

## مدل‌سازی معادلات ساختاری تأثیر عملکرد خانواده بر اقدام به خودکشی: مطالعه‌ای در شهر اسلام‌آباد غرب

حسام‌الدین علی‌دوستی (استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران، نویسنده مسئول)

**hesamalidousti@pnu.ac.ir**

حسین صفری (کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، سازمان بهزیستی، اسلام‌آباد غرب، ایران)

**hosain1354safari@gmail.com**

فریبرز پیرو (استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران)

**f.piro@razi.ac.ir**

امین اکبری (استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران)

**a.akbary@pnu.ac.ir**

هادی عبدالله‌تبار (استادیار گروه رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران)

**abdolahtabar@pnu.ac.ir**

### چکیده

خودکشی یک رفتار چند بعدی است که در نتیجه عوامل مختلفی از جمله پیشینه خانوادگی، درگیری‌های خانوادگی و... بروز می‌یابد. هدف پژوهش حاضر، تأثیر ارتباط بین عملکرد خانواده و انگیزه اقدام به خودکشی است. روش تحقیق این پژوهش پیمایشی و ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه استاندارد است. جامعه آماری پژوهش شامل ۱۵۴ نفر است که در سال ۱۴۰۲ اقدام به خودکشی نافرجام کرده‌اند. از بین جامعه آماری ۹۹ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۴/۱۷ و دامنه توزیع سنی آنها ۱۳ تا ۵۷ سال است، میزان اقدام به خودکشی مردان بیشتر از زنان است و سطح تحصیلات بالا با انگیزه اقدام به خودکشی پایین همراه است و بالعکس. ضریب همبستگی چندگانه بین متغیرهای مستقل داخل معادله با اقدام به خودکشی ۶۶/۱ درصد است.  $R^2$  یا ضریب تعیین به دست آمده نشان می‌دهد که ۴۳/۷ درصد از واریانس متغیر اقدام به خودکشی به وسیله متغیرهای مستقل تبیین می‌شود. ارتباط ناکارآمد با ضریب بتای ۰/۶۲۶ نسبت به سایر متغیرها بیشترین تأثیر را دارد. متغیرهای عدم درک متقابل و جنسیت بر اقدام به خودکشی اثر مستقیم

دارند. همچنین ارتباط ناکارآمد، بیشترین و درآمد، کمترین تأثیر غیرمستقیم در بین متغیرهای تحقیق بر اقدام به خودکشی را دارد.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد، بهبود مهارت‌های حمایت اجتماعی اثر محافظتی در برابر رفتارهای خودکشی دارد. عدم تعامل و همدلی در بین اعضای خانواده می‌تواند خطر خودکشی را به طرق مختلف افزایش دهند و کسانی که احساس کمبود مراقبت و عدم توجه والدین دارند، بیشتر در معرض اقدام به خودکشی قرار دارند.

**کلیدواژه‌ها:** عملکرد خانواده، اقدام به خودکشی، حمایت اجتماعی، ارتباط ناکارآمد، عدم درک متقابل.

#### ۱. مقدمه

یکی از موضوعات تهدیدکننده جامعه و خانواده خودکشی است. خودکشی و اقدام به آن در اجلاس سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۱۹۹۶ به عنوان یکی از مسائل مهم بهداشت عمومی و رفتار ضداجتماعی اعلام شد. هر ساله یک میلیون نفر در جهان خودکشی می‌کنند (آدائل و ویلکینسون، ۲۰۱۲، ص. ۲۵). در ساده‌ترین تعریفی که از خودکشی بیان شده است خودکشی به عنوان رفتاری آگاهانه در آزار به خود در نظر گرفته می‌شود که منجر به مرگ فرد می‌شود (رضائیان و شریفی‌راد، ۲۰۱۲: ۱۸). اقدام به خودکشی مسلماً تابع شبکه‌ای پیچیده و مترکمی از عوامل و مؤلفه‌های جامعه‌شناختی، روان‌شناختی، فرهنگی و سایر عوامل گوناگون است که می‌تواند به عنوان نقطه پایانی از مسیر تکوینی این زمینه‌ها و علل، در یک مرحله معینی از زندگی فرد آغاز و گاهی با برنامه‌ریزی و یا به صورت کاملاً ناگهانی و غیرقابل پیش‌بینی به شکل اقدام به خودکشی خود را نشان دهد (بهرامی و همکاران، ۲۰۲: ۱۴۰۲). خودکشی منجر به مرگ در مردان، سه برابر بیشتر از زنان است و تلاش‌هایی مکرر برای اقدام به خودکشی، پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای خودکشی‌های کامل محسوب می‌شوند (باخمن، ۲۰۱۸: ۱). انگیزه اقدام به خودکشی به احتمال قوی مرگ بر اثر خودکشی را پیش‌بینی می‌کند و ممکن است

1. World Health Organization

2. O'Donnell & Wilkinson

3. Bachmann

به پیامدهای منفی همچون آسیب‌های جدی و بستری شدن منجر شود و میلیاردها دلار هزینه به دوش اجتماع بگذارد (ناک و همکاران، ۲۰۰۸: ۱۰۵). از سویی دیگر اگرچه اغلب پژوهش‌های حوزه خودکشی روی همبسته‌های این پدیده تمرکز داشته‌اند، اما راه دیگر برای بهتر شناختن و پیشگیری از خودکشی، شناخت انگیزه‌های اقدام به خودکشی است. درک انگیزه‌های اقدام به خودکشی می‌تواند طراحی برنامه‌های پیشگیری و مداخله در خودکشی را تسهیل سازد (کلونسکی، می و گلن، ۲۰۱۳: ۱۵۸). خودکشی به‌طور کل دهمین علت فوت در تمام گروه‌های سنی و سومین علت فوت در جمعیت ۱۵ تا ۲۴ ساله است. آمار متوفیان مشکوک به خودکشی به تفکیک گروه سنی طی سال‌های ۱۳۸۷ الی ۱۳۹۹ نشان داد که به‌ترتیب گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال و ۳۰ تا ۳۹ سال و ۲۵ تا ۲۹ سال بیشترین نرخ اقدام به خودکشی را داشته‌اند (بهرامی و همکاران، ۲۰۱۴: ۲۲۷). شواهد نشان می‌دهد که به‌ازای هر مورد خودکشی موفق، ۱۰ تا ۲۰ مورد نیز اقدام به خودکشی وجود دارد (کوچکیان و کلدی، ۱۳۹۹: ۱۳۲). براساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت میانگین سالانه خودکشی در جهان ۱۱/۴ در هر ۱۰۰ هزار نفر است (ربیعی و گرجی، ۱۳۹۹: ۴۱). در میان کشورهای خاورمیانه، بیشترین میزان اقدام به خودکشی در ایران مشاهده می‌شود (منوچهری و همکاران، ۲۰۲۲؛ رودریگز-سینتاس و همکاران، ۲۰۱۸). که در برخی از استان‌های غربی (همدان، ایلام و اسلام‌آباد غرب) به‌ویژه استان‌های لر نشین و کرد نشین بیشتر دیده می‌شود (زنگنه و همکاران، ۲۰۲۳؛ حیدری، خان‌جانی و حق‌دوست، ۲۰۱۷). کرمانشاه به‌عنوان بزرگ‌ترین استان غرب، استانی ناهمگون با پراکندگی متنوع خودکشی است. مناطق شرقی استان کم‌ترین میزان خودکشی را عمدتاً در مردان و نواحی غربی بیشترین میزان خودکشی را عمدتاً در زنان جوان دارند (رستمی، جلیلیان، قاسمی و کمالی، ۲۰۱۶). با وجودی که میزان خودکشی در ایران (حدود ۵ نفر به‌ازای هر یکصد هزار نفر) نسبت به نرخ جهانی آن (بیش از ۱۱ نفر به‌ازای هر یکصد هزار نفر) میزان کمتری را نشان می‌دهد؛ اما افزایش میزان خودکشی در مناطقی از کشور، شرایط نگران‌کننده‌ای را ترسیم می‌کند؛ به گونه‌ای که مطالعات مختلف بالاترین

