Sana'a University Journal of Human Sciences
مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية
Vol. 4 | No. 9 | Page 416 – 440 |2025 |
https://journals.su.edu.ye/index.php/jhs
ISSN : 2958-8677

Level of Suicidal Thoughts Among Women Visiting Psychological Treatment Centers in Sana'a Capital City

Faiza Ahmed Hussein Al-Wadeai[1,*], Elham Al-Iryani[1]
[1]Department of Psychology -Faculty of Arts - Sana'a University, Sana'a, Yemen.
***Corresponding author:** *faizaalwadeai@gmail.com*

Keywords

1. Suicide
2. Suicidal Thoughts
3. Women Visiting Psychological Centers

Abstract:

The current research aims to identify the level of suicidal thoughts among female clients of psychotherapy centers in Sana'a, and to identify the differences in suicidal thoughts among female clients of psychotherapy centers in Sana'a. The descriptive method was used, and the research sample consisted of (221) female clients of psychotherapy centers in Sana'a, selected by stratified random method, and used the suicidal thoughts scale (prepared by the researcher). The research results showed that (88) (39.8%) of the total sample (221) did not show any suicidal thoughts, while the rest of the sample (133) (60.2%) had suicidal thoughts, while the rest of the sample (133) (60. This is a serious indicator of the presence of the suicidal idea itself, whether it is low, medium or high, and showed that there are no statistically significant differences in the scores of suicidal thoughts among female clients of psychotherapy centers in Sana'a according to the variables of age and social status, while these differences were found in the scores of suicidal thoughts according to the variable of educational level, and the researcher recommends that health centers develop programs aimed at promoting mental health among female clients of psychotherapy centers, especially by providing health care centers

Sana'a University Journal of Human Sciences
مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية
Vol. 4 | No. 9 | Page 417 – 440 | 2025
https://journals.su.edu.ye/index.php/jhs
ISSN : 2958-8677

مستوى الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء

فائزة أحمد حسين الوادعي [1]*، إلهام الإرياني[1]

[1] قسم علم النفس ، كلية الآداب - جامعة صنعاء ، صنعاء ، اليمن.

***المؤلف:** faizaalwadeai@gmail.com*

الكلمات المفتاحية

1. الانتحار
2. الأفكار الانتحارية
3. المترددات على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء

الملخص:

يهدف هذا البحث إلى تعرف مستوى الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء، والتعرف على الفروق في الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة، تبعًا لمتغير (العمر– المستوى التعليمي– الحالة الاجتماعية)، وقد استخدم المنهج الوصفي، وتكونت عينة البحث من (221) مترددة على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء، اخترن بالطريقة العشوائية الطبقية، و استخدم مقياس الأفكار الانتحارية (إعداد الباحثة)، وأظهرت نتائج البحث أن (88) بنسبة (39.8%) من العينة الكلية (221) لم تظهر لديهن أي أفكار انتحارية، في حين أن بقية العينة(133) بنسبة(60.2%) تراوحت مستويات الأفكار الانتحارية لديهن بين(منخفض – متوسط – مرتفع)، وهذا مؤشر خطير لوجود الفكرة الانتحارية بحد ذاتها سواء كانت منخفضة أو متوسطة أو مرتفعة، كما أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء وفقاً لمتغير العمر، والحالة الاجتماعية، بينما وجدت هذه الفروق في درجات الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير المستوى التعليمي، وتوصي الباحثة بتطوير برامج تهدف إلى تعزيز الصحة النفسية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي خاصة من خلال توفير مراكز الرعاية الصحية التي تهتم بالجانب النفسي في العديد من المحافظات اليمنية.

المقدمة:

أولا: مشكلة البحث:

تصنف منظمة الصحة العالمية الانتحار في عداد أولويات الصحة العامة، ويهدف التقرير الذي نشرته منظمة الصحة في عام (2019) عن الانتحار بعنوان: (الوقاية من الانتحار ضرورة عالمية) إلى زيادة الوعي بأهمية الانتحار ومحاولة الإقدام عليه أو حتى التفكير فيه، وإلى جعل الوقاية من الانتحار أولوية قصوى على جدول أعمال الصحة العامة العالمي، ويهدف التقرير أيضاً إلى تشجيع البلدان ومساعدتها على تطوير أو تعزيز استراتيجيات شاملة للوقاية من الانتحار، ففي كل عام يضع (703000) شخص نهاية لحياته، ويبدو أن محاولات الانتحار أكبر من ذلك بكثير، كما أن كل حالة انتحار تخلف مأساة تؤثر في الأسر والمجتمعات والبلدان بأكملها، وتترتب عنها آثار طويلة الأمد على ذوي الفرد المنتحر، وقد صنف في عام (2019) أن الانتحار رابع أهم سبب للوفاة، وتتراوح أعمار المنتحرين ما بين (15- 29) عاماً على مستوى العالم، ولا يحدث الانتحار في البلدان المرتفعة الدخل فحسب، بل يحدث في جميع بلدان العالم، والواقع أن أكثر من (79%) من حالات الانتحار العالمية يحدث في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، والبلدان ذات النزعات والصراعات والحروب المستمرة، ففي لحظة الأزمة تنهار قدرة المرء على التعامل مع ضغوط الحياة، كما ترتفع معدلات الانتحار بين الفئات الضعيفة التي تعاني التمييز، مثل اللاجئين والمهاجرين.

(منظمة الصحة العالمية،2019، 7)

إن ظاهرة الانتحار ليست ظاهرة مقتصرة على وقتنا الحاضر فقط، بل هي قديمة قدم الإنسانية، على الرغم أن الحديث عنها يعتبر من ضمن الأمور النادرة، وذلك لحساسية الموضوع من الناحية الاجتماعية والدينية، فالكثير من الدول تعاني مشكلة الانتحار، حيث أن المشكلة في تزايد ملحوظ حتى يومنا هذا، وقد ذكر تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO) حول الصحة العقلية أن معدل انتشار الانتحار بين النساء تزايد في بعض الدول نتيجة للظروف الاقتصادية والثقافية والاجتماعية، كما يعود إلى انتشار العنف بين المجتمعات وتدني وضوح الأنظمة والقوانين الخاصة برعاية صحة المرأة. (منظمة الصحة العالمية،2019، 20)

وأكد العفيفي (1990) أن من أسباب الانتحار لدى النساء هي الانفعالات العصبية، والنزاعات العائلية أو التخلص من مرض ما. (العفيفي،1990، 90)

وهناك العديد من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الانتحار، وقد دلت بعض الدراسات على تأثير ضغوط الحياة على الصحة النفسية والعقلية كدراسة Currier & et al (2016) التي تؤكد أن الحياة الضاغطة مع الاكتئاب تشكل أكثر خطورة في التفكير بالانتحار، وأشارت دراسة (زهير، 2008) مؤكدة أن الأزمات الاجتماعية التي يمر بها الفرد تحد من قدراته وتطلعاته مما تشعره بالعجز الذي قد يؤدي إلى التفكير بالانتحار.

والانتحار كما يعده عالم الاجتماع الفرنسي دور كايم (1897) لغز بالنسبة للأشخاص المحيطين بالشخص المنتحر وللمجتمع، فيراودهم العديد من التساؤلات؛ هل الانتحار هو سبيل للتخلص من الظروف الصعبة في الحياة؟ ما عوامل الخطر التي تؤدي إلى الانتحار؟ ما الإشارات أو العلامات التي تدل على إمكانية أن الشخص يقوم بمثل هذا السلوك؟

ما سبل الوقاية منه؟ ما طرق علاجه من الناحية النفسية والاجتماعية؟ (دوركايم،2011، 14:24)

فهذه التساؤلات جعلت العديد من الباحثين يبحثون عن إجابة لها، فيحدث الانتحار لأسباب عديدة تتنوع بين أمراض نفسية وعضوية، فيأتي قرار إنهاء الحياة أو الانتحار حلًّا أمام هؤلاء. (مسيلي وأحمد، 2013) (Gan & et al, 2010)، (Zhang, Ya & et al, 2011) (Vanessa & et al, 2018)

فمحاولة الإنسان قتل نفسه، أو حتى التفكير في الانتحار من أكثر الأمور إثارة للقلق والحيرة، فمعظم ما يقوم به الناس عادة يهدف للحفاظ على النفس، فلماذا بعض الناس يتصرفون ضد هذا الدافع الفطري؟ (Oxford University, 2014,7)

والإجابة عن هذا السؤال يعد تحدياً كبيراً يواجه الباحثين والمجتمع بشكل عام، وخاصة في ظل التحديات التي يواجهها الأفراد نتيجة لتغير الحياة وتعقدها؛ ممّا يجعل الفرد يشعر أنه ضحية هذه التعقيدات والصراعات والحروب التي يمر بها العالم ككل، ويعد التقدم التكنولوجي والضغوط الاقتصادية التي يمر بها العصر الحالي أحد أسباب التفكير في الانتحار، وذلك نتيجة للإحباطات التي يقابلها الأفراد، وعجزهم عن الوفاء بمتطلبات الحياة مما يشعرهم باليأس، وقد يدفعهم إلى الانتحار.

