۱۶	۴/۷۰	۲۵/۵۵	۱۲	موافق‌بودن
۰/۰۶	۰/۱۶	۰/۹۹	۰/۱۲	۴/۵۸	۲۵/۲۲	۱۲	باوجدان‌بودن
۰/۰۸	۰/۲۳	-۰/۱۱	۰/۲۷	۱۴/۴۸	۷۵/۹۴	۲۴	سبک دفاعی رشدنا یافته
۰/۰۷	۰/۱۹	۰/۲۸	۰/۰۶	۳/۸۷	۲۴/۸۴	۸	سبک دفاعی رشد یافته
۰/۰۶	۰/۱۸	۰/۷۲	۰/۱۰	۴/۱۷	۲۴/۴۰	۸	سبک دفاعی روان‌آزرده
۰/۰۶	۰/۱۵	-۰/۳۶	۰/۰۹	۳/۲۹	۱۴/۲۶	۵	تمایل به مرگ
۰/۰۵	۰/۱۴	۰/۳۱	۰/۱۹	۴/۱۰	۱۸/۱۷	۷	آمادگی برای خودکشی
۰/۲۲	۰/۳۳	۰/۱۵	۰/۲۴	۲/۵۶	۱۰/۲۰	۴	تمایل به خودکشی واقعی

نمرات افراد در این متغیر به یکدیگر نزدیک است. با توجه به بالاتر بودن میانگین حمایت افراد مهم نسبت به سایر مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و پایین بودن میزان انحراف استاندارد آن، می‌توان نتیجه گرفت که نمونه حاضر همگی به یک اندازه حمایت افراد مهم را بااهمیت تلقی می‌کنند.

شاخص‌های کجی و کشیدگی مربوط به همه متغیرهای آشکار بین ۲- و ۲ قرار دارد که بیانگر عدم انحراف بیش از حد توزیع نمرات متغیرها از توزیع نرمال است. همچنین آماره آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تک‌نمونه‌ای در مورد تمامی متغیرهای آشکار معنادار نشده است. می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات متغیرهای آشکار پژوهش نسبت به توزیع نرمال، مشابهت مناسبی دارد و مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات برقرار است. ماتریس همبستگی مرتبه صفر متغیرهای آشکار در جدول ۲ گزارش شده است.

طبق جدول ۱ در بین متغیرهای آشکار حمایت اجتماعی بیشترین میانگین متعلق به حمایت افراد مهم است و میانگین دو متغیر آشکار دیگر تفاوت چندانی ندارند. با توجه به تعداد برابر سؤالات می‌توان چنین پنداشت که حمایت افراد مهم در بین سربازان از اهمیت بیشتری برخوردار بوده و آنها این گونه حمایت اجتماعی را بیشتر حس کرده‌اند. در میان ویژگی‌های شخصیتی میانگین برون‌گرایی بیشترین مقدار را داشته که با توجه به تعداد برابر سؤالات در هر کدام از ویژگی‌های شخصیتی، نشانگر میزان بیشتر این ویژگی نسبت به سایر ویژگی‌های شخصیتی در بین افراد نمونه است.

بیشترین میزان انحراف استاندارد مربوط به سبک دفاعی رشد یافته است و بیانگر این مطلب است که نمرات افراد در این سبک دفاعی دارای پراکندگی زیادی بوده و افراد از لحاظ مکانیسم‌هایی که در این سبک به کار گرفته می‌شوند با یکدیگر تفاوت زیادی دارند. همچنین کمترین میزان انحراف استاندارد مربوط به حمایت افراد مهم است و در واقع میزان