میزان شیوع آن را در جمعیت مردان همدان، کرمانشاه، لرستان و ایلام و در بین زنان بالاترین میزان شیوع آن را در استان ایلام گزارش کرده‌اند (ریکو و محستی، ۲۰۲۴: ۳۱).

از سال‌های پس از جنگ تحمیلی، استان کرمانشاه همواره یکی از استان‌های صدرنشین آمارهای خودکشی بوده است و در برخی از استان‌ها نیز میزان بالایی از خودکشی ثبت شده است. به‌عنوان مثال خودکشی در استان کرمانشاه (۰۸/۱۲) به‌ازای هر یکصد هزار نفر است (فیض‌اللهی، ۱۴۰۱: ۲۲۸). همواره باید به این موضوع توجه داشت که بروز مشکلات با نوع رفتار والدین، تربیت آنها، نوع مراقبت، ایجاد امنیت و... در ارتباط است و خانواده اولین سازمانی است که بستر ساز رشد و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی کودک و عامل رسیدن وی به تعادل (فیزیکی، روانی و اجتماعی) است. خانواده دارای یک ساختار است که می‌تواند کارآمد یا ناکارآمد، بی‌نظم و آشفته یا خشک و انعطاف‌ناپذیر باشد، بنابراین کارکرد خانواده می‌تواند یکی از شاخص‌های مهم تضمین‌کننده سلامت جسم و روان خانواده و اعضای آن باشد. تعارض با والدین به‌طور مستقیمی با خودکشی‌گرایی نوجوان رابطه داشته و تعارض و مشکلات حل نشده خانوادگی از معمول‌ترین اتفاقات پراسترس گزارش شده‌ای است که قبل از اقدام به خودکشی وجود داشته‌اند (والز و هیلبرون، ۲۰۱۲: ۳۰۴). سطح پایین کارکرد خانواده به‌عنوان منبع استرس مرتبط با افکار خودکشی‌گرایانه شناخته شده است، بنابراین خودکشی امری چندبعدی بوده و از رویکردهای گوناگون قابل بحث و بررسی است و درک عمیق این پدیده جهت ارائه راهکارهای پیشگیرانه و کنترلی ضروری است (فرانکلین و همکاران، ۲۰۱۷: ۱۹۱).

از همین منظر این پژوهش درصدد پاسخگویی به این پرسش آغازین است که آیا عملکرد خانواده بر انگیزه اقدام به خودکشی مؤثر است؟ و اینکه برخی از متغیرهای زمینه‌ای مانند جنس، وضع فعالیت، وضعیت تأهل، سن و محل سکونت چه تأثیری بر انگیزه اقدام به خودکشی دارد؟

## ۲. پیشینه پژوهش

- 
2. Rico
  1. Wells & Heilbron.
  2. Franklin

در این زمینه عشایری و همکاران (۱۴۰۳) پژوهشی با هدف مطالعه عوامل اجتماعی - فرهنگی مؤثر بر اقدام به خودکشی در استان ایلام با روش پیمایش انجام داده‌اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بین کاهش تعلق اجتماعی (۰/۱۵۶) فشار هنجارهای سنتی (۰/۲۳۴) انتقام از خانواده (۰/۱۲۵) احساس ناامنی شغلی (۰/۲۸۱) و ناکامی اجتماعی - اقتصادی (۰/۱۲۳) با اقدام به خودکشی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین طبق این پژوهش انتقام از خانواده (فشار بر خانواده) با بتای (۰/۲۰۰)، ناکامی اجتماعی - اقتصادی با بتای ۰/۱۷۷، احساس ناامنی شغلی با بتای ۰/۱۵۶، کاهش تعلق اجتماعی با بتای ۰/۱۱۵، درصد از تغییرات اقدام به خودکشی را تبیین می‌نماید.

امینی و همکاران (۱۴۰۱) در مقاله خود با عنوان «نگرش کیفی به علل و زمینه‌های فردی و اجتماعی اقدام به خودکشی» نشان دادند بی‌توجهی جامعه چه خانواده و چه اطرافیان و حتی احساس بی‌توجهی از سوی حاکمیت، فرد را دچار احساس تنهایی و طردشدگی نموده و اگر این احساس شدت یابد در کنار عوامل دیگر می‌تواند منجر به اقدام به خودکشی شود. بنابراین، آموختن مهارت‌های گفتگو و طرح و حمایت اجتماعی به افراد جامعه، می‌تواند مانعی برای اقدام به بخش اعظمی از خودکشی‌ها گردد.

فیض‌اللهی (۱۴۰۱)، در پژوهشی با عنوان «فرا ترکیب مطالعات خودکشی در ایران» نشان می‌دهد که نابسامانی خانواده، مدیریت نابهنجارانه خانواده، رابطه زناشویی تنش‌آلود، ناهمترازی سنت، طرد اجتماعی و... زمینه‌های گرایش به خودکشی را افزایش داده است. عابدی پریجا (۱۴۰۰)، در پژوهشی با عنوان «نقش مؤلفه‌های کارکرد خانوادگی در پیش‌بینی تفکرات خودکشی‌گرایانه دانش‌آموزان» به این نتیجه دست یافت که با افزایش کارکردهای ناسالم خانواده که شامل حمایت اجتماعی، ارتباط، نقش‌ها و مسئولیت‌ها، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی می‌باشد، تفکر خودکشی‌گرایانه در دانش‌آموزان افزایش می‌یابد. دلام و همکاران (۱۳۹۹)، در مطالعه «اقدام به خودکشی توسط نوجوانان: یک مطالعه کیفی» نشان دادند که برهم خوردن رابطه عاطفی، درگیری با خانواده، فروپاشی ساختار خانواده از دلایل خودکشی در نوجوانان هستند. ایار (۱۳۹۷)، در پژوهشی با عنوان «عوامل اجتماعی مؤثر بر خودکشی،

