مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۴، دی ۱۴۰۴، ۹۳۶-۹۲۱

عوامل شناختی، خانوادگی و روانی-اجتماعی پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی از طریق مصرف بیش‌ازحد دارو: یک مطالعه مورد-شاهدی

نازنین پرهیزگار[۱]، لیلا خبیر[۲]، سیامک سامانی[۳]، فرزانه هومن[۴]

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۲۲ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۴/۰۷/۲۸ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۴/۰۹/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۹/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی از طریق مصرف بیش از حد دارو یکی از چالش‌های جدی سلامت است. این پژوهش با هدف شناسایی عوامل شناختی، خانوادگی و روانی-اجتماعی پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در بزرگسالان پرخطر در تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مورد-شاهدی در تابستان ۱۴۰۴ بر روی ۳۰ فرد بستری به‌دلیل مصرف بیش از حد دارو و ۳۰ فرد شاهد همسان‌شده از نظر جنسیت، سن، شغل، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل انجام شد. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌های ذهنی‌سازی Fonagy، سبک فرزندپروری ادراک شده، عملکرد خانواده، آسیب‌های روانی-اجتماعی کودکی و رفتارهای خودآسیبی غیرخودکشی را تکمیل کردند. داده‌ها با آزمون t مستقل، chi square و رگرسیون لجستیک شرطی در نرم‌افزار Stata تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان ۱۰/۲۱±۳۳/۴۷ سال بود و توزیع جنسیتی برابر بود. افزایش نمرات فرزندپروری مادر (۰/۹۲=نسبت شانس، ۰/۹۶–۰/۸۸: فاصله اطمینان ۹۵٪، P=۰/۰۰۳)، پدر (۰/۹۴=نسبت شانس، ۰/۹۸–۰/۸۲: فاصله اطمینان ۹۵٪، P=۰/۰۱۳) و حمایت خانوادگی (۰/۶۹= نسبت شانس، ۰/۸۹–۰/۳۵: فاصله اطمینان ۹۵٪، P=۰/۰۲۴) با کاهش در خطر خودکشی همراه بودند. نمرات بالاتر آسیب‌های دوران کودکی (۱/۱۱=نسبت شانس، ۱/۲۵–۱/۰۱: فاصله اطمینان ۹۵٪، P=۰/۰۲۷) و سابقه خودآسیبی (۱/۴۲=نسبت شانس، ۲/۰۲–۱/۰۱: فاصله اطمینان ۹۵٪، P=۰/۰۱۲). با افزایش خطر خودکشی همراه بودند. ارتباط معناداری بین نمرات ذهنی‌سازی و خطر خودکشی مشاهده نشد (۰/۸۸=نسبت شانس، ۱/۰۳–۰/۷۶: فاصله اطمینان ۹۵٪، P=۰/۱۹۲).

نتیجه‌گیری: عوامل شناختی، خانوادگی و روانی-اجتماعی به‌طور هم‌زمان بر خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالان تأثیر دارند. اقدامات پیشگیرانه باید بر تقویت روابط خانوادگی، کاهش آسیب‌های دوران کودکی و شناسایی زودهنگام افراد دارای سابقه خودآسیبی تمرکز کنند.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، آسیب های دوران کودکی، عملکرد خانواده، رفتار خودآسیبی، مطالعات مورد-شاهدی

ارجاع: پرهیزگار ن، خبیر ل، سامانی س، هومن ف. عوامل شناختی، خانوادگی و روانی-اجتماعی پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی از طریق مصرف بیش‌ازحد دارو: یک مطالعه مورد-شاهدی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۴، دوره ۲۴، شماره ۱۰، صفحات: ۹۳۶-۹۲۱.

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
تلفن: ۰۷۱-۳۲۳۳۳۴۴۰، پست الکترونیکی: Leila.khabir@iau.ac.ir
۳- استاد، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

مقدمه

خودکشی (Suicide) بر اساس داده‌های سازمان بهداشت جهانی سالانه جان بیش از ۷۲۰ هزار نفر را می‌گیرد و سومین علت اصلی مرگ‌ومیر در میان افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله به شمار می رود. همچنین حدود ۷۳ درصد موارد خودکشی در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد (۱). در ایران نیز این پدیده با نرخ متوسط انتظاری ۹/۹ در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر در سال، در حال افزایش است (۲). خودکشی در ابتدا یک بحران فردی است، اما می‌تواند به بحران‌هایی در سطح خانواده و جامعه منجر شود و در مواردی، دامنه آن تا سطح ملی یا حتی بین‌المللی گسترش یابد (۳). در تهران روزانه ۲۰ نفر اقدام به خودکشی می‌کنند که تقریباً ۸ مورد از این اقدام‌ها منجر به مرگ می‌شود (۴).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد محیط خانوادگی ضعیف و نظارت پایین والدین با افکار خودکشی در ارتباط است (۵). به نظر می‌رسد شیوه‌های فرزندپروری یکی از عوامل تعیین‌کننده و تأثیرگذار در این زمینه باشند، چرا که نقش مهمی در شکل‌گیری آسیب‌های روانی و فرآیند رشد روانی-اجتماعی فرزندان ایفاء می‌کنند (۶). از طرفی، سطوح پایین ذهنی‌سازی منجر به بدتنظیمی هیجانی و رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌شود (۷). ترومای دوران کودکی نیز یکی از عوامل بنیادین و تأثیرگذار در شکل‌گیری اختلالات روانی و رفتارهای پرخطر در بزرگسالی محسوب می‌شود که شامل سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جنسی، غفلت جسمی و غفلت عاطفی است (۸). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که این تجربه‌های آسیب‌زا در سال‌های اولیه زندگی می‌توانند زمینه‌ساز بروز افکار و رفتارهای خودکشی در مراحل بعدی زندگی شوند. این اثرات نه تنها به‌صورت مستقیم، بلکه از طریق سازوکارهای روان‌شناختی مانند سبک‌های دلبستگی، کاهش تاب‌آوری و استرس نیز بروز می‌یابند (۹). هم‌چنین، خودآزاری غیر خودکشی (Non suicidal self-injury; NSSI) یک نگرانی روبه‌رشد در حوزه سلامت عمومی است که زمینه‌ساز ایجاد و تثبیت افکار و اقدامات خودکشی در بزرگسالی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد افرادی که سابقه خودزنی دارند، در مقایسه با جمعیت عمومی، در معرض خطر بسیار بیشتری برای خودکشی هستند (۱۰).

رفتارهای خودکشی‌گرا پیامدهای گسترده‌ای بر فرد، خانواده و جامعه دارند و با آثار روانی، اجتماعی و اقتصادی قابل‌توجه می‌توانند منجر به آسیب‌های جسمی شدید شوند که نیازمند مداخلات درمانی پیچیده و طولانی‌مدت است (۱۱). این رفتار پیچیده حاصل تعامل چند عاملی است و هرچند اختلالات روانی از مهم‌ترین عوامل خطر به شمار می‌روند، اما توان پیش‌بینی محدودی داشته و به‌تنهایی تبیین‌کننده اقدام به خودکشی نیستند. ازاین‌رو، شناسایی نشانگرهای اختصاصی‌تر ضروری است؛ به‌ویژه آن‌که با وجود گسترش پژوهش‌ها، تمرکز بیشتر مطالعات بر افکار یا نیت خودکشی بوده و عوامل تعیین‌کننده «اقدام واقعی» کمتر بررسی شده‌اند، در حالی‌که گذار از ایده به اقدام سازوکارهای متفاوتی دارد و مستلزم مطالعه مستقیم در جمعیت‌های بالینی است (۱۳، ۱۲). علاوه بر این، اکثر پژوهش‌ها تنها یک بُعد از عوامل خطر مانند تروما، سبک والدگری یا NSSI را به‌طور جداگانه مطالعه کرده‌اند در حالی که شواهد حاکی از نقش هم‌زمان و تعاملی این عوامل در شکل‌گیری رفتارهای خودکشی‌گرا است (۹ و ۱۴). از سوی دیگر، در ایران مصرف عمدی بیش‌ازحد دارو شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی است (۱۵) اما مطالعات مورد-شاهدی همسان‌سازی شده که بتوانند عوامل شناختی، خانوادگی و روانی-اجتماعی مرتبط با این نوع اقدام را به‌طور هم‌زمان بررسی کنند، بسیار محدود گزارش شده‌اند (۱۶). همچنین نقش سازه‌های

