



Predictors of Suicidal Behavior with Emphasis on Protective Factors and Risk Factors among Prisoners

Seyed Ali Kazemi Rezaei¹, Leyly Ramezan Saatchi^{2*}, Mehdi Rahimi³, Saadolah Moradi⁴

1- PhD in Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2- Researcher of Law and Psychology, Research Institute of Strategic Studies, Judiciary Research Institute, Tehran, Iran.

3- PhD in Cultural Management and Planning, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4- Head of Research Institute of Strategic Studies, Judiciary Research Institute, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Leyly Ramezan Saatchi, Researcher of Law and Psychology, Research Institute of Strategic Studies, Judiciary Research Institute, Tehran, Iran.

E-mail: l.saatchi@jri.ac.ir

Received: 14 March 2023

Accepted: 22 July 2023

Abstract

Introduction: Identifying factors affecting the tendency to risky behaviors is important and necessary, which can be useful in reducing these behaviors. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the predictors of suicidal behavior with an emphasis on protective factors and risk factors among prisoners.

Method: The method of this research is a descriptive correlation. The statistical population in this research includes the prisoners of Kermanshah Central Prison (Dizil Abad) in the first 6 months of 2022, 250 people who met the criteria for entering the present study and declared their readiness to fill out the research instruments were selected by convenience sampling method and answered to Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RIS), The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R), Schizotypal Trait questionnaire-B form (STB). After collecting the questionnaires, the collected data were analyzed using multiple regression analysis. After collecting the questionnaires, the collected data were analyzed using the multiple regression test simultaneously.

Results: The results showed that Borderline personality symptoms ($\beta=0.496$, $P=0.21$), Symptoms of antisocial disorder ($\beta=0.144$, $P=0.001$), and Resilience ($\beta = -0.217$, $P=0.005$) provide a meaningful explanation of the suicidal behavior of prisoners. Also, none of the components of social support provide a meaningful explanation of the suicidal behavior of prisoners.

Conclusions: Based on the results of this research, borderline and antisocial personality disorders, and resilience can play a central role in suicide attempts. Since timely educational and rehabilitation interventions can save time and treatment costs, it is suggested that after identifying prisoners at risk of committing suicide, these prisoners are separated from other prisoners and in classes and training sessions with Emphasis on psychotherapy based on dialectical behavior therapy and psychotherapy based on mentalization and training based on resilience, which has empirical evidence for these disorders, with the aim of preventing suicide attempts.

Keywords: Personality disorders, Resilience, Social support, Suicide.



پیش بینی کننده های اقدام به رفتار خودکشی با تاکید بر عوامل محافظت کننده و عوامل خطر در بین زندانیان

سیدعلی کاظمی رضایی^۱، لیلی رمضان ساعتچی^{۲*}، مهدی رحیمی^۳، سعداله مرادی^۴

۱- دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲- پژوهشگر حقوق و روان شناسی، پژوهشکده مطالعات راهبردی، پژوهشگاه قوه قضاییه، تهران، ایران.

۳- دکتری مدیریت و برنامه ریزی فرهنگی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴- سرپرست پژوهشکده مطالعات راهبردی، پژوهشگاه قوه قضاییه، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: لیلی رمضان ساعتچی، پژوهشگر حقوق و روان شناسی، پژوهشکده مطالعات راهبردی، پژوهشگاه قوه قضاییه، تهران، ایران.

ایمیل: lsaatchi@jri.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۴

چکیده

مقدمه: شناسایی عوامل موثر بر گرایش به رفتارهای پرخطر امری مهم و ضروری است که می تواند در کاهش اقدام به این رفتارها مفید باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش بینی کننده های اقدام به رفتار خودکشی با تاکید بر عوامل محافظت کننده و عوامل خطر در بین زندانیان انجام شد.

روش کار: روش این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی می باشد. جامعه آماری در این پژوهش شامل زندانیان زندان مرکزی کرمانشاه (دیزل آباد) در ۶ ماه نخست سال ۱۴۰۱ بود که به روش نمونه گیری در دسترس ۲۵۰ نفر که ملاک های ورود به پژوهش حاضر را احراز و جهت پرکردن ابزارهای پژوهش اعلام آمادگی کردند انتخاب شدند و به پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (MCMI)، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)، مقیاس تاب آوری (CD-RIS)، پرسشنامه رفتارهای خودکشی- تجدید نظر شده (SBQ-R) و مقیاس شخصیت مرزی (STB) پاسخ دادند. پس از گردآوری پرسشنامه ها، داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد علائم شخصیت مرزی ($\beta = 0/496, P = 0/21$)، علائم اختلال ضداجتماعی ($\beta = 0/144, P = 0/001$) و تاب آوری ($\beta = -0/217, P = 0/005$) تبیین معناداری از رفتارهای خودکشی زندانیان ارائه می کنند. افزون بر این، هیچ یک از مولفه های حمایت اجتماعی تبیین معناداری از رفتارهای خودکشی زندانیان ارائه نمی کنند.

نتیجه گیری: براساس نتایج این پژوهش، اختلالات شخصیت مرزی و ضد اجتماعی و تاب آوری می توانند نقش محوری در اقدام به خودکشی ایفا کنند. از آنجایی که انجام مداخله های آموزشی و توان بخشی به موقع می تواند باعث صرفه جویی در وقت و هزینه های درمانی شود پیشنهاد می شود پس از شناسایی زندانیان در معرض خطر اقدام به خودکشی این زندانیان از سایر زندانیان جدا شده و در کلاس ها و جلسات آموزشی و پرورشی با تاکید بر روان درمانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی و روان درمانی مبتنی بر ذهنی سازی و آموزش های مبتنی بر تاب آوری که دارای شواهد تجربی برای این اختلالات می باشد با هدف پیشگیری از اقدام به خودکشی شرکت کنند.

کلیدواژه ها: اختلالات شخصیت، تاب آوری، حمایت اجتماعی، خودکشی.

خطر قریب‌الوقوع بالا هستند، اما ممکن است کم خطر به نظر برسند زیرا احساس آرامش و به طور بالقوه بهبود خلق و خوی خود را تجربه می‌کنند، زیرا پایان رنج خود را می‌بینند و احساس کنترل می‌کنند. کامینگز و کامینگز (۳) پیشنهاد می‌کنند که به جای آرامش، هوشیارتر باشیم و به دقت مراقب هر نشانه‌ای مبنی بر اینکه فرد تصمیم گرفته است به زندگی خود پایان دهد، باشیم. همچنین، برایان (Bryan) و همکاران (۴) به این نتیجه رسیدند که افراد در امتداد زنجیره خطر از افکار خودکشی به برنامه ریزی (۲۳٪) و از ایده به اقدام (۲۹٪) حرکت می‌کنند، که اکثر اقدام‌های خودکشی در طول سال اول پس از شروع افکار خودکشی رخ می‌دهد.