(فايد، 2005،65: 67)

وقد أكد Bell (2021) في دراسة استقصائية حول الصحة العقلية والنفسية على عدد من الناجين في إنجلترا أن واحدًا من خمسة بالغين ناجين من عملية الانتحار، أفادوا بتجربة أفكار انتحارية في مرحلة ما من حياتهم، كما أكدت أن هناك خطورة كبيرة على الأفراد الذين لديهم أفكار انتحارية، فقد يتوجه الفرد من الفكر إلى التأمل إلى التحضير والعمل، وقد أشار الى **ثلاث مراحل للانتحار:**

1) **مرحلة الأفكار:** وخلالها يجد الشخص نفسه يفكر في الانتحار أكثر فأكثر.
2) **مرحلة التخطيط:** يبدأ الشخص في صياغة خطة محددة للانتحار، ويلاحظ المحيطين به انخفاض مزاج الشخص وانسحابه من الحياة الاجتماعية.
3) **مرحلة اتخاذ القرار:** لإنهاء حياتهم؛ فهم معرضون للخطر إلى حد بعيد ووشيك، فيحتاجون إلى مراقبة ومتابعة بشكل كبير، وأثبت Bell أن التدخلات النفسية في الوقت الملائم قد يكون مفيداً. (Bell, 2021,12-13)

وأشار Joseph C & et al (2017) أن منظمة الصحة العالمية ترى أن عوامل الحماية والوقاية من حالات الانتحار هي التشخيص السريري في بداية الأمر لحالات الأشخاص الذين يشعرون باليأس، ويفكرون بإنهاء حياتهم، وأوضحت أن التدخلات العلاجية الإكلينيكية لها دور كبير في التخفيف، أو الحد من السلوك والتفكير الانتحاري. (Joseph C & et al.2017)

وقد دفع هذا الكثير من المهتمين بحياة الإنسان في البحث أكثر عن أسباب وعلاج الانتحار والوقاية منه، وبما أن علم النفس من العلوم المهتمة بحياة الإنسان، فقد اختارت الباحثة هذا الموضوع لتلقي الضوء عليه من الناحية النظرية لمعرفة أسبابه، ومستوى الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز

العلاج النفسي، وماهي طرق الوقاية من عملية التنفيذ، فقد أكد Beck (1986)، ودراسة Bedrosian (1986) إن تقييم الأفكار الانتحارية أمر ضروري للوقاية من تنفيذ عملية الانتحار، كما أن التفكير في الانتحار أحد عوامل الخطر للوصول للانتحار. وهذا ما أكدته دراسة كل من (Phillp J & et al, 2012) (Elijah L H & et al, 2024))

وبذلك يمكن تلخيص مشكلة البحث الحالي في السؤال التالي:

- ما مستوى الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء؟

ثانياً: أهمية البحث:

تتحدّد أهمية البحث في التالي:

1. يستهدف البحث شريحة مهمة في المجتمع، وهي نصف المجتمع، والمسؤولة عن تربية النصف الآخر، وهي المرأة.
2. يعد هذا البحث الأول في اليمن حسب علم الباحثة، وبذلك فهو يشكل رافداً جديداً للمكتبة النفسية اليمنية.

ثالثاً: هدف البحث:

يهدف البحث إلى:

1. التعرف على مستوى الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء.
2. التعرف على الفروق في الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة تبعًا لمتغير (العمر – المستوى التعليمي – الحالة الاجتماعية).

رابعاً: حدود البحث:

طبق البحث الحالي على النساء المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة صنعاء الحاصلات على الثانوية العامة فما فوق، واللاتي تتراوح أعمارهن بين (20–50)، للعام 2024–2025.

خامساً: مصطلحات البحث:

الأفكار الانتحارية:

تناول العديد من العلماء المفكرين والفلاسفة مفهوم الأفكار الانتحارية، كلٌّ حسب منظوره، لكن لا يوجد فيها اختلافات جوهرية. **فعرفها فرانكل (1982)** بأنها " أفكار وصور تراود الفرد للتخلص من حياته عندما يعجز عن التخلص من معاناته ". (فرانكل، 1982، 39)، **كما عرفها Beck & et al (1986)** " بأنها نمط من الأنماط السلبية للتفكير يمكن تصوره واقعاً على متصل لقوة كافية تتضمن نية الفرد وتفكيره أو اندماجه في رغبة في الانتحار، ويتفاوت مدى وشدة هذه الرغبة من مجرد أفكار عابرة في ذهن الفرد إلى أفكار واسعة وصولا للتخطيط ثم تنفيذ الانتحار (Beck &et al, 1986, 34)، **وعرفها (2009) Wenzel & et al** "هي أفكار أو صور أو معتقدات أو أصوات أو إدراكات أخرى يبلغ عنها الفرد بشأن إنهاء حياته عمداً" (Wenzel &et al ,2009, 17)، **وكما عرفها(2012) Wang & et al** بأنها" التفكير إلى أيجاد حلول تهدف إلى القضاء على الحياة وإزهاق الروح للوصول إلى التخلص من مشكلاته ". (Wang & et al ,2012,460)، **وعرفها(2021) Gordon بأنها**" وجود أفكار متكررة حول إنهاء الحياة مع الرغبة في الموت" (Gordon ,2021 ,13)

– التعريف الاجرائي للأفكار الانتحارية:

هو الدرجة الكلية التي حصلت عليها النساء من خلال استجابتهن على فقرات مقياس الأفكار الانتحارية التي استخدم في البحث الحالي.

الانتحار:

أولاً: مدخل مفاهيمي:

1. الانتحار: تعرف منظمة الصحة العالمية **(2019)** الانتحار" بأنه "محاولة ناجحة أو فاشلة لإنهاء الحياة عن قصد، فالانتحار هو القتل العمد للنفس ". (منظمة الصحة العالمية، 2019، 12)

وقد ميز دوركايم (2011) بين أربعة أنواع من الانتحار: **الانتحار الأناني:** وهو يكون بسبب مشاكل خاصة تواجه الفرد، مثل انفصال، موت عزيز، فشل، خسارة....الخ، **الانتحار الغيري:** وهو الانتحار من أجل قضية معينة، أو من أجل تحقيق أهداف جماعة، مثل الإرهابيين أو الفدائيين، **الانتحار الفوضوي:** وهو الذي يحدث نتيجة انعدام السلطة في المجتمع أو الدولة، مثل الأزمات الاقتصادية، أو الحروب؛ مما يؤثر سلباً على سلوكيات الأفراد، **الانتحار** القدري: وهو الذي يحدث بسبب القمع المفرط وانعدام الأمل والمستقبل، مثل الانتحار الجماعي لبعض القبائل والمجموعات.

(دوركايم، 179،2011: 301)

2. المحاولات الانتحارية:

" هي إيذاء النفس بطريقة تشبه الانتحار بنية الموت، فهي تؤدي إلى إصابة فقط بدون خطر على الحياة على إنهاء تهديدات أو إيماءات انتحارية" (Beck & et al., 1986,32)

3. الأفكار الانتحارية:

عرفها فرانكل (1982) بأنها أفكار وصور تراود الفرد للتخلص من حياته وذلك عندما يعجز عن التخلص من معاناته. (فرانكل، 1982) **وقد ميز Bell (2021) بين الأفكار الانتحارية النشطة** وهي " التفكير في اتخاذ إجراء القتل، والأفكار **الانتحارية السلبية وهي** " التفكير في الموت أو الرغبة في ذلك " (Bell,2021,7)

ثانياً: النظريات المفسرة للانتحار:

1. التفسير الكيميائي:

إن نظام النواقل العصبية في الدماغ التي تؤثر في المزاج والعاطفة معقدٌ جدًّا، فإن أنظمة النواقل العصبية المتعددة، والتي تعمل بصورة منفردة أو مجتمعة، قد تكون مسؤولة عن أعراض الكآبة والضيق والعجز. (حسين،2013، 48)

وتذكر بعض الدراسات المختصة بكيمياء المخ بأن هناك مجموعة من هرمونات الدماغ تؤثر في الحالة المزاجية عند الفرد، مثل (هرمون الكورتيزول)، وأيضا قد يكون اختلالاً في نواقل الدماغ مثل (الدوبامين والسيروتينين، والنوربينيفرين)، والتي تلعب دوراً محفزاً في ظهور الاكتئاب والقلق عند الإنسان؛ ممّا يفقد الفرد المتعة والرغبة في الحياة. (إبراهيم، إبراهيم، 2003، 80)

2. التفسير الاجتماعي:

يعد عالم الاجتماع الفرنسي دوركايم أحد الأوائل الذين درسوا الانتحار، فيرى أن التفكير في الانتحار يكون نتيجة إلى أي مدى تكيف الفرد مع مجتمعه، فإذا كانت هناك أحداث ضاغطة عليه فإنه يلجأ إلى التخلص من حياته، فالتفكير بالانتحار يكثر مع تفكك الروابط الاجتماعية، ويؤدي إلى ثلاث وظائف

مختلفة، تعد الأولى طريقة الهروب من وضعية لا يستطيع الفرد تحملها، أما الثانية فتتمثل في العدوانية الموجهة نحو الذات، في حين تمثل الثالثة في كونها رسالة تعبر عن خيبة أمل الفرد في مواجهة ظروف صعبة، إن الانتحار في جملته هروب من الحياة. (دوركايم، 2011، 419)

3. التفسير النفسي:

تعتبر نظرية التحليل النفسي من أوائل النظريات التي تفسر الاضطرابات النفسية، فيرى فرويد –زعيم مدرسة التحليل النفسي– أن التفكير الانتحاري هو نتيجة لكبت غرائز الفرد التي تعرض لها خلال سنوات عمره الأولى، حيث يكون لها تأثير في سلوك الفرد في المستقبل. وأشار فرويد أن هذه الغرائز هي التي تدفع الفرد نحو تحقيق هدف معين وهي: غريزة الحياة (أيروس)، والتي تعني (ليبيدو) الغرائز الجنسية، وغريزة الموت (ثاناتوس) العدوان والتدمير، وقد يوجه العدوان والتدمير إلى الداخل، فالانتحار هو شكل من العدوان نحو الذات عندما يواجه الفرد إحباطات وإخفاقات في تحقيق مطالبه، وعدم قدرته على التعبير عن نفسه، كما أن فرويد يعتبر أن هناك ثلاث قوى أساسية في الفردية، وهي الهو (ID)، والأنا (Ego)، والأنا الأعلى (Superego)، وأن هذه القوى تتفاعل فيما بينها، ويكون هذا التفاعل على شكل صراعات، فعندما لا يستطيع الأنا التوازن بين مطالب الهو والأنا الأعلى تحدث الاضطرابات النفسية والإحباطات التي تؤدي إلى اليأس الذي يعتبر أحد أسباب التفكير الانتحاري، فيتم تفسير مشكلة الانتحار من خلال تفسيرهم للنزعات السادية. (Freud, 1961,50:55)