(مطالعه‌ای کیفی در شهرستان دره‌شهر) نشان دادند که عواملی از قبیل فقر، بیکاری، فضای مرده اجتماعی و... عوامل عمده خودکشی بوده است. متنی (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان «تبیین جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر خودکشی در استان ایلام» که با رویکرد کمی انجام شده، نشان می‌دهد که بین خودکشی (اقدام به خودکشی) و ازهم‌گسیختگی خانوادگی، احساس ناکامی، انسجام اجتماعی، حمایت اجتماعی و اعتماد بین فردی رابطه معناداری وجود دارد. نتایج مطالعاتی که توسط پورمحسنی کلوری و همکاران (۱۳۹۶) صورت گرفته نشان می‌دهد که بین عملکرد و رفتار خانوادگی با اقدام به خودکشی در افراد ارتباط معناداری وجود دارد. دیکرسون و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۲)، به نقش ادراک حمایت‌های اجتماعی جوانان در درک تبیین رفتار خودکشی‌گرایانه پرداخته‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که رابطه بین ادراک حمایت پایین و افکار خودکشی در کسانی که از حمایت والدین نیز برخوردار نیستند، قوی‌تر است، همچنین نتایج نشان داد که ادراک حمایت اندک از سوی والدین نیز با افکار و اقدام به خودکشی رابطه قوی و حمایت اجتماعی ناکافی با افکار و اقدام به خودکشی رابطه معنادار قوی دارد. ون‌برگن<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۱)، در مطالعه «اقدام به خودکشی و خودکشی زنان جوان در ترکیه» نشان دادند شرایط اجتماعی و اقتصادی مانند شغل، شرایط خانوادگی، طرد و نیز تضادهای خانوادگی در قالب خشونت‌های خانوادگی منجر به خودکشی بین زنان می‌شود. مطالعات لی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۱)، در کره جنوبی نشان داد که جنسیت و سن به‌عنوان عوامل مهم و تأثیرگذار و درآمد کم مستقیماً با افکار و اقدام به خودکشی در ارتباط است. منگ<sup>۴</sup> (۲۰۲۰)، «در شورش انتقام» معنای خودکشی زنان در مناطق روستایی چین، خودکشی به مثابه عملی انتقامی درک می‌شود، خودکشی برای زنان به‌عنوان اعتراض در برابر تنگناهای اقتصادی و اجتماعی مطرح است که از منظر اخلاقی آنها را طرد کرده است. طبق پژوهش وان<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۲۰)، اقدام به خودکشی معلول عوامل متعددی بوده و مواردی همچون سن، جنس، وضع تأهل، عوامل اقتصادی، بیکاری، عدم حمایت اجتماعی در

---

1 Dickerson

2. Van Bergen.

3. Lee

4. Meng.

5. Kwan Y.

این موضوع دخیل است. همچنین فیلبپ و همپستد<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) در مطالعه خود دریافتند که بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴، زنان و مردان ۲۵ ساله با حداقل مدرک دانشگاهی، کمترین و افراد داری مدرک دبیرستان بالاترین میزان خودکشی را داشته‌اند. در سال ۲۰۱۴، مردانی که تحصیلات دبیرستانی داشتند، دوبرابر بیشتر از افرادی که مدرک دانشگاهی داشتند به خاطر خودکشی جان خود را از دست دادند. ریکو و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۶)، رابطه عشق درک شده افراد از والدین و افکار خودکشی را مطالعه کرده‌اند؛ چراکه حمایت درک شده از مراقبان در مراحل اولیه زندگی، جنبه‌ای از محیط خانواده است و به‌طور فزاینده‌ای، عاملی مهم برای رفتارهای خودکشی‌گرایانه شناخته شده است. طبق نتایج پژوهش آنها افرادی که عشق مراقبان در دوران کودکی را درک کرده‌اند، فارغ از اینکه اینها والدین بیولوژیکی آنها بوده‌اند یا نه، در مقایسه با افرادی که چنین درکی نکرده‌اند ۴۲ تا ۴۳ درصد افکار خودکشی پایین‌تری داشته‌اند. می و کلونسکی<sup>۳</sup> (۲۰۱۳)، در پژوهشی نشان دادند که عوامل دیگری همچون تمایل به فرار، تغییر دادن محیط و مقابله با یک وضعیت غیرقابل تحمل، نیز بر اقدام به خودکشی تأثیر می‌گذارند.

برحسب نتایج تحقیق، در تحقیقات داخلی، عواملی از قبیل تعلق اجتماعی، انتقام از خانواده، ناکامی اجتماعی-اقتصادی، طرد شدگی، نابسامانی خانواده، رابطه تنش‌آلود زناشویی، کارکردهای ناسالم خانواده، فضای مرده اجتماعی به خودکشی کمک کرده است. تأکید پژوهش‌های خارجی عمدتاً بر نقش ادراک حمایت‌های اجتماعی، شرایط اجتماعی و اقتصادی و خودکشی به مثابه عملی انتقامی است.

پژوهش حاضر که به بررسی تأثیر عملکرد خانواده بر انگیزه اقدام به خودکشی پرداخته است، تلاش داشته که با رویکرد جامعه‌شناختی به این مقوله بپردازد. به‌این ترتیب علاوه بر تأثیر متغیرهای زمینه‌ای بر اقدام به خودکشی، شاخص‌های عملکرد خانواده شامل (حمایت اجتماعی، همراهی عاطفی، ارتباط ناکارآمد و عدم درک متقابل) که در مطالعات انجام شده در شهر اسلام‌آباد غرب مغفول مانده است، را مورد توجه قرار داده است.

6. Phillips & Hempstead.

1. Ryoko.

2. May & Klonsky.

### ۳. چارچوب نظری

رفتار خودکشی گرا<sup>۱</sup> دارای طیفی از فکر خودکشی<sup>۲</sup>، برنامه خودکشی<sup>۳</sup>، و اقدام به خودکشی<sup>۴</sup> تا خودکشی کامل<sup>۵</sup> است (شافر، سینتیا و ففر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱: ۲۸). در ابتدای این طیف افکار خودکشی نتیجه ایده پردازی خودکشی است که اشاره به فردی دارای تفکراتی درباره گرفتن عمدی زندگی خود دارد و نشان دهنده وجود برنامه های فعلی و آرزوهایی برای اقدام به خودکشی در افرادی است که اخیراً هیچ اقدام به خودکشی آشکاری نداشته اند (فرناندز و همکاران، ۲۰۱۸: ۳۷). برنامه خودکشی به دستورالعمل یک نقشه خاص توسط شخص برای پایان دادن به زندگی خود می پردازد؛ اقدام به خودکشی به معنای درگیر شدن در یک رفتار خودجرحی 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 می دهد و به مرگ منتهی می شود (اوکانر و ناک<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴: ۷۸). خودکشی یک رفتار چند بعدی است که در نتیجه عوامل مختلف از جمله پیشینه خانوادگی، درگیری های خانوادگی و... بروز پیدا می کند (کلونسکی<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۲: ۴). یکی از رویکردهای مورد توجه در تبیین خودکشی، تئوری یکپارچگی پایگاهی و تضاد نقش اجتماعی<sup>۱۰</sup> است. براساس این رویکرد پایداری و تداوم تعاملات اجتماعی به طور اساسی افراد را از اقدام به خودکشی محافظت می کند. این تئوری یک پیکربندی اجتماعی است و برای پیش بینی میزان خودکشی بر حسب شغل، جنس و مذهب مناسب است (ماسکیل<sup>۱۱</sup> و هاجز، ۲۰۰۵: ۵۶). دورکیم در مطالعه مشهورش درباره خودکشی دریافت که خودکشی نتیجه فقدان یا

1. Suicidal behavior
2. suicide thought
3. suicide plane
4. suicide attempt
5. completing suicide
6. Shaffer, Cynthia & Pfeffer.
7. Fernandes
8. O'Connor & Nock.
9. Klonsky.
10. Status integration and social role conflict
11. Maskill & Hodges.