به منظور پیشگیری از رفتارهای پرخطر در زندانیان از قبیل خودکشی و خودآسیبی عمدی شناسایی عوامل بازدارنده و تسهیل کننده کمک کننده است. در پژوهش‌های قبلی عوامل متعددی از جمله سن، جنسیت، بیماری‌های روانپزشکی، بیماری‌های جسمی و سوءمصرف مواد به عنوان عوامل خطر اقدام به خودکشی مورد توجه قرار گرفته‌اند. در حالیکه اختلالات شخصیت (Personality disorders) به عنوان عوامل خطر کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند.

یکی از نابهنجاری‌های روانی شایع در انسان، اختلال‌های شخصیت است. اختلال شخصیت شکل بیمارگونه، انعطاف ناپذیر و ناسازگارانه مجموعه صفات یا عوامل شخصیتی هستند (۵). آیزنک معتقد است که ترکیب شرایط محیطی و عوامل عصب شناختی و شخصیتی باعث به وجود آمدن انواع مختلف جرم می‌شود. این فرضیه دلالت دارد بر اینکه برخی شخصیت‌ها بیش از برخی دیگر مستعد ارتکاب جرم هستند. طبق نظریه آیزنک، شخصیت به عنوان عامل اصلی رفتار جنایی نقش تعیین کننده در ایجاد جرم و جنایت دارد و مطالعه آن تنها روش منظم برای تبیین رفتار جنایی است (۶). پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که بیش از ۹ میلیون نفر در جهان زندانی هستند که نزدیک به نیمی از آن‌ها مبتلا به اختلال‌های شخصیت، به ویژه اختلال شخصیت ضداجتماعی و مرزی‌اند (۷). همچنین پژوهش‌های آراسته و شریفی سقز (۸) نشان داد ۵۵/۸ درصد نمونه‌های مورد مطالعه در زندان مرکزی سنجند دارای یکی از انواع اختلالات شخصیت بودند. که در این میان اختلال شخصیت ضداجتماعی (Antisocial personality disorder)

مدت هاست که مرگ و میر ناشی از خودکشی در میان زندانیان (Prisoners) با نرخ بالاتری نسبت به جمعیت عمومی در سنین مشابه اتفاق می‌افتد در این راستا فیصل (Fazel) و همکاران در پژوهشی که در ۲۴ کشور با درآمد بالا در سال‌های ۲۰۱۷-۲۰۱۳ انجام دادند، یافته‌های پژوهشی آنها نشان داد میزان خودکشی در زندانیان مرد ۳ تا ۸ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است، در حالی که این میزان در زندانیان زن معمولاً بیش از ۱۰ برابر بیشتر بود (۱). اکثر کسانی که گرایش به خودکشی (Suicide) دارند، در اصل نمی‌خواهند بمیرند، آنها صرفاً می‌خواهند به درد و رنج‌شان (واقعی یا خیالی) پایان دهند و به عبارتی، نیازمند کمک هستند. خودکشی مرگی است که آگاهانه و از روی عمد برای نابودسازی خود صورت می‌گیرد که به اصطلاح خودکشی موفق نامیده می‌شود. در صورتی که عمل اقدام به خودکشی انجام گیرد، ولی منجر به مرگ نشود، آن را اقدام به خودکشی یا خودکشی ناموفق می‌نامند که معمولاً توصیف کننده کسانی است که گاهی زمینه را طوری فراهم می‌سازند که نجات پیدا کنند، هرچند در پاره‌ای از موارد ممکن است فریادرسی وجود نداشته باشد (۲).

کامینگز و کامینگز (Cummings and Cummings) (۳) خودکشی را یک فرآیند سه مرحله‌ای می‌دانند و در مورد ارتباط مداخلات روان‌شناختی به موقع بحث می‌کنند. آنها پیشنهاد می‌کنند که مرحله ۱ مرحله «ایده پردازی» است، که طی آن فرد بیشتر و بیشتر به خودکشی فکر می‌کند. با این حال، ترس از خودکشی هنوز بر جذابیت آن بیشتر است. ممکن است فرد به افکار تاریکی فکر کند (خانواده من بدون من وضعیت بهتری خواهند داشت) اما هنوز شروع به تدوین برنامه خاصی نکرده است. افراد در مرحله ۱ در معرض خطر حاد نیستند. درمان روان‌شناختی مفید خواهد بود و ممکن است کافی باشد. این مرحله ممکن است به طور نامحدود ادامه یابد یا ممکن است به مرحله ۲ افزایش یابد. مرحله ۲ مرحله «برنامه ریزی» است که طی آن فرد شروع به تدوین یک برنامه خاص برای خودکشی می‌کند. ممکن است دوستان و خانواده متوجه کاهش خلق و خوی فرد یا کناره‌گیری او شوند. افراد در مرحله ۲ نیاز اساسی به مراقبت روان‌شناختی موثر دارند. مرحله ۳ «خودکشی» زمانی شروع می‌شود که فرد تصمیم می‌گیرد به زندگی خود پایان دهد. افراد در مرحله ۳ در معرض

و اختلال شخصیت مرزی (Borderline personality disorder) در میان زندانیان مورد مطالعه شیوع بیشتری داشت. اختلالات شخصیت همچنین فاکتور پیشگویی کننده ای برای دیگر اختلالات روانپزشکی (همانند سوء مصرف مواد، خودکشی، اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی و...) است (۹).

از سویی دیگر، بسیاری از زندانیان علی رغم دارا بودن عوامل خطر مختلف اقدام به خودکشی نمی کنند، زیرا عوامل محافظت کننده به عنوان عوامل بازدارنده باعث کاهش شیوع رفتارهای پرخطر می شوند. در این راستا، در پژوهش های مختلف به نقش عوامل محافظت کننده در اقدام به خودکشی در زندانیان کمتر توجه شده است. از جمله عوامل موثر در محافظت از زندانیان در اقدام به رفتارهای پرخطر می توان به نقش موثر عوامل روان شناختی از جمله حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب آوری اشاره کرد.

حمایت اجتماعی (social support) به عنوان میزان برخورداری فرد از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. حمایت اجتماعی ادراک شده بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد (۱۰). در پژوهش هیرچ و بارتون (Hirsch & Barton) (۱۱) نشان داده شده است که میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، نقش مهمی در میزان بروز افکار و رفتارهای خودکشی دارد. همچنین، رشید و همکاران (۱۲)، در پژوهشی بیان نمودند بین مولفه حمایت اجتماعی ادراک شده به ویژه حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده و دوستان با افکار و رفتارهای خودکشی همبستگی معناداری وجود دارد. حمایت اجتماعی به عنوان عاملی در جهت کاهش درماندگی روان شناختی به هنگام تجربه رویداد فشارزا شناخته شده، ممکن است به ویژه در کاهش درماندگی افراد آسیب پذیر سودمند واقع شود (۱۳). افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند از سلامتی بیشتری بهره مند هستند، در واقع سلامتی افراد متأثر از میزان دریافت حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی، صرف نظر از این که فرد تحت تاثیر تنش و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این امر، اثرات سودمندی بر سلامتی دارد (۱۴).

