

مدل‌یابی معادلات ساختاری ایده‌پردازی خودکشی دانشجویان بر اساس تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با نقش میانجی افسردگی

مرضیه لقایی^{۱*}، مهناز هنرمند^۲، نسرين ارشدی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۳

تاریخ وصول: ۹۹/۰۸/۰۶

چکیده

ایده‌پردازی خودکشی نشان‌دهنده‌ی فوریتی بالینی در روان‌پزشکی است و افراد با ایده‌پردازی خودکشی نسبت به افراد بدون ایده‌پردازی خودکشی خطر بالاتری برای اقدام به خودکشی دارند. هدف پژوهش حاضر، تدوین مدل ساختاری ایده‌پردازی خودکشی بر اساس مؤلفه‌های تاب‌آوری، راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار با در نظر گرفتن نقش میانجی افسردگی در دانشجویان بوده است. طرح پژوهشی، همبستگی و به شیوه معادلات ساختاری بود. در همین راستا با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای، نمونه‌ای برابر با ۳۷۲ نفر از میان دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز انتخاب شد. شرکت‌کنندگان مقیاس ایده-پردازی خودکشی بک (BSI)، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RIS)، پرسشنامه مقابله با شرایط استرس‌زا و پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13) را تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین تاب‌آوری و راهبرد مقابله مسئله‌مدار با افسردگی رابطه منفی معنادار وجود دارد، اما بین راهبرد مقابله هیجان‌مدار و افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. مهم‌ترین یافته حاکی از آن است که افسردگی در رابطه بین تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار با ایده‌پردازی خودکشی به عنوان میانجی گر عمل می‌کند ($p < 0/001$). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت تاب‌آوری، راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار و افسردگی از عمده‌ترین عوامل تأثیرگذار بر ایده‌پردازی خودکشی هستند و می‌توانند ایده‌پردازی خودکشی را پیش‌بینی کنند.

۱. کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)*

Marziyelaghaei70@gmail.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

واژگان کلیدی: ایده‌پردازی خودکشی، افسردگی، راهبردهای مقابله‌ای، تاب‌آوری، مدل‌یابی معادلات ساختاری.

مقدمه

رفتار خودکشی گرا^۱ دارای طیفی از فکر خودکشی^۲، برنامه خودکشی^۳ و اقدام به خودکشی^۴ تا خودکشی کامل^۵ است (شافر و ففر^۶، ۲۰۰۱). در ابتدای این طیف افکار خودکشی نتیجه ایده‌پردازی خودکشی^۷ است؛ که اشاره به فردی دارای تفکراتی درباره‌ی گرفتن عمدی زندگی خود دارد و نشان‌دهنده‌ی وجود برنامه‌های فعلی و آرزوهایی برای اقدام به خودکشی در افرادی است که اخیراً هیچ اقدام به خودکشی آشکاری نداشته‌اند (فرناندس^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). برنامه خودکشی به دستورالعمل یک نقشه‌ی خاص توسط شخص برای پایان دادن به زندگی خود می‌پردازد؛ اقدام به خودکشی به معنای درگیر شدن در یک رفتار خود-جرحی پنهانی است که در آن حداقل قصد مرگ در نتیجه رفتار وجود دارد و در نهایت خودکشی کامل، اقدام فردی است که به صورت عمدی به زندگی خود پایان می‌دهد و به مرگ منتهی می‌شود (اکنر و نک^۹، ۲۰۱۴). در این میان ایده‌پردازی خودکشی شامل اظهارات کلامی و غیرکلامی، نشان‌دهنده‌ی فوریتی بالینی در روان‌پزشکی است و افراد با ایده‌پردازی خودکشی نسبت به افراد بدون ایده‌پردازی خودکشی خطر بالاتری برای اقدام به خودکشی دارند (جویی، لی، یوون، وون و کیم^{۱۰}، ۲۰۱۷). بررسی این فوریت بالینی لازم و ضروری است زیرا گرایش به خودکشی باید به صورت پیوستار درک شود (کارت، ریت، وایت و امسی پرسون^{۱۱}، ۲۰۰۵)، ایده‌پردازی خودکشی عمیقاً پریشان‌کننده بوده و با طیف

-
1. suicidal behavior
 2. suicide thought
 3. suicide plane
 4. suicide attempt
 5. completing suicide
 6. Shaffer, & Pfeffer
 7. suicidal ideation
 8. Fernandes
 9. O'Connor, & Nock
 10. Choi, Lee, Yoon, Won, & Kim
 11. Carter, Reith, Whyte, & McPherson

وسعی از مشکلات روانی مرتبط است (گارلو^۱ و همکاران، ۲۰۰۸) و در نهایت وجود ایده-پردازی خودکشی در برخی نمونه‌های غیربالینی مانند دانش‌آموزان حدود ۵۰٪ است (جانسون، گودینگ، وود و تاریر^۲، ۲۰۱۰). این در حالی است که گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت^۳ (۲۰۱۲)، در ۴۵ سال گذشته، افزایش ۶۰٪ ایده‌پردازی خودکشی را نشان داده است و این نکته ضرورت بررسی آن را در جمعیت عادی نشان می‌دهد.