شدت انسجام اجتماعی و قاعده‌مندی اخلاقی است. اصطلاح انسجام اجتماعی به میزان برخورداری از حفظ روابط اجتماعی فرد با گروه‌ها و اجتماعات و... قاعده‌مندی نیز به الزامات اخلاقی و انتظارات هنجاری گروه از فرد اشاره دارد (هودویتز و فری، ۲۰۱۶: ۲۵۷). مطالعه گرایش نسبت به خودکشی به این علت اهمیت دارد که نظریه پردازان معتقدند خودکشی در انزوای اتفاق نمی‌افتد. دورکیم معتقد است خودکشی با انسجام اجتماعی همبستگی منفی دارد؛ یعنی افرادی که از نظر اجتماعی منزوی‌تر هستند، بیشتر تمایل به خودکشی دارند (ماریون و رنج، ۲۰۰۳: ۴۵). از آنجا که در طرح مسئله به وضعیت اقتصاد و بیکاری اشاره شده است، به نظر می‌رسد که فشارهای ناشی از وضعیت اقتصادی یکی از عوامل افزایش خودکشی باشد. نظریه رابرت اگنیو<sup>۳</sup> از آنجا که به مسئله فشار اجتماعی پرداخته است، می‌تواند در سطح خرد و برای تبیین خودکشی به مثابه واکنش به فشار استفاده شود (ورهام، ۲۰۰۵). براساس تئوری فشار عمومی<sup>۵</sup> هر نوع فشاری احتمال مشاهده احساسات و عواطف منفی مانند ناامیدی، افسردگی، ترس از همه و مهم‌تر از آن، خشم را افزایش می‌دهد. خشم نیز صدمه‌دیدن و بی‌عدالتی را افزایش می‌دهد و همین‌طور تمایل به انتقام را به وجود می‌آورد و افراد را برای عمل کردن برمی‌انگیزد و موانع آن را نیز کاهش می‌دهد. احساسات منفی یک حس قدرت فوری و تمایل به انتقام را ایجاد می‌کند، به این دلیل احساسات منفی به اقدام به خودکشی و ایده‌پردازی خودکشی منجر می‌شود (علی‌وردنیا و اندراجمی، ۱۴۰۲: ۸۸). شنایدمن<sup>۶</sup> خودکشی را یک اقدام و تلاش برای برقراری ارتباط با دیگران می‌داند. به باور شنایدمن، افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، سعی دارند نیازهای روانی برآورده نشده خود را به اطلاع افراد مهم در زندگی‌شان برسانند. در این نظریه، سه عامل فرد را به شرایطی می‌رساند که او باور کند خودکشی تنها راه آرامش و تسکین است. این سه عامل عبارتند از: فشار، درد و آشفتگی. خودکشی حرکتی به

1. Hodwitz & Fre.
2. Marion & Range
3. Agnew
4. Wareham.
5. general strain theory.
6. Shneidman.

سمت مرگ نیست؛ بلکه حرکتی جهت رهایی از پایان دادن به درد و رنج است (اشنایدمن، ۱۳۹۲: ۵۸). عوامل خانوادگی می‌توانند خطر خودکشی را در اعضای خانواده به طرق مختلف افزایش دهند، زیرا اگر افراد نتوانند به‌طور مؤثر با والدین خود ارتباط برقرار کنند، احتمال بیشتری برای اقدام به خودکشی دارند و کسانی که احساس کمبود مراقبت و عدم توجه والدین دارند، شانس بیشتری برای تجربه افکار خودکشی و اقدام به آن دارند (آکراد، ۲۰۰۶: ۶۲). علاوه بر این، تعارض با والدین، با افزایش خطر خودکشی جوانان مرتبط است، این مشکل در بسیاری از خانواده‌ها شایع است؛ زیرا والدین ممکن است که به دلیل مشغله کاری و مشکلات اقتصادی، نتوانند راه‌هایی برای برقراری ارتباط سازنده با فرزندان خود بیابند (رندل، ۲۰۰۶: ۲۵۳). تئوری سیستم اکولوژیکی<sup>۳</sup> معتقد است که رشد فردی تحت تأثیر یک سری از سیستم‌های محیطی تعاملی است که در میان آنها خانواده مهم‌ترین خرده سیستم محیطی است که بر سازگاری اجتماعی نوجوانان و همچنین رشد جسمانی آنان تأثیر می‌گذارد. اولسون مفهوم عملکرد خانواده را مطرح کرد که نشان دهنده ویژگی‌های نهاد خانواده است. از نظر اولسون، عملکرد خانواده می‌تواند به‌عنوان یک شاخص مهم در ارزیابی عملکرد روابط بین اعضای خانواده، سازگاری خانواده و سایر جنبه‌های نهاد خانواده باشد که منعکس‌کننده پیوند عاطفی بین اعضای خانواده و ارتباطات درون خانواده است (اولسون، اسپرنکل و راسل، ۱۹۸۳: ۷۳). بنابراین، عملکرد خانواده یک متغیر اساسی است که بر سازگاری اجتماعی و رشد روانی اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد (فانگ، اسان و زانگ، ۲۰۰۴: ۵۴۸). براین اساس عملکرد بهتر خانواده با سطح بالاتر سلامت جسمی و روانی اعضای خانواده و سازگاری اجتماعی بهتر همراه است (وانگ و یو،

- 
1. Ackard.
  2. Randell.
  3. The Ecological System Theory.
  4. Olson ., Sprenkle & Russell.
  5. Fang., Lsun & Zhang.
  6. Wang & Yu.

۲۰۱۷: ۷۸). در حالی که اختلال در عملکرد خانواده رابطه‌ای مستقیم و منفی با اضطراب و افکار و اقدام خودکشی دارد (پاشائوس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹: ۳۰۶).

