



# The Relationship with Suicidal Thought and Stigma and Self-esteem in Psychiatric Patients

Fateh Sohrabi<sup>1</sup>, Saed Golnia<sup>2</sup>, Narmin Abdollahi<sup>1</sup>, Ramezani Ghobad<sup>3,\*</sup>

<sup>1</sup> MSc of Clinical Psychology. Ghods Hospital. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

<sup>2</sup> Clinical Psychology. Ghods Hospital. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

<sup>3</sup> Center for Educational Research in Medical Sciences (CERMS), Department of Medical Education, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* **Corresponding author:** Ghobad Ramezani, Center for Educational Research in Medical Sciences (CERMS), Department of Medical Education, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: ramazanighobad@gmail.com

**Received:** 11 Feb 2018

**Accepted:** 01 Feb 2019

## Abstract

**Introduction:** Suicide is one of the major causes of mortality which have being in the scope of attention for many years. In this realm, psychiatric patients are the major groups which noticed. It's almost said that, in any suicidal action, we can find a psychiatric problem. So, the purpose of this study is to investigate the rate of suicidal thoughts and its relationship with psychological factors psychiatric patients such as self-esteem and stigma of mental illness.

**Methods:** As an analytic-descriptive study, among all patients who meet the inclusion criteria, those who admit informed consent (152 participant), complete questionnaires and other needed information. Other necessary data were gives from the psychiatric documentations of patients. Measures include: Beck scale for suicidal ideation, Rosenberg's self-esteem Scale, and Stigma scale. Statistical analyses such as Pearson's Correlation Coefficient, independent T test, and Simple Linear Regression were used for analyzing the data through the 20th version of SPSS software.

**Results:** The sample size was 152 patients (111 males, 73% & 41 female 27%) with mean ages of 32 years and its SD was 10. The prevalence of suicidal thoughts was 29/6% which was so much more than normal population. There was a significant correlation between suicidal ideation with stigma and self-esteem.

**Conclusions:** Suicide is a psychiatric urgency and its predictability is very important matter. Psychological phenomenon are counted as determinant factors. Results of this study showed the importance of stigma and self-esteem among in-danger subjects. So it proposed to paid specific attention to psychological such parameters.

**Keywords:** Suicide, Self-esteem, Stigma, Psychiatric Disorder



## ارتباط بین افکار خودکشی با انگ و عزت نفس در بیماران روان پزشکی

فاتح سهرابی<sup>۱</sup>، ساعد گل نیا<sup>۲</sup>، نرمین عبدالهی<sup>۱</sup>، قباد رضانی<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران  
<sup>۲</sup> کارشناسی روان شناسی بالینی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران  
<sup>۳</sup> مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
 \* نویسنده مسئول: قباد رضانی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. ایمیل: ramazanighobad@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۲۲

### چکیده

**مقدمه:** خودکشی یکی از علل شایع مرگ و میر است و سالهای زیادی است که مورد توجه بوده است. بیماران روانپزشکی هستند و به طور معمول در هر اقدام به خودکشی معمولاً یک مشکل روان پزشکی وجود دارد. هدف این مطالعه بررسی میزان اقدام به خودکشی در بیماران روانپزشکی و اینکه آیا این میزان اقدام به خودکشی با متغیرهای روان شناختی از قبیل عزت نفس، انگ بیماری روان پزشکی ارتباط دارد یا نه.

**روش کار:** به صورت یک مطالعه توصیفی تحلیلی، ۱۵۲ نفر از بیماران روان پزشکی از طبقات مختلف تشخیصی، مورد بررسی قرار گرفتند. با استفاده از مصاحبه و سوابق پزشکی آنان، اطلاعات مربوط به خودکشی از بیماران اخذ گردید. از پرسشنامه های عزت نفس روزنبرگ، انگ، سنجش افکار خودکشی بک برای اخذ اطلاعات مربوطه استفاده شد. برای تحلیل نتایج از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS و روش های آمار توصیفی و نیز آزمون های رگرسیون خطی ساده ضریب همبستگی و آزمون t استفاده شد.