شناسایی متغیرهای مرتبط با ایده‌پردازی خودکشی و نحوه تعامل این متغیرها با یکدیگر و اینکه آن‌ها چگونه به عنوان عوامل خطر مطرح می‌شوند باعث درک بیشتر این مشکل پیچیده و چند عاملی می‌شود (اسکولایرز^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). علاوه بر این، اگرچه وجود یک بیماری روانی خطر خودکشی را افزایش می‌دهد، اما همه‌ی افرادی که آسیب‌شناسی روانی یا پریشانی را تجربه کردند یا حتی افرادی که تشخیص روان‌پزشکی دریافت کرده‌اند در معرض خطر خودکشی یا تجربه‌ی ایده‌پردازی خودکشی نیستند. به این ترتیب، بررسی سایر متغیرهایی که رابطه بین پریشانی و آسیب‌شناسی روانی عمومی و ایده‌پردازی خودکشی را تقویت می‌کنند اهمیت پیدا می‌کند (پامپیلی، لستر، لینرز، تاتارلی و گیراردی^۵، ۲۰۰۸). یکی از این متغیرها تاب‌آوری^۶ است که سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار تعریف شده است. تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است (کانر و دیویدسون^۷، ۲۰۰۳). اخیراً علاقه فزاینده‌ای به مفهوم تاب‌آوری به عنوان یک خودارزیابی مثبت برای تبیین خودکشی به وجود آمده است که محافظتی در برابر افزایش خودکشی‌گرایی در مقابل عوامل خطر و استرس‌زا توصیف می‌شود (جوهانسون و همکاران، ۲۰۱۰). در واقع تاب‌آوری در چهار حوزه عمده مطرح می‌شود که شامل فرآیندهای اجتماعی، هیجانی، شناختی و عمل‌هدفمند و هدایت‌شده است. این حوزه‌ها به‌طور جدایی-ناپذیری به هم مرتبط هستند و گام‌های مثبت در یک حوزه معمولاً به تغییرات مثبت در

1. Garlow

2. Johnson, Gooding, Wood, & Tarrier

3. World Health Organization (WHO)

4. Scoliers

5. Pompili, Lester, Leenaars, Tatarelli, & Girardi

6. resilience

7. Connor, & Davidson

حوزه‌های دیگر می‌انجامد (اورال، آلتروز و پولسن^۱، ۲۰۰۶). پژوهشی در استرالیا با هدف تعیین میزان پیش‌بینی‌پذیری خودکشی از طریق تاب‌آوری، ۷۴۸۵ نفر از جمعیت را به سه گروه سنی مختلف (۲۴-۲۰، ۴۴-۴۰، ۶۴-۶۰) تقسیم کرده و با روش رگرسیون لجستیک رابطه‌ی بین تاب‌آوری و خودکشی‌گرایی را بررسی نموده است. نتایج نشان داد که تاب-آوری پایین با افزایش خطر خودکشی‌گرایی همراه است (لیو، اشمیت، رابرتز، برنز و آنستی^۲، ۲۰۱۴).

راهبردهای مقابله‌ای شخص با موقعیت‌های پر استرس از مؤلفه‌های دیگری است که می‌تواند با پریشانی‌های روانی ارتباط داشته باشد. مقابله به تلاش‌هایی گفته می‌شود که شخص برای تغییر موقعیت‌های استرس‌آور و یا موقعیت‌هایی که از نظر او رنج‌آور محسوب می‌شوند، انجام می‌دهد (راتمن و ون‌رنسبرگ^۳، ۲۰۰۲). به‌طور کلی راهبردهای مقابله‌ای به دو دسته مقابله مسئله‌مدار و مقابله هیجان‌مدار تقسیم می‌شوند (مارتی، سگال و کولیدج^۴، ۲۰۱۰). رفتارهای خودکشی‌گرا ممکن است نوعی شیوه مقابله با ناراحتی‌های هیجانی باشد و این موضوع در مورد نوجوانان بیشتر دیده می‌شود. در واقع نوجوانانی که از رفتار خودزنی، افکار خودکشی، علائم افسردگی و اختلالات رفتاری رنج می‌برند بیشتر از راهبرد مقابله هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (سلطانی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۳). علاوه بر این در پژوهشی با روش مقطعی و طولی با پیگیری ۴ ماهه رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای با عوامل خطر خودکشی (افسردگی، ایده‌پردازی خودکشی و رفتار خودکشی) در ۲۸۶ بزرگ‌سال جوان مبتلا به بیماری روان‌پزشکی بررسی شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای با خطر خودکشی رابطه معناداری دارد. در واقع این مطالعه برای اولین بار روابط طولی بین راهبردهای مقابله و خطر خودکشی را در یک نمونه بالینی مورد بررسی قرار داد (هورویتز، چیز، برونا و کینگ^۵، ۲۰۱۷).

1. Everall, Altrows, & Paulson

2. Iiu, Schmidt, Roberts, Burns, & Anstey

3. Rothmann, & Van Rensburg

4. Marty, Segal, & Coolidge

5. Horwitz, Cxyz, Berona, & King

بار قابل ملاحظه‌ی هیجانی، اجتماعی و اقتصادی اختلال افسردگی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و تخمین شیوع سالیانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد این اختلال در جمعیت عمومی، همراه با در نظر داشتن میزان خطر حدود ۱۷ تا ۱۹ درصد در سراسر زندگی همچنان افسردگی را به عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش‌ها باقی نگاه داشته است (کنی و ویلیامز^۱، ۲۰۰۷). افسردگی به عنوان غم و اندوهی که فرد تجربه می‌کند و با کاهش آشکار لذت بردن از انواع فعالیت‌ها ادامه می‌یابد (سالوی، مایر، گلدمن، تورووی، پالفای^۲، ۱۹۹۵) و بر افکار، هیجانات، رفتار و سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر می‌گذارد و بدون هیچ تناقضی به عنوان عامل خطر خودکشی در نوجوانان و بزرگسالان جوان شناخته شده است. مطابق با نتایج گزارش شده توسط بنیاد آمریکایی پیشگیری از خودکشی^۳، احساس افسردگی به شدت با ایده‌پردازی خودکشی ارتباط دارد (فرگوسن و همکاران، ۲۰۰۳). این در حالی است که پژوهش لوینسون، سولومون، سیلی و زیس^۴ (۲۰۰۰) نشان می‌دهد که معناداری بالینی علائم افسردگی به عبور از آستانه تشخیصی افسردگی اساسی بستگی ندارد و افسردگی حتی در سطوح غیرقابل تشخیص با اختلال در عملکرد روانی-اجتماعی و مشکلات وخیم‌تر در آینده ارتباط دارد.

