

بررسی ویژگی های روان شناختی دانشجویان اقدام کننده به خودکشی و دانشجویان دارای سبک زندگی سالم

سیمین جعفری ۱، آریتا حسینی ۲، رقیه کیانی استار ۳، سپیده جعفری ۴، روح الله طالبی ۵

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه ویژگی های روان شناختی دانشجویان اقدام کننده به خودکشی با دانشجویان ورزشکار به عنوان افراد دارای سبک زندگی سالم است. متغیرهای مورد مطالعه این پژوهش ۴ ویژگی روان شناختی: افسردگی، هیستریانیک، مانیا و اضطراب است. به این منظور ۵۰ نفر از دانشجویان اقدام کننده به خودکشی که به بخش مسمومیت و فوریت های پزشکی بیمارستان لقمان حکیم تهران مراجعه کرده بودند (به عنوان گروه آزمایشی) و ۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام نور

^۱ دانشجوی دکترای روان شناسی عمومی، دانشگاه امام رضا ع

نویسنده مسوول Email: jsimin80@yahoo.com

^۲ هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد ابهر

^۳ هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد اهر

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد ادبیات انگلیسی دانشگاه آزاد کرج

^۵ دانشجوی دکترای یادگیری حرکتی، دانشگاه فردوسی

کرج که حداقل طی ۲ سال اخیر دارای فعالیت بدنی منظم بوده، تاکنون سابقه سوء مصرف و اقدام به خودکشی نداشتند به عنوان افراد دارای سبک زندگی سالم (به عنوان گروه کنترل) به شیوه نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. به منظور سنجش ویژگی های شخصیتی در هر دو گروه فرم کوتاه تست ام ام پی آی (فرم ایرانی ۷۱ سوالی) و از آزمون تحلیل واریانس دوطرفه برای تحلیل داده ها استفاده شد. یافته ها نشان داد که بین گروه آزمایشی و کنترل از لحاظ ویژگیهای روان شناختی مذکور (افسردگی، هیستریانیک، مانیا و اضطراب) تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین ورزش می تواند از طریق تغییر سبک زندگی و تعدیل ویژگی های روان شناختی مذکور، به عنوان یکی از عوامل پیشگیری کننده برخی از اختلالات روانی از جمله خودکشی منظور گردد.

واژه های کلیدی : خودکشی، ویژگی های روان شناختی، سبک زندگی سالم.

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، اقدام به خودکشی^۱ عبارت است از عملی غیر کشنده که در آن شخص عمداً و بدون مداخله دیگران رفتاری غیر عادی (مثل خودآسیب زنی یا خوردن یک ماده به مقدار تجویز شده برای درمان) را انجام می دهد و هدف وی تحقق تغییرات مورد انتظار خود می باشد(هاوتون و هیرینگن^۲، ۲۰۰۰). با نگاهی به تاریخچه مطالعات خودکشی در می یابیم که اگر چه در اعصار قدیم خودکشی به صورت خود قربانی سازی^۳ و خود شهید سازی^۴ و بعد ها به عنوان گناه (از دیدگاه مذهبی) مورد توجه بوده است، اما بعد ها با پیشرفت جوامع و گسترش حقوق خصوصی و اجتماعی، خودکشی به عنوان یک بیماری مطرح گردید (راجرز^۵، ۲۰۰۱). بر اساس دیدگاه روانکاوی، روانکاوی، خودکشی یک اتفاقی و بی معنی نیست بلکه راهی برای رهایی از یک مسأله یا بحران است که شدیداً شخص را رنج می دهد. خودکشی با نیازها و آرزوهایی برآورده نشده، احساس یأس و درماندگی، تعارض های دوگانه بین نیازهای زندگی، تنش و استرس های غیر قابل تحمل، باریک تر شدن