CCBY-NC.4.0 DEED

شناختی نوینی مانند ذهنی‌سازی در کنار عوامل خانوادگی در مدل‌های جامع پیش‌بینی اقدام به خودکشی کمتر تحلیل شده است (۱۷). از این‌رو، انجام پژوهش حاضر برای تبیین دقیق‌تر عوامل خطر و محافظتی مرتبط با اقدام به خودکشی و فراهم کردن شواهد کاربردی برای مداخلات پیشگیرانه ضروری به نظر می‌رسد. هدف این مطالعه شناسایی عوامل شناختی، خانوادگی و روانی–اجتماعی پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی از طریق مصرف بیش‌ازحد دارو در بزرگسالان است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مورد–شاهدی همسان‌سازی شده به‌منظور شناسایی پیش‌بین‌های خطر خودکشی در بزرگسالان شهر تهران در تابستان سال ۱۴۰۴ انجام شد. تأییدیه اخلاقی و رضایت آگاهانه پروتکل پژوهش توسط کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز (IR.IAU.SHIRAZ.REC.1404.169) مورد تأیید قرار گرفت. پیش از انجام مصاحبه‌ها و جمع‌آوری داده‌ها، اهداف مطالعه برای تمامی شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه از آنان اخذ گردید. شرکت‌کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، شامل ۳۰ مورد از بیماران بستری در بیمارستان آموزشی درمانی لقمان حکیم تهران (پس از اقدام به خودکشی از طریق مصرف عمدی بیش‌ازحد قرص) و ۳۰ نفر کنترل همسان بودند. افراد کنترل از میان سایر بیماران بستری بدون سابقه خودکشی یا از همراهان افراد بستری که رفتار خودکشی نداشتند، انتخاب شدند. هر مورد به صورت جداگانه با یک کنترل از نظر جنسیت، سن (۵± سال)، وضعیت شغلی، بالاترین سطح تحصیلات و وضعیت تأهل تطبیق داده شد.

افراد برای ورود به مطالعه حداقل ۱۸ سال سن داشتند و ساکن شهر تهران بودند. در گروه مورد، شرکت‌کنندگان اقدام به خودکشی از طریق مصرف عمدی بیش‌ازحد دارو کرده بودند که منجر به بستری شدن آن‌ها شده بود؛ در حالی که در گروه کنترل، شرکت‌کنندگان هیچ سابقه‌ای از اقدام به خودکشی یا رفتارهای خودکشی‌گرا نداشتند. همچنین، تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کرده و توانایی درک و پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها و مصاحبه‌ها را داشتند و تمایل به مشارکت در پژوهش نشان دادند. نمونه‌ها در صورت داشتن اختلال شخصیت مرزی یا کسب نمره ۵ یا بیشتر در مقیاس آسیب به خود، تشخیص اسکیزوفرنی یا سایر اختلالات روان‌پریشی فعال، اختلالات عصبی–رشدی شدید که مانع ارائه اطلاعات معتبر می‌شد، سابقه اقدام به خودکشی پیش از رویداد فعلی (برای گروه مورد)، ناتوانی در ارائه اطلاعات قابل اعتماد به دلیل وضعیت جسمی، روانی یا شناختی یا عدم تکمیل پرسش‌نامه‌ها و انصراف از همکاری در هر مرحله از پژوهش، از مطالعه کنار گذاشته شدند. هم‌چنین، ملاحظات اخلاقی از جمله تضمین حریم خصوصی، رازداری و شرکت آزادانه در پژوهش رعایت شد.

با توجه به محدودیت‌های اخلاقی و لجستیکی تحقیقات خودکشی، یک نمونه مبتنی بر امکان‌سنجی از ۳۰ جفت همسان را اتخاذ شد. این حجم نمونه با شواهدی مبنی بر اینکه می‌توان ارتباطات را در طرح‌های همسان با ≤۳۰ جفت به طور قابل اعتمادی تخمین زد، سازگار است (۱۸). همسان‌سازی بر اساس عوامل مخدوش‌کننده کلیدی، کارآیی را افزایش می‌دهد و امکان دقت کافی را با جفت‌های کمتر در مقایسه با طرح‌های ناهمسان فراهم می‌کند. در نهایت، به دلیل ماهیت حساس تحقیقات خودکشی از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. این رویکرد در مطالعات روانپزشکی و مرتبط با خودکشی که نمونه‌گیری احتمالی اغلب غیرممکن است، رایج است (۱۹).

CCBY-NC.4.0 DEED

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر گردآوری اطلاعات جمعیت شناختی (مانند جنسیت، بالاترین سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، تأهل و سن) از پرسش‌نامه‌های روان-شناختی به شرح زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه ذهنی‌سازی Reflective RFQ) Fonagy ;Functioning Questionnaire) (۲۰) که توانایی فرد در تعبیر حالات ذهنی (شامل آرزوها، احساسات، اهداف، خواسته‌ها و نگرش‌ها در خود و دیگری) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و شامل ۱۴ سؤال و دو خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس اطمینان (Certainty; RFQ-C) توانایی فرد برای درک حالات ذهنی را از منظر «اطمینان بیش‌ازحد» می‌سنجد. نمره بالا در این خرده مقیاس نشان‌دهنده گرایش به قطعیت افراطی درباره افکار و احساسات خود و دیگران است که می‌تواند علامت «ذهنی‌سازی کاذب» باشد. خرده‌مقیاس عدم اطمینان (Uncertainty; RFQ-U) ناتوانی یا تردید در فهم و تفسیر حالات ذهنی را می‌سنجد و نمره بالای آن نشان دهنده ابهام، سردرگمی یا ناتوانی در تشخیص احساسات و مقاصد ذهنی است. برای نمره‌گذاری از طیف لیکرت ۷ درجه‌ای استفاده می‌شود. دامنه نمرات از ۱۴ تا ۹۸ است و نمرات بالاتر در هر خرده‌مقیاس معنای متفاوتی دارند. ثبات درونی برای مؤلفه اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه غیربالینی گزارش کردند، در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای عامل "اطمینان" ۰/۸۸ و برای عامل "عدم اطمینان" ۰/۶۶ گزارش شده است، هم‌چنین، ذهنی‌سازی از روایی همگرا و واگرا برخوردار بود (۲۱). در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۷۷ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۷۲ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه سبک فرزندپروری ادراک شده (POPS ;Perceptions of Parents Scales) شامل درک و تجربه فرزند از میزان حمایت عاطفی، کنترل رفتاری، استقلال‌دهی و تعاملات والدینی است. این پرسش‌نامه مؤلفه‌های درگیری، حمایت از خودمختاری و گرمی را در ۲۱ عبارت برای پدر (POPS-F) و در ۲۱ عبارت دیگر برای مادر (POPS-M) می‌سنجد. سؤالات بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات از ۴۲ تا ۲۹۴ است و نمرات بالاتر نشان دهنده ادراک مثبت‌تر فرزند از رفتار والدین است. این پرسش‌نامه توسط Grolnick و همکاران طراحی و معرفی شد. پایایی کل مقیاس در مطالعه‌ی Robbins با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ حدود ۰/۹۲ گزارش شده است (۲۲). ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در ایران برای خرده‌مقیاس درگیری مادر ۰/۶۴، حمایت از خودمختاری مادر ۰/۷۵، گرمی مادر ۰/۸۴، درگیری پدر ۰/۷۱، حمایت از خودمختاری پدر ۰/۸۱ و گرمی پدر ۰/۸۰ محاسبه شد (۲۳). آلفای کرونباخ کل مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۸۴ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه APGAR خانواده به کیفیت تعاملات خانوادگی، میزان حمایت روانی، انسجام و توانایی حل مسئله در میان اعضای خانواده اشاره دارد و بر اساس پنج مؤلفه انطباق (Adaptation)، مشارکت (Partnership)، رشد (Growth)، محبت (Affection) و حل مسئله (Resolve) توسط Smilkstein و همکاران توسعه یافته است. این ابزار شامل پنج سؤال است و از طیف لیکرت ۳ درجه‌ای برای نمره‌گذاری استفاده می‌کند. دامنه نمرات از ۰ تا ۱۰ توسعه یافته و نمرات بالاتر نشان‌دهنده عملکرد بهتر خانواده است. پرسش‌نامه دارای مقادیر آلفای کرونباخ در محدوده ۰/۸۰ تا ۰/۸۶ است. پایایی آزمون-بازآزمون با فاصله زمانی دو هفته‌ای با مقدار ۰/۸۳ به‌دست آمد (۲۴). در ایران نیز آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۵). در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ کل مقیاس (۵ آیتمی) ۰/۸۲ به‌دست آمد.