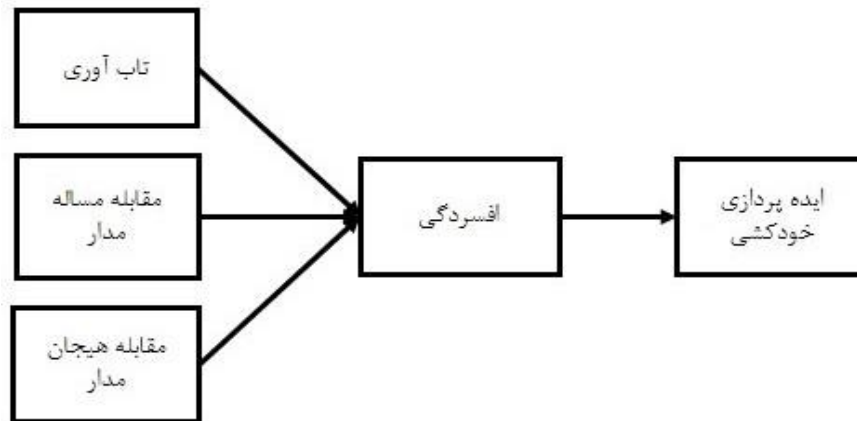
از آنجا که رفتار خودکشی یک پدیده‌ی چند بعدی است که تحت تأثیر تعامل ابعاد مختلف از جمله؛ فردی، اجتماعی، روان‌شناختی، فرهنگی، زیستی و محیطی قرار دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴) و عامل واحدی برای توضیح رفتارهای خودکشی‌گرا وجود ندارد، در این پژوهش مدلی طراحی و مورد آزمون قرار گرفت که پیش‌بین‌های مهم ایده‌پردازی خودکشی را در خود گنجانده است؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا مدل مفهومی برای ایده‌پردازی خودکشی با متغیرهای پیش‌بین تاب‌آوری، راهبردهای مقابله‌ای (مسئله‌مدار و هیجان‌مدار)، با نقش میانجی افسردگی، برازنده‌ی داده‌هاست یا خیر؟ در شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش حاضر ارائه شده است:

1. Kenny, & Williams

2. Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai

3. The American Foundation for Suicide Prevention

4. Lewinsohn, Solomon, Seeley, & Zeiss



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش حاضر

روش

روش پژوهش حاضر، همبستگی و از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری^۱ است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز در مقطع کارشناسی که مشغول به تحصیل در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۹-۹۸ بودند، می‌شود. حجم نمونه جهت آزمون فرضیه‌ها با رجوع به راهکار کلاین^۲ (۲۰۱۵) برای مطالعاتی که از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده می‌کنند، تعیین شد. کلاین (۲۰۱۵) مطرح می‌کند که حداقل نسبت حجم نمونه برای هر متغیر مشاهده شده ۵ نفر است، نسبت ۱۰ نفر به ازای هر متغیر مناسب‌تر و نسبت ۲۰ نفر به ازای هر متغیر مطلوب قلمداد می‌شود؛ بنابراین در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن تعداد متغیرها و دستیابی به نتایج قابل قبول، نمونه‌ای برابر با ۴۰۰ شرکت‌کننده در نظر گرفته شد. در همین راستا با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای نمونه مورد نظر از میان دانشجویان دانشکده‌های مختلف انتخاب شد، به این ترتیب که ابتدا از میان ۱۰ دانشکده، ۵ دانشکده و سپس از هر دانشکده ۳ گروه آموزشی و از هر گروه ۵ کلاس و در نهایت از میان دانشجویان کلاس‌ها، ۵ تا ۱۰ دانشجو انتخاب شد. پس از اجرای

۱. Structural Equation Model (SEM)

۲. Kline

پژوهش، ۳۷۲ پرسشنامه (۲۱۳ نفر زن و ۱۵۹ نفر مرد) از مجموع ۴۰۰ نفر نمونه برگشت داده شد (نرخ بازگشت ۰/۹۳ درصد). جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا از روش‌های آماری توصیفی و همبستگی استفاده شد. سپس تحلیل‌های پیچیده‌تر برای ارزیابی برازندگی مدل مفهومی انجام شد که همگی از طریق مدل‌یابی معادلات ساختاری، با استفاده از برآورد حداکثر درست‌نمایی^۱ نرم‌افزار AMOS-22 اعمال شد. تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۵ و AMOS نسخه ۲۲ انجام گرفت. همچنین جهت تعیین کفایت برازش مدل تدوین شده با داده‌ها، شاخص‌های برازندگی زیر سنجیده شد؛ مجذور کای (χ^2)، درجه آزادی (df)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)، برازش تعدیل شده (NFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص برازندگی فزاینده (IFI)، شاخص برازندگی نرم شده (TLI) و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA). به منظور گردآوری داده‌ها نیز از پنج پرسشنامه به شرح زیر استفاده شد:

مقیاس ایده‌پردازی خودکشی: این مقیاس توسط بک و استیر^۲ (۱۹۹۱) ارائه شده و دارای ۱۹ گویه و ۳ خرده مقیاس است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها و طرح‌ریزی برای اقدام به خودکشی تهیه شده است. آیت‌های این مقیاس بر اساس ۳ درجه از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد. در این مقیاس پنج سؤال ابتدایی سؤالات غربالگری هستند که اگر پاسخ‌ها نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نفعال باشد، سپس آزمودنی باید ۱۴ سؤال بعدی را نیز ادامه دهد. همسانی درونی این مقیاس توسط بک و استیر (۱۹۹۱) ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ گزارش شده است. در پژوهش حشمتی‌مولائی، جهانگیری و زندکریمی (۱۳۹۶) همسانی درونی ($\alpha = 0/87$) مقیاس مذکور مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین آلفای کرونباخ برای سؤال‌های مربوط به هر یک از خرده مقیاس‌ها سنجیده شد که برای خرده مقیاس تمایل به مرگ (۰/۹۰)، برای خرده مقیاس آمادگی برای خودکشی (۰/۸۵) و برای خرده مقیاس تمایل به خودکشی واقعی (۰/۸۸) به دست آمد. همبستگی این مقیاس با سؤال خودکشی