جدول ۲- ماتریس همبستگی مرتبه صفر متغیرهای آشکار

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱ حمایت خانواده	۰.۰۰/۱												
۲ حمایت دوستان	۰.۳۳/۰**	۰.۰۰/۱											
۳ حمایت افراد مهم	۰.۳۲/۰**	۰.۱۵/۰*	۰.۰۰/۱										
۴ روان رنجورخویی	۰.۱۱/۰-***	۰.۸۵/۰-*	۰.۷۵/۰**	۰.۰۰/۱									
۵ برون گرایی	۰.۳۲/۰-***	۰.۱۱/۰-***	۰.۱۵/۰**	۰.۵۱/۰**	۰.۰۰/۱								
۶ گشودگی	۰.۷۳/۱-***	۰.۰۱/۰-*	۰.۱۸/۰**	۰.۱۸/۰**	۰.۳۵/۰**	۰.۰۰/۱							
۷ موافق بودن	۰.۱۵/۱-***	۰.۵۱/۰-*	۰.۱۱/۰**	۰.۷۳/۰**	۰.۵۱/۰**	۰.۱۱/۰**	۰.۰۰/۱						
۸ باوجدان بودن	۰.۳۳/۰-***	۰.۸۱/۰*	۰.۵۵/۰**	۰.۷۵/۰**	۰.۱۷/۰**	۰.۱۱/۰**	۰.۰۰/۱						
۹ سبک دفاعی رشدنیافته	۰.۸۵/۱-***	۰.۳۰/۰-*	۰.۳۳/۰**	۰.۱۳/۰**	۰.۷۵/۰**	۰.۳۳/۰**	۰.۰۰/۱						
۱۰ سبک دفاعی رشدیافته	۰.۱۱/۰-***	۰.۰۱/۰*	۰.۳۳/۰-*	۰.۵۷/۰-*	۰.۱۱/۰-*	۰.۵۷/۰-*	۰.۰۰/۱						
۱۱ سبک دفاعی روان آزرده	۰.۸۵/۱-***	۰.۷۷/۰*	۰.۴۱/۰**	۰.۴۱/۱-***	۰.۳۷/۱-***	۰.۳۱/۱-***	۰.۳۱/۱-***	۰.۰۰/۱					
۱۲ تمایل به مرگ	۰.۰۰/۱	۰.۳۱/۰**	۰.۵۰/۰-*	۰.۳۱/۰**	۰.۳۷/۱-***	۰.۳۱/۱-***	۰.۳۱/۱-***	۰.۳۱/۰**	۰.۰۰/۱				

۱۳	آمادگی خودکشی	۰/۰۱۶	۰/۰۱۶	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷
۱۴	تمایل به خودکشی	۰/۰۱۵	۰/۰۱۶	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷

** معنادار در سطح ۰/۰۱، * معنادار در سطح ۰/۰۵

مدل‌سازی معادلات ساختاری به شمار می‌رود (وست، تیلور، و وو^{۱۸}، ۲۰۱۲)، می‌توان گفت که با توجه به همبستگی‌های به دست آمده در جدول ۲ میزان هم‌خطی چندگانه در مورد متغیرهای آشکار بیرونی در این پژوهش حداقل است. شاخص‌های برازش مدل و میزان آنها در جدول ۳ گزارش شده است.

طبق جدول ۲ همبستگی مرتبه صفر اغلب متغیرهای آشکار با یکدیگر معنادار به دست آمده است اما همبستگی متغیرهای آشکار بیرونی با یکدیگر کمتر از همبستگی آنها با متغیرهای آشکار درونی است. از آنجایی که هم‌خطی چندگانه به عنوان همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین (بیرونی) تعریف شده است و حداقل بودن هم‌خطی چندگانه یکی از مفروضه‌های

جدول ۳- میزان شاخص‌های برازش

AGFI	GFI	RFI	IFI	CFI	NFI	RMSEA	p	df	X ²
۰/۹۴	۰/۹۷	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۰۷۱	۰/۰۰۱	۱۱۹	۳۹۴۲۱/۳۵

شاخص برازندگی تعدیل یافته^{۲۵} (AGFI) نزدیک به یک هستند. نکته دیگر اینکه ملاک اطلاعات آکائیک^{۲۶} (AIC) و ملاک ثابت اطلاعات آکائیک^{۲۷} (CAIC) به دست آمده در مدل کمتر از میزان آماره های AIC و CAIC مربوط به مدل اشباع شده^{۲۸} و مدل استقلال^{۲۹} است. در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که تمامی شاخص‌های نیکویی از مطلوبیت خوبی برخوردارند و مدل موردنظر با داده‌ها برازش دارد. تأثیرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرها در جدول ۴ گزارش شده‌اند.