CCBY-NC.4.0 DEED

بررسی میزان آسیب‌های روانی-اجتماعی از طریق پرسش‌نامه آسیب‌های روانی-اجتماعی دوران کودکی (Childhood CTQ psychosocial trauma Questionnaire;) انجام می‌شود که به مجموعه‌ای از تجربیات منفی، شامل سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، سوءرفتار عاطفی، غفلت جسمی و غفلت عاطفی می پردازد. این پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای برای نمره‌گذاری استفاده می‌کند و توسط Bernstein و همکاران توسعه داده شد. دامنه نمرات از ۲۵ تا ۱۲۵ است و نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده تجربه بیشتر آن نوع بدرفتاری یا غفلت در کودکی است. ضریب آلفای کرونباخ برای این ابعاد به‌ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ بود. هم‌چنین، روایی هم‌زمان آن با درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شد (۲۶). در ایران نیز آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش کردند (۲۷). آلفای کرونباخ برای این مقیاس در مطالعه حاضر، ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۵ تا ۰/۹۲ محاسبه شد.

برای شناسایی تاریخچه رفتارهای خودآسیب‌رسان از پرسش‌نامه آسیب‌به‌خود (Self-Harm Inventory; SHI)، استفاده شد که به اقدامات عمدی و مکرر برای آسیب‌رساندن به بدن خود بدون قصد خودکشی اشاره‌دارد. این رفتارها شامل بریدن، سوزاندن، ضربه‌زدن به خود، یا ایجاد خراش‌های عمدی روی پوست و غیره هستند که فرد آن‌ها را به‌عنوان راه‌کاری برای تنظیم هیجانی یا کاهش تنش‌های روانی به‌کار می‌برد (۱۱). این پرسش‌نامه توسط Sansone و همکاران معرفی شد و شامل ۲۲ آیتم است. دامنه نمرات از صفر تا ۲۲ است، ۰ یعنی فرد هیچ‌یک از رفتارهای آسیب‌به‌خود را انجام نداده است و ۲۲ یعنی فرد همه رفتارهای ذکر شده را تجربه کرده است. وجود حداقل پنج رفتار خودآسیب‌رسان در SHI می‌تواند نشانگر علائم مرتبط با اختلال شخصیت مرزی باشد. ارزیابی به صورت وجود رفتارهای خودآسیب‌رسان (بله/خیر) و شدت آن‌ها (بر اساس دفعات و تأثیرات) است. ضریب آلفای کرونباخ برای SHI از ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ گزارش‌شد (۲۸). آلفای کرونباخ در ایران ۰/۷۴ به دست آمد. در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، تجزیه‌وتحلیل آماری انجام شد. تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار Stata نسخه ۱۷ انجام شد. ابتداء کیفیت داده‌ها و وجود داده‌های گمشده بررسی و در صورت وجود از رویکرد تحلیل موارد کامل (Complete-case analysis) استفاده گردید. توزیع متغیرهای پیوسته با آزمون Shapiro–Wilk بررسی شد تا انتخاب آزمون‌های پارامتریک یا ناپارامتریک تعیین گردد. در تحلیل توصیفی، متغیرهای پیوسته به‌صورت میانگین ± انحراف معیار و متغیرهای دسته‌ای به‌صورت فراوانی و درصد به همراه معناداری آماری گزارش شد. برای مقایسه گروه‌های مورد و شاهد همتاسازی‌شده از آزمون t مستقل و در صورت عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون Wilcoxon استفاده شد. برای مقایسه توزیع فراوانی متغیرهای دسته‌ای از آزمون مجذور کای و یا آزمون دقیق فیشر استفاده گردید.

به منظور ارزیابی رابطه مستقل بین متغیرهای پیش‌بینی کننده و احتمال اقدام به خودکشی، مدل رگرسیون لجستیک شرطی (Conditional logistic regression) با استفاده از تابع clogitدر نرم‌افزار STATA برازش شد که تناسب آن با طراحی مورد–شاهدی همتاسازی‌شده سازگار است.

ابتداء آنالیزهای تک‌متغیره اجراء و نسبت شانس (Odds ratio; OR) و فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای هر متغیر محاسبه شد. متغیرهایی که در آنالیز تک‌متغیره دارای مقدار P کمتر از ۰/۲۰۰

CCBY-NC.4.0 DEED

بودند، به مدل چندمتغیره وارد شدند. با توجه به اینکه همسان‌سازی سنی در بازه ±۵ سال انجام شده، یک تحلیل حساسیت اضافه شد که در آن سن به‌عنوان کوواریانس وارد مدل شد. برای بررسی هم‌خطی (Multicollinearity) بین متغیرهای مستقل، ضریب تورم واریانس (Variance Inflation Factor: VIF) محاسبه شد. هم‌چنین، معیارهای برازش مدل از جمله آزمون نسبت درست‌نمایی (Likelihood ratio test) و مقادیر AIC (Akaike Information Criterion) و BIC (Bayesian Information Criterion) برای مقایسه مدل‌ها گزارش شد. کلیه آزمون‌ها دوطرفه و سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه مورد-شاهدی، ۶۰ شرکت‌کننده شامل ۳۰ نفر در گروه مورد (اقدام‌کنندگان به خودکشی از طریق مصرف بیش‌ازحد دارو) و ۳۰ نفر در گروه شاهد (افراد بدون سابقه اقدام به خودکشی) مورد بررسی قرار گرفتند. هر دو گروه از نظر جنسیت، سن (±۵ سال)، وضعیت شغلی، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل همسان‌سازی شدند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه مورد برابر با ۱۰/۰۵±۳۳/۶۰ سال و در گروه شاهد برابر با ۱۰/۲۱±۳۳/۴۷ سال بود. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه از نظر میانگین سنی تفاوت معناداری وجود ندارد (P=۰/۷۴۱).