یکی دیگر از عواملی که در محافظت در برابر رفتارهای پرخطر نقش دارد تاب آوری است. تاب آوری به عنوان

اطمینان فرد به توانایی هایش برای غلبه بر تنیدگی، داشتن توانایی های مقابله ای، عزت نفس، ثبات عاطفی و ویژگیهای فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می دهد تعریف شده است (۱۵). به عبارت دیگر، تاب آوری به مجموعه ای از ویژگیهای شخصیتی و سبک های مقابله گفته می شود که معمولا در مواجهه و تحمل شرایط سخت زندگی موثرند. افراد تاب آور افرادی هستند که منبع کنترل شان درونی است، خوش بین هستند و تصویر مثبتی از خودشان دارند و ویژگیهای تاب آوری در کل با سلامت جسمی و روانی بالاتر رابطه دارد (۱۶). شواهدی پژوهشی نشان می دهد که تاب آوری می تواند تاثیر تجارب منفی و ضربه های روانی دوران کودکی را بر روی اقدام به خودکشی کاهش دهد و افراد با نمره بالاتر در تاب آوری با احتمال کمتری سابقه اقدام به خودکشی دارند (۱۷). علاوه بر این در پژوهشی که بر روی ۴۱ بیمار که سابقه اقدام به خودکشی داشتند پژوهشگران به این نتایج رسیدند که بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده اند به صورت قابل ملاحظه ای نمره پایینی را در تاب آوری در مقایسه با بیمارانی که هرگز اقدام به خودکشی نکرده اند به دست آورده اند. این پژوهشگران همچنین بیان کرده اند که وجود تاب آوری پایین با بروز افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه ارتباط دارد (۱۸).

برای پیشگیری از عواقب ناخوشایند اقدام به خودکشی در زندانیان نیاز به بررسی عواملی است که در ایجاد (عوامل خطر) یا جلوگیری (عوامل محافظت کننده) از این رفتارها نقش دارند. پژوهش حاضر، با بررسی عوامل خطر و محافظت کننده زندانیان در برابر اقدام به خودکشی، زمینه برنامه ریزی مناسب برای اقدامات بعدی توسط نهادهای مسئول (شناسایی زندانیانی که در معرض اقدام به خودکشی هستند با استفاده از روش های غربال گری برای انجام اقدامات پیشگیرانه در افراد مبتلا و درمان) و دستیابی به شناخت علمی در این زمینه کمک می نماید. این شناخت می تواند در برنامه ریزی های اقتصادی-اجتماعی و سلامتی و نیز پیدا کردن راهکارها و سیاست های مناسب برای حل معضلات و مشکلات روانی این افراد توسط سازمان زندان ها و اقدامات تامینی و تربیتی به کار گرفته شود، که متعاقباً باعث کاهش وقوع اقدام به رفتارهای پرخطر در زندانیان می شود. بنابراین، با توجه به پژوهش های اندکی که در این زمینه در جامعه زندانیان انجام شده است پژوهش

۱۸ سال به بالا استفاده می شود. الگوهای بالینی شخصیت در آزمون بالینی چند محوری میلیون ۳، شامل ۱۱ زیر مقیاس به شرح زیر است: شخصیت اسکیزوئید، دوری گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خوشیفته، ضداجتماعی، آزارگر-دیگر آزار، منفی گرا و شخصیت آزارگر-خودآزار. این آزمون در ایران ۲ بار هنجاریابی شده است. نسخه دوم این آزمون یک بار در شهر تهران به وسیله خواجه موگهی ترجمه و در سال ۱۳۷۲ هنجاریابی شده است و نسخه سوم آن در شهر اصفهان به وسیله شریفی در سال ۱۳۸۱ هنجاریابی شده است. ضریب پایایی مقیاس های ام.سی.ام.آی برای خرده مقیاس های نشانگان بالینی و الگوهای بالینی شخصیت و کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به دست آمده است (۱۹). در پژوهش حاضر از خرده مقیاس اختلال شخصیت ضداجتماعی و نمایشی پرسشنامه میلیون استفاده شد.

۲. مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS): این مقیاس توسط زمیت (Zemet) و همکاران در سال ۱۹۸۸ برای ارزیابی ادراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی آزمودنی ساخته شده است. این ابزار یک مقیاس خودگزارشی ۱۲ عبارتی است که شامل ۳ خرده مقیاس حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی می شود که هر کدام دارای ۴ عبارت است. نمره گذاری براساس ۱ تا ۵ و از به شدت مخالف تا به شدت موافق انجام می شود. افرادی که نمره کمتر از ۳۰ دریافت کنند، حمایت اجتماعی کمی از جانب اطرافیان خود دریافت می کنند (۲۰). برای ارزیابی پایایی بروئر و همکاران این ابزار را در یک نمونه ۷۸۸ نفری از نوجوانان دبیرستانی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ برای خرده مقیاس ها و ۰/۸۶ برای کل ابزار گزارش کرده اند (۲۱). در ایران نیز سلیمی و همکاران برای محاسبه ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی، این آزمون را روی ۴۳۶ دانشجو (۲۲۵ دختر و ۲۱۱ پسر) از دانشگاه های شیراز اجرا کرده اند، که به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۲ و ۰/۸۲ ذکر نموده اند (۲۲).

۳. مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون (Connor and Davidson Resilience Scale): در سال ۲۰۰۳ توسط کانر و دیویدسون تدوین شده است و برای افراد بالای ۱۵ سال قابل اجرا است. این مقیاس ۲۵ عبارت دارد که در

حاضر با هدف بررسی پیش بینی کننده های اقدام به رفتار خودکشی با تاکید بر عوامل محافظت کننده و عوامل خطر در بین زندانیان انجام شد.

روش کار

این مطالعه در چهارچوب پژوهش های توصیفی و از نوع همبستگی قرار می گیرد. جامعه آماری در این پژوهش شامل زندانیان زندان مرکزی کرمانشاه (دیزل آباد) در ۶ ماه نخست سال ۱۴۰۱ بود که به روش نمونه گیری در دسترس ۲۵۰ نفر که ملاک های ورود به پژوهش حاضر را احراز و جهت پرکردن ابزارهای پژوهش اعلام آمادگی کردند انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: تسلط به زبان رسمی، داشتن سواد خواندن و نوشتن و معیارهای خروج از نمونه شامل، تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود. با مراجعه به زندان مرکزی و هماهنگی با روانشناسان مشغول به خدمت در زندان جهت گردآوری داده ها اقدام گردید. پس از ارائه توضیحات کامل و روشن در مورد اهداف و روش انجام پژوهش و تایید در خصوص محرمانه بودن اطلاعات برای زندانیانی که در کلاس های آموزشی حضور داشتند، به آنها گفته شد در صورتی که تمایل به شرکت در پژوهش را دارند در پژوهش شرکت کنند، پس از کسب رضایت شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش در ادامه پرسشنامه ها در اختیار آنها قرار گرفت، در صورت داشتن ابهام یا پرسشی در مورد سوالات به خواسته آنها پاسخ داده شد. با یک سری سوالات جمعیت شناختی سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، سابقه مصرف مواد و علت زندانی شدن سنجیده شد. همچنین جهت رعایت اخلاق پژوهش از آنها خواسته شد چنانچه رضایت کامل نداشتند هر زمان که بخواهند می توانند با میل خود از همکاری صرف نظر کنند. این احتمال وجود داشت که شرکت کنندگان سابقه اقدام به خودکشی را پنهان کنند برای کاهش این مساله پژوهشگر و روانشناس زندان به شرکت کنندگان درباره محرمانه ماندن اطلاعاتشان اطمینان داده شد. جهت جمع آوری داده ها از ابزارهای ذیل استفاده گردید.