**یافته ها:** ۱۵۲ (۱۱۱ مذکر (۷۳٪)، ۴۱ نفر مؤنث (۲۷٪)) با میانگین سنی ۳۲ سال و انحراف استاندارد ۱۰ مورد بررسی قرار گرفتند. میزان شیوع اقدام به خودکشی و افکار خودکشی در آنان ۲۹/۶٪ بود که این میزان چندین برابر جمعیت عمومی است. بین میزان خودکشی با عزت نفس ( $r = -0/242$ ) و انگ ( $r = 0/463$ ) همبستگی معناداری مشاهده شد.

**نتیجه گیری:** خودکشی اورژانس روان پزشکی است و پیش بینی پذیری آن اهمیت زیادی دارد. بنظر می رسد مؤلفه هایی روان شناختی پدیده های تعیین کننده ای هستند. نتایج این مطالعه اهمیت انگها و عزت نفس را در میان افراد در معرض خطر نشان دادند. بنابراین در بیماران در معرض خطر باید توجه ویژه ای به این مسائل روان شناختی مبذول داشت.

**واژگان کلیدی:** خودکشی، عزت نفس، انگ، بیماری روان پزشکی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

خودکشی یکی از معضلات عمده مربوط به سلامت است، به طور کلی سالیانه یک میلیون نفر در اثر خودکشی می میرند و پیش بینی می شود که این میزان به سالانه یک و نیم میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ برسد [۱]. اثرات طولانی مدتی بر سلامت روان این افراد بازماندگان دارد [۲]. اطلاعات مربوط به خودکشی در جمعیت های مختلفی گزارش شده است [۳]. با این حال یکی از مهمترین جمعیت های مورد توجه در این زمینه بیماران روان پزشکی هستند. به این صورت که بیشتر از ۹۰ درصد موارد خودکشی با یکی از اختلالات روان پزشکی ربط دارد، به طوریکه در تمامی موارد عوامل خطرهای خودکشی عوامل روان شناختی وجود دارند [۴]. بنابراین می توان گفت که کاهش میزان خودکشی نیازمند

پیشگیری کارآمد میزان رو به رشد بیماری های روان پزشکی است [۴]. به طور کلی اختلالات روانی شدید با میزان خودکشی مرتبط دانسته اند، برای مثال میزان مرگ منجر به خودکشی در بیماران اسکیزوفرنیا ۱۲ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است، [۵]. در ارتباط با خودکشی عوامل خطر آفرین بسیاری مرتبط دانسته شده و برای پیش بینی آن عامل عمده واحدی وجود ندارد [۸]. به عبارت دیگر به قول لیتمن (۱۹۹۵) هیچوقت نمی توان خودکشی را به طور قطعی پیش بینی کرد. چون عوامل تأثیر گذار بر آن خیلی متنوعند، که هر چقدر این متغیرها شدیدتر باشند احتمال خودکشی را بیشتر خواهند کرد [۹، ۱۰]. هرچند که کشف تمامی عوامل مؤثر بر

## روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که به بررسی تمام بیمارانی که در فاصله زمانی نیمه دوم ۱۳۹۳ تا نیمه اول ۱۳۹۴ در بیمارستان قدس سنندج بستری شده بودند، پرداخته است. جامعه آماری شامل تمامی بیمارانی بود که در بازه زمانی مذکور در این بیمارستان بستری بودند. نمونه پژوهش برابر با جامعه آماری بود. برای انتخاب بیماران مورد مطالعه ابتدا به به پرونده بستری آنها مراجعه شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: داشتن سواد در حد خواندن و درک پرسشنامه پژوهش، گذشت حداقل یک سال از نخستین بستری، تشخیص قطعی روانپزشکی بیمار و کنترل نسبی علائم روانپزشکی. ملاک خروج شامل داشتن اختلال شناختی و یا نقص هوشی. در پایان تعداد ۱۵۲ نفر از بیماران پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نمودند. تشخیص قطعی روان پزشکی بیمار و کنترل نسبی علائم در پرونده بیمار درج شده است که در واقع نتیجه بررسی‌های اولیه توسط رزیدنت‌های روانپزشکی و روانپزشک بوده که در پرونده بیمار درج می‌شود که از آن به عنوان تشخیص قطعی و همچنین ملاک قضاوت در ارتباط با کنترل نسبی علائم مورد استفاده در این مطالعه استفاده شده است. فرایند نمونه‌گیری بعد از بررسی اولیه پرونده بیماران و سپس دعوت بیمار به فرایند مصاحبه انجام گرفت.