از نظر جنسیت، در هر دو گروه ۱۵ نفر زن (۵۰ درصد) و ۱۵ نفر مرد (۵۰ درصد) بودند و تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (P=۱/۰۰۰). هم‌چنین، از نظر وضعیت تأهل، ۵۶/۷ درصد شرکت‌کنندگان در هر دو گروه مجرد و ۴۳/۳ درصد متأهل بودند. در متغیر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی در هر دو گروه مربوط به سطح لیسانس (۳۶/۷ درصد) و کمترین مربوط به مقاطع فوق‌لیسانس و دکتری (هر کدام ۳/۳ درصد) بود. وضعیت شغلی نیز نشان داد که ۳۳/۳ درصد از شرکت‌کنندگان شاغل، ۱۵ درصد بیکار، ۱۵ درصد خانه‌دار و ۱۰ درصد دانشجو بودند. به‌طور کلی، گروه مورد و شاهد از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری نداشتند (P>۰/۰۵) که حاکی از همسان‌سازی مناسب بین این دو گروه بود.

در بررسی نمرات آزمون‌های روان‌شناختی، تفاوت‌های معناداری میان دو گروه مشاهده شد (P<۰/۰۵). میانگین و انحراف معیار نمره RFQ در گروه مورد ۱۹/۸۴±۵۱/۵۷ و در گروه شاهد ۱۳/۲۴±۵۹/۸۷ بود (P=۰/۵۰۱) که تفاوت معناداری نداشت. با این حال، به‌طور خاص، میانگین نمرات POPS-M و POPS-F در گروه شاهد بالاتر از گروه مورد بود، در حالی‌که میانگین نمرات CTQ، SHI و Family APGAR در گروه مورد به‌طور معناداری بیشتر از گروه شاهد بود (P<۰/۰۵) که می‌تواند در تبیین عوامل شناختی، خانوادگی و روانی-اجتماعی مرتبط با اقدام به خودکشی نقش داشته باشد. جدول ۱، خلاصه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نمرات آزمون‌های روان‌شناختی در دو گروه (مورد/کنترل) را نشان می‌دهد.

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۱- خلاصه آمار توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه مورد-شاهدی اقدام به خودکشی از طریق مصرف بیش‌ازحد دارو در بزرگسالان شهر تهران در تابستان ۱۴۰۴

متغیر	خلاصه آمار توصیفی (فراوانی/درصد یا میانگین ± انحراف معیار)						مقایسه گروه مورد و شاهد
	کنترل			مورد			مقدار P
	کل	مرد	زن	کل	مرد	زن	
جنسیت*							۱
تعداد	۳۰	۱۵ (٪۵۰)	۱۵ (٪۵۰)	۳۰	۱۵ (٪۵۰)	۱۵ (٪۵۰)	
سن**	۳۳/۴۷±۱۰/۲۱	۳۱/۶۷±۱۱/۹۷	۳۵/۲۷±۸/۱۰	۳۳/۶۰±۱۰/۰۵	۳۲/۲۰±۱۱/۶۱	۳۵/۰۰±۸/۳۸	۰/۷۴۱
وضعیت تأهل*							
مجرد	۱۷ (٪۵۶/۷)	۱۲	۵	۱۷ (٪۵۶/۷)	۱۲	۵	۱
متأهل	۱۳ (٪۴۳/۳)	۳	۱۰	۱۳ (٪۴۳/۳)	۳	۱۰	
تحصیلات*							
زیر دیپلم	۶	۴	۲	۶	۴	۲	
دیپلم	۹	۴	۲	۹	۴	۲	
فوق دیپلم	۱	۰	۱	۱	۰	۱	۱
لیسانس	۱۱	۶	۵	۱۱	۶	۵	
فوق لیسانس	۲	۰	۲	۲	۰	۲	
دکتری	۱	۱	۰	۱	۱	۰	
وضعیت شغلی*							
بیکار	۵	۵	۰	۵	۵	۰	
خانه دار	۹	۰	۹	۹	۰	۹	۱
دانشجو	۶	۴	۲	۶	۴	۲	
شاغل	۱۰ (٪۳۳/۳)	۶	۴	۱۰ (٪۳۳/۳)	۶	۴	
نمرات آزمون‌های روان شناختی							
RFQ**	۵۹/۸۷±۱۳/۲۴	۵۷/۶۷±۱۱/۷۵	۶۲/۰۷±۱۴/۶۵	۵۱/۵۷±۱۹/۸۴	۵۳/۲۰±۲۲/۵۲	۴۹/۹۳±۱۷/۳۸	۰/۵۰۱
POPS-M**	۹۳/۹۷±۱۳/۰۷	۹۴/۲۰±۱۲/۹۰	۹۳/۷۳±۱۳/۶۸	۶۹/۱۳±۳۰/۲۳	۶۴/۰۰±۲۹/۲۴	۷۴/۶۷±۱۳/۲۵	۰/۰۰۱
POPS-F**	۵۸/۷۳±۲۰/۸۶	۸۷/۶۷±۱۳/۸۹	۷۹/۰۷±۲۰/۴۴	۷۶/۶۷±۲۷/۳۳	۶۱/۱۳±۲۵/۲۷	۷۲/۲۰±۲۴/۶۳	۰/۰۴۲
CTQ**	۸۳/۳۷±۱۷/۷۲	۵۸/۴۷±۲۳/۰۲	۵۹/۰۰±۱۹/۲۷	۶۶/۶۷±۲۵/۱۶	۷۸/۱۳±۲۶/۵۱	۷۵/۲۰±۲۸/۹۸	۰/۰۱۵
SHI**	۱/۳۰±۱/۲۶	۱/۱۳±۱/۰۰	۱/۶۰±۱/۳۵	۲/۲۳±۱/۵۵	۲/۲۷±۱/۴۹	۲/۲۰±۱/۶۶	۰/۰۳۴
APGAR**	۶/۱۰±۲/۹۲	۵/۴۷±۳/۱۶	۶/۷۳±۲/۶۰	۳/۵۷±۳/۰۷	۲/۶۷±۲/۲۳	۴/۴۷±۳/۵۰	۰/۰۱۲

**** آزمون مجذور کای، P<۰/۰۵ اختلاف معنی دار***

***** آزمون تی مستقل، P<۰/۰۵ اختلاف معنی دار***

برای بررسی پایداری نتایج، چند اقدام تکمیلی انجام شد. نخست، هر متغیر به‌طور جداگانه در مدل تک‌متغیره (مدل۱)، بررسی شد تا ریسک بیش برازش کاهش یابد. سپس همه پیش‌بینی‌کننده‌ها همزمان در مدل چندمتغیره (مدل ۳) وارد شدند؛ اگرچه این کار باعث افزایش ریسک خطای برازش می شود، اما جهت اثرها و فواصل اطمینان همچنان پایدار باقی ماندند و

CCBY-NC.4.0 DEED

نشان دادند برآورد مشاهده شده صرفاً ناشی از خطا نیست. نتایج مدل تک‌متغیره با تعدیل سن (مدل ۲) که به عنوان تحلیل حساسیت انجام شد با نتایج مدل ۱ سازگار بود و استحکام یافته‌ها را تقویت کرد. بدین ترتیب، تحلیل اصلی همچنان بر اساس رگرسیون لجستیک شرطی باقی ماند. خلاصه این نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

براساس توضیحات روش‌شناسی، برازش مدل در نرم‌افزار Stata ورژن ۱۷ انجام و معیارهای هم‌خطی (Variance Inflation Factor; VIF) و برازش likelihood ratio test، (Akaike Information Criterion; AIC) و (Bayesian Information Criterion; BIC) بررسی شد. هم‌خطی چندگانه با استفاده از عامل تورم واریانس (VIF) ارزیابی شد. همه پیش‌بینی‌کننده‌ها مقدار VIF، ۲/۵۰ نشان دادند که بسیار پایین‌تر از آستانه مرسوم است و نشان می‌دهد هیچ شواهدی از هم‌خطی مشکل‌ساز وجود ندارد (۲۹).