۱. آزمون بالینی چندمحوری میلیون ۳ (Millon Clinical Multi-axial questionnaires 3 (MCMI-III): یک مقیاس خودسنجی است و برای تصمیم گیری بالینی است. این آزمون دارای ۱۷۵ گویه بلی/خیر است. ۱۱ الگوی بالینی شخصیت و نشانگان بالینی را می سنجد و برای بزرگسالان

۵. **مقیاس شخصیت مرزی (Schizotypal Trait questionnaire-B form):** این پرسشنامه دارای ۲۲ سوال بوده و هدف آن ارزیابی اختلال شخصیت مرزی از ابعاد مختلف است. این پرسشنامه دارای سه بعد بوده عامل ناامیدی سوالات (۷-۱)، عامل تکانشگری سوالات (۱۶-۸) و عامل علائم تجزیه ای و پارانیویدی وابسته به استرس سوالات (۲۲-۱۷) می باشد. طیف پاسخگویی آن بدین صورت است که به هر گزینه بلی یک نمره و به هر گزینه خیر صفر نمره تعلق می گیرد. برای به دست آوردن نمره کلی پرسشنامه، مجموع نمرات همه سوالات با هم جمع می شوند نمره کلی بین ۰ تا ۲۲ است. نمره بین ۰ تا ۷ احتمال اینکه فرد شخصیت مرزی باشد کم است. نمره بین ۷ تا ۱۵ احتمال اینکه فرد شخصیت مرزی باشد متوسط است و نمره بین ۱۵ تا ۲۲ احتمال اینکه فرد شخصیت مرزی باشد زیاد است (۲۸). جکسون و کلاریج (۲۹) ضریب پایایی بازآزمایی را برای STB، ۰/۶۱ گزارش کرده اند.

یافته ها

در این پژوهش گروه نمونه شامل تعداد ۲۵۰ نفر از زندانیان مرد زندان مرکزی کرمانشاه (زندان دیزل آباد) بود. میانگین سن افراد ۳۴/۷۳ و انحراف معیار سن ۹/۲۸۴ بود. از نظر تحصیلات ۲۶ نفر (۱۰/۴ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، ۷۲ نفر (۲۸/۸ درصد) دارای تحصیلات سیکل، ۱۰۰ نفر (۴۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۴۸ نفر (۱۹/۲ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی و ۴ نفر (۱/۶ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. توزیع پاسخ دهندگان برحسب سابقه ی مصرف مواد ۱۶۰ نفر (۶۴ درصد) دارای سابقه مصرف و ۹۰ نفر (۳۶ درصد) فاقد سابقه ی مصرف بودند. از نظر علت زندانی شدن ۹۴ نفر (۳۷/۶ درصد) به دلیل سرقت، ۳۰ نفر (۱۲ درصد) به دلیل جرایم مرتبط با مواد مخدر، ۷۰ نفر (۲۸ درصد) به دلیل نزاع و درگیری، ۴۵ نفر (۱۸ درصد) به دلیل جرایم مالی و ۱۱ نفر (۴/۴ درصد) به دلیل مهریه حبس شده بودند.

پیش از آزمودن فرضیه های پژوهش مفروضه های نرمال بودن و عدم همخطی بررسی شد. محاسبه چولگی و کشیدگی هر یک از متغیرهای مشهود، روشی رایج برای ارزیابی نرمال بودن است. چو و بنتلر (Chou & Bentler) (۳۰) نقطه برش ۳± را برای مقدار چولگی مناسب می دانند. برای شاخص کشیدگی نیز به طور کلی مقادیر بیش از ۱۰±

طیف لیکرت پنج عامل، کاملاً نادرست (صفر) و همیشه درست (چهار) نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس به ترتیب صفر و ۱۰۰ می باشد و نمره بالا نشان دهنده تاب آوری بالای فرد است. طراحان این مقیاس گزارش کردند که این مقیاس از روایی محتوایی خوبی برخوردار است و ضریب شاخص روایی محتوایی آن ۸۶ درصد می باشد (۲۳). یو و همکاران در مطالعه ای بر روی ۲۹۱۴ تن از جوانان کشور چین روایی همگرایی این مقیاس را با مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده $r=0/44$ و پایایی آن با همسانی درونی آن به روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ $0/89$ گزارش شد (۲۴). در ایران ویژگیهای روان سنجی این مقیاس در مطالعه سعادت و همکاران در سال ۱۳۹۴ اندازه گیری شده است. روایی محتوایی ۸۵ درصد و میزان همسانی درونی آن به روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در ۲۸۵ تن از دانشجویان $0/89$ و ثبات با بازآزمایی به فاصله دو هفته آن $0/73$ محاسبه شده است (۲۵).

۴. **پرسشنامه رفتارهای خودکشی- تجدید نظر شده (Connor and Davidson Resilience Scale):** این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط عثمان و همکارانش ساخته شده است و از ۴ گویه تشکیل شده است. چهار گویه این پرسشنامه افکار و اقدام به خودکشی در طول زندگی، افکار خودکشی در یک سال گذشته، تهدید به خودکشی و احتمال ارتکاب خودکشی در آینده را می سنجد. نمره کل بیشتر نشان دهنده سطح بیشتری از تمایل فرد به خودکشی است. نمره برش این پرسشنامه ۷ است. افرادی که نمره ۷ یا بالاتر کسب کنند در معرض خطر خودکشی قرار دارند و افرادی که نمره کمتر از ۷ کسب کنند در معرض خودکشی قرار ندارند (۲۶). در پژوهش اصلی ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه در نوجوانان دارای مشکل روانپزشکی $0/88$ و در نوجوانان عادی $0/87$ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه در بزرگسالان دارای مشکل روانپزشکی $0/76$ و در بزرگسالان عادی $0/76$ به دست آمد. از سوی دیگر روایی همزمان پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه ناامیدی بک (BHS) مورد ارزیابی قرار گرفته و تایید شد (۲۶). در ایران نیز این پرسشنامه در چند پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. در مطالعه کیانی چلمردی، رشید و رضانی (۲۷) همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و $0/80$ به دست آمد.