پرسشنامه‌ها توسط روان شناس بالینی بعد از مصاحبه مختصر به منظور ایجاد ارتباط با بیمار و توضیح روش پژوهش و جلب همکاری بیمار در بیمارستان انجام شده است که کل فرایند با حفظ محرمانگی و رعایت اصول اخلاقی انجام گرفت و در صورت عدم رضایت بیمار پرسشنامه‌ها اخذ نمی‌شدند. پس از اتمام بازه زمانی تعیین شده فرایند نمونه‌گیری خاتمه یافت. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس افکار خودکشی بک که این پرسشنامه بک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است که به هر سؤال از صفر تا دو نمره تعلق می‌گیرد و مسایلی از قبیل افکار خودکشی، طرح ریزی و برنامه جهت اقدام به خودکشی و ایده پردازی در مورد آن را شامل می‌شود. به طور کلی عدم پذیرفتن ۵ سؤال اول به معنای فقدان افکار خودکشی در نظر گرفته می‌شود، نمره ۱-۵ به معنای وجود افکار خودکشی، ۶-۱۹ به معنای آمادگی به اقدام و ۲۰-۳۸ به صورت اقدام به خودکشی فعال در نظر گرفته می‌شود. نسخه ترجمه شده آن به فارسی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۹۵ بدست آمده و روایی همزمان مناسبی با سایر پرسشنامه‌ها داشته است. [۲۶، ۲۷] در مطالعه‌های دیگر بروی نسخه فارسی این مقیاس ضریب الفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ بدست آمد [۲۸].

مقیاس عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵)، یکی از رایج‌ترین مقیاس‌های اندازه‌گیری عزت نفس است [۲۹]. این پرسشنامه شامل ده سؤال است که بصورت گزینه‌های موافق و مخالف می‌باشد، که مجموع نمره آن در فاصله بین ۱۰- (کمترین عزت نفس) و ۱۰+ (بیشترین عزت نفس) می‌باشد. این مقیاس، عزت نفس کلی و ارزش شخصی را اندازه می‌گیرد و نسخه ایرانی آن توسط علیزاده اعتباریابی شده است و شامل ده عبارت است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در دامنه ۰/۷۷ تا

خودکشی امکان پذیر نیست اما دستیابی به تعدادی از عوامل خطرناک و محافظت کننده توانایی پیش بینی را آسان‌تر و زمینه لازم را برای پیشگیری و طراحی برنامه‌های پیشگیرانه فراهم می‌نماید [۱۱]. متاسفانه به دلیل مطالعات اندک و همینطور منسجم در این زمینه اطلاع دقیقی از آمار آن در دست نیست [۱۲].

مطالعات مختلفی روی جمعیت‌هایی غیر از بیماران روانپزشکی پرداخته‌اند در جمعیت عمومی و جمعیت‌های خاصی از قبیل سربازان، دانشجویان، زنان و غیره پرداخته‌اند [۱۳-۱۶]. با این وجود در میان بیماران روان پزشکی خودکشی به عنوان شایع‌ترین دلیل منجر به مرگ شناخته می‌شود [۱۷] و میزان آن ۳-۱۲ برابر جمعیت عمومی است [۱۸]. به طور کلی مطالعات مختلف عوامل خطرهای متعددی را برای خودکشی معرفی کرده‌اند عواملی مانند بیماری روانی فعال مانند افسردگی شدید، سایکوز و اختلال دو قطبی، مصرف مواد و الکل، داشتن افکار خودکشی و یا برنامه ریزی برای اقدام به خودکشی و سابقه تلاش قبلی برای خودکشی، و اختلال در روابط بین فردی [۱۹]. اگرچه عوامل ذکر شده مهم هستند اما به نظر می‌رسد اقدام به خودکشی مسئله‌ای پیچیده است و مسائل خیلی زیادی ربط دارد. آنچه که در این میان مهم است پرداختن به متغیرهای روان شناختی است، یعنی در واقع متغیرهایی که مسائل شناختی فرد را در برمی‌گیرند [۲۰، ۲۱]. مسایلی از قبیل تبعیض‌هایی که بیماران روانی را قربانی خود ساخته و برچسب‌هایی که این بیماران را چه در فرایند درمان و چه در انتخاب درمان آنها را محدود ساخته است، همینطور مسایلی مانند احساس بی ارزشی، ناکارآمدی و احساس حقارت [۲۱]. یکی از این متغیرهای روان شناختی مهم و مؤثر انگ و یا به عبارت دیگر داغ بیماری روانی است که یکی از مهمترین عوامل در ممانعت در جستجوی خدمات بهداشت روان دانسته‌اند [۲۲، ۲۳].