في حين ترى المدرسة السلوكية، ومن زعمائها (واطسون وبافلوف)، أن سلوك الإنسان يعتمد أساساً على المؤثرات البيئية المحيطة بالفرد، مما يعني إمكانية التأثير في سلوك الإنسان لدرجة كبيرة بحيث يمكن التنبؤ بهذا السلوك والتصرف في ضوء السلوك المتوقع (صالح، 2015،89)

لذلك ترى هذه المدرسة أن الاضطرابات النفسية ما هي إلا نتيجة عجز متعلم في كيفية الاستجابة للمواقف عندما يواجهها الفرد في المستقبل، فالتفكير الانتحاري ومحاولة الانتحار ما هي إلا نتيجة للتعلم الخاطئ في مواجهة حل المشكلات وضغوطات الحياة، فالسلوك الانتحاري مكتسب كغيره من السلوكيات البشرية المتعلمة. (فايد، 2005، 76:78)

و يرى زعيم المدرسة المعرفية (بيك) أن النظام الفكري للفرد الخاص بالإدراك والتفسير والاستجابة أمام التجارب التي يعيشها هي السبب الرئيسي لليأس والشعور بالعجز أمام أحداث الحياة الصادمة، حيث تؤدي إلى زيادة الأفكار السلبية عن نفسه، وعن والواقع الذي يعيش فيه، فتقوم النظرية المعرفية على حقيقة مؤداها أن لكل فرد أفكار وتوقعات وافتراضات عن الذات والآخرين، وعن العالم المحيط به، وهي التي توجه سلوكه وتحدد انفعالاته، وأن المشكلات النفسية في الحياة تحدث عندما تكون الأفكار والمعتقدات لديه ذات طبيعة سلبية وخاطئة، فالإنسان يضطرب انفعاليًا ليس بسبب الأحداث الخارجية في حد ذاتها، بل بسبب نظرته وتفسيره لها تفسيراً سلبيًا، فتؤكد النظرية المعرفية على أهمية العمليات المعرفية في تحديد وتشكيل السلوك. (Beck & et al, 2004,29:30)

ويرى أصحاب المدرسة الإنسانية (ماسلو)، (فريدريك بيرلز)، و (كارل روجرز) أن الإنسان بطبيعته مدفوع لفعل الخير، وأنه ينطوي على دافع رئيسي للنمو والارتقاء والإبداع وتحقيق الذات، لكن حينما يعجز عن تحقيق ذاته،

فإنه يصاب بإحباطات مما قد تؤدي به لإنهاء حياته.

(إبراهيم، إبراهيم، 2003، 69: 70)

أما الوجودية- كما ذكر باترسون (1990)- فهي تؤكد على البعد الروحي الذي أغفلته النظريات الأخرى، فالروحية من أهم خصائص الوجود الإنساني (الجسمي- النفسي- الروحي) التي تميز الإنسان عن الحيوات، فالروحية تنبعث ظاهراتيًا خلال الوعي الذاتي الحالي، ولكنها مشتقة من اللاشعور الروحي، فالروحية اللاشعورية هي الأصل، وهي الجذر لكل وعي، فالذات ليس محكوماً بالهو ولكن بالروح، فالروحية هي الخاصية الرئيسية للفرد، ومنها يشتق الوعي والحب والضمير، وهذا الأساس المسير للإنسان، ومنه نستمد الحب والتذوق والكمال. (بلان، 2015، 474)

ثالثاً: أسباب وعوامل الخطورة المؤدية للتفكير بالانتحار:

ذكرت دراسة كل من:

Messman & Selime, 2024) (Wang & et (Schafer , 2024) (al, 2024 (تلمساني وشكراوي،2023) (Calvo, 2023 (قدوري،2016) (Chen & et al, 2008 عدة أسباب وعوامل خطورة مؤدية للتفكير بالانتحار، ومنها:

1. **عوامل أسرية:**

مثل طفولة صعبة ومعذبة، ووجود مشاكل أسرية وخلافات زواجية، والتنمر والعنف بأنواعه: جسدية- لفظية- جنسية، وعدم وجود الدعم الأسري والاجتماعي.

2. **عوامل بيولوجية وراثية:**

مثل المشاكل الهرمونية التي تؤثر في المزاج، كالقصور في الغدة الدرقية، أو اختلال في النواقل العصبية، أو سوابق حوادث انتحار في الأسرة.

3. **عوامل ثقافية وأيديولوجية مختلفة:**

مثل معتقدات أو ديانات معينة، كالعنصرية، أو التطرف الفكري، مثل الانتحار بهدف قتل الأعداء.

4. **عوامل اجتماعية واقتصادية:**

مثل خسارة مادية كبيرة أو الفقر- البطالة- والأزمات الاجتماعية التي تعمد خنق على الفرد وكبح تطلعاته والحد من قدراته، ونقص في الخدمات الصحية الأساسية، والضغوط النفسية، والضغوط المادية، وصراعات العمل المتكررة، وفشل الفرد في إيجاد حلول لها تؤدي به للتفكير في التخلص من حياته.

5. **عوامل نفسية:**

كالشعور باليأس ونقص تقدير الذات، وفقدان الأمل والإحباط، والفراغ الوجودي والملل، والعجز عن حل المشكلات، وعدم وجود أسباب، ووجود أمراض نفسية كالقلق واضطرابات الفردية، واضطرابات المزاج واضطراب الهوية، والاكتئاب والفصام؛ مما يشكل قصورًا ذهنيًا يؤدي إلى التفكير بالانتحار أو للانتحار.

6. **عوامل الإدمان:**

جميع أشكال الإدمان كالكحول، والقمار، والمخدرات، والإدمان الإلكتروني، لها دور مهم في تعرض الفرد للتفكير الانتحاري وقدومه على الانتحار.

رابعاً: علامات وأعراض التفكير الانتحاري:

إن الاهتمام الجاد يمنع الانتحار؛ لذلك يستلزم من علماء النفس أكثر تحدياً من أي مهمة أخرى، وعلى المحيطين بالشخصية التي تهدد بالانتحار أن تأخذ الحذر والحرص، وذلك من خلال التنبؤ ببعض السلوكيات التي قد تظهر على الفرد، لكي نصل إلى هدفنا، وهو منع الانتحار بأكبر قدر ممكن.

ومن خلال اطلاع الباحثة على بعض الدراسات السابقة، فقد تم استنتاج بعض التصرفات التي تدل على تفكير الفرد بالانتحار، وهي:

1. التحدث عن الرغبة في الموت أو قتل نفسه.
2. البحث عن طرق لقتل نفسه أو إيذائها.
3. كراهية النفس والسخط منها.
4. إدانة الذات.
5. الحديث بيأس وفقدان الهدف.
6. الحديث عن شعور بالتقييد والألم الذي لا يطاق.
7. الحديث عن شعور بكون الفرد عبء على الآخرين.
8. الاتجاه للكحول أو المخدرات.
9. التصرفات القلقة والمتهورة.
10. اضطراب النوم والشهية والعلاقات الاجتماعية.
11. الشعور بالعزلة والانسحاب من التجمعات.
12. تقلبات المزاج وإظهار الغضب الشديد.

(Bedrosian, 1986) (العفيفي، 1990)

خامساً: الوقاية من الانتحار ومكافحته:

يمكن الوقاية من حالات الانتحار بعدة تدابير يمكن اتخاذها على الصعيد الفردي والمجتمعي لمنع الانتحار أو محاولات الانتحار، ويوصى في نهج (عش الحياة) الذي وضعته منظمة الصحة للوقاية من الانتحار، بالتدخلات التي ثبتت فعاليتها استنادا إلى الأدلة:

1. تقييد الوصول إلى وسائل الانتحار، مثل مبيدات الآفات والأسلحة النارية، وبعض الأدوية.
2. نشر الوعي على وسائل الإعلام لعرض مواد إعلامية مسؤولة بشأن الانتحار.
3. تعزيز مهارات الحياة الاجتماعية والعاطفية والنفسية لتعزيز قدرة الشباب على مواجهة الضغوط.
4. التعرف مبكراً على مشكلات الفرد ومحاولة مساعدتهم على حلها.
5. التعرف مبكراً على الأفراد الذين يظهرون أعراضَ أو علامات التفكير أو السلوك الانتحاري، وتقييم حالتهم وإدارتها ومتابعتها.

(منظمة الصحة العالمية، 2019، 67: 74)

دراسات سابقة متعلقة بالأفكار الانتحارية:

1. **دراسة إيلجيا وآخرين (2024) Elijah L H & et al بعنوان: " الأفكار والخطط والمحاولات الانتحارية في العام الماضي حسب مستوى الأمن الغذائي في عينة تمثيلية على المستوى الوطني من البالغين في الولايات المتحدة".**

هدفت الدراسة إلى افتراض نظرية الانتحار بين الأشخاص أن السلوك الانتحاري ينتج عن الانتماء المحب والعبء المتصور والقدرة على الانتحار، والتعرف على شدة التفكير والخطط والمحاولات الانتحارية، تكونت العينة من (5552) مشاركا في المسح الوطني للاعتلال المشترك، جُمِعَت بيانات هذه الدراسة في الفترة (2001–2003). توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود علاقة بين التفكير والخطط والمحاولات والاستجابة الانتحارية، وارتبط انخفاض الأمن الغذائي إلى حد كبير مع ارتفاع معدل انتشار التفكير والخطط والمحاولات الانتحارية.