براساس تحقیقات تجربی و چارچوب نظری، فرضیه‌های زیر برای این پژوهش صورت‌بندی شده‌اند:

۱. بین عملکرد خانواده و انگیزه اقدام به خودکشی تفاوت معنادار آماری وجود دارد.
۲. در میان دو جنس مردان و زنان، میزان انگیزه اقدام به خودکشی دارای تفاوت معنادار آماری است.
۳. در میان دو فرد ساکن شهر و روستا، میزان انگیزه اقدام به خودکشی دارای تفاوت معنادار آماری است.
۴. بین مجردها و متأهل‌ها از نظر میانگین انگیزه اقدام به خودکشی تفاوت معنادار آماری وجود دارد.
۵. بین وضع فعالیت و انگیزه اقدام به خودکشی تفاوت معنادار آماری وجود دارد.
۶. بین سن افراد و انگیزه اقدام به خودکشی تفاوت معنادار آماری وجود دارد.

##### ۵. روش‌شناسی پژوهش

روش تحقیق این پژوهش پیمایشی و از نوع مقطعی است. واحد تحلیل، فرد و در سطح خرد است. جامعه آماری پژوهش شامل ۱۵۴ نفر است که از سال ۱۴۰۲ خودکشی نافرجام داشته‌اند و به مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان اسلام‌آباد غرب مراجعه کرده بودند. از بین جامعه آماری ۱۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که پس از کنار گذاشتن یک پرسش‌نامه مخدوش، در مجموع ۹۹ پرسش‌نامه تحلیل شد. برای سنجش روایی ابزار تحقیق از اعتبار سازه<sup>۲</sup> و تحلیل عاملی<sup>۳</sup> در تحلیل داده‌ها استفاده شد. متغیر مستقل در این پژوهش، عملکرد خانواده و

---

1. Paashaus  
2. construct validity  
3. Factor Analysis

متغیر وابسته اقدام به خودکشی می‌باشد. براساس نتیجه آزمون<sup>۱</sup> (KMO) برای متغیر عملکرد خانواده که مقدار آن برابر با ۰/۸۱۹ می‌باشد، داده‌های تحقیق قابل تقلیل به تعداد ۴ عامل زیربنایی و بنیادی هستند. همچنین نتیجه آزمون بارتلت<sup>۲</sup> (۷۸۲/۴۵۲) که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۰۵ معنی‌دار است، نشان می‌دهد که ماتریس همبستگی بین گویه‌ها، ماتریس همانی و واحد نمی‌باشد؛ یعنی از یک طرف بین گویه‌های داخل هر عامل همبستگی بالایی وجود دارد و از طرف دیگر بین گویه‌های یک عامل با گویه‌های عامل دیگر، هیچ‌گونه همبستگی مشاهده نمی‌شود. با توجه به اینکه متغیر عملکرد خانواده از ۱۸ گویه در طیف پنج درجه‌ای لیکرت تنظیم یافته است، برای سنجش پایایی گویه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ<sup>۳</sup> استفاده شد و بعد از حذف دو گویه ناپایا مقدار پایایی استاندارد شده برابر با ۰/۷۳۷ است که نشان می‌دهد گویه‌ها از میزان پایایی و به‌عبارتی همسازی درونی بالایی جهت سنجش این شاخص برخوردارند.

جدول ۱. ضریب آلفای کرونباخ گویه‌های شاخص عملکرد خانواده

ردیف	گویه	ضریب آلفای کرونباخ
۱	در خانه ما هرگاه یکی ناراحت باشد، دیگر اعضای خانواده از علت ناراحتی او اطلاع دارند.	۰/۷۱۷
۲	اعضای خانواده ما فقط زمانی به مسائل ابراز علاقه می‌کنند که برای خودشان مهم باشد.	۰/۷۷۳
۳	ما با هم صریح و رو راست هستیم.	۰/۷۱۷
۴	ما درباره تقسیم کارهای خانگی بین اعضا، با هم صحبت می‌کنیم.	۰/۷۲۳
۵	در خانه ما برای شرایط خطرناک، مقرراتی وضع شده است.	۰/۷۴۰
۶	اگر یکی از اعضای خانواده ما دچار مشکل شود، سایر اعضا هم بیش از اندازه درگیر می‌شوند.	۰/۷۰۴
۷	در خانه ما از گفتار یکی از اعضا نمی‌توان به احساس او پی برد.	۰/۷۶۲

1. Kaiser-Mayer-Olkin
2. Bartlett's Test of Sphericity
3. Cronbach alpha

ردیف	گویه	ضریب آلفای کرونباخ
۸	اعضای خانواده ما بیش از اندازه خودمحور هستند.	۰/۷۷۳
۹	ما احساسات خود را برای یکدیگر ابراز می‌کنیم.	۰/۷۲۵
۱۰	در خانه ما احساس‌های ناخوشایند زیادی وجود دارد.	۰/۷۸۳
۱۱	ما با یکدیگر مهربان هستیم.	۰/۷۱۷
۱۲	وقتی از یکی از اعضای خانواده ما کاری خواسته می‌شود، برای انجام یافتنش باید یادآوری و پیگیری شود.	۰/۷۵۳
۱۳	در مواقع بحران، می‌توانیم به حمایت یکدیگر متکی باشیم.	۰/۷۰۲
۱۴	ما سعی می‌کنیم برای مشکلات، راه‌های مختلفی بیابیم.	۰/۷۱۳
۱۵	هرگاه از یکی از اعضای خانواده ما تقاضایی شود، باید دوباره یادآوری گردد.	۰/۷۵۳
۱۶	ما به یکدیگر اعتماد داریم.	۰/۷۱۰

#### ۶. ابزار پژوهش

##### ۶.۱. پرسش‌نامه سنجش عملکرد خانواده (FAD)<sup>۱</sup>

این آزمون برای سنجش کارکرد خانواده، طبق الگوی مک‌مستر<sup>۲</sup> تدوین شده است. شیوه سنجش خانوادگی مک‌مستر، برای ارزیابی عملکرد خانواده (MMFF)<sup>۳</sup> طراحی شده است. این ابزار در سال ۱۹۵۰ توسط اپستاین<sup>۴</sup> بالدوین<sup>۵</sup> و بیشاپ<sup>۶</sup> تدوین شده است و توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خودگزارش‌دهی، مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد (اپستین<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). سنجش عملکرد خانواده ابزاری مؤثر برای درک پویایی‌های درون خانواده و معیاری کمی از عملکرد خانواده را ارائه می‌دهد. این مدل براساس

1. Family Assessment Device: FAD
2. Mac Master
3. McMaster Model of Family Functioning (MMFF)
4. Epishtayn
5. Baldovin
6. Bishop
7. Epstein