استیگما حاکی از داغ زدگی است به گونه‌ای که فرد از محیط خویش بخاطر دلایل فیزیکی یا روانی متمایز شده است و هنگامی که افراد تشخیص پزشکی در مورد دردهای جسمانی دریافت می‌کنند معمولاً انگ یا داغ اجتماعی این تشخیص تا اندازه‌ای خفیف است اما برعکس برای بیشتر تشخیص‌های روانپزشکی پیامدهای بالقوه آسیب زایی وجود دارد [۲۴]. به طور کلی اغلب اختلالات روانپزشکی نوعی احساس عجیب و غریب بودن و ناخوشایند را در مردم ایجاد می‌کند و همین باعث ایجاد استیگما و مشکلات اجتماعی در مورد آن شده است [۲۵]. که در واقع انگ به صورت متغیری درونی شده تبدیل می‌شود که فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۳]. علاوه بر این، تأثیرات متقابل و پویای بین این متغیرهای روان شناختی می‌تواند مسائل مهمی را در زمینه افزایش سرخوردگی اجتماعی و شخصی و همچنین افسردگی و در نهایت خودکشی نمایان سازد [۲۱]. هر چند که عزت نفس متغیری درونی و به احساس ارزشمندی شخصی مربوط می‌شود انگ متغیری است که بیشتر به روابط بین فردی و اجتماعی مربوط است و تأثیرات بعد اجتماعی را بیشتر اندازه گیری می‌کند. بنابراین شناخت این پویای‌های شناختی و درونی و همچنین مؤلفه‌های بین فردی می‌تواند عامل مهمی در افرادی باشد که اقدام به خودکشی می‌کنند. به همین دلیل این مقاله به دنبال بررسی افکار خودکشی و ارتباط آن انگ بیماری روان پزشکی و همینطور عزت نفس است.

صدم نشان داد و با سایر ابعاد آن ارتباط معنی داری نشان نداد (جدول ۳).

جدول ۱: فراوانی افکار خودکشی بین بیماران گروه نمونه

فراوانی	درصد
۵۸	۳۸/۱۵
۳۷	۲۴/۳۴
۳۵	۲۳/۰۲
۲۲	۱۴/۴۷
۱۵۲	۹۹/۹۸

جدول ۲: نتایج آزمون رگرسیون خطی ساده بین متغیرها

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
رگرسیون	۳۱۸/۶۸۶	۱	۳۱۸/۶۸۶	۸/۹۴۳	۰/۰۰۳
باقیمانده	۵۱۳۱/۲۹۳	۱۴۴	۳۵/۶۳۴		
کل	۵۴۴۹/۹۷۹	۱۴۵			

جدول ۳: نتایج ماتریکس همبستگی برای متغیرهای افکار خودکشی، عزت نفس و انگ

افکار خودکشی	عزت نفس	انگ
افکار خودکشی	۱	-
عزت نفس	-۰/۲۴۲	۱
انگ	۰/۴۶۳	-۰/۴۱۸

جدول ۴: همبستگی خودکشی با ابعاد پرسشنامه انگ

خودکشی	تبعیض	جنبه‌های مثبت	بُعد افشاگری
	-۰/۳۹۳	۰/۰۷۳	۰/۱۱۴

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که متغیر انگ با افکار خودکشی دارای رابطه مثبت و معنادار است اما انگ با عزت نفس رابطه منفی معنادار دارد و نیز عزت نفس با افکار خودکشی نیز دارای رابطه منفی معنادار هستند. همچنین داده‌های نشان داده شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که خودکشی با بُعد افشاگری دارای همبستگی مثبت است و نیز با جنبه‌های مثبت از ابعاد پرسشنامه انگ همبستگی مثبت دارد اما با بُعد تبعیض دارای همبستگی منفی معنی دار می‌باشد.