2. **دراسة ميسمان وسليم (2024) Messman & Selime بعنوان: " الأفكار الانتحارية بين الشابات والعنف الجنسي وضغوط الأقليات والعوامل الشخصية".**

هدفت الدراسة إلى التعرف على الأفكار الانتحارية بين النساء المعنفات جنسيًّا وضغوط الأقليات ثنائية الجنس، وعوامل الخطر للانتحار التي حُدِّدَت ضمن

النظرية الشخصية للانتحار، تكونت العينة من مجموعة من النساء تتراوح أعمارهن بين (18– 35 عاماً)، جُمِعَت البيانات بطريقة مقطعية طولية لمدة (3– 6 أشهر). توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: التنبؤ بالأفكار الانتحارية المتعلقة بالعنف الجنسي، من خلال توقعات الرفض والسلبية الثنائية، والعبء المتصور، مما يزيد عوامل خطورة الأفكار الانتحارية.

3. دراسة وانج وآخرين Wang & et al (2024) بعنوان: " التحقيق في العلاقة بين صرعات العمل والأسرة والأفكار الانتحارية في دراسة مجتمعية (WFC) أسترالية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على الخصائص النفسية والاجتماعية للوظيفة وتاريخ الأفكار الانتحارية وعلاقتها بالعوامل الاجتماعية والديموغرافية، تكونت العينة من (1312) مشتركاً من أستراليا. توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج، أهمها: أفاد عدد قليل من المشاركين بوجود أفكار انتحارية، وأشارت التحليلات إلى أن الاكتئاب هو عنصر مهم في هذه العلاقة، كما لوحظ وجود ارتباط كبير بين ارتفاع الأفكار الانتحارية وبين الرجال بعد تعديل WFC لجميع المتغيرات المصاحبة إلا أن هذا الارتباط ليس واضحاً بين النساء.

4. دراسة شيفر وآخرين Schafer & et al (2024) بعنوان: " أعراض القلق قبل الولادة تتفوق على أعراض الاكتئاب قبل الولادة والأفكار الانتحارية كعامل خطر للأفكار الانتحارية بعد الولادة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على أعراض الاكتئاب والقلق قبل الولادة بزيادة خطر الإصابة بالانتحار بعد الولادة، تكونت العينة من الأمهات الأمريكيات في أثناء الحمل بعد ستة إلى ثمانية أسابيع من الولادة. توصلت الدراسة إلى وجود ارتباط أعراض القلق قبل الولادة وأعراض الاكتئاب قبل الولادة إلى حد بعيد بمتلازمة ما بعد الولادة لصالح أعراض القلق كعامل خطر للأفكار الانتحارية بعد الولادة.

5. دراسة كالفو وآخرين Calvo & et al (2023) بعنوان: " انتشار وعوامل التفكير الانتحاري بين طلبة الجامعات".

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى انتشار الأفكار الانتحارية بين مجموعة من طلاب الجامعات، وتوصيف المجموعات فيما يتعلق بالأفكار والسلوك الانتحاري، وتحديد المتغيرات المرتبطة بالأفكار الانتحارية ومحاولات الانتحار، دراسة رصدية وتحليلية ومقطعية لعينة احتمالية من السكان الإسبان، وطُبِّقَت أداة لقياس خطر الانتحار والمتغيرات المرتبطة به على هذه العينة. توصلت الدراسة إلى أن معدل انتشار الأفكار الانتحارية (3.6% و18%) في العام الماضي، وكان كل من الأفكار الانتحارية وتاريخ محاولات الانتحار أعلى بين الطالبات، وكان تاريخ الاغتصاب والبقاء بمفردهن لأكثر من ثمان ساعات في اليوم من العوامل الأكثر ارتباطاً بالأفكار الانتحارية.

6. دراسة تلمساني وشكراوي (2023) بعنوان: " الأفكار الانتحارية لدى الشباب دراسة ميدانية.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الأفكار الانتحارية لدى الشباب، والكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية للأفكار الانتحارية التي تعزى لمتغير الجنس، وتكونت العينة من (50) فردا من الشباب تتراوح أعمارهم ما بين (20– 35) سنة، واستخدم الباحثان مقياس الأفكار الانتحارية لموراي.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: يتميز الشباب بمستوى أفكار انتحار منخفض، لا توجد فروق ذات دلالة أخصائية تبعاً لمتغير الجنس.

7. دراسة صن فان وآخرين (2022) Sun Fan & et al بعنوان: " تأثير العلاج بالمعنى على معنى الحياة والاكتئاب واليأس والأفكار الانتحارية لدى مرضى الاكتئاب: دراسة تدخلية.

هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية العلاج بالمعنى على معنى الحياة والاكتئاب واليأس والأفكار الانتحارية لدى المرضى الذين يعانون الاكتئاب، تكونت العينة من (86) مشاركاً من قسم الطب النفسي في تايوان، تلقت المجوعة التجريبية العلاج بالمعنى لمدة (12) أسبوعاً، وتلقت المجوعة المراقبة تعليماً عن الاكتئاب كالمعتاد. توصلت الدراسة الى النتائج التالية: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات وداخلها فيما يتعلق بمعنى الحياة والاكتئاب واليأس والأفكار الانتحارية، فكان للعلاج بالمعنى طريقة فعالة لزيادة معنى الحياة، والتقليل من درجة الاكتئاب واليأس والأفكار الانتحارية لدى المرضى الذين يعانون الاكتئاب.

8. دراسة قدوري (2016) بعنوان: "العجز المتعلم وعلاقته بالأفكار الانتحارية والتدين لدى طلبة الجامعة– دراسة ميدانية على عينة من طلبة قاصدي مرباح– ورقلة".

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين العجز المتعلم والأفكار الانتحارية والتدين لدى طلبة الجامعة، كما هدفت إلى الكشف عن مستوى العجز المتعلم، وعن وجود أفكار انتحارية لدى هؤلاء الطلبة. وقد تكونت العينة من (295) طالباً وطالبة، واستخدم الباحث مقياس العجز المتعلم ومقياس احتمال حدوث الانتحار ومقياس التدين. وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج، منها: أنه كلما ارتفع مستوى العجز المتعلم ظهرت الأفكار الانتحارية لدى الطلبة وانخفض بذلك مستوى التدين لديهم.

9. دراسة مسيلي وأحمد (2013) بعنوان: " الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية، دراسة مقارنة بين أساليب التعامل ومستوى الشعور بالاكتئاب واليأس"

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الأساليب التي يستخدمها محاولو الانتحار في تعاملهم مع الضغوط النفسية التي تواجههم، وأسباب معاودة هذا السلوك التدميري من خلال بعض المميزات المعرفية والشخصية المتمثلة في كل من الاكتئاب واليأس، تكونت العينة من (75) فرداً حاولوا الانتحار، واستخدم الباحثان: استبانة أساليب التعامل مع الضغوط لفولكمان، ولازاروس، وكذا مقياس بيك للاكتئاب. وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج، منها: وجود فروق دالة إحصائيًّا في مستويات إدراك الضغط النفسي واستراتيجيات التعامل معه بين الفئات الثلاث المحاولة للانتحار، بالإضافة إلى وجود فروق أخرى دالة إحصائيا في متغيري الاكتئاب واليأس.

10. دراسة تشانغ و أخرين (2011) Zhang ,Yi & et al بعنوان: " العوامل النفسية المرتبطة بحدوث واستمرار التفكير في الانتحار".

هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل النفسية التي تنبأ باستمرار التفكير في الانتحار لدى عامة السكان، وتكونت العينة من (997) من المشاركين الذين شاركوا في المسح الأساسي على مستوى الإقليم للسكان البالغين في هونج كونج، ظلت الدراسة (12) شهرا. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: أن الذين يعانون من القلق، وعدم وجود أسباب للعيش أكثر

عرضة للإبلاغ عن تطور أفكار انتحارية في تقييم المتابعة، في حين كان المشاركون الذين لديهم مستوى أعلى من متوسط ضائقة الحياة ومستوى أقل من الأمل أكثر عرضة لخطر استمرار الأفكار الانتحارية، وكما أظهرت النتائج أن الاكتئاب يتوسط في تأثير ضائقة الحياة في استمرار التفكير بالانتحار.

11. دراسة تشن وآخرين Chen & et al (2008) بعنوان: " الأفكار الانتحارية بين النساء المسنات من السكان الأصليين في تايوان".

هدفت الدراسة إلى التحقق من انتشار الأفكار الانتحارية بين مجموعة من النساء المسنات من السكان الأصليين في تايوان على مدى شهر واحدن وفحص عوامل الخطر للتفكير الانتحاري من حيث الجوانب الفردية (الصحة الذاتية، والإعاقة والصعوبات المالية، والخلافات الزوجية والأسرية والاجتماعية، وإمكانية الوصول الطبي)، تكونت العينة من (1347) امرأة تايوانية مسنة من السكان الأصليين، وقيمت الأفكار الانتحارية خلال الشهر الماضي، وجُمعت البيانات الديموغرافية والأحداث الحياتية السلبية، والدعم الاجتماعي، والحالة الاكتئابية. توصلت الدراسة إلى أن معدل انتشار الأفكار الانتحارية بين النساء المسنات (17,8%)، وكان النساء اللاتي يعانين سوء تقدير الذات للصحة أو صعوبة الوصول للموارد الطبية، أو يعانين من الخلافات الزوجية أكثر عرضة لخطر التفكير في الانتحار، كما أن الدعم الاجتماعي العاطفي يخفف بشكل فعال من تأثير الخلافات الزوجية.