شاخص‌های برازش مدل نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند. در مدل‌های رگرسیون لجستیک شرطی، مقادیر معیار AIC بین ۲۳/۱۶ تا ۴۲/۱۷ و معیار BIC بین ۳۵/۶۹ تا ۴۶/۵۹ متغیر بود. با توجه به حجم نمونه و تعداد متغیرهای واردشده، این مقادیر نشان‌دهنده‌ی برازش مناسب و مطلوب مدل نهایی بودند. همچنین مقادیر لگاریتم درست‌نمایی (Log Likelihood) بین ۵/۵۸- تا ۱۹/۰۸- قرار داشت که به طور کلی تمام این شاخص ها نشان‌دهنده‌ی برازش مناسب و پایدار مدل‌های رگرسیون لجستیک شرطی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی بود. مقدار AIC برای مدل چند متغیره (مدل ۳) برابر با ۲۳/۱۶ گزارش شد که در مقایسه با مدل تک متغیره (مدل ۱) کم‌تر بود؛ بنابراین مدل ۳ به عنوان مدل منتخب ارائه گردید (۳۰).

نتایج نشان داد که بین نمره RFQ و احتمال اقدام به خودکشی تفاوت معناداری وجود نداشت (۰/۸۸=نسبت شانس، ۱/۰۳–۰/۷۶: فاصله اطمینان ۹۵٪، P=۰/۱۹۲). مدل چند متغیره بیانگر آن بود که ذهنی‌سازی (P>۰/۰۵) به‌طور معنادار با احتمال اقدام به خودکشی ارتباط ندارد و نمی‌توان آن را به‌عنوان یک پیش‌بینی کننده معتبر گزارش کرد.

در مورد سبک‌های والدگری مادر (POPS-M)، نتایج نشان داد که این متغیر با خطر اقدام به خودکشی رابطه معکوس و معناداری دارد. در مدل چند متغیره (۰/۹۲=نسبت شانس، ۰/۹۶–۰/۸۸: فاصله اطمینان ۹۵٪، P=۰/۰۰۳)، وجود روابط حمایتی و رفتارهای مثبت مادرانه می‌تواند عاملی محافظتی در برابر اقدام به خودکشی باشد به طوری که به‌ازای هر یک نمره افزایش در سبک والدگری مثبت مادر، احتمال اقدام به خودکشی ۸ درصد کاهش یافت. همچنین سبک‌های والدگری پدر (POPS-F) نیز رابطه مشابهی نشان دادند؛ به‌طوری‌که نتیجه (۰/۹۴=نسبت شانس، ۰/۹۸– ۰/۸۲: فاصله اطمینان ۹۵ درصد، P=۰/۰۱۳) حاکی از آن بود که هرچه کیفیت رابطه و شیوه‌های تربیتی پدران مطلوب‌تر باشد، خطر اقدام به خودکشی کمتر است و به‌ازای هر یک نمره افزایش در سبک والدگری مثبت پدر، احتمال اقدام به خودکشی ۶ درصد کاهش یافت.

در زمینه تجارب نامطلوب دوران کودکی (CTQ)، رابطه مثبت و معناداری با اقدام به خودکشی مشاهده شد. نتایج (۱/۱۱=نسبت شانس، ۱/۲۵–۱/۰۱: فاصله اطمینان ۹۵٪، P=۰/۰۲۷) نشان داد به‌ازای هر یک نمره افزایش در نمره‌ی CTQ، احتمال اقدام به خودکشی ۱۱ درصد افزایش یافت. این یافته بیانگر آن است که تجربه آزار یا بی‌توجهی در دوران کودکی به‌طور معنادار احتمال اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد. در مقابل، افرادی که سابقه

CCBY-NC.4.0 DEED

یا گرایش بیشتری به رفتارهای خودآسیب‌رسان دارند (SHI)، احتمال اقدام به خودکشی بسیار بالاتری دارند و این متغیر یکی از قوی‌ترین پیش‌بین‌های خطر در مدل چند متغیره بود (۱/۴۲=نسبت شانس، ۲/۰۲–۱/۰۱: فاصله اطمینان ۹۵ درصد، P=۰/۰۱۲) به‌طوری‌که به‌ازای هر یک نمره افزایش در نمره خودآسیبی (SHI)، احتمال اقدام به خودکشی حدود ۴۲ درصد برابر افزایش یافت.

از سوی دیگر، عملکرد خانوادگی (APGAR) ارتباط معکوس و معناداری با اقدام به خودکشی نشان داد. (۰/۶۹=نسبت شانس، ۰/۸۹–۰/۳۵: فاصله اطمینان ۹۵ درصد، P=۰/۰۲۴)، هرچه عملکرد خانوادگی بهتر باشد و حمایت و انسجام بیشتری در خانواده وجود داشته باشد، احتمال اقدام به خودکشی کاهش می‌یابد. یعنی به‌ازای هر یک نمره افزایش در نمره عملکرد خانوادگی، احتمال اقدام به خودکشی ۳۱ درصد کاهش یافت.

به‌طور کلی، نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک شرطی نشان داد که CTQ و SHI از مهم‌ترین عوامل خطر برای اقدام به خودکشی از طریق مصرف بیش‌ازحد دارو بودند، در حالی که POPS-M و POPS-F و APGAR نقش محافظتی قابل توجهی داشتند و با کاهش احتمال اقدام به خودکشی همراه بودند.

جدول ۲- نتایج رگرسیون لجستیک شرطی برای بررسی عوامل شناختی، خانوادگی و روانی- اجتماعی مرتبط با خطر اقدام به خودکشی از طریق مصرف بیش‌ازحد دارو در بزرگسالان شهر تهران، تابستان ۱۴۰۴

نمرات آزمون‌های روانشناختی	مدل تک‌متغیره			مدل تک‌متغیره با تعدیل سن			مدل چند متغیره		
	نسبت شانس	۹۵٪ دامنه اطمینان	p-value	نسبت شانس	۹۵٪ دامنه اطمینان	p-value	نسبت شانس	۹۵٪ دامنه اطمینان	p-value
RFQ	۰/۹۴	۱/۰۳-۰/۸۶	۰/۱۲۹	۰/۹۷	۱/۳۷-۰/۸۱	۰/۰۸۸	۰/۸۸	۱/۰۳-۰/۷۶	۰/۱۹۲
POPS-M	۰/۹۱	۰/۹۸-۰/۸۴	۰/۰۳۰	۰/۹۴	۰/۹۸-۰/۹۱	۰/۰۱۳	۰/۹۲	۰/۹۶-۰/۸۸	۰/۰۰۳
POPS-F	۰/۸۹	۰/۹۹-۰/۶۸	۰/۰۱۳	۰/۹۷	۰/۹۹-۰/۷۸	۰/۰۲۴	۰/۹۴	۰/۹۸-۰/۸۲	۰/۰۱۳
CTQ	۱/۱۱	۱/۲۸-۱/۰۱	۰/۰۴۷	۱/۰۲	۱/۰۴-۱/۰۰	۰/۰۳۱	۱/۱۱	۱/۲۵-۱/۰۱	۰/۰۲۷
SHI	۷/۱۰	۱۱/۵۶-۵/۱۲	۰/۰۱۲	۷/۱۰	۷۹/۵۲-۲/۶۳	۰/۰۴۵	۱/۴۲	۲/۰۲-۱/۰۱	۰/۰۱۲
APGAR	۰/۶۹	۰/۹۱-۰/۳۶	۰/۰۲۸	۰/۷۴	۰/۹۳-۰/۵۹	۰/۰۱۰	۰/۶۹	۰/۸۹-۰/۳۵	۰/۰۲۴