1 - Suicide attempt

2 - Hawton & Heeringen

3 - self - sacrifice

4 - self - martyrdom

5 - Raggars

راه‌های چاره، از دیدگاه شخص و نیاز برای فرار رابطه دارد (آزاد، ۱۳۸۱). از آن جا که دیدگاه‌های مختلف روانشناختی مثل رویکرد روان‌پویایی فروید، یادگیری اجتماعی بندورا^۱، شناختی بک^۲ و الگوی مکعبی^۳ آشنایمن^۴ نتوانستند موفق به فهم رفتار خودکشی، هدایت تحقیقات مربوط به آن و ارائه راهکارهای مناسب جهت کاهش آن شوند، مطالعه و پژوهش در مورد رفتار خودکشی جنبه عمل‌گرا به خود گرفت و لذا تحقیق در مورد متغیرهای مرتبط و تاثیرگذار در شکل‌گیری و تکوین این پدیده آغاز شد (لستر^۵، ۱۹۸۸). در همین راستا یکی از نظریه‌های بین‌فردی به عنوان یکی از جدیدترین و کامل‌ترین مدل‌های تشخیصی و درمانی ارائه شده در زمینه خودکشی مورد توجه محققان قرار گرفت. بر اساس مدل نظری بین‌فردی تامس جویئر، هنگامی که احساس غمگینی فراتر از حد تحمل و عدم تعلق خاطر یا پذیرش و ارزشمندی اجتماعی است که تمایل به خودکشی را در فرد ایجاد می‌کند، اما این تمایل بطور حتم به اقدامات خودکشی منجر نمی‌شود. بنابراین در تئوری وی عنصر سومی پیشنهاد می‌گردد که عبارتست از کسب توانایی خودآسیبی‌کننده^۶. برای توانایی علاوه بر تاکید بر بررسی عوامل روانی و روان‌شناختی همراه و همبسته با خودکشی است (جویئر، ۲۰۰۵).

در فرهنگ روانشناختی، خودکشی^۷ به عنوان نابودکردن آگاهانه خویشتن برای رها شدن از موقعیتی غیرقابل تحمل تعریف شده است. خودکشی به عنوان یکی از صور آسیب‌پذیری و کجروی‌های اجتماعی معضلی است که همه جوامع اعم از پیشرفته یا در حال توسعه با آن مواجه هستند. آمارها حاکی از آنست که ایران را نیز در ردیف کشورهایی قرار داد که نرخ خودکشی در آن‌ها بالا است. بنا به آمار وزارت بهداشت که در سال ۱۳۸۴ ارائه شده است، در هر روز ۱۳ مورد خودکشی در ایران اتفاق می‌افتد. بنا به آمارهای رسمی جهانی در سال‌های اخیر خودکشی یکی از ۱۰ علت اصلی مرگ و میر در جهان و نهمین علت در ایالات متحده بوده است. در این کشورها خودکشی دومین علت مرگ و میر در بین نوجوانان و جوانان و دانشجویان دانشگاه‌ها محسوب می‌شود و بالغ بر ۱۲٪ از تمام خودکشی‌ها در گروه سنی (۲۰ تا ۲۴) قرار دارند (مامی و سلیمان نژاد، ۱۳۸۹). از نظر جنسیتی نیز زنان سه برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی دارند در حالی که اقدامات منجر به مرگ در مردان چهار برابر زنان است (جویئر، ۲۰۰۵).

1 - Bandura

2 - Beck

3 - cubic model

4 - Schnideman

5 - Laster

6 - the acquired ability for lethal self-injury

7 - suicide

بنابراین خودکشی یک مسئله فزاینده است و میزان مرگ و میر ناشی از آن در افراد مبتلا به اختلالات روانی و شخصیتی بالاتر از افراد هم سن و جنس آنها در جمعیت معمولی است. وجود سابقه اقدام به خودکشی، احتمال اقدام مجدد را افزایش می دهد. تحقیقات درباره طرق عینی پیش‌بینی کننده خودکشی دلالت بر آن دارد که عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی عبارتند از: قضاوت مراجع درباره اینکه فرد بالقوه انتحارکننده است، فشارهای روانی متراکم در زندگی، عدم حضور تجلیات هیجانی، اشتغال ذهنی بیش از اندازه و رفتار نامتناسب اجتماعی (حسینی مقدم، ۱۳۷۶).

مطالعات بسیاری نیز حاکی از آنست که ترکیبی از عوامل اجتماعی، ژنتیکی، عصب شناختی، روان پزشکی و روان شناختی در ارتکاب به خودکشی دخیل است (کریستینس و همکاران، ۲۰۱۳، جوینر، ۲۰۱۰). همچنین آمارها نشان می دهد که در ۹۵٪ همه اشخاصی که مرتکب خودکشی شده سابقه سوء مصرف مواد و یک اختلال روانی قابل تشخیص وجود دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). یافته های مطالعات کالبد شکافی روانی^۱ نیز وجود اختلال شخصیت و رگه های روانی ناهنجار را در افرادی که مرتکب خودکشی شده اند، گزارش کرده است (ایزومتسا^۲ و همکاران، ۱۹۹۶). بیوترایز^۳ (۲۰۰۰) در یک پژوهش فراتحلیلی اذعان می دارد که در مطالعات مختلف، رگه های روانی منفعل - پرخاشگر، وابسته، وسواسی و نمایشی با اقدام به خودکشی رابطه وجود دارد. اختلالهای شخصیت ضد اجتماعی، نمایشی و مرزی بیشترین فراوانی را در بین اقدام کنندگان به خودکشی دارد (حسینیان، مرادی، یاریاری، ۱۳۸۵). همچنین همبستگی بالایی بین افسردگی و خودکشی وجود دارد (داویلا و دلی، ۲۰۰۰) و شیوع خودکشی در افراد افسرده نسبت به جمعیت عمومی شش برابر است (زرانی، ۱۳۸۵).