12. دراسة Chioqueta & Stiles (2007) بعنوان: " العلاقة بين العوامل النفسية المخففة الصدمة واليأس والتفكير الانتحاري".

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور العوامل النفسية المخففة للصدمة (الرضا عن الحياة، وتقدير الذات، والتماسك الأسري، والدعم الاجتماعي) في تطوير اليأس والتفكير الانتحاري، تكونت العينة 314 طالباً جامعيًّا، 71 من الذكور، و243 من الإناث، واستخدم الباحثان: مقياس اليأس والتفكير الانتحاري وقياس العوامل النفسية المخففة للصدمة المتمثلة في الرضا عن الحياة وتقدير الذات، والتماسك الأسري والدعم الاجتماعي. توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج، منها: وجود علاقة طردية بين الرضا عن الحياة وتقدير الذات وعكسية بينها وبين اليأس، وكما توجد علاقة عكسية بين التماسك الأسري والدعم الاجتماعي من جهة وبين الأفكار الانتحارية من جهة أخرى.

13. دراسة يانج اس ويانج ام Yang S (2000) & Yang M بعنوان: " عوامل الخطر المرتبطة بالأفكار الانتحارية لدى نساء جنوب تايوان الأصليات في سن الإنجاب".

هدفت الدراسة إلى تقدير انتشار الأفكار الانتحارية، وتحديد العوامل المتعلقة بالأفكار الانتحارية بين النساء من السكان الأصليين في سن الإنجاب، تكونت العينة من (212) من النساء، تتراوح أعمارهن بين 20– 49 عاماً أُخْتِرْن باستخدام العينة العشوائية الطبقية، أُسْتُخْدِم استبانة لفحص الأفكار الانتحارية. توصلت الدراسة إلى أن معدل انتشار الأفكار الانتحارية خلال أشهر (95%)، وأن النساء اللاتي يعانين مزاجاً اكتئابيا، ويعشن في أسرة ممتدة ويشعرن بسوء الحالة الصحية أكثر عرضة لخطر الأفكار الانتحارية.

التعقيب على الدراسات السابقة:

1) **من حيث الموضوع:** اتفق البحث الحالي مع الدراسات السابقة في تناول موضوع الأفكار الانتحارية.

2) **من حيث العينة: معظم الدراسات السابقة تناولت موضوع الأفكار الانتحارية لدى النساء كدراسة كل من:** Yang S & Yang M (2000)، Chen & et al (2008)، Calvo & et al (2023)، Schafer & et al (2024)، Wang (2024)، Messman & Selime (2024)، & et al، وهذا يتفق مع البحث الحالي حيث عينة البحث من النساء فقط في حين دراسة تلمساني وشكراوي (2023) اتفقت مع البحث الحالي من ناحية الهدف في التعرف على مستوى الأفكار الانتحارية، أما دراسة Chioqueta & Stiles (2007)، تلمساني وشكراوي (2023) فكانت العينة ذكور و إناث، ماعدا دراسة كل من لم يذكر جنس العينة (2022) Sun Fan & et al، (2024) Elijah L H & et al. أما من حيث عدد العينة فأكبر عينة كانت في دراسة (2024) Elijah L H & et al حيث بلغت (5552)، وأصغر عدد العينة كدراسة (2022) Sun Fan & et al حيث بلغت (86) مشاركاً. في حين البحث الحالي بلغت عدد العينة (221) مترددة.

3) **ومن حيث المنهج:** المتبع في الدراسات السابقة، منها اعتمد على المنهج الوصفي، ومنها اعتمد على المنهج التجريبي، واعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي.

4) **ومن حيث الأدوات:** نجد أن بعض الباحثين أعد أدوات جديدة لدراسته، والبعض الآخر اعتمد على أدوات موجودة مسبقاً، وقد استفادت الباحثة من ذلك في إعداد أدوات البحث الحالي.

5) **ومن حيث النتائج:** لقد اختلفت نتائج الدراسات السابقة لاختلاف الأهداف التي وضعت لها، ولقد استفادت الباحثة من هذه النتائج في الإطار النظري للبحث الحالي وربطها بالنتائج التي توصلت لها.

إجراءات البحث:

أولاً: منهجية البحث:

يهدف البحث إلى التعرف على مستوى الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي، وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، لكون المنهج الوصفي يقدم معلومات وحقائق عن وقائع الظاهرة الحالية ويوضح العلاقة بين الظواهر.

ثانياً: مجتمع البحث:

تكون مجتمع البحث من المترددات على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء للعام (2024)، وهي كما يلي: (مؤسسة التنمية والإرشاد الأسري- مستشفى الرسالة- مستشفى الأمل- مستشفى التعافي- مستشفى الرشاد- المستوصف الأول للأمراض النفسية) ممن لا يقل مستواها التعليمي عن الثانوي، والتي تتراوح أعمارهن من (20-50) عاماً.

ثالثاً: عينة البحث:

تكونت عينة البحث من (221) مترددة على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء، تم اختيارهن بالطريقة العشوائية الطبقية خلال فترة التطبيق (شهر 7،8،9/2024)، ممن تتراوح أعمارهن بين (20-50) عاما، بمتوسط حسابي مقداره (32.29)، وانحراف معياري (7.44)، والجداول التالية توضح اختيار العينة

بحسب فئات (طبقات): العمر – الحالة الاجتماعية – المستوى التعليمي من المترددات على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء.

جدول (1) يوضح توزيع العينة بحسب الفئات العمرية ن= (221)

الفئة العمرية	العدد	النسبة
30-20	99	%44.8
40-31	83	%37.6
50-41	39	%17.6
المجموع	**221**	**100.0%**

جدول (2)يوضح توزيع العينة بحسب الحالة الاجتماعية ن= (221)

الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة
عازبة	85	38.5%
متزوجة	93	42.1%
أرملة	15	6.8%
منفصلة	28	12.7%
المجموع	**221**	**100.0%**

جدول (3)يوضح توزيع العينة بحسب المستوى التعليمي ن= (221)

المستوى التعليمي	العدد	%
ثانوي	98	44.3%
جامعي	110	49.8%
دراسات عليا	13	5.9%
المجموع	**221**	**100.0%**

رابعاً: أداة البحث:

مقياس الأفكار الانتحارية:

بعد اطلاع الباحثة على العديد من المقاييس والأدبيات والأطر النظرية التي تبحث في موضوع الأفكار الانتحارية للاستفادة منها في تكوين فقرات المقياس، ومنها مقياس كولومبيا (2003)، ومقياس Beck & Steer (1997)، ومقياس موراي (1991) تعريب مصري عبد الحميد حنورة (1998)، وقد استعانت الباحثة بجزء من مقياس كولومبيا الخاص (بالتكرار والاستغراق والتحكم) الأفكار الانتحارية، اعتمدت عليه في جانب التشخيص؛ لأن ليس أي فكرة تعتبر فكرة انتحارية إلا بعد ما تتكرر لدى الفرد وتشكل خطورة عليه في استمرارها، وقد استخدمت الخطوات التالية في إعداد هذه الأداة:

1) صدق المحكمين:

للتأكد من هذا النوع من الصدق، عرضت الباحثة المقياس بصورته الأولية المكون من (8) فقرات وثلاثة بدائل للإجابة مع تعريف الأفكار الانتحارية على (9) محكمين من ذوي التخصصات النفسية والصحة النفسية، وذلك لإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول فقرات المقياس في صورته الأولية، وفي ضوء آراء المحكمين حول فقرات المقياس، اعتمدت الباحثة معيار (85%) نسبة الاتفاق بين المحكمين على الفقرة الواحدة، ومن خلال هذا المعيار لم يتم حذف أي فقرة، لكن وفق اتفاق عدد من المختصين تم إعادة ترتيب الفقرات، فكان المقياس جاهز للتطبيق على العينة الاستطلاعية الأولى والثانية.

2) التجربة الاستطلاعية:

قامت الباحثة في هذه الخطوة بتطبيق مقياس الأفكار الانتحارية على (50) مترددة على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء، من غير العينة الأساسية للدراسة (مؤسسة التنمية والإرشاد الأسري- مستشفى الرسالة- مستشفى الأمل-

مستشفى التعافي- مستشفى الرشاد- المستوصف الأول للأمراض النفسية)، وذلك للتأكد من وضوح صياغة الفقرات، ومدى فهم عينة البحث لتعليمات المقياس في صيغته الأولية، فكانت الفقرات واضحة ولم يتم تعديل أي فقرة.

3) الدراسة الأساسية لإعداد مقياس الأفكار الانتحارية:

لتحديد مدى دقة فقرات المقياس وتعليماته في الصيغة النهائية ولتحليل الفقرات إحصائيا، طبقت الباحثة المقياس في الدراسة الأساسية، والغرض من التطبيق تحديد القوة التمييزية لفقرات المقياس، لذلك فقد طبقته على (200) من المترددات على مراكز العلاج النفسي من غير العينة النهائية ممن تتوفر فيهن خصائص مجتمع البحث وعينته النهائية، وتراوحت أعمار العينة بين (20-50) عاما بمتوسط حسابي قدره (33.3) عاما، بانحراف معياري قدره (7.39).

4) تصحيح مقياس الأفكار الانتحارية وحساب الدرجة الكلية:

تم تصحيح استجابات افراد العينة الأساسية على مقياس الأفكار الانتحارية لدى النساء المترددات على مراكز العلاج النفسي باستخدام النموذج الخطي للتصحيح (liner model of scoring)، حيث أن (95%) من المقاييس النفسية تعتمد على وزن الفقرات، وبمقتضاه تم تخصيص الأوزان (3-2-1) على التوالي لبدائل الاستجابة الثلاث (تنطبق دائماً- تنطبق أحياناً- لا تنطبق أبداً) لجميع فقرات المقياس؛ لأن جميع الفقرات إيجابية.