سیدعلی کاظمی رضایی و همکاران

کرد. همچنین، برای شناسایی داده‌های پرت تک متغیری برای متغیرهای مشهود، از جدول فراوانی و نمودار جعبه ای استفاده شد و برای شناسایی داده های پرت چندمتغیری، فاصله های ماهالانوبیس (mahalanobis distance) برای هر فرد محاسبه شد که در نتیجه هیچ یک از شرکت کنندگان از تحلیل حذف نشدند. جدول ۱- میانگین و انحراف معیار و آماره های نرمال بودن شامل کجی و کشیدگی را نشان می دهد.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
رفتار خودکشی	۹/۷۹	۵/۷۶	۰/۴۱	-۰/۹۹
حمایت اجتماعی	۱۹/۶۰	۶/۴۳	-۰/۴۹	-۰/۹۴
حمایت خانوادگی	۱۹/۲۷	۶/۴۲	-۰/۵۶	-۰/۴۹
حمایت دوستان	۱۴/۷۶	۶/۳۶	۰/۰۸	-۰/۸۳
ضداجتماعی	۱۰/۱۲	۳/۱۸	-۰/۱۹	۰/۲۸
اختلالات شخصیتی	۹/۸۳	۳/۱۱	۰/۰۵	-۰/۲۵
نمایشی	۱۱/۵۵	۴/۸۸	-۰/۳۲	-۰/۱۰
تاب آوری	۷۹/۴۴	۱۸/۵۰	۰/۰۴	-۰/۱۰

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. بین شخصیت ضد اجتماعی ($P < ۰/۰۱$)، شخصیت مرزی ($r = ۰/۵۴۴$, $P < ۰/۰۱$) و شخصیت نمایشی ($r = ۰/۲۲۱$, $P < ۰/۰۱$) با خودکشی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. بین تاب آوری ($r = -۰/۲۱۷$, $P < ۰/۰۱$) با خودکشی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. بین

در مدلیابی معادلات ساختاری مسئله آفرین است (۳۱). مقادیر بدست آمده برای چولگی و کشیدگی متغیرها حاکی از تحقق پیش فرض نرمال بودن در متغیرهای پژوهش بود. در ادامه برای سنجش مفروضه‌ی عدم هم خطی از شاخص های تحمل (Tolerance) و عامل تورم واریانس (VIF) استفاده شد. نتایج نشان داد هیچ یک از مقادیر مربوط به شاخص تحمل کمتر از ۰/۱۰ و هیچ یک از مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس (VIF) بیشتر از ۱۰ نبود، بر این اساس می توان نسبت به مفروضه عدم همخطی نیز اطمینان حاصل

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین اختلالات شخصیت، تاب آوری و حمایت اجتماعی با خودکشی

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- خودکشی	۱					
۲- شخصیت ضد اجتماعی	۰/۳۴۹**	۱				
۳- شخصیت مرزی	۰/۵۴۴**	۰/۴۴۹**	۱			
۴- شخصیت نمایشی	۰/۲۲۱**	۰/۴۲۵**	۰/۴۰۴**	۱		
۵- تاب آوری	۰/۲۱۷**	-۰/۱۷۸**	-۰/۳۳۳**	-۰/۰۸۰	۱	
۶- حمایت اجتماعی	-۰/۰۲۲	-۰/۰۹۲	-۰/۱۷۶**	-۰/۱۳۰*	۰/۴۲۳**	۱

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

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که علائم شخصیت مرزی ($\beta = ۰/۴۹۶$, $p = ۰/۲۱$) و علائم شخصیت اختلال ضداجتماعی ($\beta = ۰/۱۴۴$, $p = ۰/۰۰۱$) تبیین معناداری از رفتارهای خودکشی دارند. همچنین، هیچ یک از مولفه های زندانیان ارائه می کنند.

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که علائم شخصیت مرزی ($\beta = ۰/۴۹۶$, $p = ۰/۲۱$) و علائم شخصیت اختلال ضداجتماعی ($\beta = ۰/۱۴۴$, $p = ۰/۰۰۱$) تبیین معناداری از رفتارهای خودکشی دارند. همچنین، هیچ یک از مولفه های زندانیان ارائه می کنند.

جدول ۳: ضرایب رگرسیون علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی، حمایت اجتماعی و تاب آوری در رفتارهای خودکشی زندانیان

P	T	ضرایب استاندارد			متغیرها
		β	SE	b	
۰/۵۰۱	-۰/۶۷۳	-۰/۰۴۱	۰/۱۱	-۰/۰۷۴	نمایشی
۰/۰۲۱	۲/۳۲	۰/۱۴۴	۰/۱۱۵	۰/۲۶۷	ضد اجتماعی
۰/۰۰۱	۸/۰۷۶	۰/۴۹۶	۰/۰۷۳	۰/۵۸۶	مرزی
۰/۰۵۹	۱/۸۹۵	-۰/۱۵۲	۰/۰۷۲	۰/۱۳۶	حمایت اجتماعی
۰/۰۶۱	-۱/۸۸۴	-۰/۱۵۱	۰/۰۷۲	-۰/۱۳۵	حمایت خانوادگی
۰/۵۹۸	-۰/۵۲۸	-۰/۰۳۵	۰/۰۶	-۰/۰۳۱	حمایت دوستان
۰/۰۰۱	۱۲/۲۸۴	۰/۰۴۳	۰/۰۴۷	۰/۲۱۷	تاب آوری

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش بینی کننده های اقدام به خودکشی با تاکید بر عوامل محافظت کننده و عوامل خطر در بین زندانیان انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که علائم شخصیت مرزی ($\beta=۰/۴۹۶$ ، $P=۰/۰۲۱$) و علائم شخصیت اختلال ضداجتماعی ($\beta=۰/۱۴۴$ ، $P=۰/۰۰۱$) تبیین معناداری از رفتارهای خودکشی زندانیان ارائه می کنند. در رابطه با نقش اختلال شخصیت مرزی در پیش بینی رفتار خودکشی، یافته های پژوهش حاضر همخوان با یافته های پژوهش های فریدمن (Friedman) و همکاران (۳۲) و تریزی-آنسال و کاپاسی (Terzi-Unsal & Kapci) (۳۳) است. شخصیت ضداجتماعی در پژوهشهای مختلف از جمله آقانو (Aghanwa) (۳۴) با گرایش و اقدام به خودکشی مرتبط بوده است. وازرمن (Vasserman) (۳۵) دلایل گرایش به خودکشی در افراد با اختلالات شخصیت ضداجتماعی را عدم احساس مسئولیت، استیصال در برابر قانون، عدم آینده نگری و بردسکی (Brodsky) و همکاران (۳۶) فقدان هدف های واقعی درازمدت، عدم وجود تفکر معطوف به آینده مثبت، عدم تنظیم هیجانی و تکانشی بودن می دانند. در تبیین این یافته ها و در رابطه با ارتباط ویژگیهای شخصیت مرزی و ضداجتماعی در اقدام به رفتار خودکشی چند عامل را می توان ذکر کرد: این اختلال ها با شدت هیجانات منفی ارتباط دارد و افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به دنبال فرار از احساسات دردناک هستند، این گروه از افراد ممکن است از روش های مختلف از جمله سوء مصرف مواد مخدر و آسیب زدن به خود برای به حداقل رساندن دردهای خود استفاده کنند. رفتارهای خودآسیبی عمدی مکرر و سوء مصرف مواد هر دو به عنوان عوامل خطر