با توجه به جدول ۳ مشاهده می‌شود که میزان آماره خی دو در سطح ۰/۰۱ معنادار به دست آمده است اما از آنجا که این شاخص تحت تأثیر حجم نمونه قرار دارد معمولاً در نمونه‌های بزرگتر از ۲۵۰ نفر معنادار به دست می‌آید که می‌توان از آن چشم‌پوشی کرد (کوران و همکاران^{۱۹}، ۲۰۰۲). میزان آماره ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب^{۲۰} (RMSEA) کمتر از ۰/۰۸، و میزان آماره های شاخص برازندگی نرم^{۲۱} (NFI)، شاخص برازش افزایشی^{۲۲} (IFI) و شاخص برازش نسبی^{۲۳} (RFI) همگی بین ۰/۹ و ۱ هستند. شاخص نیکویی برازندگی^{۲۴} (GFI)،

جدول ۴- تأثیرات مستقیم، غیر مستقیم و کل متغیرهای مدل ساختاری

متغیر وابسته	متغیر مستقل	تأثیر مستقیم	تأثیر غیر مستقیم	تأثیر کل
--------------	-------------	--------------	------------------	----------

۰/۵۱**	۰/۱۶*	۰/۳۵**	ویژگی‌های شخصیتی	افکار خودکشی
۰/۵۰**	۰/۲۷*	۰/۲۲*	حمایت اجتماعی ادراک شده	
۰/۴۷**	-	۰/۴۷**	سبک‌های دفاعی	
۰/۶۹**	-	۰/۶۹**	ویژگی‌های شخصیتی	سبک‌های دفاعی
۰/۵۸**	-	۰/۵۸**	حمایت اجتماعی ادراک شده	

** معنادار در سطح ۰/۰۱، * معنادار در سطح ۰/۰۵

خودکشی معنادار شد. تأثیر مستقیم ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی ادراک شده بر سبک‌های دفاعی در سطح ۰/۰۱ معنادار شد. همچنین تمامی تأثیرات کل در سطح ۰/۰۱ معنادار شدند. میزان تأثیرات و ضرایب مسیر متغیرهای مدل اندازه‌گیری در جدول ۵ گزارش شده‌اند.

بر اساس جدول ۴ تأثیر مستقیم ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های دفاعی بر افکار خودکشی در سطح ۰/۰۱ و تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر آن در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. علاوه بر این تأثیر غیرمستقیم ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی‌گری سبک‌های دفاعی در سطح ۰/۰۵ بر افکار

جدول ۵- تأثیرات و ضرایب مسیر متغیرهای مدل اندازه‌گیری

متغیر مکنون	متغیر آشکار	ضریب مسیر	مجذور همبستگی چندگانه
حمایت اجتماعی	حمایت خانواده	۰/۹۹**	۰/۱۶
	حمایت دوستان	۰/۹۱**	۰/۲۰
	حمایت افراد مهم	۰/۹۹**	۰/۲۶
ویژگی‌های شخصیتی	روان رنجور خوبی	۰/۹۸**	۰/۱۶
	برون‌گرایی	۰/۹۱**	۰/۱۹
	گشودگی	۰/۸۹**	۰/۱۱
	موافق بودن	۰/۸۷**	۰/۱۲
	باوجدان بودن	۰/۹۶**	۰/۰۸
سبک‌های دفاعی	سبک رشدنا یافته	۰/۹۹**	۰/۱۷
	سبک رشدیافته	۰/۸۶**	۰/۳۶
	سبک روان‌آزرده	۰/۲۰*	۰/۲۴
افکار خودکشی	تمایل به مرگ	۰/۷۵**	۰/۳۴
	آمادگی خودکشتی	۰/۳۶*	۰/۲۹
	تمایل به خودکشی	۰/۸۲**	۰/۲۳

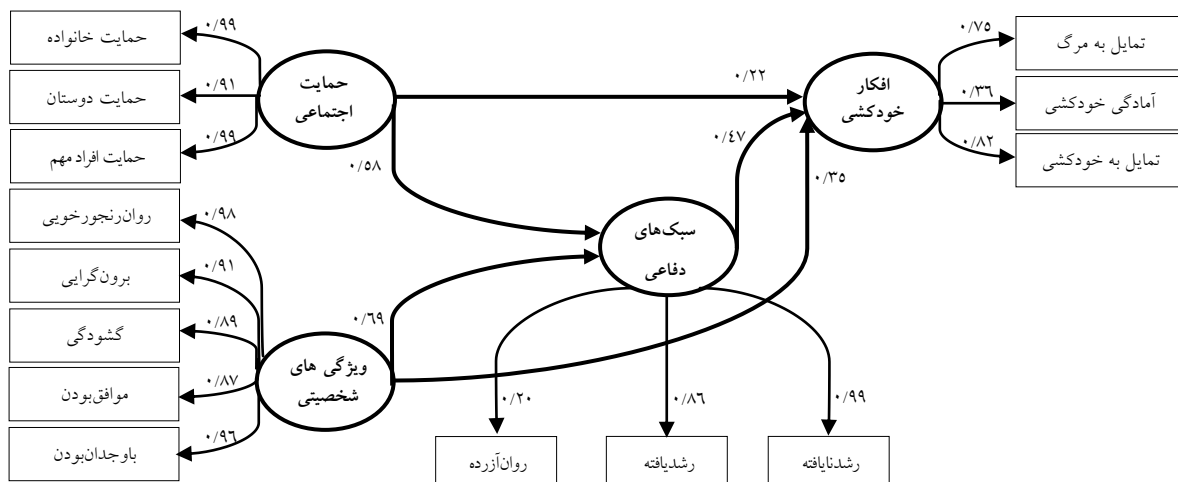
** معنادار در سطح ۰/۰۱، * معنادار در سطح ۰/۰۵