ثم تم حساب مجموع أوزان استجابات البدائل على فقرات المقياس البالغة (8) فقرة، حيث بلغت أعلى درجة نظرية له (24) درجة، وأدنى درجة نظرية (8) درجة. وتتراوح الدرجات الفعلية لعينة التمييز بين (8-24) درجة بمتوسط حسابي قدره (13.83) درجة، وانحراف معياري قدره (5.04) درجة، وتعد الدرجات العليا على المقياس مؤشرا على ارتفاع مستوى الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي، كما هو موضح بالجدول رقم (5):

جدول (5)يوضح توزيع درجات عينة التمييز لمقياس الأفكار الانتحارية

فئات الدرجات	العدد	النسبة
8 – 11	82	41.0%
12 – 15	49	24.5%
16 – 19	33	16.5%
20 – 24	36	18.0%
المجموع	**200**	**100.0 %**
المتوسط الحسابي= 13.83		
الانحراف المعياري=5.04		
الالتواء=0.59		

5) الصدق التمييزي مقياس الأفكار الانتحارية:

وللتحقق من القوة التمييزية لفقرات مقياس الأفكار الانتحارية المكونة من (8) فقرة، رتبت درجات أفراد العينة على المقياس تصاعديًّا، واختيرت مجموعتان محكيتان تمثلان أعلى وأدنى (27%) من الدرجات الكلية لمقياس الأفكار الانتحارية، فضمت كل مجموعة (54) من المترددات على مراكز العلاج النفسي.

وتراوحت الدرجات الفعلية لعينة التمييز (العينة العليا) بين (17-24) بمتوسط حسابي (20.85) وانحراف معياري (2.36)، كما بلغ الخطأ المعياري للمتوسط (0.32).

كما تراوحت الدرجات الفعلية لعينة التمييز (العينة الدنيا) بين (8-10) بمتوسط حسابي (8.33) وانحراف معياري (0.61)، كما بلغ الخطأ المعياري للمتوسط (0.084).

ثم تم استخرج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات كل فقرة من فقرات المقياس في كل من المجموعتين العليا والدنيا، وأجريت مقارنة بين متوسطي درجات كل فقرة من فقرات المقياس للمجموعتين باستخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين (T-test)، فأظهرت النتائج أن قيم الاختبار التائي للفروق بين متوسطي المجموعة العليا والمجموعة الدنيا قد انحصرت بين (7.66) و(43.76) وعند مقارنتها مع القيم الجدولية (1.67) بدرجة حرية (106)، وعند مستوى دلالة (0.01) وجد أن جميع القيم المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية، كما هو موضح في الجدول رقم(6).

جدول (6)يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والقيم التائية لدرجات تحديد مؤشرات القوة التمييزية لفقرات مقياس الأفكار الانتحارية ن = (54) العليا ون= (54) الدنيا

م	مقياس الأفكار الانتحارية						
	القيمة العليا ن=54		القيمة الدنيا ن=54		قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
1	2.85	0.45	1.07	0.26	24.96	0.000	دالة
2	2.78	0.54	1.11	0.37	18.73	0.000	دالة
3	2.89	0.32	1	0	43.76	0.000	دالة
4	2.87	0.34	1.09	0.29	29.17	0.000	دالة
5	2.59	0.57	1.02	0.14	19.84	0.000	دالة
6	1.94	0.88	1.02	0.14	7.66	0.000	دالة
7	2.31	0.7	1	0	13.89	0.000	دالة
8	2.61	0.53	1.02	0.14	21.42	0.000	دالة

6) الصدق التكويني (صدق البناء) لمقياس الأفكار الانتحارية:

وللتحقق من مدى قدرة مقياس الأفكار الانتحارية في قياس ما وضع لقياسه كتكوين فرضي (Hypothesized Construct)، وللتحقق من التجانس الداخلي لفقراته، حُسب الصدق التكويني لفقرات المقياس من خلال إيجاد معامل ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس، فكلما كان الارتباط

عاليا بين الفقرة والدرجة الكلية للمقياس، دل ذلك على أن الفقرة تسهم في قياس الظاهرة التي أعد لها المقياس لقياسها، وللتحقق من هذا النوع من الصدق طُبِّقَت فقرات مقياس الأفكار الانتحارية البالغة (8) فقرة على (200) مترددة على مراكز العلاج النفسي وحُسِبَت معامل ارتباط بيرسون بين فقرات والدرجة الكلية للمقياس.

وتبين أن جميع معاملات ارتباط بيرسون المحسوب لكل فقرة أكبر من معامل ارتباط بيرسون الجدولية البالغ (0.163) عند مستوى دلالة (0.05)، وتراوحت قيمة معامل الارتباط بين (0.629) و (0.877)؛ ممّا يشير إلى وجود اتساق داخلي للمقياس، وبالتالي فالمقياس يمتلك صدقا تكوينيا يمكنه من قياس الأفكار الانتحارية، كما هو موضح في الجدول رقم (7).

جدول (7)يوضح معاملات الارتباط بين درجات الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس الأفكار الانتحارية

الفقرة	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
1	0.799**	0.000	دالة
2	0.821**	0.000	دالة
3	0.877**	0.000	دالة
4	0.847**	0.000	دالة
5	0.835**	0.000	دالة
6	0.629**	0.000	دالة
7	0.774**	0.000	دالة
8	0.825**	0.000	دالة

**. معامل الارتباط ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (0.05).

7) معامل ثبات مقياس الأفكار الانتحارية:

ولتحديد الاتساق الداخلي لمقياس الأفكار الانتحارية بفقراته (8) حُسب معامل الثبات باستخدام طريقة ألفا- كرونباخ (Alpha Cronbach) لتقدير مدى الاتساق الداخلي للمقياس، وأظهرت نتائج التحليل الإحصائي على العينة المكونة من (200) مترددة على مراكز العلاج النفسي أن المقياس يمتلك اتساقًا داخليًّا عاليًا جدًّا، حيث بلغ معامل ثباته (0.92).

التطبيق النهائي لأداة البحث:

بعد التأكد من أن أداة البحث أصبحت جاهزة للتطبيق، قامت الباحثة بتطبيق مقياس (الأفكار الانتحارية) وصُحِّحَت استجابات أفراد العينة على مقياس الأفكار الانتحارية، وتم ذلك ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

عرض النتائج ومناقشتها:

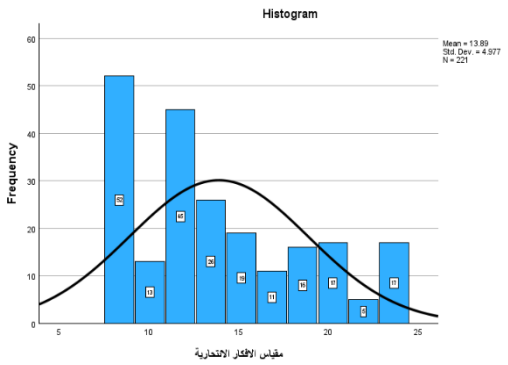
الهدف الأول: التعرف على مستوى الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء.

وللإجابة عن هذا الهدف طبقت الباحثة مقياس الأفكار الانتحارية على عينة البحث البالغة (221) من المترددات على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء، ثم حسبت الدرجة الكلية لأفراد

العينة واستخرج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وأظهرت النتائج أن متوسط الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء لدى العينة (13.89) بانحراف معياري مقداره (4.98)، وتوزعت درجات عينة المترددات على فئات الدرجات (8-24) ابتداء من الفئة (8-11) التي بلغت عدد المترددات على مراكز العلاج النفسي فيها (88) بنسبة (39.8%)، كما هو موضح في الجدول رقم (8).

جدول (8)يوضح توزيع درجات العينة على مقياس الأفكار الانتحارية

فئات الدرجات	العدد	النسبة
8 -11	88	%39.8
12 -15	55	%24.9
16 -19	39	%17.6
20 -24	39	%17.6
المجموع	221	100.0%
المتوسط الحسابي=13.89		
الانحراف المعياري=4.98		
الالتواء=0.57		



شكل (1) يوضح توزيع درجات العينة على مقياس الأفكار الانتحارية

يتضح من الجدول رقم (8) أن (88) من أفراد العينة بنسة (39.8%) لا توجد لديهن أفكار انتحارية، في حين أن بقية العينة(133) وبنسبة (60.2%) تراوحت مستويات الأفكار الانتحارية لديهن مابين (منخفض- متوسط- مرتفع)، وترى الباحثة أن هذا مؤشر لا بد من اخذه في الحسبان؛ لأن وجود الفكرة الانتحارية بحد ذاتها يشكل خطورة على حياتهن؛ لما أثبتته الدراسات السابقة أن أول مراحل تنفيذ الانتحار هي الأفكار كدراسة كل من (2024) Calvo & et al ، Elijah L H & et al (2023) وترجع الباحثة هذه النتيجة للوضع الذي تعيشه المرأة اليمنية سواء من عنف أسري أو ضغوط أسرية واجتماعية واقتصادية، أو نقص الرعاية الصحية الجيدة خصوصاً النساء اللاتي يعانين من مشاكل نفسية كالاكتئاب والقلق وغيره، كما أن للحروب والصرعات السياسية دورا في ذلك، وهذا ما أثبتته دراسة كل من (2024)Messman & Selime (2024) ،Wang & et al (2024) ،Schafer &et al (2023) ،Calvo & et al ، (2008)Chen & et al.