لذا هنگامی که مرگ از طریق خودکشی نتیجه‌ای از یک اختلال عمیق روانشناختی محسوب می‌گردد، هرگونه تلاش ممکن برای زنده نگه داشتن افراد باید به عمل آید تا بتوان مشکلات آنان را معالجه نمود. در بسیاری از موارد داشتن حضور ذهن و آگاهی از شرایط همه گیر شناسی و عوامل مؤثر در ایجاد آن از یک سو می‌تواند درمانگر را در درمان عوامل مؤثر بر خودکشی یاری نموده و از سوی دیگر درمانگران را به سمت تشخیص و درمان صحیح سوق داده و پایه‌های پیشگیری از بیماری را پی‌ریزی کند و در هزینه‌های مادی و نیروی انسانی که در جهت درمان موارد حاد و چه بسا موارد مزمن اقدام به خودکشی صرفه جویی شود (کلک لی، ۱۳۷۲).

1 - psychological autopsy

2 - Isometsa

3 - Beautrais

در پژوهش‌های به عمل آمده اقدام‌کنندگان به خودکشی، دارای ویژگی های روان شناختی و پیش آگهی هایی بوده اند که با شناخت هرچه دقیق تر آنها می‌توان بینش و آگاهی لازم را برای برنامه‌ریزان اجتماعی و بهداشتی فراهم آورد تا در پیشگیری اولیه و ثانویه نقش مؤثرتری ایفا نمایند (محسنی، ۱۳۷۶). پژوهش حاضر نیز در همین راستا می‌کوشد تا از طریق شناسایی دقیق تر تفاوت های روان شناختی موجود در بین گروه های مورد مطالعه، به بهبود راهکارهای پیشگیرانه کمک کند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری: پژوهش حاضر یک مطالعه پس رویدادی بوده و جامعه مورد مطالعه آن شامل کلیه دانشجویان اقدام کننده به خودکشی و دانشجویان دارای سبک زندگی سالم است. با مراجعات مکرر و روزانه به بخش مسمومیت های بیمارستان لقمان حکیم از بین ۸۰ نفر دانشجوی اقدام کننده به خودکشی، ۵۰ نفر نمونه به عنوان گروه آزمایشی بصورت تصادفی از بین اقدام کنندگان به خودکشی انتخاب و به تکمیل پرسشنامه پرداختند. گروه کنترل نیز شامل ۵۰ نفر از دانشجویان دانشکده تربیت بدنی دانشگاه پیام نور کرج بود که دارای حداقل ۲ سال سابقه ورزشی منظم و عدم سابقه سوء مصرف مواد و اقدام به خودکشی بوده و به عنوان افراد دارای سبک زندگی سالم انتخاب و پرسشنامه را تکمیل کردند.

ابزار سنجش: برای اندازه گیری شاخصهای بالینی افراد در این پژوهش از فرم کوتاه ۷۱ سوالی تست استاندارد شده پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا (MMPI)^۱ استفاده شده است که توسط هته وی و مک کین لی^۲ (۱۹۴۳) تهیه شده است (گراهام^۳، ۲۰۰۶؛ ترجمه کافی ماسوله و یعقوبی، ۱۳۸۸). چهارچوب اصلی آزمون از ۵۰۴ جمله مثبت که بصورت صحیح و غلط به آنها پاسخ داده می شد تشکیل شده بود. بعد ها با افزودن ماده های تکراری و مقیاسهای مردانگی - زنانگی و درونگرایی اجتماعی تعداد سوالات به ۵۶۶ رسید (مارنات، ۲۰۰۳؛ ترجمه پاشا شریفی، ۱۳۸۷) و در سال ۱۹۶۷ توسط کانن^۴ به ۷۱ سوال تقلیل یافت. اخوت، براهنی، شاملو و نوع پرست (۱۳۵۴) با در نظر گرفتن فرهنگ و ارزشهای ایرانی این آزمون را روی دانشجویان و دانش آموزان دختر و پسر نرم کردند. فرم ۷۱ سوالی شامل ۸ مقیاس بالینی و سه مقیاس روایی می باشد. مقیاسهای روایی عبارتند از L: مشخص کننده