**** بر اساس آنالیز رگرسیون لجستیک شرطی؛ معناداری P<۰/۰۵***

بحث

مطالعه حاضر با هدف شناسایی عوامل شناختی، خانوادگی و روانی–اجتماعی پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی از طریق مصرف بیش‌ازحد دارو در بزرگسالان تهران انجام گرفت. نتایج نشان داد که در نمونه بزرگسالان اقدام‌کننده به خودکشی، نمره کلی ذهنی‌سازی رابطه مستقیم و معناداری با خطر اقدام نداشت (P=۰/۱۹۲)، هرچند جهت اثر مشاهده‌شده با نظریه Fonagy (۱۷) که ذهنی‌سازی را به‌عنوان عامل محافظتی معرفی می‌کند؛ سازگار بود. در یک مطالعه روی بیماران بستری روان‌پزشکی، افرادی با خطر متوسط تا شدید خودکشی، ۱/۷ برابر بیشتر احتمال داشت دچار اختلال قابل توجه در ذهنی‌سازی باشند (۳۱). با این حال، برخی مطالعات پیشین نیز رابطه مستقیم معناداری بین

CCBY-NC.4.0 DEED

ذهنی‌سازی و اقدام به خودکشی گزارش نکرده‌اند (۳۲). ناسازگاری نتایج ممکن است به تفاوت ابزارهای سنجش (RFQ) و محدودیت‌های اندازه و ساخت نمونه بازگردد و نشان می‌دهد RFQ ممکن است ابعاد بالینی ذهنی‌سازی را در این جمعیت به‌طور کامل ثبت نکرده باشد. همچنین احتمال دارد اثر ذهنی‌سازی توسط متغیرهای قوی‌تر مانند شدت افسردگی، سابقه تروما یا ناامیدی پوشانده شده و نقش ذهنی‌سازی عمدتاً غیرمستقیم و میانجی از طریق تنظیم هیجان یا حمایت اجتماعی باشد. در نهایت، ساز وکارهای جبرانی رفتاری در برخی افراد ممکن است ارتباط ظاهری بین ذهنی‌سازی و خطر خودکشی را تضعیف کند.

در مقابل سابقه خودآسیبی غیرخودکشی به عنوان قوی‌ترین پیش‌بین رفتار خودکشی‌گرا شناسایی شد (نسبت شانس= ۱/۴۲) که با نظریه قابلیت اکتسابی خودکشی Joiner و نقش NSSI در اقدام به خودکشی (۳۳) قابل تبیین و با برخی مطالعات (۳۴) همسو بود. یک متاآنالیز روی نوجوانان و بزرگسالان جوان (۱۱۲۲۰۵۴ نفر) نشان داد افرادی که سابقه خودآزاری دارند بیش از سه برابر (۳/۴۸=نسبت شانس، ۴/۴۳–۲/۷۱: فاصله اطمینان ۹۵٪) احتمال دارد نسبت به افرادی که سابقه خودآزاری ندارند، خودکشی کنند. این یافته با برخی فراتحلیل‌ها (۱۴) ناهمخوان بود که گزارش کردند در صورت کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده (مانند افسردگی شدید)، قدرت پیش‌بینی NSSI کاهش می‌یابد. این ناهمسویی ممکن است به تفاوت در روش‌شناسی (مقطعی در مقابل طولی)، نوع و شدت NSSI و کنترل ناقص متغیرهای مخدوش کننده مرتبط باشد.

یافته‌های حاضر که نسبت شانس حمایت والدینی مادر و پدر را به‌ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۴ نشان دادند، با نظریه دلبستگی Bowlby مبنی بر نقش محافظتی گرمی و حمایت والدینی همسو است (۳۵). این نتایج با برخی مطالعاتی (۳۶) که حمایت والدینی کلی را محافظتی دانسته‌اند سازگارند، اما با پژوهش‌هایی که تنها حمایت مادر را معنادار یافته‌اند (نسبت شانس= ۰/۸۰) و حمایت پدر یا مشارکت والدین را بی‌اثر گزارش کرده‌اند ناهمخوانی دارد؛ این تفاوت‌ها ممکن است به نقش تعدیل‌گر متغیرهای فردی و همسالان، تفاوت ابزارهای سنجش و ویژگی‌های فرهنگی بازگردد، به‌ویژه آن‌که در برخی فرهنگ‌ها رفتارهای سخت‌گیرانه احتمالاً به‌عنوان ابراز دلسوزی تعبیر می‌شوند و بنابراین تأثیر ادراک‌شده حمایت والدینی را تغییر می‌دهند (۳۷). از سوی دیگر یافته ها نشان داد عملکرد خانوادگی سالم ممکن است با کاهش معنادار خطر اقدام به خودکشی همراه باشد (نسبت شانس = ۰/۶۹)، نتیجه‌ای که با نظریه بین‌فردی خودکشی Joiner (۳۳) همخوانی دارد و نقش خانواده را در تأمین پایگاه عاطفی و کاهش احساس سربار بودن تأیید می‌کند. مطالعات نشان می‌دهد افزایش خطر خودکشی به طور معناداری با روابط پرتنش با والدین (۱/۵۳تا ۲/۶۹ برابر)، اهداف خانوادگی برآورده‌نشده (۱/۹۶ تا ۳/۲۳ برابر) و افسردگی خانوادگی (۱/۵۶ تا ۱/۶۸ برابر) مرتبط است. در مقابل، حمایت عاطفی خانواده و کاهش تعارض‌ها می‌توانند به‌طور قابل‌توجهی از بروز رفتارهای خودکشی‌گرا پیشگیری کنند (۳۸). افرادی که در کودکی حمایت والدینی پایینی گزارش کردند در مقایسه با افراد دارای حمایت بسیار قوی، بیش از ۴/۵۵ برابر شانس بیشتری برای افکار خودکشی گه‌گاهی و حدود ۸/۵۸ برابر شانس بیشتری برای افکار خودکشی مکرر داشتند؛ این ارتباط حتی در میان کسانی بدون سابقه افسردگی یا اقدام به خودکشی نیز قوی‌تر بود که نشان می‌دهد ادراک حمایت والدینی پایین در دوران رشد

CCBY-NC.4.0 DEED

شاخصی قوی و پایدار برای افزایش خطر افکار خودکشی در بزرگسالی است (۳۹).

همچنین یافته‌ها نشان داد، ترومای دوران کودکی ممکن است به‌عنوان یک عامل خطر معنادار برای اقدام به خودکشی باشد (نسبت شانس= ۱/۱۱) که با مدل تکوینی آسیب‌پذیری (۴۰) همخوانی دارد. این نتایج با مطالعات داخلی (۲۸) و خارجی (۴۱) که تروما را عامل خطر قوی می‌دانند سازگار است به عنوان مثال، یک مطالعه مقطعی در چین (۲۶۱۶۶۰ نفر) نشان داد که سوءاستفاده شدید در دوران کودکی با خطر قابل توجه بالاتر اقدام به خودکشی در بزرگسالی مرتبط است (۵/۱۸ =نسبت شانس، ۲/۵۲–۱۰/۶۳: فاصله اطمینان ۹۵ درصد) ولی برخی مطالعات (۴۲) تفاوت‌هایی گزارش کردند و نشان دادند در حضور عوامل محافظتی (مانند حمایت خانوادگی) یا پس از کنترل متغیرهایی مانند افسردگی، رابطه مستقیم تروما و خودکشی تضعیف می‌شود که احتمالاً ناشی از وجود سازوکارهای میانجی و تعدیل‌گر مانند تاب‌آوری و حمایت اجتماعی، تفاوت در نوع و شدت تروما، و روش‌های سنجش است.