### بحث

نتایج بدست آمده همخوان با مطالعات دیگر نشان داد که انگ همبستگی منفی معناداری با عزت نفس نشان داده است و تبعات منفی برای بیماران روانپزشکی در بردارد [۲۱، ۲۳، ۳۱] با این وجود بعضی از مطالعات عنوان می‌کنند که ارتباط مناسبی بین انگ و عزت نفس نیافته‌اند [۲۲] و بعضی از نویسندگان هنوز با شک به آن می‌نگرند و بیان می‌کنند که در مطالعات‌شان به نتایج و تبعات منفی چنان مشخصی برای انگ‌ها پیدا نکرده‌اند [۲۳] هر چند نتایج آنان قابل بررسی است اما به نظر می‌رسد مطالعات بیشتری همخوان با مطالعه حاضر نتایجی مبنی بر همراهی انگ با عزت نفس پایین را نشان داده‌اند [۲۰، ۲۱] علاوه بر این بعضی از مطالعات عنوان می‌کنند که میزان آن را در کشورهای در حال توسعه خیلی بیشتر است [۳۴، ۳۵] هر چند که این مطالعه به دنبال بررسی و مقایسه اجتماعی میان جوامع نبود اما خود این مساله می‌تواند با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشته باشد. یکی از عواقب این کاهش مشخص در میزان عزت نفس را می‌توان در

۰/۸۸ قرار دارد، همچنین همبستگی بالایی با پرسشنامه ملی نیویورک و گاتمن در سنجش عزت نفس به دست داده است [۵].

مقیاس انگ، این مقیاس توسط مایکل کینگ و همکاران در سال ۲۰۰۷ به منظور بررسی انگهای بیماری روانپزشکی در گروه بیماران ساخته شد. فرم اولیه آن ۴۲ سؤالی بوده و فرم نهایی آن ۲۸ سؤالی است که اعتبار و پایایی مناسبی داشته است و در مقیاس لیکرتی ۵ سطحی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد. به طور کلی سه جنبه افشاگری، جنبه‌های مثبت و تبعیض را اندازه می‌گیرد. اعتبار درونی آن در با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمده است و همبستگی ضریب آلفای کرونباخ برای هریک از سه خرده مقیاس افشاگری ۰/۸۵، تبعیض ۰/۸۷ و خرده مقیاس جنبه‌های مثبت ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۴ را داشته است [۳۰]. این پرسشنامه به فارسی ترجمه و اعتباریابی شده است [۲۲]. آلفای کرونباخ در نسخه ترجمه شده از نمونه چهل نفری بیماران مرکز روانپزشکی قدس که توسط پژوهشگران حاضر انجام شد، ۰/۹۱ به دست آمد و برای هر یک از سه خرده مقیاس افشاگری، تبعیض و جنبه‌های مثبت به ترتیب آلفای کرونباخ ۰/۶۸، ۰/۹۰ و ۰/۷۱ بدست آمد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ استفاده شد. از آماره‌های توصیفی جداول فراوانی و شاخص‌های مرکزی و از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t برای گروه‌های مستقل، و تحلیل واریانس یک طرفه استفاده گردید.

### یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۱۵۲ (۱۱۱ مذکر (۷۳٪)، ۴۱ نفر مؤنث (۲۷٪)) نفر از بیمارانی که در بیمارستان قدس سنج بستی بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۲ سال و کمترین و بیشترین مقدار سنی به ترتیب ۱۳ و ۶۷ سال و انحراف استاندارد ۱۰ بوده است. اغلب شرکت کنندگان در فاصله سنی ۱۹ تا ۳۱ سال قرار داشتند. ۶۰٪ از شرکت کنندگان مجرد، ۳۰٪ متأهل و ۱۰٪ آنان مطلقه و یا بیوه بودند. در مجموع تمام بیماران هشت طیف تشخیصی روانپزشکی را شامل می‌شدند (اسکیزوفرنی ۴۰٪، اختلال دوقطبی ۲۰٪، ۲۱٪ اختلال افسردگی اساسی و سایر شرکت کنندگان تشخیص‌هایی از قبیل وسواس فکری-عملی، مصرف مواد، اختلال شخصیت مرزی، اختلال استرس پس از ضربه، اختلال تبدیلی داشتند). به طور کلی براساس داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها ۳۸ درصد از بیماران گروه نمونه فاقد افکار خودکشی بودند و ۲۴ درصد افکار خودکشی کم، ۲۳ درصد آمادگی برای خودکشی یا به عبارتی میزان متوسطی از خودکشی و ۱۴ درصد از بیماران گروه نمونه افکار خودکشی فعال داشتند (جدول ۱). براساس پرونده‌های پزشکی نیز تقریباً یک‌سوم بیماران (۳۶/۵ درصد) حداقل یک بار اقدام به خودکشی داشته‌اند. بین زنان و مردان گروه مطالعه تفاوت معناداری از لحاظ افکار خودکشی وجود نداشت. از نظر متغیرهای انگ و عزت نفس نیز در گروه‌های زنان و مردان تفاوت معناداری را مشاهده نشد.

برای بررسی ارتباط بین متغیرها از رگرسیون خطی ساده استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که انگ ۰/۳۵ از واریانس خودکشی را پیش بینی می‌کند. همچنین نتایج همبستگی خودکشی با ابعاد پرسشنامه انگ در بُعد تبعیض همبستگی منفی معناداری در سطح یک

## نتیجه‌گیری

همخوان با مطالعات فوق، مطالعه حاضر نیز نشان داد که همزمان با افزایش شدت افکار خودکشی عزت نفس کاهش یافته و انگ افزایش می‌یابد و برعکس. یک نتیجه قابل تأمل ارتباط خودکشی با ابعاد پرسشنامه انگ بود ازین جهت که به نظر می‌رسد جنبه‌ای از انگ‌های بیماری که بیشترین اثرات مخرب را بر افزایش خطر خودکشی دارند مسائل مربوط به تبعیض‌هایی است که این بیماران احساس کرده و با آن روبرو هستند. همچنین بیمارانی که کمتر تحت تأثیر انگ‌ها قرار داشتند میزان عزت نفس بیشتری را نشان دادند و میزان اقدام به خودکشی کمتری در سوابق آنان یافت شد. این روابط به صورت علی مطرح نیستند و تقدم و تأخر آنان هنوز معلوم نیست بلکه صرفاً نوعی همبستگی مشخص میان آنان وجود دارد که در مطالعه حاضر بدلیل محدودیت‌های پژوهش و نیاز به پیگیری طولانی و شناخت عمیق‌تری از بیماران قادر به پیگیری علی نبودیم و در ارتباط با اینکه این چرخه چگونه شروع می‌شود و اینکه کدامیک زودتر تأثیرات مخربشان آغاز می‌شود و در واقع عامل شروع سایر علل است می‌تواند توسط سایر تحقیقات به صورت جامع‌تری بررسی شود. همچنین بررسی جمعیت‌های با سطح سواد پایین‌تری یکی از محدودیت‌های پژوهش بود که امکان تعمیم نتایج را محدود می‌سازد. در مطالعه حاضر به خاطر سنجش بیمارانی که از سواد خواندن و نوشتن برخوردار بوده‌اند ممکن است خود عاملی برای تفاوت شناختی با سایر بیماران باشد و در نتیجه مطالعه بدون تأثیر نبوده است به همین دلیل قابلیت تعمیم نتایج بدست آمده را خواهد کاست، خصوصاً به بیمارانی که سواد خواندن و نوشتن ندارند و درک شناختی ضعیف‌تری دارند. به همین دلیل مطالعات با بررسی عمیق‌تر و طولی می‌تواند در کنار نمونه‌های جامع‌تر و همراه با توجه به مولفه‌های فرهنگی می‌تواند موضوع مناسبی برای مطالعات آتی باشد.