1 - Minnesota Multiphase personality inventory

2 -Hathaway & McKinley

3 - Graham

4 - Canon

میزان تلاش مراجع برای ارائه توصیف مثبت از خود است. مقیاس F: میزان پاسخهای انحرافی واستثنایی فرد را اندازه می گیرد. مقیاس K: نشان دهنده تلاش آزمودنی برای انکار آسیب شناسی و ارایه خودشان بصورت مطلوب یا بر عکس برای اغراق در آسیب شناسی وتلاش برای بدتر نشان دادن خودشان است. مقیاسهای بالینی عبارتند از: ۱- افسردگی^۱ (D) ۲- خود بیمار انگاری^۲ (Hs) ۳- هیستری^۳ (Hy) ۴- انحراف اجتماعی^۴ (Pd) ۵- پارانوئیا^۵ (Pa) ۶- ضعف روانی^۶ (Pt) ۷- اسکیزوفرنیا^۷ (Sc) ۸- هیپومانیا^۸ (Ma) (خدایاری فرد وپرنده، ۱۳۸۸).

پایایی^۹ و روایی^{۱۰} ام ام پی آی: میانه‌ی اعتبار مقیاس های آزمون اصلی با روش دو نیمه کردن بین بین ۷۰٪ تا ۸۰٪ است که بعضی از این ضرایب برابر ۹۶٪ اما برخی دیگر خیلی کمتر از آن است. میانه ی ضرایب همبستگی مقیاس ها از راه بازآزمایی ۸۰٪ است (فتحی آشتیانی وداستانی، ۱۳۸۸). پس از جمع آوری داده ها جهت مقایسه ویژگی های روان شناختی دو گروه در هر یک از چهار خرده مقیاس و تحلیل آن از آزمون تحلیل واریانس و در یک مدل تحلیل عاملی ۲(گروه) \times ۴ (ویژگی های روانی) استفاده شد و سطح معنی داری ۰/۰۵ برای تحلیل داده ها در نظر گرفته شد.

یافته های پژوهش

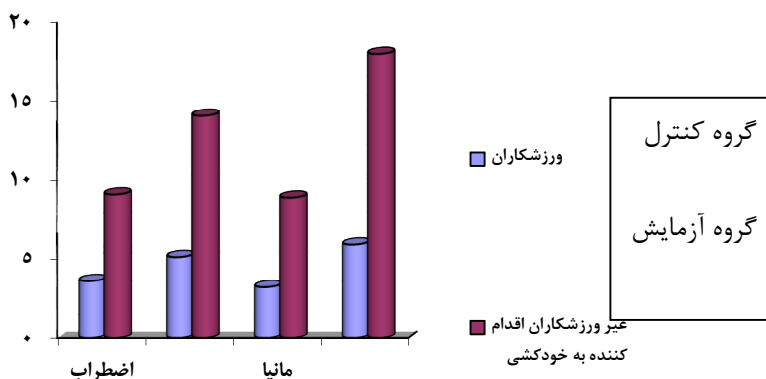
نتایج نشان می دهد که بین دانشجویان اقدام کننده به خود کشی و دانشجویان دارای سبک زندگی سالم، در چهار عامل روانی تفاوت وجود دارد و عامل روانی هیستریانیک نسبت به دیگر عوامل از امتیاز بالاتری برخوردار است(نمودار ۱). همچنین گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل دارای نمرات بالاتری در علائم هیستریک، مانیا، اضطراب و افسردگی هستند (جدول ۱).

نتایج بدست آمده از آزمون لون نشان می دهد که هر چهار ویژگی روان شناختی از همگنی واریانس برخوردارند و شرط پیش فرض آزمون مورد استفاده رعایت شده است (سطح معناداری مانیا: ۰/۰۷۶، اضطراب: ۰/۳۹۶، افسردگی: ۰/۰۹۱، هیستریک: ۰/۴۷۶). همچنین نتایج بدست آمده از

1 - Dépression
2 - Hypochondries
3 - Hystérie
4 - Psychopathic Deviation
5 - Paranoia
6 - Psychasthenia
7 - Schizophrenia
8 - Hypomania
9 - Reliability
10 - Validity

آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در ویژگی های روان شناختی تفاوت معناداری وجود دارد (جدول شماره ۳).