اصول نظریه سیستم‌های خانواده (FST)<sup>۱</sup> تأکید می‌کند که خانواده‌ها به‌عنوان واحد به‌هم‌پیوسته عمل می‌کنند و رفتار هر عضو توسط نهاد خانواده شکل می‌گیرد و بر آن تأثیرگذار است. شش بعد سنجش عملکرد خانواده عبارتند از: حمایت اجتماعی، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار. علاوه‌براین، شامل یک عملکرد کلی است که سطح کلی عملکرد خانواده را ارزیابی می‌کند. اعضای خانواده پرسش‌نامه را براساس درک فعلی خود از پویایی خانواده خود تکمیل می‌کنند (شعاری و همکاران، ۲۰۲۳). دامنه ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ به‌دست آمد که همسانی درونی خوبی را نشان می‌دهد (لافاور، ۲۰۱۷). پایایی این پرسش‌نامه نشان داد که کمترین پایایی مربوط به خرده‌مقیاس نقش و کنترل رفتار با ۰/۷۲ است. برهمین‌اساس پایایی حمایت اجتماعی ۰/۷۴، ارتباط ۰/۷۵، همراهی عاطفی ۰/۷۸ و آمیزش عاطفی ۰/۸۳ می‌باشد (تیمربی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). در این پژوهش ابعاد مقیاس سنجش عملکرد خانواده شامل حمایت اجتماعی با آلفای کرونباخ (۰/۸۶۹)، همراهی عاطفی (۰/۶۴۹)، ارتباط ناکارآمد (۰/۶۵۸) و عدم درک متقابل (۰/۶۴۹) استفاده شده است.

## ۶. پرسش‌نامه انگیزه اقدام به خودکشی (IMSA)<sup>۴</sup>

پرسش‌نامه انگیزه اقدام به خودکشی یک ابزار خودگزارشی است که توسط می و کلونسکای<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) برای ارزیابی انگیزه‌های اقدام به خودکشی و با تأکید بر نظریه‌های اصلی گرایش به خودکشی ساخته شد. این پرسش‌نامه بر مبنای نظریه‌های رایج خودکشی‌گرایی و نظرات محققان و متخصصان بالینی است و به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای اقدام به خودکشی تهیه شده است. مقیاس‌ها براساس یک طیف پنج درجه‌ای تنظیم شده است. براساس تحلیل عامل با افراد اقدام‌کننده به خودکشی آشکار شد که مقیاس انگیزه اقدام به خودکشی مای و کلونسکای ترکیبی از ۱۰ عامل ناامیدی، درد ذهنی، فرار و اجتناب، فشار ادراک شده، حس تعلق کم، بی‌پروایی و نترس بودن، اثر بین فردی، جستجوی

1. Family Systems Theory

2. Lafavor.

3. Timmerby.

4. Inventory of Motivations for Suicide Attempts

5. May & Klonsky

کمک، رفتار تکانشی<sup>۱</sup> و حمایت اجتماعی است. پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ناامیدی (۰/۷۷)، درد روانی (۰/۸۴)، فرار و اجتناب (۰/۸۰)، فشار ادراک شده (۰/۸۸)، حس تعلق کم (۰/۷۴)، بی‌پروایی (۰/۷۴)، رفتار تکانشی (۰/۷۴)، اثر بین فردی (۰/۷۹)، جستجوی کمک (۰/۸۴)، و حل مشکل (۰/۵۵) گزارش شده است (می و کلونسکی، ۲۰۱۳). براساس نتیجه آزمون (KMO) برای متغیر پرسش‌نامه اقدام به خودکشی در این پژوهش که مقدار آن برابر با ۰/۸۹۶ است، داده‌های تحقیق قابل تقلیل به تعداد ۲ عامل زیربنایی و بنیادی (ناامیدی، فرار و اجتناب) می‌باشند. همچنین نتیجه آزمون بارتلت (۷۵۸/۴۵۵) که در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۰۵ معنی‌دار است. با توجه به اینکه متغیر اقدام به خودکشی از ۱۲ گویه در طیف پنج درجه‌ای لیکرت تنظیم یافته است، برای سنجش پایایی گویه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار پایایی استاندارد شده برابر با ۰/۸۴۷ است که نشان می‌دهد گویه‌ها از میزان پایایی و به‌عبارتی همسازی درونی بالایی جهت سنجش این شاخص برخوردارند.

## جدول ۲. ضریب آلفای کرونباخ گویه‌های شاخص انگیزه اقدام به خودکشی

منبع: یافته‌های پژوهش

ردیف	گویه	ضریب آلفای کرونباخ
۱	آنقدر اشتباه و خطا کرده بودم که باید از خودم فرار می‌کردم.	۰/۸۵۷
۲	احساس درماندگی و ناامیدی می‌کردم.	۰/۸۵۴
۳	روزها و هفته‌های قبل اقدام کرده بودم، اما این بار به نظرم آنقدر ترسناک نبود.	۰/۸۵۳
۴	می‌خواستم خانواده‌ام راحت شوند.	۰/۸۵۱
۵	همه امیدم را از اینکه در آینده شرایط بهتر شود را از دست دادم.	۰/۸۵۲
۶	به هیچ جایی و جامعه‌ای تعلق نداشتم.	۰/۸۵۵
۷	می‌خواستم بمیرم.	۰/۸۴۷

1. impulsivity

2. May & Klonsky.

۰/۸۵۱	باید از یک موقعیت بغرنج و غیرممکن بیرون می‌آمدم.	۸
۰/۸۵۲	باید کسی را متقاعد می‌کردم تا ذهنیت و دیدگاهش را عوض کنم.	۹
۰/۸۴۹	نمی‌توانستم آگاهی پیدا کردن از شکست‌هایم را تحمل کنم.	۱۰
۰/۸۵۲	به نظر می‌رسید که بهترین راه کنار آمدن با مشکلات (شخصی و مالی) بود.	۱۱
۰/۸۵۷	دیگر از اینکه خودکشی کنم نمی‌ترسم.	۱۲

### ۷. یافته‌های پژوهش

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۳، نشان می‌دهد که ۱۶ درصد پاسخگویان مرد و ۸۴ درصد زن هستند. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۴/۱۷ و دامنه توزیع سنی آنها ۱۳ تا ۵۷ سال است. محل زندگی ۸۹/۲ درصد از پاسخگویان در شهر و ۱۰/۸ درصد در روستا بوده است. ۴۵ درصد ازدواج کرده، ۵۰ درصد مجرد و ۵ درصد طلاق گرفته بودند. از نظر سطح تحصیلات ۷/۵ درصد ابتدایی، ۱۶/۱ درصد راهنمایی، ۳۱/۲ درصد دبیرستان، ۳۱/۲ درصد فوق‌دیپلم، ۱۰/۸ درصد لیسانس و ۳/۲ درصد فوق لیسانس می‌باشند. ۹/۷ درصد از پاسخگویان شاغل، ۶/۵ درصد در حال تحصیل، ۸/۶ درصد کمک در خانه‌داری، ۴۴/۱ درصد در جستجوی کار و ۳۱/۱ بی‌کار می‌باشند. از لحاظ سطح درآمد پاسخگویان و خانواده‌هایشان، ۳۳ درصد از پاسخگویان و ۷/۸ درصد از خانواده‌هایشان بدون درآمد، ۶۳/۸ درصد از پاسخگویان و ۷۸/۹ درصد از خانواده‌هایشان پایین‌تر از ۸ میلیون، ۳/۲ درصد از پاسخگویان و ۱۱/۱ درصد از خانواده‌هایشان پایین‌تر از ۱۵ میلیون و ۲/۲ درصد از خانواده‌هایشان بیش از ۱۵ میلیون درآمد داشته‌اند.