طراحی مورد–شاهدی همسان‌سازی‌شده از نقاط قوت اصلی مطالعه بود که تا حدی مخدوش‌کننده‌های جمعیت‌شناختی را کنترل کرد. با این حال چند محدودیت نیازمند توجه است. حجم نمونه کوچک (۳۰ زوج) که توان آماری را محدود و فاصله‌های اطمینان را وسیع کرد و بررسی اثرات کوچک، تعامل‌ها و زیرگروه‌ها را غیرقابل اتکا ساخت؛ همچنین نمونه‌گیری در دسترس احتمال سوگیری انتخاب را افزایش می‌دهد؛ ماهیت گذشته‌نگر/مقطعی و اتکا به خودگزارش که ریسک سوگیری یادآوری را بالا می‌برد. به علاوه تعمیم‌پذیری محدود به شهر تهران و بافت فرهنگی آن است. اگرچه مدل‌های تک‌متغیره (هر متغیر جداگانه)، مدل چندمتغیره کامل و مدل‌های تک‌متغیره با تعدیل سن (کنترل متغیرهای همسان‌سازی) اجرا شد، اما مطالعات آینده با تعداد بیشتر جفت‌های همسان‌سازی شده و یا استفاده از روش هایی مانند Firth می‌توانند برای تأیید این نتایج ارزشمند باشند زیرا Stata به‌طور پیش‌فرض این روش را برای رگرسیون لجستیک شرطی پشتیبانی نمی‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، تکرار مطالعه با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع از نظر جنسیت، سطح اجتماعی–اقتصادی و فرهنگ؛ به‌کارگیری طراحی‌های طولی برای آزمون علیّت و دینامیک زمانی متغیرها؛ استفاده از ابزارهای جامع‌تر و تخصصی‌تر (از جمله مقیاس‌های بالینی کامل برای ذهنی‌سازی) و روش‌های آماری معادلات ساختاری برای آزمون میانجی‌گری و تعامل‌ها و افزودن مطالعات کیفی یا مصاحبه‌های عمیق برای روشن‌سازی تجربه‌های زیسته و مکانیزم‌های زمینه‌ای مورد توجه قرار گیرد. مطالعات آینده باید نقش مستقیم و غیرمستقیم ذهنی‌سازی و تعامل آن با افسردگی، تروما و حمایت اجتماعی را بررسی کنند. همچنین ارزیابی منظم تروماهای کودکی و تاریخچه خودآسیب‌رسانی می‌تواند در محیط‌های اورژانس به شناسایی افراد پرخطر کمک کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که ترکیبی از عوامل شناختی، خانوادگی و روانی–اجتماعی می‌تواند در تبیین خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالان نقش مهمی داشته باشد. در میان متغیرهای مورد بررسی، سابقه‌ی خودآسیبی غیرخودکشی قوی‌ترین عامل خطر برای اقدام به خودکشی شناسایی شد. در مقابل، ادراک مثبت‌تر از سبک فرزندپروری والدین (مادر و پدر) و عملکرد مطلوب خانواده

CCBY-NC.4.0 DEED

به‌عنوان عوامل محافظتی مؤثر عمل کردند. همچنین، تروماهای دوران کودکی با افزایش احتمال اقدام به خودکشی همراه بودند، در حالی که ذهنی‌سازی تأثیر مستقلی بر خطر اقدام به خودکشی نشان نداد. این یافته‌ها بر ضرورت تمرکز مداخلات پیشگیرانه بر بهبود روابط خانوادگی، کاهش تجربه‌ی تروما و شناسایی زودهنگام افراد دارای سابقه‌ی خودآسیبی تأکید می‌کنند.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع: از طرف نویسندگان هیچگونه تعارض منافی در مقاله گزارش نشده است.

حامی مالی: پژوهش حاضر فاقد هرگونه حمایت مالی از جانب سازمان‌های دولتی یا خصوصی بوده است.

ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق): این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، تحت شناسه اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1404.169 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز است.

مشارکت نویسندگان

- **طراحی ایده:** نازنین پرهیزگار، لیلا خبیر، سیامک سامانی، فرزانه هومن
- **روش کار:** نازنین پرهیزگار، لیلا خبیر
- **جمع‌آوری داده‌ها:** نازنین پرهیزگار
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها:** نازنین پرهیزگار، لیلا خبیر
- **نظارت:** نازنین پرهیزگار، سیامک سامانی، فرزانه هومن
- **مدیریت پروژه:** لیلا خبیر
- **نگارش – پیش‌نویس اصلی:** نازنین پرهیزگار، لیلا خبیر
- **نگارش – بررسی و ویرایش:** نازنین پرهیزگار، لیلا خبیر

References

1. World Health Organization. Suicide. Retrieved October 21, 2025, from https://www.who.int/ news-room/fact-sheets/detail/suicide [Internet]. World Health Organization 25 March 2025.
2. Fakhari A, Farahbakhsh M, Esmaeili ED, Azizi H. A longitudinal study of suicide and suicide attempt in northwest of Iran: incidence, predictors, and socioeconomic status and the role of sociocultural status. *BMC Public Health* 2021; 21(1): 1486.
3. Manning J. Suicide: The social causes of self-destruction: *University of Virginia Press* 2020.
4. Bidel Z, Nazarzadeh M, Ayobi E, SayehMiri K. Prevalence of important poisoning methods used in Iranian suicides: A systematic review and meta-analysis. *Koomesh* 2013; 14(3): 257-64. [Farsi]
5. Bitarafan M, Aslezaker M, Abasi I, Fatemizadeh M, Khorrami M. The Relationship between Parental Bonding and Suicidal Ideation: The Mediating Role of Feelings of Self-Conscious Affect (Shame and Guilt) and Separation-Individuation. *Modern Care Journal* 2022; 20(20): e130525.
6. Farzaneh H, Sotodeh Asl N, Kohsari R, Jahan F. Presenting a Causal Model of Tendency to High-Risk Behaviors Based on Religious Attitude and Parental Parenting Styles: Mediated by Time Vision. *Social Psychology Research* 2021; 11(42): 35-52. [Farsi]

CCBY-NC.4.0 DEED

7. Babaei S, Naseri Manesh M, Abouzari F, karami S. The role of traumatic childhood experiences, mentalization and Alexithymia in predicting depression and suicidal thoughts in women suffering from the trauma of marital betrayal. *Journal of Nursing Education* 2023; 10(6): 110-22. [Farsi]
8. Young RF, Tandon M. Child Maltreatment: A Review on Prevention, Intervention, and Impact. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics* 2025; 34(2): 311-23.
9. Wang L, Keyworth C, O'Connor DB. Effects of childhood trauma on mental health outcomes, suicide risk factors and stress appraisals in adulthood. *PLoS One* 2025; 20(6): e0326120.
10. Chan MK, Bhatti H, Meader N, Stockton S, Evans J, O'Connor RC, et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry* 2016; 209(4): 277-83.
11. Perquier F, Hetrick S, Rodak T, Jing X, Wang W, Cost KT, et al. Association of parenting with suicidal ideation and attempts in children and youth: protocol for a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Systematic reviews* 2021; 10: 1-10.
12. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry* 2014; 1(1): 73-85.
13. Klonsky ED, May AM. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy* 2015; 8(2): 114-29.
14. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin* 2017; 143(2): 187.
15. Saedi A, Piroozi B, Moradi G, Babahajiani M ,akhbari K, Azizkhani L. Epidemiological analysis of self-harm and suicide attempts in Iran: a cross-sectional study in Kurdistan's emergency hospitals. *International Journal of Emergency Medicine* 2025; 18(1): 127.
16. Azarbakhsh H, Moftakhar L, Amiri S, Mirahmadizadeh A. Epidemiology of Suicide by Medication Overdose: A Population–based Study 2011–2019. *Archives of Medical Research* 2022; 53(3): 304-1.
17. Fonagy P, Bateman AW. Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry* 2016; 64: 59-66.
18. Dupont WD. Power calculations for matched case-control studies. *Biometrics* 1988; 44(2): 511–9.
19. Patten S. Epidemiology for Canadian Students: Principles, Methods, and Critical Appraisal. 1st ed, Canada, Brush Education. 2021; (4): 207–278.
20. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee Y-W, Warren F, Howard S, et al. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PloS one* 2016; 11(7): e0158678.
21. Drogar E, Fathi-Ashtiani A, Ashrafi E. Validation and Reliability of the Persian Version of the MentalizationQuestionnaire. *Journal of Clinical Psychology* 2020; 12(1): 1-12. [Farsi]
22. Robbins, R. J. An assessment of perceptions of parental autonomy support and control: Child and parent correlates. (Doctoral dissertation). Department of Psychology: University of Rochester; (1994); 76–79.
23. Shariati S, EmamiPour PD, S. Parent-Adolescent Conflict as a Mediator between Perceived Parenting Styles and Dimensions of Anger Expression. *Quarterly Journal of Family and Research* 2015; 11(4): 7-22. [Farsi]