^۱. Maximum Likelihood Estimation

^۲. Beck, & Steer

پرسشنامه افسردگی بک (سؤال ۷) از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ بود. در پژوهش حاضر پایایی کل این مقیاس به روش آلفای کرونباخ معادل با ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی: این پرسشنامه توسط بک، استیر و براون^۱ (۱۹۹۶) ساخته شده است. نسخه اصلی پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است و می‌توان از آن به عنوان ابزاری برای تعیین نقطه برش و تشخیص شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا استفاده کرد. بر اساس گزارش بک، براون و استیر (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ در بیماران سرپایی ۰/۹۲ و در بیماران بستری ۰/۹۳ بود. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۱۳ سؤالی استفاده شد. نمره‌گذاری هر یک از سؤالات از ۰ تا ۳ است. حالت‌های مورد سنجش در این فرم عبارت‌اند از: غمگینی، بدبینی، احساس شکست خوردگی، نارضایتی، احساس گناهکاری، از خود بی‌زاری، خودآزارسانی، کناره‌گیری و بی‌تصمیمی. ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن برای کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۲ و ضریب همبستگی بین فرم کوتاه ۱۳ سؤالی و فرم ۲۱ سؤالی پرسشنامه افسردگی بک ۰/۶۷ گزارش شده است (رجبی، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس تاب‌آوری: فرم کوتاه مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون جهت سنجش تاب‌آوری توسط اسمیت^۲ و همکاران (۲۰۰۸) طراحی شده است. نسخه کوتاه این مقیاس شامل شش سؤال است. سؤالات یک، سه و پنج مثبت و دو، چهار و شش، منفی هستند. برای هر سؤال طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱) در نظر گرفته شده است. همسانی درونی این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ بود (کاشانی و نجفی، ۱۳۹۴). نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. روایی سازه مقیاس کوتاه تاب‌آوری اسمیت و همکاران (۲۰۰۸) بر اساس تحلیل عاملی تأییدی برای هر شش سؤال، بار عاملی بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۰ را گزارش کرده است که بیانگر روایی مطلوب و قابل قبول سازه مذکور است. هنجاریابی این مقیاس در ایران توسط سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) انجام شده و پایایی آن برابر با ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۱ به دست آمد.

1. Steer, Brown

2. Smith

پرسشنامه مقابله با شرایط استرس‌زا: فرم کوتاه پرسشنامه مقابله با شرایط استرس‌زا توسط کالزبیک، ریجکن، هنگوون و دکر^۱ (۲۰۰۳) و بر اساس پرسشنامه اصلی مقابله با شرایط استرس‌زا (اندلر و پارکر^۲، ۱۹۹۰) ساخته شده است. تفاوت فرم کوتاه با پرسشنامه اصلی در تعداد عبارات آن است. پرسشنامه اصلی مقابله با شرایط استرس‌زا دارای ۴۸ عبارت است. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این پرسشنامه که دارای ۲۱ عبارت است، استفاده شد. این مقیاس سه راهبرد مقابله اصلی؛ مقابله مسئله‌مدار (۷ عبارت)، مقابله هیجان‌مدار (۷ عبارت) و مقابله اجتنابی (۷ عبارت) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از هرگز=۱ تا همیشه=۵) است. پایایی زیر مقیاس‌های مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی بر روی ۲۰ دانشجو در فاصله ۱۵ روز به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷ و ۰/۷۱ محاسبه شده است (حسینی دولت‌آبادی، صادقی، سعادت، خدایاری، ۱۳۹۳). همسانی درونی برای سه بعد پرسشنامه به شرح زیر است؛ مقابله مسئله‌مدار ۰/۷۲، مقابله هیجان‌مدار ۰/۷۷ و مقابله اجتنابی ۰/۷۴ (بویسان^۳، ۲۰۱۲). در این پژوهش دو خرده مقیاس مقابله مسئله‌مدار و مقابله هیجان‌مدار سنجیده شد. در پژوهش حاضر پایایی گویه‌های مربوط به مقابله مسئله‌مدار ۰/۸۴ و گویه‌های مربوط به مقابله هیجان‌مدار ۰/۸۹ با روش آلفای کرونباخ به دست آمد.

نتایج

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	ضرایب همبستگی				
			۱	۲	۳	۴	۵
۱ ایده‌پردازی خودکشی	۳/۳۸	۵/۹۷	۱				
۲ افسردگی	۷/۵۰	۶/۹۷	۰/۵۸**	۱			
۳ مقابله مسئله‌مدار	۲۵/۳۶	۵/۴۳	-۰/۲۲**	-۰/۳۲**	۱		
۴ مقابله هیجان‌مدار	۲۰/۲۹	۶/۹۵	۰/۳۳**	۰/۵۲**	-۰/۱۸**	۱	
۵ تاب‌آوری	۱۸/۵۶	۴/۲۹	-۰/۲۷**	-۰/۴۲**	۰/۲۹**	-۰/۴۴**	۱