اقدام به خودکشی در نظر گرفته شده است. توضیح دیگر برای دلایل تمایل به خودکشی در میان افراد با اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی عنصر تکانشگری است. افراد تکانشی تمایل به انجام یک کار بدون فکر کردن در مورد عواقب ناشی از آن دارند، این مشکل خطر افزایش خودکشی و خودآسیبی عمدی را در این افراد در پی دارد. تبیین دیگری که می توان در این رابطه مطرح کرد سوء مصرف مواد مخدر در این گروه از افراد است. به عبارت دیگر سوء مصرف مواد، اختلال شخصیت مرزی و تکانشگری با خطر بالا برای اقدام به خودکشی همراه است. علاوه بر این افراد با اختلال شخصیت مرزی ممکن است تجربه از دست دادن دوستان، حمایت خانواده و... را تجربه کنند و به دلیل ترس از بی ثباتی زندگی خود با دیگران ارتباط صمیمانه برقرار نکنند. این رفتار منجر به محرومیت اجتماعی و انزوا می شود که خود به عنوان یک عامل خطر مهم برای خودکشی محسوب می شود (۳۷).

یافته های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که هیچ یک از مولفه های حمایت اجتماعی تبیین معناداری از رفتارهای خودکشی زندانیان ارائه نمی کنند. به طور سنتی، شواهد پژوهشی نشان می دهد که محیط منزوی حبس منجر به از دست دادن حمایت اجتماعی می شود و به مرگ در اثر خودکشی در بین زندانیان کمک می کند (۳۸). دموت و ترستون (De Motte, Thurston) (۳۹) در پژوهش خود نشان دادند که که حمایت اجتماعی برای کاهش افکار خودکشی در مردان زندانی موثر است. ۲۹ درصد از زندانیان که بیش از ۲۸ روز را در زندان گذرانده بودند و بر اثر خودکشی جان باختند، در طول دوران محکومیت خود هیچ ملاقات اجتماعی نداشتند. همچنین، پرت و فاستر (Pratt & Foster) (۴۰) در پژوهش خود نشان دادند که حمایت اجتماعی برای کاهش

در نهایت نتایج نشان داد که تاب آوری ($\beta=0/217, P=0/005$) تبیین معناداری از رفتارهای خودکشی زندانیان ارائه می کند. این یافته همسو با نتایج پژوهش های پیترزاک (Pietrzak) و همکاران (۴۸)، فرایبورگ (Friborg) (۴۹) و ماتسن (Masten) و همکاران (۵۰) می باشد. همچنین آیسیه (Aisyah) (۵۱) در پژوهش خود نشان داد هر چه زندگی زندانیان معنی دارتر باشد، تاب آوری بیشتری دارند و بالعکس، هر چه معنای زندگی زندانیان کمتر باشد، تاب آوری کمتری دارند. در تبیین این یافته ها می توان گفت که افراد دارای تاب آوری بالا، می توانند بر انواع اثرات ناگوار غلبه نمایند. افراد با تاب آوری پایین ممکن است در برخورد با رویدادهای استرس زا از راهبردهای مقابله ای واپس رونده استفاده کنند؛ این افراد ممکن است به انفعال و روی گردانی و یا به طور کلی به کناره گیری رفتاری و شناختی تمایل پیدا کنند. در واقع تاب آوری به عنوان یک سپر محافظ در برابر عوامل استرس زا عمل می کند (۵۲). در واقع، افراد تاب آور در مقابل شرایط فشارزا و آسیب زا مقاومت بیشتری از خود نشان می دهند آنها در مقابل عوامل فشارزا و مسائل زندگی مقاومت کرده این مقاومت به فرد انگیزه و امید بیشتری برای زندگی می دهد، افراد تاب آور دید مثبتی نسبت به حل مشکلات داشته و به جای ناامید شدن به فکر راه حل می باشند که این موضوع باعث نگرش مثبت تر آنها به زندگی و متعاقباً نگرش منفی تر به خودکشی می شود. در عین حال یکی از ویژگیهای افراد تاب آور انعطاف پذیری شناختی بالای آنهاست. افراد دارای تاب آوری نسبت به افراد فاقد آن رویدادهای منفی را به صورت انعطاف پذیرتر و واقع بینانه تر می بینند و مشکلات را موقتی و محدود می دانند. افراد تاب آور موقعیت های سخت را به عنوان موقعیت هایی قابل کنترل می بینند که با نومیادی کمتر، یاس کمتر در دستیابی به خواسته ها، اطمینان بیشتر به آینده، بدبینی کمتر و مجموعه انتظارات مثبت نسبت به آینده همراه است. بنابراین به نظر می رسد که افراد با تاب آوری پایین موقعیت خود را غیرقابل کنترل در نظر می گیرند (۵۳).

نتیجه گیری

براساس نتایج این پژوهش، اختلالات شخصیت مرزی و ضد اجتماعی و تاب آوری می توانند نقش محوری در اقدام به خودکشی ایفا کنند. از آنجایی که انجام مداخله های آموزشی و توان بخشی به موقع می تواند باعث صرفه جویی

افکار خودکشی در زندانیان مرد در بریتانیا موثر است. شواهد پژوهشی نشان می دهد که هر چه افراد بیشتر از در دسترس بودن شبکه حمایت اجتماعی خود آگاه باشند، کمتر افکار خودکشی را تجربه می کنند. یافته های مشابهی در میان ساکنان زندان در بلژیک، ایالات متحده، هلند و آلمان مشاهده شده است (۴۱). در مقابل، مردانی که اقدام به خودکشی تقریباً کشنده در زندان کرده اند، منابع کمتری از حمایت باکیفیت (چه خارجی و چه داخلی) داشتند و نسبت به مردانی که اقدام به خودکشی نکردند نامه، تماس های تلفنی و ملاقات های کمتری دریافت کردند (۴۲).