نمودار ۱: ویژگی های روانی در دو گروه آزمایشی و کنترل



جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد و نمرات مربوط به ویژگی های روانی در گروه ها

گروه ها				متغیرها
گروه آزمایشی		گروه کنترل		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۳/۲۶	۹/۱۰	۲/۸۱	۳/۶۲	اضطراب
۵/۲۸	۱۴/۰۸	۳/۸۰	۵/۱۲	افسردگی
۳/۳۳	۸/۹۰	۲/۳۸	۳/۲۴	مانیا
۴/۵۳	۱۷/۹۸	۳/۸۸	۵/۹۶	هیستریک

جدول ۲: نتایج مقایسات زوجی

گروه	کنترل	آزمایشی
اضطراب	*	۰/۰۲
	۰/۰۲	*
افسردگی	*	۰/۰۰۱
	۰/۰۰۴	*
هیستریک	*	۰/۰۰۴
	۰/۰۰۱	*
مانیا	*	۰/۰۱
	۰/۰۱	*

جدول ۳: اختلافات مشاهده شده در سطح ۰/۰۵

متغیر	
اضطراب	درجه آزادی
	میانگین مجذورات
	F
	سطح معنی داری
افسردگی	درجه آزادی
	میانگین مجذورات
	F
	سطح معنی داری
مانیا	درجه آزادی
	میانگین مجذورات
	F
	سطح معنی داری
هیستریک	درجه آزادی
	میانگین مجذورات
	F
	سطح معنی داری

※ اختلاف مشاهده شده در سطح $\alpha > 0/05$ معنی دار است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاکی از آنست که بین دانشجویان اقدام کننده به خودکشی از لحاظ ویژگی های روان شناختی: افسردگی، مانیا، هیستریانیک و اضطراب، در مقایسه با دانشجویان دارای سبک زندگی سالم تفاوت معنی داری وجود دارد.

تفاوت های به دست آمده بیانگر آنست که گروه آزمایشی دارای ویژگی های شخصیتی مرضی هستند که در اقدام به خودکشی آنان مؤثر بوده و آنها از ویژگی های شخصیتی افسردگی

(D=۱۴/۰۸)، هستیریانیک (HY=۱۷/۹۸)، مانیا (Ma=۸/۹۰) واضطرب (A=۹/۱۰) رنج می‌برند و ویژگی‌های مذکور در اقدام به خودکشی مؤثرند. نتیجه تحقیق حاضر با نتایج ایزومتسا و همکاران (۱۹۹۶)، بیوترایز (۲۰۰۰)، داویلا و دلی (۲۰۰۰)، محسنی (۱۳۷۶) و حسینیان، مرادی، یاریاری (۱۳۸۵) همسو است و افسردگی یکی از دلایل خودکشی در دانشجویان اقدام کننده به خودکشی ذکر شده است. همچنین نتایج با مطالعات دکتر اریک تامسون (۱۹۹۱) که نشان داد که ۹۰٪ از خودکشی‌ها، با اختلالات محور I یا II ارتباط داشته، و نیز مؤسسه مطالعات سلامت روان آمریکا (۱۹۹۳) که نشان داد که ۸۸٪ موارد اقدام کننده به خودکشی حداقل ۵ سال سابقه مراجعه به سرویس‌های روانپزشکی داشته و از ویژگی‌های روان شناختی مرضی از جمله شخصیت افسرده، هستیریانیک و مانیا رنج می‌بردند (مولایی، ۱۳۸۰) همسو است. نتایج حاصل از فرایند روان درمانی بیماران غیر بستری نیز حاکی از وجود رگه های هستیریانیک در اقدام کنندگان به خودکشی بوده است (جوینر و همکاران ۲۰۰۹، ون اردن و همکاران، ۲۰۱۰).