## سیاسگزاری

از تمامی همکاران ارجمندمان در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج که در انجام پژوهش یاریگرمان بودند صمیمانه سپاسگزاریم. همچنین بر خود لازم می‌دانند که از زحمات و همکاری صمیمانه کلیه افراد شرکت کننده در مطالعه تشکر و قدردانی کنیم، کسانی که تجربیات درمندی‌شان را با ما درمیان گذاشتند؛ تا قدمی در دنیای علم برداریم به امید آنکه که مرهمی باشد بر آلام بیشمار آنان.

## تضاد منافع

نویسندگان مقاله تصریح می‌نمایند که در رابطه با مقاله حاضر هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## References

1. Organization WH. Figures and facts about suicide. Geneva: WHO; 1999.
2. Organization WH. Multisite intervention on suicidal behaviours, Superemiss, Protocol of Superemiss. Geneva: WHO; 2010.
3. Organization WH. Preventing suicide, a global imperative in 2014 2014 [cited 2014 14 oct]. Available from: ([http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world-report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world-report_2014/en/)).
4. Organization WH. WHO Global status report on violence prevention. . 2014.
5. Alizadeh N, Mirzaei S. [Studying the incidence of suicidal thought and its related factors among Kurdistan university of medical science students]. Kurdistan Univ Med Sci Student's Mag. 1996;18:18-26.