وقد قسمت درجات المترددات على مراكز العلاج النفسي إلى ثلاثة مستويات (منخفض- متوسط -

عالٍ)، وحُسِبَت التكرارات والنسب المئوية لمستوى الأفكار الانتحارية كما هو موضح بالجدول رقم (9).

جدول (9)يوضح تقسيم العينة بحسب مستوى الأفكار الانتحارية

مستوى الأفكار الانتحارية	المدى	العدد	النسبة
لا توجد	8- 11	88	%39.8
منخفض	12- 15	55	%24.9
متوسط	16- 19	39	%17.6
عالي	20- 24	39	%17.6
المجموع	-	**221**	**100%**

يتضح من الجدول رقم (9) أن عدد (88) امرأة مترددة على مراكز العلاج النفسي في أمانة العاصمة صنعاء ويشكلن نسبة (39.8%) من العينة لا توجد عندهن أفكار انتحارية، وذلك من خلال عدم تكرار الفكرة الانتحارية لديهن، بينما (24.9%) من العينة ضمن المستوى المنخفض من الأفكار الانتحارية؛ حيث بلغ عددهن (55)، بينما بلغت نسبة العينة ضمن المستوى المتوسط (17.6%) وعددهن (39) امرأة فقط، وضمن المستوى العالي ما نسبته (17.6%)، وعددهن (39) مترددة، وذلك من خلال تكرار الفكرة الانتحارية. وهذا مؤشر خطير لوجود الفكرة الانتحارية بحد ذاتها سواء كانت منخفضة أو متوسطة أو مرتفعة، حيث أكد Bell (2021) أن هناك خطورة كبيرة على الأفراد الذين لديهم أفكار انتحارية، فقد يتوجه الفرد من الفكر إلى التأمل إلى التحضير والعمل،. وهذا ما أكدته دراسة كل من (Phillp J & et al, 2012) (Elijah L H & et al, 2024)، لذلك ترى الباحثة أنه يجب اتخاذ خطوات جادة في الوقاية من عملية التنفيذ، فقد أكد Beck (1986)، ودراسة Bedrosian (1986) إن تقييم الأفكار الانتحارية أمر ضروري للوقاية من تنفيذ عملية الانتحار.

والجدول التالي يوضح مدى تكرار الأفكار الانتحارية لدى المترددات التي وجدت لديهن أفكار انتحارية والبالغ عددهن (133) مترددة.

جدول (10) يوضح تكرار الافكار الانتحارية

الفقرة		العدد	%
تتكرر لدي الافكار الانتحارية	مره في الأسبوع	73	54.9%
	مرتين في الاسبوع	18	13.5%
	اكثر من مرتين في الاسبوع	27	20.3%
	كل يوم تقريبا	15	11.3%
	المجموع	**133**	**100.0%**
استغرق في التفكير بالانتحار	لحظات(دقائق)	72	54.1%
	ساعه تقريبا	23	17.3%
	عدة ساعات	19	14.3%

الفقرة		العدد	%
	بشكل مستمر	19	14.3%
	المجموع	**133**	**100.0%**
التحكم بالأفكار الانتحارية	استطيع التحكم بالأفكار الانتحارية بسهوله	65	48.9%
	استطيع التحكم بالأفكار الانتحارية بصعوبة	24	18.0%
	لا استطيع التحكم بالأفكار الانتحارية	22	16.5%
	لم احاول السيطرة على هذه الافكار	22	16.5%
	المجموع	**133**	**100.0%**

وعند مقارنة المتوسط المحسوب بالمتوسط الفرضي البالغ (16) وجد أن الفرق (2.11) لصالح المتوسط الفرضي، وللتأكد من دلالة الفروق احتسبت القيمة التائية لعينة واحدة One sample T-Test وبلغت القيمة المحتسبة لهذا الفارق (6.298) عند مستوى دلالة أقل من (0.05). ويتضح من ذلك أن متوسط الأفكار الانتحارية لدى عينة المترددات على مراكز العلاج النفسي أقل من المتوسط الفرضي الذي تكشفه درجات المقياس، كما هو موضح في الجدول رقم (11).

جدول (11)يوضح الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس الأفكار الانتحارية

عينة البحث	العدد	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري	القيمة التائية		درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة
		فرضي	المحسوب		المحسوبة	الجدولية			
النساء المترددات على مراكز العلاج النفسي	221	16	13.89	4.98	6.298	1.653	220	0.000	دالة

الهدف الثاني: التعرف على الفروق في الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة تبعا لمتغير (العمر- المستوى التعليمي- الحالة الاجتماعية).

وقُسِّمَت الإجابة عن هذا الهدف حسب المتغير كما يأتي:

أولاً: متغير العمر:

ولمعرفة الفروق في الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة وفق متغير العمر، فقد أُسْتُخْدِم تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA كما هو موضح بالجدول (12).

جدول (12) يوضح متوسطات درجات الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة وفق متغير العمر

العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	مستوى الدلالة	الدلالة
30-20	99	13.26	4.48	8.874	0.232	غير دالة
40 -31	83	14.48	5.28			
50 -41	39	14.23	5.44			
المجمـوع	**221**	**13.89**	**4.98**			

يتضح من الجدول رقم (22) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة وفق متغير العمر؛ حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة أكبر من مستوى الدلالة المتبناة (0.05).

ولمعرفة الفروق في الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة وفق متغير المستوى التعليمي فقد اُسْتُخْدِم تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA كما هو موضح بالجداول التالية:

ثانياً: متغير المستوى التعلمي:

جدول (13) يوضح متوسطات درجات الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة وفق متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	مستوى الدلالة	الدلالة
ثانوي	98	15.31	5.27	8.574	0.000	دالة
جامعي	110	13.00	4.46			
دراسات عليا	13	10.77	3.81			
المجمـوع	**221**	**13.89**	**4.98**			

يتضح من الجدول رقم(13) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة وفق متغير المستوى التعليمي، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة أقل من مستوى الدلالة المتبناة (0.05).

ولمعرفة الفروق إلى أي فئة من المستوى التعليمي يعود الفارق فقد اُسْتُخْدِم اختبار المقارنات البعدية Post Hoc Tests باستخدام أقل فرق معنوي LSD ويظهر الجدول أن الفروق لصالح النساء ذوات التعليم الثانوي، أي: أن النساء ذات التعليم الثانوي لديهن أفكار انتحارية أعلى من ذوي المستوى التعليمي

الجامعي والدراسات العليا، كما تظهر النتائج؛ نظراً لأن متوسطها أعلى وتظهر نتائج المقارنات البعدية كما بالجدول رقم (14).

جدول (14)يوضح نتائج المقارنات البعدية للفروق في الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة وفق متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي		متوسط الفروق	مستوى الدلالة	الدلالة
ثانوي	جامعي	2.306*	0.001	دالة
	دراسات عليا	4.537*	0.002	دالة
جامعي	ثانوي	-2.306*	0.001	دالة
	دراسات عليا	2.23	0.115	غير دالة
دراسات عليا	ثانوي	-4.537*	0.002	دالة
	جامعي	-2.23	0.115	غير دالة

يتضح من الجدول رقم (14) أن هناك فروقاً بعدية دالة بين المستوى الثانوي وكل من الجامعي والدراسات العليا لصالح الثانوي، بينما لا توجد فروق دالة بين الجامعية والدراسات العليا، وترجع الباحثة هذه النتيجة لما قد تواجهه المرأة اليمنية من ذوات المستوى التعليمي الثانوي من قلة الفرص المهنية الجيدة، كما أنه قد لا يكون لديهن الوعي الكافي حول كيفية التعامل مع المشاكل النفسية أو الأسرية والضغوط الاقتصادية التي قد تؤثر على شعورهن بالرضا عن وضعهن ممّا يؤثر على طريقة تفكيرهن، وهذا ما أكدت عليه دراسة Currier & et al (2016)، تأثير ضغوط الحياة على الصحة النفسية، بينما المرأة ذات التعليم الجامعي أو الدراسات العليا لديها فرص أفضل في الحصول على مهنة جيدة ممّا يجعلها تحصل على دعم اجتماعي أفضل من العائلة والمجتمع، مما يؤدي إلى شعورهن بالاستقرار والرضا عن أنفسهن وعن حياتهن ممّا يخفف التفكير السلبي، كما قد يكون لديهن الوعي الكافي للتعامل مع المشاكل النفسية والأسرية.

ثالثاً: متغير الحالة الاجتماعية:

ولمعرفة الفروق في الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة وفق متغير الحالة الاجتماعية، فقد اُسْتُخْدِم تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA كما هو موضح بالجدول (15).

جدول (15) يوضح متوسطات درجات الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة وفق متغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	مستوى الدلالة	الدلالة
عازبة	85	14.18	4.78			
متزوجة	93	13.39	5.17			

ارملة	15	13.27	5.02	0.983	0.402	غير دالة
منفصلة	28	15.04	4.90			
المجمـوع	**221**	**13.89**	**4.98**			

يتضح من الجدول رقم (15) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الأفكار الانتحارية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي بأمانة العاصمة وفق متغير الحالة الاجتماعية، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة أكبر من مستوى الدلالة المتبناة (0.05).