پژوهش حاضر همسو با برخی از مطالعات، بیانگر ارتباط بین سبک زندگی سالم و پیشگیری از اختلالات روان شناختی مؤثر بر اقدام به خودکشی است. زیرا سبک زندگی سالم، از طریق اشتغال فرد به ورزش و فعالیت بدنی منظم، عامل پیشگیرانه ابتلا به انواع اختلالات روانی و عامل بازدارنده گرایش به سوء مصرف مواد است. همچنین می‌تواند از طریق ایجاد فضاهای مفرح و رقابتی، بستر مناسبی جهت ارضای نیازهای تعلق خاطر، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، و همچنین پالایش ویژگی‌های هستیریانیک و توجه طلبانه افراد فراهم نماید. همچنین تمرین بدنی ممکن است یا به عنوان راهبرد مقابله ای و یا به صورت مایه کوبی عمل کند، به نحوی که افراد را قادر سازد به شیوه مؤثرتری به فشارهای روانی پاسخ دهند (لندرز^۱ و ارنست، ۲۰۰۰). کوباسا^۲ (۱۹۷۹) نیز معتقد است تمرین بدنی می‌تواند از طریق تغییر پاسخ‌دهی فرد به موقعیت‌های تنش‌زای زندگی، میزان اختلالات و بیماری‌ها را کاهش دهد (واعظ موسوی و مسیبی، ۱۳۹۱). ورزش علاوه بر بهبود سبک‌های مقابله ای افراد، می‌تواند از طریق کاهش اضطراب و افسردگی (آشر و همکاران، ۲۰۰۰، رید و همکاران ۲۰۰۱، دوناگی، ۱۹۹۷، گری و گاتری، ۱۹۷۲)، و افزایش سلامت روان (فرانکل و مورفی، ۱۹۷۴، پالمر، ۱۹۸۸، آنستیس، ۱۹۹۱، ارمالینسکی، ۱۹۹۷) در پیشگیری از خودکشی مؤثر باشد (آشر و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعات بسیاری حاکی از آنست که ورزشکاران در شرایط مشابه نسبت به غیر ورزشکاران، کمتر به بیماری‌های جسمانی و اختلالات روانی دچار می‌شوند (خواجه موگهی و نعمت پور، ۱۳۸۱).

1. Landeres

2. Kobasa

در حالی که بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر اضطراب و افسردگی از علل عمده مؤثر بر اقدام به خودکشی هستند، برخی محققین اضطراب و افسردگی را تحت عنوان خلق منفی معرفی کرده و اظهار می‌دارند که تمرین بدنی به طرز معناداری خلق مثبت را افزایش و خلق منفی را کاهش می‌دهد. پس از تمرین بدنی تغییرات ضعیف تا متوسطی در خلق مثبت به وجود می‌آید (واعظ موسوی و مسیبی، ۱۳۹۱). به عنوان مثال شرکت در تمرین‌های بدنی آثار مهمی بر خلق و خوی زنان داشته و به کاهش تنش و استرس، و افزایش اعتماد به نفس آنان نیز منجر می‌شود (پرانک^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها همچنین حاکی از تأثیر فعالیت بدنی در حفظ سلامت روان و کاهش اضطراب و افسردگی، ترس از موقعیت‌ها و نگرانی از شکست، و افزایش بهداشت روانی و ارتقاء کیفیت زندگی است (مقرنسی و همکاران، ۱۳۹۰، درخشان مبارکه و همکاران، ۱۳۷۶، جعفری و رحمانیان، ۱۳۹۲). محققان بسیاری نیز بر این باورند که ورزش و فعالیت‌های جسمانی علاوه بر تمرین جسمانی، به بهبود تمرکز، خودکنترلی، و خویشتنداری (بل و چانگ، ۲۰۰۲) و کاهش معنادار افسردگی و اضطراب می‌انجامد (آشر و همکاران، ۲۰۰۰، رید و همکاران ۲۰۰۱، دوناگی، ۱۹۹۷، گری و گاتری، ۱۹۷۲) و دارای فواید روان‌شناختی بسیاری چون افزایش تجربه گروهی، آموزش آرامش‌دهی، تمرکز، جرأت، جهت‌مندی، و صداقت در ارتباط (ویزر و همکاران، ۱۹۹۵)، بهبود عزت‌نفس، خودپنداره، استقلال فردی، توانایی به عهده گرفتن نقش رهبری و کاهش پرخاشگری و اضطراب کمک می‌کند. بنابراین می‌توان از آن در برنامه روان‌درمانی نیز بهره جست (جعفری، ۱۳۸۶).

لذا پیشنهاد می‌شود که با توجه به تأثیر چشمگیر ورزش و فعالیت بدنی در پیشگیری و کاهش اختلالات روانی از یک سو، و در نظر داشتن آن که درمان‌های روان‌شناختی، روانپزشکی و دارویی، روش‌های رایجی برای مواجهه با اختلالات روان‌شناختی هستند که فراتر از نظام مراقبت بهداشتی است، از سوی دیگر، تأکید بر پیشگیری، به منظور کاستن از هزینه‌های مراقبت بهداشتی، توجه به فعالیت بدنی را به منزله جان‌نشین یا ضمیمه‌ی درمان‌های رایج مانند روان‌درمانی یا دارو درمانی، افزایش داده (واعظ موسوی و مسیبی، ۱۳۹۱) و آن را در زمره یکی از راهکار درمانی مناسبی برای بسیاری از اختلالات از جمله اختلالات روان‌شناختی زمینه‌ساز خودکشی معرفی نمود. به هر حال وجود خودکشی به عنوان مرگی آگاهانه جهت نابودسازی خویش غیر قابل انکار و بالاتر بودن فراوانی آن در میان جوانان نسبت به سایر گروه‌های سنی اهمیت توجه به راهکارهای پیشگیرانه را دو چندان می‌نماید. افکار خودکشی مقدمه‌ای برای اقدام به خودکشی است و علل متعددی از جمله عوامل جسمی،