۱. Calsbeek, Rijken, Henegouwen, & Dekker

۲. Endler & Parker

۳. Boysan

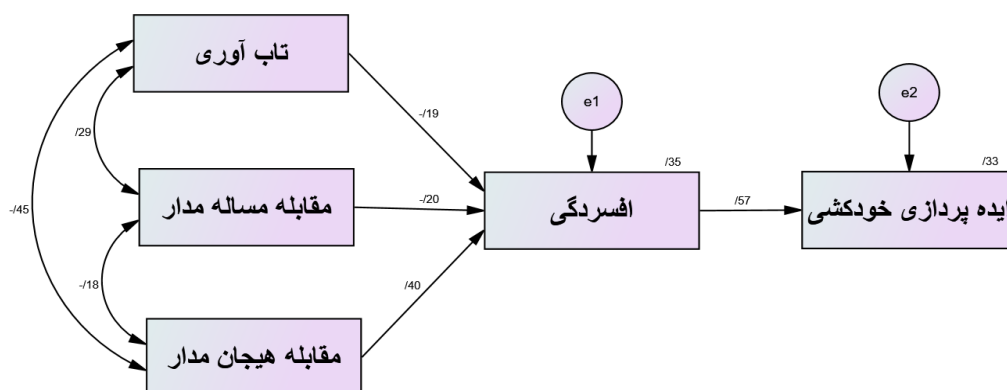
** $p < 0.01$

یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. جدول ۲ نیز شاخص‌های برازش برای مدل تدوین شده را ارائه می‌کند.

شاخص‌های برازندگی	χ^2	d f	χ^2 (df)	GF I	AG FI	NF I	CF I	IFI	TL I	RMSEA
مدل	۴۲	۳	۸۰	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۰۱
تدوین شده	۲									

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

به‌طور کلی شاخص‌های مختلفی وجود دارد که جهت بررسی تطابق مدل پیشنهادی با داده‌های مشاهده شده از آن‌ها استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر، میزان χ^2 (df) برابر با ۰/۸۰ به دست آمد که نشان‌دهنده برازندگی مدل با داده‌هاست. همچنین شاخص‌های GFI، AGFI، CFI به ترتیب برابر با ۰/۹۷، ۰/۹۸، ۰/۹۷ به دست آمد که نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل است. شاخص RMSEA که به عنوان مبنای پذیرش یا رد یک مدل مفروض قرار می‌گیرد، معادل با ۰/۰۱ به دست آمد و حاکی از برازندگی مطلوب مدل است. در نتیجه با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، مدل پیشنهادی با داده‌ها برازش دارد و مورد تأیید است. شکل ۲ مدل پیشنهادی پژوهش را همراه با ضرایب مسیر نشان می‌دهد.



شکل ۲. مدل پیشنهادی پژوهش همراه با ضرایب مسیر

ضرایب مسیر مندرج در شکل ۲ فرضیه‌های مستقیم این پژوهش را تأیید می‌کند. علاوه بر این جهت سنجش نقش میانجی افسردگی در رابطه بین تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با ایده‌پردازی خودکشی از دستور بوت‌استرپ در نرم‌افزار AMOS استفاده شد. در جدول ۳ نتایج بوت‌استرپ مربوط به مسیرهای غیرمستقیم نشان داده شده است. سطوح اطمینان برای این فواصل اطمینان ۹۵ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت‌استرپ ۲۰۰۰ در نظر گرفته شد. مطابق با مندرجات جدول ۳ فاصله‌های اطمینان برای مسیرهای غیرمستقیم نشان‌دهنده‌ی قرار نگرفتن عدد صفر در این فاصله‌هاست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت؛ در رابطه بین تاب-آوری، راهبرد مقابله مسئله‌مدار و راهبرد مقابله هیجان‌مدار با ایده‌پردازی خودکشی، افسردگی نقش میانجی را ایفا می‌کند.

جدول ۳. نتایج بوت‌استرپ مربوط به مسیرهای غیرمستقیم

مسیرهای غیرمستقیم	β (ضرایب استاندارد)	سطح معنی-داری (p)	حد پایین	حد بالا
تاب‌آوری \Leftarrow افسردگی \Leftarrow ایده‌پردازی خودکشی	-۰/۱۵	۰/۰۰۱	-۰/۲۲۳	-۰/۰۹۰

مقابله مسئله‌مدار ←	افسردگی ←	۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۱۷۸	۰/۰۸۲
ایده‌پردازی خودکشی					
مقابله هیجان‌مدار ←	افسردگی ←	۰/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۱۵۷	۰/۲۵۰
ایده‌پردازی خودکشی					

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر با ارائه مدل پیشنهادی، فرض بر این بود که تاب‌آوری، راهبردهای مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار از طریق میانجی‌افسردگی بر ایده‌پردازی خودکشی تأثیر می‌گذارند و نتایج نیز این فرض را تأیید نمود. یافته‌ها حاکی از برازش مطلوب مدل با داده‌های مشاهده شده است. فرضیه رابطه مثبت معنی‌دار افسردگی با ایده‌پردازی خودکشی تأیید شد. این یافته با نتایج پژوهش فرحی (۲۰۱۴) مبنی بر رابطه مثبت و معنی‌دار بین تفکرات خودکشی و افسردگی همسو است. رفتار خودکشی‌گرا در جمعیت عادی اغلب در بافت یک اختلال روان‌پزشکی و معمولاً افسردگی رخ می‌دهد و در صورت حذف افسردگی ۸۰٪ رفتارهای خودکشی‌گرا کاهش می‌یابد (بیتریس، جویس و مولدر^۱، ۱۹۹۶). این حالت عاطفی فراتر از طبقه‌بندی‌های تشخیصی رسمی به عنوان احساس هسته‌ای از پریشانی شدید با نیاز فوری به تسکین توصیف می‌شود. در این حالت فرد زندگی را بی‌ارزش و بی‌فایده می‌داند، به مرگ و مردن و افرادی که فوت کرده‌اند، می‌اندیشد و مرگ را راهی برای فرار از مشکلات و سختی‌های ادراک شده می‌داند (نوری و پیروی، ۱۳۸۶). در همین راستا می‌توان به مدل فعال‌سازی افتراقی تیزدل^۲ (۱۹۸۸) نیز اشاره کرد؛ وی پیشنهاد می‌کند که فرآیندهای تفکر خاصی می‌تواند با خلق‌های مختلف از طریق تاریخچه یادگیری یک فرد تداعی شود. به عنوان مثال؛ افسردگی ممکن است همراه با احساس ناامیدی، شکست و بی‌قراری رخ دهد. این احساسات ممکن است با یکدیگر تداعی شوند و از آن‌پس به شکل "طرح‌واره خودکشی"^۳ هر زمان که خلق پایین باشد دوباره فعال شوند؛ بنابراین بی‌قراری به عنوان حالتی