واریانس تبیین شده هر کدام از متغیرهای مکنون توسط متغیر آشکار مربوطه است. در مجموع ۶۶

بر اساس جدول ۵، ستون آخر مجذور همبستگی چندگانه (R^2) را نشان می‌دهد که به عبارتی میزان

متغیرهای آشکار به میزان مناسبی متغیرهای مکنون را اندازه‌گیری کرده و شاخص‌های مناسبی برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون به شمار می‌روند. ضرایب استاندارد شده مسیر در مدل پژوهش در شکل ۲ قابل مشاهده است.

درصد از واریانس ویژگی‌های شخصیتی، ۶۲ درصد از واریانس حمایت اجتماعی ادراک‌شده، ۷۷ درصد از واریانس سبک‌های دفاعی و ۸۶ درصد از واریانس افکار خودکشی توسط متغیرهای آشکارشان تبیین می‌شود. تمام ضرایب مسیر در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار به دست آمده‌اند و می‌توان نتیجه گرفت که



شکل ۲- ضرایب مسیر استاندارد شده مدل ساختاری ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با میانجی‌گری سبک‌های دفاعی در افکار خودکشی در سربازان

کسانی که در طول زندگی افکار خودکشی را تجربه می‌کنند معمولاً حمایت کمتری را از سوی خانواده احساس می‌کنند و اطلاعاتی مبنی بر نارضایتی از حمایت اطرافیان و گروه‌های نزدیک به خود دارند. همچنین کسانی که طی یک دوره به طور مدام دچار افکار خودکشی می‌شوند از کمک‌های دوستان، آشنایان و سایر بستگان ناامید شده و خود را در معرض خطر بیشتری قرار می‌دهند. نبود حمایت اجتماعی ادراک‌شده یک عامل خطر بالقوه قابل اصلاح برای خودکشی در زندگی آینده است (لامیس و همکاران، ۲۰۱۶). یافته‌ها نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده در مطالعات طولی که به بررسی عوامل خطر و محافظت‌کننده در مورد افکار خودکشی می‌پردازند یک سازه مهم به شمار می‌آید.

بحث و نتیجه‌گیری

مدل پژوهش با داده‌های تجربی به دست آمده برآزش قابل قبولی داشت و مقادیر شاخص‌های برآزش در حد مناسبی بود. یافته اول بیانگر معناداری تأثیر کل و تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر افکار خودکشی در سطح ۰/۰۱ و تأثیر غیر مستقیم آن با میانجی‌گری سبک‌های دفاعی در سطح ۰/۰۵ بود. در مجموع ۲۹ درصد از تغییرات افکار خودکشی توسط حمایت اجتماعی ادراک‌شده تبیین شد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های نصرت‌آبادی و دباغی (۱۳۹۳)، اکبری زردخانه و همکاران (۱۳۹۴)، لامیس و همکاران (۲۰۱۶) و اسمیت و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود.

یافته دوم بیانگر معناداری تأثیر کل و تأثیر مستقیم ویژگی‌های شخصیتی بر افکار خودکشی در سطح ۰/۰۱ و تأثیر غیر مستقیم آن با میانجی‌گری سبک‌های دفاعی در سطح ۰/۰۵ بود. در مجموع ۳۶ درصد از تغییرات افکار خودکشی توسط ویژگی‌های شخصیتی تبیین شد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های موسوی و همکاران (۲۰۱۵)، استرود و همکاران (۲۰۱۵) و دراپیو و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود.