روانی، اجتماعی، خانوادگی، شغلی می تواند به وجود آورنده افکار خودکشی باشد. گستردگی و چند وجهی بودن مفهوم خودکشی، دشواری دسترسی به ابزارهای معتبر و مجاز در حوزه تحت مطالعه و همچنین ماهیت حساس موضوع یا نقص تعاریف، در زمره ی محدودیت های پژوهش حاضر محسوب می شود. همچنین کنترل متغیرهایی چون جلب همکاری دانشجویان اقدام کننده به خودکشی جهت تکمیل پرسشنامه و ارائه شرح حال بالینی، و نیز نوع و مدت اشتغال به فعالیت بدنی و ورزشی در دانشجویان دارای سبک زندگی سالم از محدودیت های پژوهش حاضر بوده است. اما در مجموع می توان گفت از آنجاکه سلامت جسمانی رابطه تنگاتنگی با سلامت روانی دارد و تمرینات جسمانی منظم در مقایسه با سایر روش ها بهترین، مقرون به صرفه ترین، سهل ترین و مفیدترین شیوه برای کاهش اضطراب و افسردگی است (جعفری و رحمانیان، ۱۳۹۲)، ورزش می تواند به عنوان یکی از موثرترین راهکارهای پیشگیری از اختلالات روانی زمینه ساز خودکشی مورد توجه درمانگران و برنامه ریزان این حوزه قرار گیرد.

منابع:

- ۱- آزاد، حسین. (۱۳۸۱)، آسیب شناسی روانی، جلد ۱، تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور.
- ۲- جعفری، اکرم، مرادی، محمد رضا، رفیعی نیا، پروین. (۱۳۸۶). مقایسه برخی مهارت های روانی تکواندوکاران زن برتر و غیربرتر، فصلنامه المپیک، سال پانزدهم - شماره 1 : پیاپی 37 .
- ۳- جعفری، سیمین، رحمانیان، زاهده. (۱۳۹۲). تاثیر ورزش ایروبیک بر خلق بیماران سندرم روده تحریک پذیر، مجله پژوهشگاه تربیت بدنی، دوره یکم.
- ۴- خدایاری فرد، محمد؛ پرند، اکرم. (۱۳۸۸). ارزیابی و آزمونگری روانشناختی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- ۵- حسینی مقدم، صادق. (۱۳۷۷). بررسی اپیدمیولوژیکی خودکشی در بین دانشجویان تهران، پایان نامه ارشد، دانشگاه تهران.
- ۶- حسینیان، علی؛ مرادی، علیرضا؛ یاریاری، فریدون. (۱۳۸۵). اختلالات شخصیت و اقدام به خودکشی در دانشجویان. پژوهش های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، (۳-۲): ۵۷-۸۶ .
- ۷- خسروی، نسیم، هادوی، فریده، فراهانی، ابوالفضل (۱۳۹۱). ارتباط سطح فعالیت جسمی با افسردگی و اضطراب در دانش آموزان دوره متوسطه شهرستان ساوه. مطالعات روان شناسی ورزشی، دوره ۱، ش ۱، ص ۷-۱۴.