CCBY-NC.4.0 DEED

24. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J FAM Pract* 1982; 15(2): 303-11.
25. Parhizgar N, Khabir L, Samani S, Hooman F. Psychometric Evaluation and Standardization of the Persian Adaptation of the APGAR Questionnaire Among Adults. *Practice in Clinical Psychology* 2026; 14(1): 1-10.
26. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27(2): 169-90.
27. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2014; 19(4): 275-82 .
28. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology* 1998; 54(7): 973-83.
29. O'brien RM. A caution regarding rules of thumb for variance inflation factors. *Quality & Quantity* 2007; 41(5): 673-690.
30. Burnham KP, Anderson DR. Multimodel inference: understanding AIC and BIC in model selection. *Sociological Methods & Research* 2004; 33(2): 261-304.
31. Pompili M, Innamorati M, Erbuto D, Amore M, Girardi P. Deficits in mentalization predict suicide risk among psychiatric inpatients. *European Psychiatry* 2017; 41(S1): S264-S5.
32. Andreo-Jover J, March K, Fernández-Jiménez E, Fernandez JF, Fernandez AG, Peña ML ,et al. Suicidality and social cognition: the association between hypomentalizing and suicide lethality. *European Psychiatry* 2024; 67(Suppl 1): S183.
33. Joiner T. Why people die by suicide. Harvard University Press; 2005.
34. Castellví P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2017; 215: 37-48.
35. Bowlby J. Attachment basic books. New York 1969; 1. 39-63.
36. Stephenson M, Salvatore JE, Lannoy S, Edwards AC. The relationship between parenting behavior, suicidal ideation, and suicide attempt across two population-based samples of adolescents. *Journal of Affective Disorders* 2025.
37. Arafat SY, Menon V, Dinesh M, Kabir R. Parenting style and suicidal behavior: a focused review. *Mental Illness* 2022; 2022(1): 2138650.
38. Randell BP, Wang W-L, Herting JR, Eggert LL. Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child and Family Studies* 2006; 15(3): 247-62.
39. Macalli M, Tournier M, Galéra C, Montagni I, Soumare A, Côté SM, et al. Perceived parental support in childhood and adolescence and suicidal ideation in young adults: a cross-sectional analysis of the i-Share study. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 373.
40. Hankin BL, Abela JR. Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective: *Sage Publications* 2005.
41. Angelakis I, Gillespie EL, Panagioti M. Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychol Med* 2019;

CCBY-NC.4.0 DEED

42. Marth S, Cook N, Bain P, Lindert J. Family factors contribute to mental health conditions–a systematic review. *European Journal of Public Health* 2022; 32.

49(7): 1057–78. https://doi.org/10.1017/ s003329 1718003823.

CCBY-NC.4.0 DEED

Cognitive, Familial, and Psychosocial Predictors of Suicide Attempt through Drug Overdose: A Case-Control Study

Nazanin Parhizgar[1], Leila Khabir[2], Siamak Samani[3], Farzaneh Hooman [4]

Received: 13/09/25 Sent for Revision: 20/10/25 Received Revised Manuscript: 07/12/25 Accepted: 09/12/25

Background and Objectives: Suicide by drug overdose remains a critical public health concern. This study aimed to identify cognitive, familial, and psychosocial predictors of suicide attempts among high-risk adults in Tehran.

Materials and Methods: A case-control study was conducted in summer 2025 involving 30 hospitalized individuals following drug overdose and 30 matched controls based on gender, age, occupation, education, and marital status. Participants completed Fonagy's Mentalization Questionnaire, the Perceived Parenting Style Scale, the Family Functioning Scale, the Childhood Psychosocial Trauma Scale, and the Non-Suicidal Self-Injury Behavior Questionnaire. Data were analyzed using independent t-tests, chi-square tests, and conditional logistic regression in Stata.

Results: The mean age of participants was 33.47±10.21 years, and the gender distribution was equal. Higher maternal parenting scores (OR=0.92, 95% CI: 0.88–0.96, p=0.003), paternal parenting scores (OR=0.94, 95% CI: 0.82–0.98, p=0.013), and family support (OR=0.69, 95% CI: 0.35–0.89, p=0.024) were associated with a reduced risk of suicide. Higher childhood trauma scores (OR=1.11, 95% CI: 1.01–1.25, p=0.027) and a history of self-harm (OR=1.42, 95% CI: 1.01–2.02, p=0.012) were associated with an increased risk of suicide. No significant association was observed between mentalizing scores and suicide risk (OR=0.88, 95% CI: 0.76–1.03, p=0.192).

Conclusion: Cognitive, familial, and psychosocial factors collectively influence suicide risk among adults. Preventive efforts should prioritize strengthening family relationships, mitigating childhood trauma, and early identification of individuals with self-injury history.

Keywords: Suicide, Childhood trauma, Family dynamic, Self-injurious behavior, Case-control studies

Funding: This research received no external funding and is part of a doctoral dissertation conducted at the Islamic Azad University, Shiraz Branch.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Shiraz Branch of Medical Sciences, approved the study (IR.IAU.SHIRAZ.REC.1404.169).

Authors' contributions:

- **Conceptualization:** Nazanin Parhizgar, Leila Khabir, Siamak Samani, Farzaneh Hooman
- **Methodology:** Nazanin parhizgar, Leila Khabir
- **Data collection:** Nazanin Parhizgar
- **Formal analysis:** Nazanin Parhizgar, Leila Khabir
- **Supervision:** Nazanin Parhizgar, Siamak Samani, Farzaneh Hooman
- **Project administration:** Leila Khabir
- **Writing – original draft:** Nazanin Parhizgar, Leila Khabir
- **Writing – review & editing:** Nazanin Parhizgar, Leila Khabir

Citation: Parhizgar N, Khabir L, Samani S, Hooman F. Cognitive, Familial, and Psychosocial Predictors of Suicide Attempt Through Drug Overdose: A Case-Control Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2026; 24 (10): 921-36. [Farsi]

1- PhD Student, Department of Psychology, Shi. C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Shi. C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran, ORCID: 0000-0003-4068-9749 (Corresponding Author) Tel: (071) 32333440, E-mail: Leila.khabir@iau.ac.ir
3- Professor, Department of Psychology, Shi. C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran
4- Assistant Professor, Department of Psychology, Shi. C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran

CCBY-NC.4.0 DEED