ویژگی برون‌گرایی دارای اهمیت خاصی است. افراد دارای این ویژگی در موقعیت‌های لازم ابراز وجود کرده و دارای جرأت‌مندی هستند و هیجان‌خواهی این افراد باعث می‌شود تا بیشتر به انجام فعالیت‌های دسته جمعی تحریک شده و در نتیجه هیجان‌ات مثبت بیشتری را تجربه کنند. در مورد گشودگی، افراد فاقد این ویژگی نسبتاً بی‌روح بوده و در برابر تجربه‌ها و اندیشه‌های جدید مقاوم‌تر هستند. این افراد احتمال دارد در برابر ناکامی‌ها سر خم کرده و خود را تسلیم شرایط بدانند زیرا برای رهایی از مشکلات پیش رو راه حل‌های مختلف را در نظر نمی‌گیرند (استرود و همکاران، ۲۰۱۵). افرادی که میزان پایینی از با وجدان‌بودن را دارا هستند رفتارهایی مبنی بر بی‌عقیده بودن به توانایی‌ها و احساس شایستگی را بروز می‌دهند و در نتیجه پرخاشگری و عصبانیت در این افراد به میزان بیشتری مشاهده می‌شود. اما موافق بودن نیز در موضوع حاضر تجلی می‌یابد، زیرا مهارت‌ها و توانایی‌هایی که نشات گرفته از هوش هیجانی هستند نیز کارکردهایی مشابه با ویژگی موافق بودن دارند و نیازمند همراهی فرد با سایرین و سازگاری او با آنهاست (دراپیو و همکاران، ۲۰۱۶).

یافته سوم بیانگر معناداری تأثیر کل و تأثیر مستقیم سبک‌های دفاعی بر افکار خودکشی در سطح ۰/۰۱ بود. در مجموع ۲۳ درصد از تغییرات افکار خودکشی توسط سبک‌های دفاعی تبیین شد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های رحیمیان بوگر (۱۳۹۳)، پومپیلی و همکاران (۲۰۰۶) و یزدان‌شناس و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود.

کاربرد مکانیسم‌های دفاعی به خودی خود نشانه بیماری نیست، زیرا در بسیاری از مواقع مکانیسم‌های دفاعی نقشی حیاتی در رفاه روانی انسان‌ها ایفا می‌کنند. در واقع مکانیسم‌های دفاعی شکلی از رفتار بهنجار تلقی می‌شوند، مشروط به این که در کاربرد آنها زیاده‌روی نشود. مکانیسم‌های روانی اموری اکتسابی به شمار می‌آیند که برای جلوگیری از تخریب و بی‌ارزش شدن «من» به کار می‌روند. تکرار مداوم، موجب تبدیل آنها به عادت می‌شود. مهم‌ترین ویژگی این مکانیسم‌ها کاربرد ناخودآگاهانه آنها از سوی انسان هاست، که به منظور حفظ تعادل روانی صورت می‌گیرد. افراد با به کار بردن مکانیسم‌های دفاعی، مسائل و مشکلات خود را حل نمی‌کنند، بلکه صرفاً به تحریف آنها و در واقع تحریف واقعیت می‌پردازند (پومپیلی و همکاران، ۲۰۰۶). هر چند مکانیسم‌های دفاعی را می‌توان به تنهایی نیز به کار برد ولی اغلب افراد، ترکیبی از آنها را به کار می‌برند. هنگامی که قدرت انطباق با شرایط دشوار و تنش‌زا مقدور نباشد افراد به مکانیسم‌هایی روی می‌آورند که بیش از آنکه کمکشان کند شرایط را دشوارتر می‌سازد.

قوی‌ترین و مهمترین مسیر از حمایت افراد مهم شروع شده و در ادامه به سبک‌های دفاعی و سپس به متغیر آشکار تمایل به خودکشی در افکار خودکشی ختم می‌شود. با معطوف کردن توجه ویژه به این مسیر

- 26- Akaike Information Criterion
- 27- Consistent Akaike Information Criterion
- 28- Saturated model
- 29- Independence model

منابع

۱- اکبری زردخانه، سعید، یعقوبی، حمید، شالباف، عذرا، عبدالله پور، یعقوب، ولی‌الله، رضانی و حدادی، روح‌الله. (۱۳۹۴). رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، سال ۶، شماره ۱، ص ۱۱۵.