6. Douglas G, Bladessarini R, Conwel Y, Fawcett J, Horton L, Meltzer H, et al. Practice guidance for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors: American Psychiatric Association; 2003.
7. Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. Clinical interviewing: 2012-2013 update: John Wiley & Sons; 2012.
8. Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. [Clinical interviewing: 2012-2013 update]. tehran: Roshd publication; 2012.
9. Balazs J, Benazzi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal KK, Akiskal HS. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *J Affect Disord.* 2006;91(2-3):133-8. doi: 10.1016/j.jad.2005.12.049 pmid: 16458364
10. Akiskal HS, Benazzi F. Psychopathologic correlates of suicidal ideation in major depressive outpatients: is it all due to unrecognized (bipolar) depressive mixed states? *Psychopathology.* 2005;38(5):273-80. doi: 10.1159/000088445 pmid: 16179814
11. Nosratabadi M, Halvaeipour Z. Explaining suicide ideation based on drug abuse and depression in soldiers of Aja University of Medical Science. *J Mil Med.* 2016;17(4):249-55.
12. Khan MM. Suicide prevention and developing countries. *J R Soc Med.* 2005;98(10):459-63. doi: 10.1258/jrsm.98.10.459 pmid: 16199814
13. Rezaei A, Khodadadi Z, MirMohamadi L. [Relationship between dysfunctional thought suicidal Ideation in Abused wives]. *Sci-Res J Social Womens.* 2010;2(3):123-38.
14. Salajeghe S, Raqibi M. [Studying the relationship between source of control and death-living thought in the student of Sistan and Baloochestan Univercity]. *J Educ Psychol.* 2013;4(4):79-91.
15. Boger A, Alavi K, Esfahani M. [Psychological, demographical, socio-economical factors related to suicidal ideation in general population of Semnan city in 1393]. *Arak Univ Med Sci Mag.* 2014;17(1):25-38.
16. Memari A, Ramim T, Moradi F, Khosravi K, Goodarzi Z. [The Cause of suicidal act in Married women]. *Midwifery Nurs J Tehran Med Sci.* 2006;12(1):47-53.
17. Bhaskara E. text book of mental health nursing. 1 ed: Jaypee brother medical pub; 2011.
18. Izadifard R. Suicide in psychiatric patients. 2009.
19. Wanda K. Johnson's Psychiatric-Mental Health Nursing. London: Lippincott Co; 2003.
20. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology.* 2015;7(2). doi: 10.5617/suicidologi.2330
21. Sohrabi F, Esfandyari G, Yousefi F, Abdollahi N, Saed G, Bakhivushi S. [The relationships between self-esteem, demographic variables, psychiatric diagnosis and Frequency of hospitalization with mental illness stigma in psychiatric patients]. *Shenakht J Psychol Psychiatry.* 2017;3(4):27-38.
22. Zartalousi A, Madianos MG. Mental health treatment fearfulness and help-seeking. *Issues Ment Health Nurs.* 2010;31(10):662-9. doi: 10.3109/01612840.2010.490929 pmid: 20854039
23. Vogel DL, Bitman RL, Hammer JH, Wade NG. Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *J Couns Psychol.* 2013;60(2):311-6. doi: 10.1037/a0031889 pmid: 23421775
24. Groth-Marnat G. [Handbook of psychological assessment]. Tehran: Sokhan publication; 2007.
25. Sousa S, Marques A, Rosario C, Queiros C. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psychiatry Psychother.* 2012;34(4):186-97. pmid: 25923067
26. Anisi J, Fathi-Ashtiani A, Soltani Nejad A, Amiri M. [Prevalence of suicidal ideation in soldiers and its associated factors]. *J Mil Med.* 2006;8(2):113-8.
27. Khodabandeh F, Noorbala A, Kahani S, Bagheri A. A Study On The Factors That Associated With Attempting Suicide In Middle And Old Age Patients Referriry To Poison Center Loghman Hospital In Year-1388. *Health Psychol.* 2012;1(1):1-10.
28. Ladan F, Birashk B, atef-vahid M, Estefan-dabson K. Schima structure and meaning, emotional states and precesing of emotional informations. *Andishe Rafter.* 1384;11(3):312-26.
29. Burnett S. The relationship between connectedness with family and self-esteem in University students: Furnam University; 2002.
30. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens S, Passetti F, et al. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry.* 2007;190(3):248-54. doi: 10.1192/bjp.bp.106.024638 pmid: 17329746
31. Rahmati F, Niknami S, Amin F, Ravari A. HIV/AIDS patients' experiences about stigma: A qualitative study. *J Qual Res Health Sci.* 2012;1(2):71-80.
32. Nojomi M, Malakouti S, Ghanean H, Joghataei M, Jacobson L. Mental illness stigma in city of Tehran, 2009. *Razi J Med Sci.* 2010;17(78/79):43-52.
33. Camp DL, Finlay WML, Lyons E. Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Soc Sci Med.* 2002;55(5):823-34. doi: 10.1016/s0277-9536(01)00205-2
34. Lauber C, Rossler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *Int Rev Psychiatry.* 2007;19(2):157-78. doi: 10.1080/09540260701278903 pmid: 17464793
35. Abedi F, Akbari M, Monzavi M. Evaluation of stigma toward HIV virus carriers in medical students. *J Mashhad Med Counc.* 2014;17(3):125-7.
36. Sadock B, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences: Walters Kluwer; 2015.
37. Corrigan PW, Larson JE, Rusch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry.* 2009;8(2):75-81. pmid: 19516923
38. Shahiditabar S, Shahiditabar M, Jarchi R. A Psychological Study of Relationship between Dysfunctional Attitude and Self-Esteem in Committing Suicide. *Eur J Soc Sci Educ Res.* 2014;1(1):274. doi: 10.26417/ejser.v1i1.p274-278
39. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(5):603-10. doi: 10.1097/00004583-200005000-00014 pmid: 10802978

40. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*. 1997;278(10):823-32. doi: [10.1001/jama.278.10.823](https://doi.org/10.1001/jama.278.10.823) pmid: 9293990
41. McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson KL, Addy CL. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(6):612-9. doi: [10.1097/00004583-199806000-00011](https://doi.org/10.1097/00004583-199806000-00011) pmid: 9628081
42. Foster T, Gillespie K, McClelland R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*. 1997;170:447-52. doi: [10.1192/bjp.170.5.447](https://doi.org/10.1192/bjp.170.5.447) pmid: 9307695
43. Roy A. Genetics of suicide. *Ann N Y Acad Sci*. 1986;487:97-105. doi: [10.1111/j.1749-6632.1986.tb27889.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1986.tb27889.x) pmid: 3471168
44. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 1985;142(5):559-63. doi: [10.1176/ajp.142.5.559](https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559) pmid: 3985195