1. Beautrais, Joyce, & Mulder

2. Teasdale

3. suicide schema

از اضطراب مهیج و غیرقابل بازداري و ناامیدی به عنوان احتمال پایین تغییرات مثبت در آینده، با احساس افسردگی و ایده‌پردازی خودکشی همراه می‌شود و هر یک می‌تواند دیگری را تداعی کند.

در تبیین رابطه منفی تاب‌آوری با افسردگی می‌توان به آسیب‌پذیری در برابر افسردگی و ناتوانی در ایجاد خودپنداره‌های مثبت در افرادی که تاب‌آوری پایینی دارند، اشاره کرد. این در حالی است که تاب‌آوری نوعی ویژگی شخصیتی هست که مشخصه آن ادراک خود به صورت مثبت و سطوح بالایی از خوش‌بینی است که فرد را از تجربه افسردگی محافظت می‌کند. بدین معنا که افراد با تاب‌آوری بالا ویژگی‌هایی مثل خودپنداره مثبت، رفتارهای مقابله‌ای مؤثر و سازگارانه دارند که آن‌ها را از آسیب‌پذیری روان‌شناختی از جمله افسردگی محافظت می‌کند؛ بنابراین هر چه میزان تاب‌آوری افزایش یابد، احتمال افسردگی کاهش یافته و این می‌تواند نوید بخش مسیری برای کاهش افسردگی باشد. این یافته در پژوهش مظفری، سهرابی و سامانی (۱۳۹۰) نیز تأیید شد. آن‌ها نشان دادند هر چه تاب‌آوری فرد بالاتر باشد، نمره‌ی افسردگی، اضطراب و استرس وی پایین‌تر است و در نتیجه سلامت روان او بهتر تأمین می‌شود. می‌توان گفت پرداختن به مفهوم تاب‌آوری دارای پتانسیل قابل توجهی برای درک فرایندهای مؤثر در افراد مستعد افسردگی است.

اثر منفی راهبرد مقابله مسئله‌مدار بر افسردگی نیز یکی دیگر از فرضیه‌هایی بود که تأیید شد. در واقع استفاده از راهبرد مقابله‌ی مسئله‌مدار، از طریق حل استرس‌ها و اضطراب‌های روزمره و کوچک، مانع پیشرفت مشکل شده و در نتیجه مشکلات، آشفتگی هیجانی از جمله افسردگی کمتری ایجاد می‌کند (کوهن، بنزور و روزنفیلد^۱، ۲۰۰۸). در واقع به نظر می‌رسد که مقابله مسئله‌مدار یک راهبرد انطباقی است که خطرات ناشی از علائم افسردگی را کاهش می‌دهد به گونه‌ای که راهبرد مقابله مسئله‌مدار، نگرش‌ها، نحوه تفکر، انگیزه و رفتارهای فرد را برای برخورد با استرس در زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد و منجر به عملکرد سازگارانه‌تر و کارآمدتری می‌شود. در نهایت فرد توانایی بیشتر و مؤثرتری در روبه‌رو شدن

1. Cohen, Ben-Zur, & Rosenfeld

با استرس‌های درونی و بیرونی خواهد داشت و این توانایی، ریسک افسردگی را کاهش خواهد داد.

همچنین نتایج پژوهش حاکی از اثر مثبت راهبرد مقابله هیجان‌مدار بر افسردگی است. زمانی که فرد از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کند بر هیجان‌ات و افکار منفی (مانند برون‌ریزی هیجان‌ات و نشخوار ذهنی) متمرکز است و این باعث افزایش آشفستگی روانی می‌شود. در مقابله‌ای هیجان‌مدار، به علت تمرکز بر هیجان‌ات منفی از جمله؛ خشم، اضطراب، شرم و ناامیدی میزان اضطراب، افسردگی و آسیب‌پذیری هیجانی افزایش می‌یابد (کوهن و همکاران، ۲۰۰۸). همین آسیب‌پذیری ممکن است در آمادگی افراد برای انتخاب و به کارگماردن سبک‌های شناختی غیرانطباقی و راهبردهای کنترل مانند نشخوار، نگرانی و به دنبال آن افسردگی تأثیرگذار باشد. این افراد در برخورد با رویداد استرس‌زا، تمرکز اصلی‌شان بر روی هیجان‌اتشان است و به دلیل ناامیدی، احساس‌های منفی، تصورات و تبیین‌های ناکارآمد، در موقعیت‌های دشوار هیجان‌زده شده و چون عملکرد مثبتی در راستای حل مسئله انجام نمی‌دهد، بیش‌ازپیش مضطرب و افسرده می‌شوند. این فرآیند به صورت یک چرخه معیوب پیش می‌رود و افسردگی نیز به دلیل همراهی با نشخوار فکری و سوگیری توجه، مانع از در نظر گرفتن راهکارهایی می‌شود که به حل مسئله می‌انجامد.