۲- انیسی، جعفر، فتحی آشتیانی، علی، سلیمی، سیدحسین و احمدی، خدابخش. (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) در سربازان. طب نظامی. دوره ۱، شماره ۷، صص ۳۳-۳۷.

۳- حیدری‌نسب، لیلا. (۱۳۸۵). مقایسه مکانیسم‌های دفاعی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی بر اساس هنجاریابی و یافته‌های مبتنی بر روان‌سنجی پرسشنامه ایرانی سبک‌های دفاعی. رساله دکتری. دانشگاه تربیت مدرس.

۴- رجبی، غلامرضا و هاشمی‌شیر شیبانی، سید اسماعیل. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چند بعدی حمایت‌اجتماعی تصویری. مجله علوم رفتاری، سال ۵، شماره ۴، ص ۳۵۷.

۵- رحیمیان بوگر، اسحق. (۱۳۹۳). سن، جنسیت و عوامل روانشناختی همراه با اقدام به خودکشی بین جمعیت ۲۰ تا ۷۰ ساله شهر تهران در سال ۱۳۹۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، شماره ۸۵، صص ۴۹-۳۹.

۶- فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). آزمون‌های روان‌شناختی (ارزیابی شخصیت و سلامت روان). تهران: بعثت.

۷- نصرت‌آبادی، مهدی و دباغی، پرویز. (۱۳۹۳). تبیین افکار خودکشی بر اساس سوء مصرف مواد و برخورداری از حمایت اجتماعی در سربازان. فصلنامه ابن سینا (طب هوافضا- طب زیرسطحی- طب بحران- طب رزم و روانپزشکی نظامی)، شماره ۴۸، صص ۱۱-۴.

8- Aleman, A., & Denys, D. (2014). A road map for suicide research and prevention. *Nature*, 509(7501), 421-423.

9- Ben-Efraim, Y. J., Wasserman, D., Wasserman, J., & Sokolowski, M. (2013).

می‌توان اقدامات قابل توجهی را در پیشگیری از افکار خودکشی در سربازان انجام داد. محدودیت در تعمیم نتایج به سایر جوامع سربازان و دیگر یگان‌های نظامی کشور و برآزش مدل‌های متفاوت با داده‌های به‌دست‌آمده را می‌توان از جمله محدودیت‌های پژوهش نام برد که پیشنهاد می‌شود این مدل را در سایر بخش‌های نیروهای مسلح بررسی کرد و سرانجام برای تفسیر مدل ابتدا مبانی نظری را لحاظ کرد. در پایان پیشنهاد می‌شود از این مدل به منظور طراحی و برنامه‌ریزی یک الگوی مداخله‌ای روان‌شناختی با هدف پیشگیری و مهار افکار خودکشی در بین سربازان استفاده شود.

پی‌نوشت

- 1- O'Brien, Greatley, & Meek
- 2- Cloninger, & Svrakic
- 3- Hawton, Comabella, Haw, & Saunders
- 4- US National Institute of Mental Health
- 5- Sullivan, Annet, Simon, & Dahlberg
- 6- Ben-Efraim, Wasserman, Wasserman, & Sokolowski
- 7- Serretti, & et al.
- 8- Braswell, & Kushner
- 9- Stroud, Cramer, La Guardia, Crosby, & Henderson
- 10- Drapeau, Cerel, & Moore
- 11- Smith, Wolfe-Clark, & Bryan
- 12- Pompili, et al.
- 13- Beck Scale for Suicide Ideation
- 14- Costa & McCrae
- 15- Multidimensional scale of perceived social support
- 16- Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley
- 17- Defense style questionnaire
- 18- West, Taylor, & Wu
- 19- Curran, Bollen, Paxton, Kirby, & Chen
- 20- Root Mean Square Error of Approximation
- 21- Norm Fit Index
- 22- Incremental Fit Index
- 23- Relative Fit Index
- 24- Goodness of Fit Index
- 25- Adjusted Goodness of Fit Index