- ۸- فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). آزمونهای روان شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: انتشارات موسسه بعثت.
- ۹- کلکلی، هروی. (۱۳۷۲)، نقاب سلامت روان، چاپ دوم، مشهد، انتشارات نادری.
- ۱۰- گراهام، جان رابرت. (۲۰۰۶). ارزیابی شخصیت و آسیب شناسی روانی، ترجمه کافی ماسوله و یعقوبی. (۱۳۸۸). تهران: نسل فردا: ارجمند.
- ۱۱- گری گراث، مارنات. (۲۰۰۳). راهنمای سنجش روانی، چاپ سوم، ترجمه حسن پاشا شریفی. (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد، جلد اول
- ۱۲- گنجی، حمزه. (۱۳۸۱)، روان سنجی، چاپ چهارم. شهر تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور.
- ۱۳- مامی، شهرام، سلیمان نژاد، حمیرا. (۱۳۸۹). وضعیت سلامت روان و اندیشه پردازی خودکشی در دانشجویان. پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. ناشر دفتر مرکزی مشاوره.
- ۱۴- محسنی، علیرضا. (۱۳۷۶). ملاحظاتی درباب نظریه ی خودکشی دورکهایم. نامه ی علوم اجتماعی. شماره ی ۷. دوره ی جدید. ج ۳. زمستان. تهران. صص ۱۴۹-۱۱۷.
- ۱۵- موگهی خواجه ناهید، پور نعمت سرور. (۱۳۸۱). مقایسه سبکهای شخصیتی، استرس و ارتباط آن با بیماریهای جسمی ورزشکاران و غیر ورزشکاران شهرستان اهواز روانپزشکی گروه، علوم پزشکی جندی شاپور اهواز دانشگاه.
- ۱۶- واعظ موسوی، محمدکاظم، مسیبی، فتح الله. (۱۳۹۱). روانشناسی ورزشی، انتشارات سمت.
- ۱۷- مقرنسی، مهدی، کوشان، محسن، گلستانه، فرشته، سید احمدی، محمد، و کیوانلو، فهیمه. (۱۳۹۰). تأثیر یک دوره تمرین ایروبیکی بر سلامت روان زنان معتاد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار دوره ۱۸، شماره ۲.
- ۱۸- مولایی، احمد. (۱۳۸۰). ویژگیهای شخصیتی در اقدام به خودکشی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی دانشگاه اراک.

منابع انگلیسی

1. Ahrens, B., Haug, H. J.(1996). Sociality in hospitalized patients with a primary diagnosis of personal disorder. Crisis. 17: 59-63.
2. Beautrais, A. L.(2000). Risk factors for Suicide and attempted suicide among young people. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 34(3), 420- 436.

3. Bell, R.C & C.M. Chang (2002). "The Exploration of the Effect of Taekwondo Training on Personality Traits". *The sport Journal*, 5(3) 132-125.
4. Corbit, E. M., Malone, K. M., Hass, G. L and Man, J. J.(1996). Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorder. *Journal of affective disorder*. 39:61-72.
5. Christensen, H., Batterham, P. J., Soubelet, A., & Mackinnon, A. J. (2013). A test of the interpersonal theory of suicide in a large community-based cohort. *Journal Of Affective Disorders*, 144(3), 225-234. doi:10.1016/j.jad.2012.07.002
6. Davila, J., Daley, S. (2000). Studying inter personal Factors in suicide: perspectives from depression research. In: Joiner T. Rudd M, Editors, *suicide sciencce : expanding the bounharies* . Boston : klawer academic , 175-200 .
7. Derakhshan Mobarakeh M. (1997). The Relationship of exercise to mental health and personality characteristics Corps middle managers working in Tehran.[dissertation]. Teharan: Faculty of Education and Psychology,Shahid Beheshti University.
8. Edwards J.Molanie (2001). Coping , Meaning in life , and suicidal manifestations Examining Gender Diffrences , *Journal of clinical psychology* . 57(12).
9. Garvey, M. J and Spoden, F.(1980). Suicide attempts in antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 21: 146-149.
10. Hawton, K., Heering, K. V. (2000). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. USA. New York. John Wiley sons LTD.
11. Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Marhunen, M. J. Kouppasalmi, K. T and Lonnqvist, J. K .(1996). Suicide attempt among subject with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. 153: 667-673.
12. Joiner, T. E. (2005). *Why People Die By Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
13. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., & Joiner Jr., T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600.

14. Joiner, T. E. (2010). Overcoming the fear of lethal injury: Evaluating suicidal behavior in the military through the lens of the interpersonal–psychological theory of suicide. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 298-307. doi:10.1016/j.cpr.2009.12.004
15. Joiner Jr, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 634
16. Lester, D.(1998). suicide psychological perception on suicide. Spring Field, Il: charls, c. Thomas.
17. Pronk NP, Crouse SF, Rohack JJ. (2008). Maximal exercise and acute mood response in women. *Physiol Behav*. 57(1): 1-4.
18. Rogers, J. R.(2001). Psychological research into suicide: into past, present and future. Suicide prevention resources for millennium Editor: Laster, David, USA. Philadelphia. The bunner – Routledge.
19. Rudolph, K. D., & Asher, S. R. (2000). Adaptation and maladaptation in the peer system. In *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 157-175).
20. Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2007). Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry : Behavioral sciences clinical psychiatry . Newyork : lippincott Williams & wilkins , 898-907.
21. Weiser, M., I. Kutz, S.J. Kutz, & D. Weiser (1995). “Psychotherapeutic Aspects of the Martial Arts”.*American Journal of Psychotropy*, 49(1), 118-127.