### جدول ۳- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

مجموع	مردان	زنان	مجموع
محل سکونت	درصد	درصد	درصد
شهر	۱۲/۹	۷۶/۳	۸۹/۲
روستا	۳/۲	۷/۵	۱۰/۸
مجموع	۱۶/۱	۸۳/۹	۱۰۰



مجموع	زنان	مردان	
			سن
۱۱/۷	۹/۶	۲/۱	زیر ۱۸ سال
۴۶/۸	۳۹/۴	۷/۴	۱۸-۳۵
۴۱/۵	۳۵/۱	۶/۴	بالای ۳۵ سال
۱۰۰	۰/۸۴	۰/۱۶	مجموع
			وضعیت تأهل
۰/۴۵	۰/۴۰	۰/۵	ازدواج کرده
۰/۵۰	۴۲/۵	۷/۵	مجرد
۰/۵	۰/۵	۰	مطلقه
۱۰۰	۸۷/۵	۱۲/۵	مجموع
			سطح تحصیلات
۷/۵	۴/۳	۳/۲	ابتدائی
۱۶/۱	۰/۱۴	۲/۲	راهنمایی
۳۱/۲	۳۰/۱	۱/۱	متوسطه / دیپلم
۳۱/۲	۲۳/۷	۷/۵	فوق دیپلم
۱۰/۸	۹/۷	۱/۱	لیسانس
۳/۲	۲/۲	۱/۱	فوق لیسانس
۰	۰	۰	دکتری
۱۰۰	۸۳/۹	۱۶/۱	مجموع
			وضع فعالیت
۹/۷	۶/۵	۳/۲	شاغل
۶/۵	۳/۲	۳/۲	در حال تحصیل
۸/۶	۶/۵	۲/۲	کمک در خانه‌داری
۴۴/۱	۰/۴۳	۱/۱	در جستجوی کار
۳۱/۱	۲۴/۸	۶/۵	بیکار
۱۰۰	۸۳/۹	۱۶/۱	مجموع

مجموع	زنان	مردان	
			سطح درآمد خود
۰/۳۳	۲۹/۸	۳/۲	بدون درآمد
۶۳/۸	۵۲/۱	۱۱/۷	پایین تر از ۸ میلیون
۳/۲	۲/۱	۱/۱	پایین تر از ۱۵ میلیون
۰	۰	۰	بالتر از ۱۵ میلیون
۱۰۰	۰/۸۴	۰/۱۶	مجموع
			سطح درآمد خانواده
۷/۸	۷/۸	۰	بدون درآمد
۷۸/۹	۶۳/۳	۱۵/۶	پایین تر از ۸ میلیون
۱۱/۱	۰/۱۰	۱/۱	پایین تر از ۱۵ میلیون
۲/۲	۲/۲	۰	بالتر از ۱۵ میلیون
۱۰۰	۸۳/۳	۱۶/۷	مجموع

#### جدول ۴- توزیع درصدی مقیاس عملکرد خانواده بر حسب جنس

منبع: یافته‌های پژوهش

کل	زن	مرد	گونه	ابعاد
۱۷/۲	۱۵/۱	۲/۲	کاملاً مخالف	حمایت اجتماعی
۳۲/۳	۲۵/۸	۶/۵	مخالف	
۰/۲۹	۲۲/۶	۶/۵	بی‌نظر	
۹/۷	۸/۶	۱/۱	موافق	
۱۱/۸	۱۱/۸	۰	کاملاً موافق	

در خانه ما هرگاه یکی ناراحت باشد، دیگر اعضای خانواده از علت ناراحتی او اطلاع دارند. ما با هم صریح و رو راست هستیم. اگر یکی از اعضای خانواده ما دچار مشکل شود، سایر اعضا هم بیش از اندازه درگیر می‌شوند. ما با یکدیگر مهربان هستیم. در مواقع بحران، می‌توانیم به حمایت یکدیگر متکی باشیم. ما عشق و محبت خود را به یکدیگر ابراز نمی‌کنیم.

ابعاد	گویه	مرد	زن	کل
	ما سعی می‌کنیم برای مشکلات، راه حل‌های مختلفی بیابیم.			
همراهی عاطفی	ما درباره تقسیم کارهای خانه بین اعضا، با هم صحبت می‌کنیم. در خانه ما برای شرایط خطرناک، مقرراتی وضع شده است. ما احساسات خود را برای یکدیگر ابراز می‌کنیم.	کاملاً مخالف	۳/۳	۲۱/۱
		مخالف	۵/۶	۲۸/۹
		بی‌نظر	۷/۸	۳۱/۱
		موافق	۰	۱۲/۲
		کاملاً موافق	۰	۶/۷
ارتباط ناکارآمد	در خانه ما از گفتار یکی از اعضا نمی‌توان به احساس او پی برد. اعضای خانواده ما بیش از اندازه خودمحور هستند.	کاملاً مخالف	۱/۱	۱۴/۱
		مخالف	۵/۴	۰/۲۵
		بی‌نظر	۱/۱	۱۵/۲
		موافق	۴/۳	۳۰/۴
		کاملاً موافق	۴/۳	۱۵/۲
عدم درک متقابل	در خانه ما احساس‌های ناخوشایند زیادی وجود دارد. وقتی از یکی از اعضای خانواده ما کاری خواسته می‌شود، برای انجام یافتنش باید یادآوری و پیگیری شود. هرگاه از یکی از اعضای خانواده ما تقاضایی شود، باید دوباره یادآوری گردد.	کاملاً مخالف	۱/۱	۷/۵
		مخالف	۲/۲	۱۰/۸
		بی‌نظر	۴/۳	۲۶/۹
		موافق	۴/۳	۳۰/۱
		کاملاً موافق	۴/۳	۲۴/۷

براساس یافته‌های جدول ۴، دامنه نمره شاخص حمایت اجتماعی که با استفاده از دستور کامپیوت این نمره ۷ تا ۳۵ محاسبه گردید؛ ۱۷/۲ درصد از پاسخ‌گویان با توانایی عملکرد خانواده در زمینه حمایت اجتماعی کاملاً مخالف، ۳۲/۳ درصد مخالف، ۰/۲۹ درصد بی‌نظر، ۹/۷ درصد

موافق و ۱۱/۸ درصد کاملاً موافق بوده‌اند. دامنه نمره شاخص همراهی عاطفی بین نمره ۳ تا ۱۵ محاسبه گردید؛ ۲۱/۱ درصد از پاسخ‌گویان با توانایی عملکرد خانواده در زمینه همراهی عاطفی کاملاً مخالف، ۲۸/۹ درصد مخالف، ۳۱/۱ درصد بی‌نظر، ۱۲/۲ درصد موافق و ۶/۷ درصد کاملاً موافق بوده‌اند. دامنه نمره شاخص ارتباط ناکارآمد بین نمره ۲ تا ۱۰ محاسبه گردید؛ ۱۴/۱ درصد از پاسخ‌گویان با شاخص ارتباط ناکارآمد کاملاً مخالف، ۰/۲۵ درصد مخالف، ۱۵/۲ درصد بی‌نظر، ۳۰/۴ درصد موافق و ۱۵/۲ درصد کاملاً موافق بوده‌اند. دامنه نمره شاخص عدم درک متقابل بین نمره ۳ تا ۱۵ محاسبه گردید؛ ۷/۵ درصد از پاسخ‌گویان با شاخص عدم درک متقابل کاملاً مخالف، ۱۰/۸ درصد مخالف، ۲۶/۹ درصد بی‌نظر، ۳۰/۱ درصد موافق و ۲۴/۷ درصد کاملاً موافق بوده‌اند.