همسو با نتایج پژوهش حاضر کاراواکا سانچز (Caravaca Sánchez) و همکاران (۴۳) در پژوهش خود بر روی ۹۴۳ زندانی مرد ثبت نام شده از سه مرکز اصلاح و تربیت در اسپانیا نشان دادند که تقریباً از هر ۱۱ زندانی ۱ نفر در حین حبس اقدام به خودکشی کرده است. احتمال اقدام به خودکشی در زندانیان ۵۰ سال یا بالاتر و محکومیت طولانی تری بیشتر بود. یافته های پژوهش نشان داد حمایت اجتماعی ادراک شده با اقدام به خودکشی مرتبط نبود. به عبارت دیگر در پژوهش آنها شرکت کنندگانی که اقدام به خودکشی در زندان را گزارش کردند، نسبت به کسانی که اقدام به خودکشی نکردند، خود را دارای سطوح پایین تری از حمایت اجتماعی نمی دانستند. از سویی دیگر، شواهد پژوهشی اخیر نشان داده است که عضویت در خانواده تأثیر ناچیزی بر خطر خودکشی در مجرمان مرد زندانی دارد (۴۴). همچنین با توجه به پژوهش های اخیر در مورد بررسی تاریخچه تروما (trauma) و آسیب شناسی روانی در زندانیان (۴۵) آسیب های گذشته و آسیب های مرتبط با جرم با کاهش حمایت اجتماعی و افزایش تنهایی همراه است (۴۶). در تبیین این یافته ها می توان گفت ماهیت خود گزارشی اندازه گیری اقدام به خودکشی، نتایجی را که می توان از مطالعه ما به دست آورد، محدود می کند. از آنجایی که ابزارهای ارزیابی خطر خودکشی خود گزارشی، توانایی محدودی برای پیش بینی نتایج خودکشی نشان داده اند (۴۷). پژوهش های آینده ممکن است از سوابق پزشکی و عصب روان شناختی به منظور دستیابی به معیار عینی تری از اقدام به خودکشی استفاده کند. از سوی دیگر، ممکن است کمبود ادراک شده از حمایت اجتماعی یک عامل تعیین کننده قوی برای تکمیل خودکشی باشد اما در اقدام به خودکشی اهمیت کمتری دارد.

مطالعه است؛ استفاده از ابزارهای خوگزارش دهی می تواند در پاسخ های افراد اثرگذار باشد. توجه به پژوهش های کیفی و طولی و استفاده از سایر ابزارها در این زمینه می تواند به افزایش تعمیم پذیری و اعتبار یافته های پژوهش کمک کند. با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر مبنی بر روابط میان متغیرهای پژوهش می باشد و امکان کنترل و دستکاری آزمایشی در این گونه طرح ها وجود ندارد، تعمیم نتایج به سایر گروه ها باید با احتیاط انجام شود. نحوه تردد به زندان با توجه به شرایط امنیتی خاص زندان ها یکی از مهم ترین محدودیت های پژوهش حاضر بود. همچنین همکاری ضعیف زندانیان در تکمیل پرسشنامه ها از جمله محدودیت های مطالعه حاضر بود.

سیاسگزاری

از تمامی زندانیانی که در این پژوهش همکاری داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می کنیم. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب پژوهشگاه قوه قضاییه در تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۱ با کد ۵۱۴۳ می باشد.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

در وقت و هزینه های درمانی شود پیشنهاد می شود پس از شناسایی زندانیان در معرض خطر اقدام به خودکشی این زندانیان از سایر زندانیان جدا شده و در کلاس ها و جلسات آموزشی و پرورشی با تاکید بر روان درمانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی و روان درمانی مبتنی بر ذهنی سازی و آموزش های مبتنی بر تاب آوری که دارای شواهد تجربی برای این اختلالات می باشد با هدف پیشگیری از اقدام به خودکشی شرکت کنند. پیشنهاد می شود، کمیته ای متشکل از واحد بهداشت و درمان، فرهنگی و اشتغال در زندان تشکیل شود تا پس از شناسایی، غربالگری و آموزش افراد آسیب پذیر زمینه حضور و نحوه انجام فعالیت های اجتماعی آنها در زندان ها بررسی و مشخص گردد. عدم تناسب کادر بهداشت و درمان با آمار زندانیان از دیگر مشکلاتی است که اجرای کامل برنامه های این واحد را در زندان ها تحت شعاع قرار داده است؛ بنابراین پیشنهاد می شود ساختار تشکیلاتی بهداشت و درمان به ویژه روان شناسان و روان پزشکان تقویت شوند. همچنین، استفاده از ظرفیت امکانات سمعی و بصری واحد فرهنگی و تربیتی در زندان و ارائه آموزش های تصویری در قرنطینه ها در کاهش رفتارهای خودکشی موثر است. ماهیت مقطعی بودن پژوهش و تکیه بر ابزارهای خوگزارش دهی، یکی از محدودیت های این

References

1. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* 2017 4: 946-52-In figure 1 of this Article, the p values were not listed in the correct order. This correction has been made to the online version as of Dec 21, 2017.
2. Gordon KH. *The Suicidal Thoughts Workbook: CBT Skills to Reduce Emotional Pain, Increase Hope, and Prevent Suicide*. New Harbinger Publications; 2021 Jul 1.
3. Cummings NA, Cummings JL. *Refocused psychotherapy as the first line intervention in behavioral health*. Routledge; 2012 Aug 21. <https://doi.org/10.4324/9780203106815>
4. Bryan CJ, Bryan AO, May AM, Klonsky ED. Trajectories of suicide ideation, nonsuicidal self-injury, and suicide attempts in a nonclinical sample of military personnel and veterans. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2015 Jun;45(3):315-25. <https://doi.org/10.1111/sltb.12127>
5. Khosro R, Arezou Db, Fereydoon J. Investigating personality disorders among prisoners and identifying its related variables (a case study in lorestan central prison). *Rooyesh e ravanshenasi journal*. 2018 [cited 2021october10]; 6 (4): 171-196.
6. Levine SZ, Jackson CJ. Eysenck's theory of crime revisited: Factors or primary scales?. *Legal and Criminological Psychology*. 2004 Feb;9(1):135-52. <https://doi.org/10.1348/135532504322776906>
7. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The lancet*. 2002 Feb 16; 359 (9306):545-50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)
8. Araste M, Sharifi saghez B. Prevalence of psychiatric disorders in Sanandaj Central Prison prisoners. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2008; 10 (4):311-316.
9. Angstman K, Rasmussen NH. Personality disorders: review and clinical application in daily practice. *American family physician*. 2011