تأثیر غیرمستقیم تاب‌آوری بر ایده‌پردازی خودکشی از طریق متغیر میانجی افسردگی نشان‌دهنده‌ی معنی‌داری این فرضیه است. بدین صورت که فرد دارای تاب‌آوری بالا می‌تواند در موقعیت‌های مختلف، برخوردی انطباقی و سازگارانه با شرایط داشته باشد. این نوع رویارویی، ریسک رفتارهای افسرده‌ساز مثل نشخوار فکری منفی، احساس تنهایی، عدم کفایت، رفتارهای اجتنابی، کاهش فعالیت‌های لذت‌بخش، خودانتقادی و تجربه هیجان‌های منفی را کاهش خواهد داد. در نتیجه احتمال افسردگی و به دنبال آن ایده‌پردازی خودکشی کاهش می‌یابد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که راهبرد مقابله مسئله‌مدار اثر غیرمستقیم از طریق افسردگی بر ایده‌پردازی خودکشی دارد. تعیین‌کننده اصلی اینکه آیا خلق افسرده به افکار و رفتارهای خودکشی‌گرا منتهی می‌شود یا نه، عدم دسترسی به گزینه‌های مقابله‌ای جایگزین است. به این معنا که شخص هنگامی که یک موقعیت استرس‌زا را تجربه می‌کند، ممکن است

احساس گرفتار شدن کند. این توجیه منطبق بر مدل فرار محبوس شده ویلیامز و پولاک (۲۰۰۱) است. مطالعات نشان می‌دهد که نقص در حل مسئله بین فردی در بیماران خودکشی - گرا یک عامل مهم در کاهش گزینه‌های مقابله‌ای است. این نقایص سپس در یک چرخه معیوب، ایده‌پردازی خودکشی را تقویت می‌کند. در نیمی از این چرخه، نقصان حل مسئله، افزایش درماندگی، ناامیدی و احساس گرفتار شدن به چشم می‌خورد که ایده‌پردازی خودکشی را تشدید می‌نماید. در نیمه بعدی این چرخه، ایده‌پردازی (که یکی از شدیدترین شکل‌های نشخوار متمرکز بر خود است) بیشتر باعث تخریب حل مسئله می‌شود (واتکینز و باراکیا، ۲۰۰۲). در واقع بر اساس مدل آسیب‌پذیری - استرس، افرادی که در توانایی تفکر واگرا مشکل دارند؛ زمانی که تحت فشارها و استرس‌های درونی و بیرونی قرار می‌گیرند، از نظر شناختی آمادگی ایجاد راه‌حل‌های بدیل و مؤثر برای مقابله با آن شرایط را ندارند و در نتیجه این ناتوانی، ناامیدی و احساس عدم کنترل شرایط را مسلم می‌پندارند؛ بنابراین رفتار خودکشی گرا در واقع واکنشی به این ناتوانی است (بایبری، قباد و فیض‌الهی، ۱۳۸۹).

در مقابل، قدرت پیش‌بینی نسبتاً بالای راهبرد مقابله هیجان‌مدار در ارتباط بین این راهبرد از طریق افسردگی بر ایده‌پردازی خودکشی کاملاً قابل انتظار و قابل توجیه است. افسردگی در درجه اول اختلالی هیجانی است و در کسانی که از راهبرد مقابله هیجان‌مدار بیشتر استفاده می‌کنند، ریسک افسردگی و رفتارهای مخرب مثل خودکشی‌گرایی افزایش می‌یابد. این یافته تعجب‌آور نیست زیرا افرادی که از راهبردهای مقابله هیجان‌مدار که معمولاً به حل مسئله کمکی نمی‌کند، استفاده می‌کنند همه‌ی تمرکزشان بر روی خود و هیجانانشان است و احتمال اینکه به سمت رفتارهای پیش‌درآمد افسردگی مثل نشخوار فکری، عدم تمرکز، احساس گناه، بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، تحریک‌پذیری، بدبینی، ناامیدی و بهره‌نبردن از حمایت‌های اجتماعی بروند، بالا است. این رفتارها نه تنها به حل مسئله منتهی نمی‌شود بلکه باعث ادراک گرفتار شدن، عدم تسلط و عدم کنترل شرایط می‌شود و نهایتاً می‌تواند فرد را به سمت افسردگی و ایده‌پردازی خودکشی سوق دهد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به ابزار گردآوری اطلاعات اشاره کرد؛ از آنجا که استفاده از پرسشنامه به عنوان یک ابزار خودگزارشی احتمال سوگیری را افزایش

می‌دهد، نتایج باید با احتیاط تحلیل و تبیین شود. از سوی دیگر با توجه به پدیده چند عاملی ایده‌پردازی خودکشی و وجود طیف وسیعی از متغیرهای مرتبط، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با روش مدل‌یابی و در نظر گرفتن هم‌زمان مجموعه‌ای از متغیرها انجام شود. همچنین در تحقیقات آتی می‌توان علاوه بر پرسشنامه از روش‌های کیفی نیز استفاده کرد. علاوه بر این از آنجا که طیف رفتارهای خودکشی گرا با مسئله مرگ و زندگی افراد جامعه گره خورده و در مرحله ایده‌پردازی قابلیت پیشگیری زیادی نهفته است، پیشنهاد می‌شود یافته‌های پژوهش حاضر مورد توجه درمانگران و متخصصان حوزه سلامت روان جهت تشخیص و مداخله به موقع قرار گیرند.

منابع

- باپیری، امیدعلی؛ بهامین، قباد و فیض‌الهی، علی. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش گروهی حل مسئله بر برخی ویژگی‌های روان‌شناختی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۱(۱۸)، ۲۳-۱۶.
- حسینی دولت‌آبادی، فاطمه؛ صادقی، عباس؛ سعادت، سجاد و خدایاری، هانیه. (۱۳۹۳). رابطه بین خودکارآمدی و خودشکوفایی با راهبردهای مقابله‌ای در دانشجویان. *پژوهش در آموزش علوم پزشکی*، ۶(۱)، ۱۰-۱۸.
- حشمتی مولایی، نفیسه؛ جهانگیری، فائزه و زندکریمی، غزاله. (۱۳۹۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افکار خودکشی بک در نوجوانان دختر. *چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی، مشاوره و علوم رفتاری*، تهران، دانشگاه نیکان.
- رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۴). ویژگی‌های روان‌سنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13). *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱(۴)، ۲۸-۳۵.

سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۳(۳)، ۲۹۰-۲۹۵.

سلطانی‌نژاد، عبدالله؛ فتحی‌آشتیانی، علی؛ احمدی، خدابخش؛ یاحقی، عماد؛ نیک‌مراد، علیرضا؛ کریمی، روح‌اله و عبدالمنافی، عاطفه. (۱۳۹۳). الگوی ساختاری رابطه اختلال شخصیت مرزی، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار، تکانش‌گری و افکار خودکشی در سربازان. *مرکز تحقیقات کاربردی معاونت بهداشت، ۱(۳)*، ۱۷۶-۱۸۲.

کاشانی، ولی‌اله و نجفی، طاهره. (۱۳۹۴). مقیاس کوتاه تاب‌آوری در ورزشکاران معلول و جانباز؛ ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی. *طب جانباز*، ۸(۱)، ۵۵-۴۹.

مظفری، محمدصادق؛ سهرابی، شگفتی‌نادره و سامانی، سیامک. (۱۳۹۰). نقش واسطه‌گری تاب‌آوری در ارتباط بین ابعاد دل‌بستگی و سلامت روان. *روش‌ها و مدل‌های روان-شناختی*، ۲، ۱۸۲-۱۶۵.

نوری، ربابه و پیروی، حمید. (۱۳۸۶). *راهنمایی برای سازگاری با زندگی دانشجویی ویژه دانشجویان ورودی جدید*. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم.

Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in person making serious attempts: a case control study. *Am J Psychiatry*, 153(8), 1009-14.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). Manual for the Beck scale for suicide ideation. *San Antonio, TX: Psychological Corporation*, 63.

Beck, A. T., Brown, G. K., & Steer, R. A. (1997). Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 35(11), 1039-1046.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the beck depression inventory-II. *San Antonio, TX: Psychological Corporation*, 1, 82.

Boysan, M. (2012). Validity of the coping inventory for stressful situations-short form (CISS-21) in a non-clinical Turkish sample. *J Psychiatry Neurol Sci*, 25, 101-107.

- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied researchers*. New York, NY.
- Calsbeek, H., Rijken, M., Henegouwen, G. P. B., & Dekker, J. (2003). Factor structure of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-21) in adolescents and young adults with chronic digestive disorders. *The Social Position of Adolescents and Young Adults with Chronic Digestive Disorders*. Utrecht: Nivel, 83-103.
- Carter, G., Reith, D. M., Whyte, I. M., & McPherson, M. (2005). Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 253–257.
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 195-216.
- Choi, S. B., Lee, W., Yoon, J. H., Won, J. U., & Kim, D. W. (2017). Risk factors of suicide attempt among people with suicidal ideation in South Korea: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 17(1), 579.
- Cohen, M., Ben-Zur, H., & Rosenfeld, M. J. (2008). Sense of coherence, coping strategies, and test anxiety as predictors of test performance among college students. *International Journal of Stress Management*, 15(3), 289.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). State and trait anxiety, depression and coping styles. *Australian Journal of Psychology*, 42(2), 207-220.
- Everall, R. D., Altrows, K. J., & Paulson, B. L. (2006). Creating a future: A study of resilience in suicidal female adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 84(4), 461-470.
- Farrahi, Hassan. (2014). the study of relationship between suicidal thoughts and depression in Iranian students of University of Guilan. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*. 4. 80-84.
- Fawcett, J. (1992). Suicide risk factors in depressive disorders and in panic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33(1), 61-73.
- Fernandes, A. C., Dutta, R., Velupillai, S., Sanyal, J., Stewart, R., & Chandran, D. (2018). Identifying suicide ideation and suicidal

- attempts in a psychiatric clinical research database using natural language processing. *Scientific Reports*, 8(1), 7426.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., et al. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 482-488.
- Horwitz, A. G., Czyz, E. K., Berona, J., & King, C. A. (2018). Prospective associations of coping styles with depression and suicide risk among psychiatric emergency patients. *Behavior Therapy*, 49(2), 225-236.
- Johnson, J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the Schematic Appraisals Model of Suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48, 179-186.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617-625.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Publications.
- Liu, D. W., Fairweather-Schmidt, A. K., Roberts, R. M., Burns, R., & Anstey, K. J. (2014). Does resilience predict suicidality? A lifespan analysis. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 453-464.
- Marty, M. A., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2010). Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging and Mental Health*, 14(8), 1015-1023.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., & De Graaf, R. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- O'Connor, R. C. (2011). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Crisis*, 32(6), 295-298.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behavior. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- Pompili, M., Lester, D., Leenaars, A. A., Tatarelli, R., & Girardi, P. (2008). Psychache and suicide: a preliminary investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 116-121.

- Rothmann, S., & Van Rensburg, P. (2002). Psychological strengths, coping and suicide ideation in the South African Police Services in the North West Province. *SA Journal of Industrial Psychology*, 28(3), 39-49.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale.
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., De Wilde, E. J., & Van Heeringen, K. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 601-607.
- Shaffer, D., & Pfeffer, C. R. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 24-51.
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & J., Bernard (2008). The Brief Resilience Scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200.
- Smith, S. E. (2000). Development and validation of the depressive vulnerability and Resilience Scales (No. MA). Deakin University.
- Tararmian, F. (2019). Comprehensive suicide prevention and intervention program in college settings. Office of Student Health and Counseling.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Watkins, E. D., & Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour research and therapy*, 40(10), 1179-1189.
- Williams, J. M. G., & Pollock, L. R. (2001). Psychological aspects of the suicidal process. *Understanding Suicidal Behaviour*, 76-93.
- World Health Organization. (2012). Mental health: suicide prevention. *World Health Organization website*. Available from URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.Html.