- 21- Mousavi, S. V. A., Sheakhli, N., & Rezaei, S. (2015). Role of the Big Five Personality Traits in Chemical Suicide Attempt. *Practice in Clinical Psychology*, 3(4), 235-242.
- 22- O'Brien, S. S., Greatley, A., & Meek, L. (2015). The mentally healthy society: The report of the taskforce on mental health in society.
- 23- Pawlak, J., Dmistrzak-Węglarz, M., Skibińska, M., Szczepankiewicz, A., Leszczyńska-Rodziewicz, A., Rajewska-Rager, A., ... & Hauser, J. (2013). Suicide attempts and clinical risk factors in patients with bipolar and unipolar affective disorders. *General hospital psychiatry*, 35(4), 427-432.
- 24- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(3), 135-143.
- 25- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(3), 135-143.
- 26- Sanna, L., Stuart, A. L., Pasco, J. A., Kotowicz, M. A., Berk, M., Girardi, P., & Williams, L. J. (2014). Suicidal ideation and physical illness: Does the link lie with depression?. *Journal of affective disorders*, 152, 422-426.
- 27- Serretti, A., Chiesa, A., Calati, R., Linotte, S., Sentissi, O., Papageorgiou, K., ... & Amital, D. (2013). Influence of family history of major depression, bipolar disorder, and suicide on clinical features in patients with major depression and bipolar disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 263(2), 93-103.
- 28- Smith, H. A., Wolfe-Clark, A. L., & Bryan, C. J. (2016). An Exploratory Study of the Mental Toughness Psychological Skills Profile Psychometrics, and the Mediating Effect of Social Support Sources on Mental Toughness and Suicidal Ideation Among Military Police. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 1-9.
- 29- Stroud, C. H., Cramer, R. J., La Guardia, A. C., Crosby, J. W., & Henderson, C. E. (2015). Personality, spirituality, suicide, and Family-based study of AVPR1B association and interaction with stressful life events on depression and anxiety in suicide attempts. *Neuropsychopharmacology*, 38(8), 1504-1511.
- 10- Braswell, H., & Kushner, H. I. (2012). Suicide, social integration, and masculinity in the US military. *Social science & medicine*, 74(4), 530-536.
- 11- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Publications.
- 12- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2016). *Personality Disorders*. In *The Medical Basis of Psychiatry* (pp. 537-550). Springer New York.
- 13- Curran, P. J., Bollen, K. A., Paxton, P., Kirby, J., & Chen, F. (2002). The noncentral chi-square distribution in misspecified structural equation models: Finite sample results from a Monte Carlo simulation. *Multivariate Behavioral Research*, 37(1), 1-36.
- 14- Drapeau, C. W., Cerel, J., & Moore, M. (2016). How personality, coping styles, and perceived closeness influence help-seeking attitudes in suicide-bereaved adults. *Death studies*, 1-7.
- 15- Edwards, L. M. (2004). Measuring perceived social support in Mexican American youth: Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26(2), 187-194.
- 16- Gliatto, M. E., & Rai, A. K. (1999). Evaluation and treatment of patients with suicidal ideation. *American family physician*, 59, 1500-1513.
- 17- Hawton, K., i Comabella, C. C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 147(1), 17-28.
- 18- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- 19- Lamis, D. A., Ballard, E. D., May, A. M., & Dvorak, R. D. (2016). Depressive Symptoms and Suicidal Ideation in College Students: The Mediating and Moderating Roles of Hopelessness, Alcohol Problems, and Social Support. *Journal of Clinical Psychology*.
- 20- Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology online*, 1(1), 5-18.

self-injury proneness among lesbian, gay, and bisexual adults. *Mental Health, Religion & Culture*, 1-12.

30- Sullivan, E. M., Annest, J. L., Simon, T. R., Luo, F., & Dahlberg, L. L. (2015). Suicide trends among persons aged 10-24 years-United States, 1994-2012. *MMWR: Morbidity and mortality weekly report*, 64, 201-205.

31- West, S. G., Taylor, A. B., & Wu, W. (2012). Model fit and model selection in structural equation modeling. *Handbook of structural equation modeling*, 209-231.

32- Wolff, H., Casillas, A., Perneger, T., Heller, P., Golay, D., Mouton, E., ... & Getaz, L. (2016). Self-harm and overcrowding among prisoners in Geneva, Switzerland. *International journal of prisoner health*, 12(1), 39-44.

33- World Health Organization. (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. World Health Organization.

34- Yazdanshenas Ghazwin, M., Tavakoli, S. A. H., Latifi, S., Saberi, H., Derakhshanrad, N., Yekaninejad, M. S., ... & Ghodsi, S. M. (2016). Psychological defense mechanisms among individuals with SCI with adjustment disorder. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 1-10.

35- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

36- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 610-617.