- Dec 1;84(11):1253-60.
10. Adler-Constantinescu C, Beșu EC, Negovan V. Perceived social support and perceived self-efficacy during adolescence. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013 May 13;78:275-9. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.04.294>
 11. Hirsch JK, Barton AL. Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behavior in college students. *Journal of American College Health*. 2011 Apr 8;59(5):393-8. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.515635>
 12. Rashid S, Kiani A, Khorramdel K, Mohammadnezhady B, Abdollahy B, Makaremi F. The relationship between perceived social support, perceived burdensomeness and thwarted belongingness with suicidal behavior in college students (the interpersonal-psychological theory for suicide). *pajoohande* 2016; 21 (4) :192-198.
 13. Hagiwara G, Iwatsuki T, Isogai H, Van Raalte JL, Brewer BW. Relationships among sports helplessness, depression, and social support in American college student-athletes. *Journal of Physical Education and Sport*. 2017 Jun 1;17(2):753.
 14. Uchino BN, Bowen K, Kent de Grey R, Mikel J, Fisher EB. Social support and physical health: Models, mechanisms, and opportunities. *Principles and concepts of behavioral medicine: A global handbook*. 2018:341-72. https://doi.org/10.1007/978-0-387-93826-4_12
 15. Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2011 May;56(5):258-65. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
 16. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003 Sep;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
 17. Roy A, Carli V, Sarchiapone M. Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal of affective disorders*. 2011 Oct 1;133(3):591-4. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.006>
 18. Roy A, Sarchiapone M, Carli V. Low resilience in suicide attempters. *Archives of Suicide Research*. 2007 Jun 14;11(3):265-9. <https://doi.org/10.1080/13811110701403916>
 19. Sharifi A, Molavi H, Namdari K. Diagnostic validity of the Millon Clinical Multiaxial Test 3. *Scholars in Psychology*. 2007; (34):27-38. [Persian].
 20. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988 Mar 1;52(1):30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
 21. Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive psychiatry*. 2008 Mar 1;49(2):195-201. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.09.002>
 22. Salimi A, Jokar B, Nikpour R. Internet communication in life: investigating the role of social support perception and loneliness in Internet use. *Psychol. Stud*. 2009;5:81-102.
 23. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003 Sep;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
 24. Yu XN, Lau JT, Mak WW, Zhang J, Lui WW. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents. *Comprehensive psychiatry*. 2011 Mar 1;52(2):218-24. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.05.010>
 25. Saadat S, Etemadi O, Nilforooshan P. The relationship between resilience and attachment styles with academic. *Research in Medical Education*. 2015 Dec 10;7(4):46-55. <https://doi.org/10.18869/acadpub.rme.7.4.46>
 26. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*. 2001 Dec;8(4):443-54. <https://doi.org/10.1177/107319110100800409>
 27. Ramezani S. Validity of the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behavior in Students: Structural model. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019 Aug 10;25(2):194-209. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.2.194>
 28. Mohammadzadeh A, Guderzi MA, Taghavi MR, Molazadeh J. Examining the factorial structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale (STB) in students

- of Shiraz University. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2005;7(27):75-89.
29. Jackson M, Claridge G. Reliability and validity of a psychotic traits questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology*. 1991 Nov;30(4):311-23. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1991.tb00952.x>
 30. Chou C P, & Bentler P M. Estimates and tests in structural equation modeling. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modelling: Concepts, issues, and applications*. Sage Publications, Inc. 1995.
 31. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*: Guilford publications; 2015.
 32. Friedman RC, Aronoff MS, Clarkin JF, Corn R, Hurt SW. History of suicidal behavior in depressed borderline inpatients. *The American journal of psychiatry*. 1983 Aug.
 33. Terzi-Unsal S, Kapci EG. Risk factors for suicidal behavior: Psychosocial risk models with Turkish adolescents. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2005 Jan 1;33(6):593-608. <https://doi.org/10.2224/sbp.2005.33.6.593>
 34. Aghanwa HS. The characteristics of suicide attempters admitted to the main general hospital in Fiji Islands. *Journal of psychosomatic research*. 2000 Dec 1;49(6):439-45. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00193-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00193-8)
 35. Wasserman D. *Suicidal people's experiences of trauma and negative life events. Suicide: An Unnecessary Death*. Oxford: Oxford University Press. 2016 Jan 14:145-50. <https://doi.org/10.1093/med/9780198717393.003.0015>
 36. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*. 1997 Dec 1;154(12):1715-9. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1715>
 37. Soltaninejad A, Ashtiani AF, Ahmadi K, Nikmorad A, Rahmatinajarkolaei F, Jahani S, ali Mokaberi M, Dalivand HM. Model of suicidal ideation among Iranian soldiers: the role of personality disorder, emotion focused coping style and impulsivity. *Journal of basic and applied scientific research*. 2013;3(2):832-7.
 38. Konrad N, Daigle MS, Daniel AE, Dear GE, Frottier P, Hayes LM, Kerkhof A, Liebling A, Sarchiapone M. Preventing suicide in prisons, part I: recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. *Crisis*. 2007 Jan;28(3):113-43. De Motte C, Thurston L. Self-harm & suicide: encouraging social support to reduce risk. 2021. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.3.113>
 39. De Motte C, Thurston L. Self-harm & suicide: encouraging social support to reduce risk. 2021.
 40. Pratt D, Foster E. Feeling hopeful: can hope and social support protect prisoners from suicide ideation?. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2020 Mar 3;31(2):311-30. <https://doi.org/10.1080/14789949.2020.1732445>
 41. Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Smith EN, Piper M, Fazel S. Prevention of suicidal behavior in prisons. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2016 Jun 9. 37(5), 323. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000394>
 42. Rivlin A, Hawton K, Marzano L, Fazel S. Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards a model of suicidal behaviour in detention. *PloS one*. 2013 Jul 29;8(7):e68944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068944>
 43. Caravaca Sánchez F, Aizpurua E, Ricarte JJ, Barry TJ. Personal, criminal and social predictors of suicide attempts in prison. *Archives of suicide research*. 2021 Jul 3;25(3):582-95. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1738293>
 44. Oyeleke1 AI, TangweTanga P, Ishola AA. Jail duration, demographic characteristics of offenders, and acquired suicide capability. *Journal of Psychology in Africa*. 2018 Jan 2;28(1):52-5. <https://doi.org/10.1080/14330237.2017.1409485>
 45. Caravaca Sánchez F, Ignatyev Y, Mundt AP. Associations between childhood abuse, mental health problems, and suicide risk among male prison populations in Spain. *Criminal behaviour and mental health*. 2019 Feb;29(1):18-30. <https://doi.org/10.1002/cbm.2099>
 46. Kao JC, Chuong A, Reddy MK, Gobin RL, Zlotnick C, Johnson JE. Associations between past trauma, current social support, and loneliness in incarcerated populations. *Health & justice*. 2014 Dec;2:1-0. <https://doi.org/10.1186/2194-7899-2-7>
 47. Roos L, Sareen J, Bolton JM. Suicide risk assessment tools, predictive validity findings and utility today: time for a revamp.

- Neuropsychiatry. 2013 Oct 1;3(5):483-95. <https://doi.org/10.2217/npv.13.60>
48. Pietrzak RH, Russo AR, Ling Q, Southwick SM. Suicidal ideation in treatment-seeking Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: The role of coping strategies, resilience, and social support. *Journal of Psychiatric Research*. 2011 Jun 1;45(6):720-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.015>
49. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *International journal of methods in psychiatric research*. 2005 Feb;14(1):29-42. <https://doi.org/10.1002/mpr.15>
50. Masten AS, Lucke CM, Nelson KM, Stallworthy IC. Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2021 May 7;17:521-49. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>
51. Aisyah NP. The Relationship Between The Meanings of Life With Resilience for Prisoners in Makassar Correctional Institution. *International Journal of Global Community*. 2021 Nov 28;4(3-Nov):247-56.
52. Olsson L, Jerneck A, Thoren H, Persson J, O'Byrne D. Why resilience is unappealing to social science: Theoretical and empirical investigations of the scientific use of resilience. *Science advances*. 2015 May 22;1(4):e1400217. <https://doi.org/10.1126/sciadv.1400217>