توصيات ومقترحات:

أ) التوصيات:

1. توصي الباحثة وزارة الصحة تطوير برامج تهدف إلى تعزيز الصحة النفسية لدى المترددات على مراكز العلاج النفسي خاصة من خلال توفير مراكز الرعاية الصحية التي تهتم بالجانب النفسي في العديد من المحافظات اليمنية.
2. على المراكز الصحية المتخصصة في المجال النفسي توفير الدعم النفسي للنساء خاصة في أوقات الأزمات والحروب لتقديم المساعدة.
3. على المراكز الصحية عمل دورات توعوية عن الانتحار وأسبابه، وعلامات وأعراض التفكير الانتحاري.
4. على وسائل الإعلام بأنواعها توعية الأسرة على الاهتمام بالمرأة من الناحية النفسية.
5. أهمية وجود مؤسسات خيرية ووطنية تساهم في تقديم المساعدات والتثقيف النفسي وعمل دورات متخصصة تدعم السلوك الإيجابي للنساء على نحو خاص، ولأفراد المجتمع بشكل عام.
6. على منظمات المجتمع المدني توفير خدمات نفسية لمساعدة النساء في تطوير مهارتهن وتعزيز جوانب القوة في شخصياتهن.

ب) المقترحات:

1. إجراء دراسة للتعرف على مستوى الأفكار الانتحارية لدى عينة من الذكور.
2. إجراء دراسة تتناول الأفكار الانتحارية وعلاقتها ببعض المتغيرات الأخرى كنوع الاضطراب.
3. إجراء دراسة تكشف عن أسباب الانتحار في المجتمع اليمني لوضع خطط علاجية لازمة.
4. إجراء دراسات تهتم بمصادر الضغوط المختلفة والمشاكل النفسية التي يتعرض لها أفراد المجتمع اليمني التي تؤثر على التفكير الانتحاري.

المراجع العربية:

[1] إبراهيم، عبد الستار. (2008). *الاكتئاب والكدر النفسي فهمه وأساليب علاجه*. (ط.2) دار الكتاب.

[2] إبراهيم، عبد الستار. إبراهيم، رضوى. (2003). علم *النفس أسسه ومعالم دراساته*. (ط. 3) مكتبة الانجلو المصرية.

[3] بلان، كمال. (2015). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي* (ط.1). دار الأعمار العلمي للنشر والتوزيع.

[4] تلمساني، شكراوي، فريال، فتحية. (2023). الأفكار الانتحارية لدى الشباب دراسة ميدانية. *مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع*.7 (2)، 123-137.

[5] حسين، فالح حسين. (2013). *علم النفس المرضي والعلاج النفسي* (ط.1). دائرة المكتبة الوطنية.

[6] دوركايم، إميل. (2011). *الانتحار*. "عودة، حسن. مترجم ". منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب.

[7] الشمري، صادق. المحنه، حنين. (2019). اضطراب الهوية الجنسية وعلاقته بالأفكار الانتحارية لدى طلبة المرحلة الإعدادية. *مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية*.27 (1). 36-59.

[8] صالح، قاسم حسين. (2015). *الاضطرابات النفسية والعقلية، نظرياتها واسبابها وطرائق علاجها* (ط.1). منشورات دار دجلة.

[9] العفيفي، عبد الحكيم. (1990). *الاكتئاب والانتحار* (ط.1). دراسة اجتماعية تحليلية. الدار المصرية اللبنانية.

[10] فايد، حسين علي. (2005). *المشكلات النفسية والاجتماعية*. مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

[11] قدوري، أحلام. (2016). *العجز المتعلم وعلاقته بالأفكار الانتحارية والتدين لدى طلبة الجامعة دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة قاصدي مرباح ورقلة*. [رسالة ماجستير منشورة]. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. http://search.mandumah.com/record/1009544

[12] مسيلي، رشيد. وأحمد، فاضلي (2013، ديسمبر). الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية دراسة مقارنة بين أساليب التعامل ومستوى الشعور بالاكتئاب واليأس. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*. (13). 305-331.

[13] منظمة الصحة العالمية. (2019). *الوقاية من الانتحار ضرورة عالمية*. المكتب الإقليمي لشرق الأوسط.

المراجع الأجنبية:

[1] Beck, M.D. Aaron. Resnik, M.D. Harvey & Lettieri , Dan J. (1986).*The Prediction of Suicide*. The Library of the School of Theology at Clarement.

[2] Beck, Aaron.T. & Haigh, Emily. (2014). *Advances in Cognitive Theory and Therapy – The generic Cognitive Model. Clin. Psychol*. Copyright by Annual Reviews All rights rescrved.

[3] Beck, Aaron T; Freeman, Arthur; Davis, Denise D & Associates. (2004). *Cognitive Therapy of Personality*. (No. 2). The Guilford Press.

[4] Bedrosian, Richard C. (1986). *Cognitive and Family interventions for Suicidal Patients for reprints shonld.* be addressed to Richard C. Bedrosian. Westmeadow medical center.

[5] Bell, Lorraine. (2021). *Helping people overcome Suicidal Thoughts, Urges and Behavior*. (V.1). Published by Routledge.

[6] Calvo, Jose M; Sanchez, Ricardo & Tejada, Paola A. (2003. Aug). Prevalence and factors associated with suicidal thinking among university students. *Rev Salud Publica Bogota*. May.5 (2): 123-43. Pmid: 14661347.

[7] Chen, Cheng; Yang, Mei Sang; Yang, Ming J; Chang, Shun J; Ching, Yi-Ching & Cheng, Tai-Chun. (2008.Oct). Suicidal thoughts among elderly Taiwanese aboriginal women.*Int Journal Geriatr Psychiatry*. (10): 1001-6.doi: 10.1002/gps.2024.

[8] Chioqueta ,Andrea P; Stiles , Tore C. (2007). The Relationship Between Psychological Buffers , Hopelessness, and Suicidal Ideation. *Ryfylke Regional Psychiatric Center*. Hogrefe & Huber Publishers. doi: 10. 1027/0227-5910. 28. 2. 67.

[9] Elijah L H, Olsen; Dorian R, Dodd; Scott J Crow, Ross D; Crosby Stephen A ;Wonderlich & Vivinne M. Hzzard. (2024). *Past – Year Suicidal Ideation, Plans , and Attempts by Food Security Level in Nationally Representative Sample of U.S. Adults.* PMID: Jan. doi: 101080/13811118.2024.2305395.

[10] Freud, Sigmund. (1961). *Beyond the Pleasure Principle*. (Translated and edited by James Strachey). W. W. Norton & Company.

[11] Gordon, Kathryn. (2021). *The Suicidal Thoughts Workbook*. New Harbinger Publications.Inc.

[12] Harmar B, LeeS; Duong T & Saadabadi, Abdolreza. (2024). *Suicidal Ideation.* Statpearls Internet.PMID.33351435. PMCID NBK565877.

[13] Joseph C, Franklin; Kate H, Bentley; Xieyining, Huang; Katherine M, Musacchio; Bernard P, Chang; Kathryn R, Fox; Evan M, Kleiman; Adam C, Jaroszewski & Matthew K. Nock. (2017). *Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta – Analysis of Years of Research.* Psychological Bulletin. Vol. 143, No. 2, 187-232.

[14] Schafer, Katherine; Mulligan, Elizabeth; Shapiro, Mary O; Flynn, Heather; Joinr, Thomas & Hajcak, Greg. (2024). Antenatal anxiety symptoms outperform antenatal depression symptoms and suicidal ideation as a risk factor for postpartum suicidal ideation. *School of Medicine Florida State University.* doi: 10.1080/10615806.2024.2333377.

[15] Selime R.& Messman, Terri L. (2024. Oct). Suicidal thoughts among young bisexual women: Sexual violence minority stress and interpersonal factors. *Journal Couns Psychol.Department of psychology, Miami University* 71 (5): 415_429 doi: 10.1037/cou0000752.

[16] Sun-Ko Fan; Chiu, Nien ; Yao, Yuchun ;Kung ,Ming ; Hung, Chi-Fa ;Chen ,Chien; Lee ,Yung & Chiang ,Chun- Ying. (2022. Feb).Meaning in life as mediator of the association among depression , hopelessness and suicidal ideation: Apath analysis. *Journal psychiatry Ment Health Nurs*.29 (1): 57-66.doi: 10.1111/jpm,12739.

[17] Sun-Ko Fan; Chiu, Nien; Yao, Yuchun; Kung, Ming; Hung Chi-Fa, Chen Chien; Lee, Yung &

Chiang, Chun- Ying. (2022. Oct). *The effects of Logotherapy on meaning in life, depression, hopelessness, and suicidal ideation, in patients with depression: An intervention study.* perspect psychiatry care. 58 (4): 1891-1899.dol: 10.1111/ppc.13003.

[18] *The Oxford Handbook of Suicide and Self – Injury*. (2014). Publishing Matthew k. Nock. The Oxford library psychology.

[19] Wang ,Tianying ; Butterworth , Peter; Cooklin , Amanda ;Strazdins , Lyndall & Leach ,Liana. (2024. Oct). Investigating the association between work family conflicts (WFC) and suicidal ideation in an Australian community – based cohort study. *JournalAffect Disord. National Centre for Ebidemiology and Population Health* (NCEPH). The Australian National University.15: 363: 483-491.doi: 10: 1016/j.jad.

[20] Wenzel , Amy. Brown, Gregory K & Beck , Aaron T. (2009).*Cognitive Therapy for Suicidal Patients scientific andclinical applications*. Published by American psychological association.

[21] World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide Aglobal Imperative*. WHO library cataloguing in Publication Data.

[22] Yang M S& Yang M J. (2000. Jul).Correlated risk factors for suicidal ideation in aboriginal Southern Taiwanese women of childbearing age. *School of Nursing Kaohsiung Medical University .Public* Health. 114 (4): 291-4.doi: 10.1038/sj.ph.1900639.

[23] Zhang ,Yi-hua.Law C k ,Yip ,Paul S F. (2011. Oct). Psychological factors associated with the incidence and persistence of suicidal ideation.. *Journal Affect Disorder*. 133 (3): 584-90.doi: 10.1016/j.jd05.003