جدول ۵- توزیع میزان شاخص انگیزه اقدام به خودکشی بر حسب جنس

منبع: یافته‌های پژوهش

سطح شاخص انگیزه اقدام به خودکشی	مرد	زن	مجموع
	درصد	درصد	درصد
بالا	۰/۱۲	۳۲/۵	۴۴/۶
متوسط	۳/۶	۳۰/۱	۳۳/۷
پایین	۱/۲	۲۰/۵	۲۱/۷
مجموع	۱۶/۹	۸۴/۵	۱۰۰

یافته‌های جدول ۵، نشان می‌دهد که ۰/۱۲ درصد مردان و ۳۲/۵ درصد زنان و مجموع ۴۴/۶ انگیزه اقدام به خودکشی در سطح بالایی داشته‌اند. ۳/۶ درصد مردان و ۳۰/۱ درصد زنان و مجموع ۳۳/۷ درصد انگیزه اقدام به خودکشی آنان در سطح متوسط و ۱/۲ درصد از مردان و ۲۰/۵ درصد از زنان و مجموع ۲۱/۷ درصد انگیزه اقدام به خودکشی پایینی داشته‌اند.

## جدول ۶- تأثیر متغیرهای زمینه‌ای بر انگیزه اقدام به خودکشی

منبع: یافته‌های پژوهش

متغیر	آزمون	میانگین	مقدار آماره	سطح معناداری	
جنس	آزمون تی دو گروه مستقل <sup>۱</sup>	زنان ۶۳/۳ مردان ۷۱/۹	آزمون F ۳/۷۹۵ آزمون T ۳/۲۰۶	۰/۰۰۱	----
محل سکونت	آزمون تی دو گروه مستقل	شهر ۶۴/۴ روستا ۶۴/۷	آزمون F ۰/۶۹۴ آزمون T -۰/۸۲	۰/۴۰۷	----
وضعیت تاهل	کای اسکوتر پیرسون	----	۸/۹۷۴	۰/۵۳۵	df ۱۰
وضع فعالیت	کای اسکوتر پیرسون	----	۲۶/۹۴۳	۰/۳۵۹	df ۲۵
سطح تحصیلات	ضریب همبستگی اسپیرمن <sup>۲</sup>		-۰/۳۱۵	۰/۰۰۲	----
سن	ضریب همبستگی پیرسون <sup>۳</sup>		-۰/۱۰۲	۰/۳۶۴	----
درآمد خود	ضریب همبستگی پیرسون		-۰/۹۲	۰/۳۷۳	----
درآمد خانواده	ضریب همبستگی پیرسون		۰/۰۷۴	۰/۴۸۵	----

1. Independent Two Sample Mean Test

2. Spearman Correlation Coefficient

3. Pearson Correlation Coefficient

براساس نتایج جدول ۶، چون مقدار آماره تی برای دو گروه مستقل (۳/۲۰۶) در سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار است، یعنی مقدار آن بین ۱/۹۶+ و ۱/۹۶- قرار گرفته، پس باید گفت که میزان انگیزه اقدام به خودکشی بین مردان و زنان متفاوت است. اما برای پی‌بردن به این قضیه که میزان انگیزه اقدام به خودکشی در گروه مردان بیش‌تر است یا زنان، با توجه به میانگین انگیزه اقدام به خودکشی، می‌توان گفت که انگیزه اقدام به خودکشی مردان بیشتر از زنان است. براساس نتایج این جدول، بین محل سکونت و انگیزه اقدام به خودکشی، با توجه به مقدار تی (۰-/۸۲) با اطمینان ۰/۹۵ و در سطح خطای (Sig) کوچک‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار نیست، بنابراین بین دو متغیر محل سکونت و انگیزه اقدام به خودکشی تفاوت معنادار آماری وجود ندارد. با توجه به مقدار کای اسکوئر بین متغیر وضعیت تاهل (۸/۹۷۴) و وضع فعالیت (۲۶/۹۴۳) با انگیزه اقدام به خودکشی و سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ تفاوت معنادار آماری وجود ندارد. با استناد به نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن بین متغیر سطح تحصیلات و انگیزه اقدام به خودکشی با سطح اطمینان ۰/۹۵ و سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۵ تفاوت معنادار آماری بین دو متغیر وجود دارد. با توجه به منفی بودن ضریب همبستگی، رابطه‌ای معکوس بین دو متغیر سطح تحصیلات و انگیزه اقدام به خودکشی وجود دارد. بدین معنی که سطح تحصیلات بالا با انگیزه اقدام به خودکشی پایین همراه است و بالعکس. از طرفی مقدار این رابطه که برابر با (۰/۳۱۵-) است، دلالت بر همبستگی متوسط بین دو متغیر مذکور دارد. با توجه به مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای درآمد خود پاسخگو (۰/۹۲-) و درآمد خانواده پاسخگویان (۰/۰۷۴) و سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ رابطه معنادار آماری مشاهده نشد.

جدول ۷- ماتریس همبستگی پیرسون بین شاخص عملکرد خانواده با انگیزه اقدام به خودکشی

منبع: یافته‌های پژوهش

متغیرها	انگیزه اقدام به خودکشی	حمایت اجتماعی	همراهی عاطفی	ارتباط ناکارآمد	عدم درک متقابل
انگیزه اقدام به خودکشی	۱	-۰/۲۳۴*	-۰/۱۴۸	۰/۳۷۸**	۰/۳۷۹**

متغیرها	انگیزه اقدام به خودکشی	حمایت اجتماعی	همراهی عاطفی	ارتباط ناکارآمد	عدم درک متقابل
حمایت اجتماعی	-۰/۲۳۴*	۱	۰/۵۸۱**	-۰/۲۱۱*	-۰/۱۹۲
همراهی عاطفی	-۰/۱۴۸	۰/۵۸۱**	۱	-۰/۲۵۲*	-۰/۰۴۴
ارتباط ناکارآمد	۰/۳۷۸**	-۰/۲۱۱*	-۰/۲۵۲*	۱	۰/۳۴۷**
عدم درک متقابل	۰/۳۷۹**	-۰/۱۹۲	-۰/۰۴۴	۰/۳۴۷**	۱

\*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

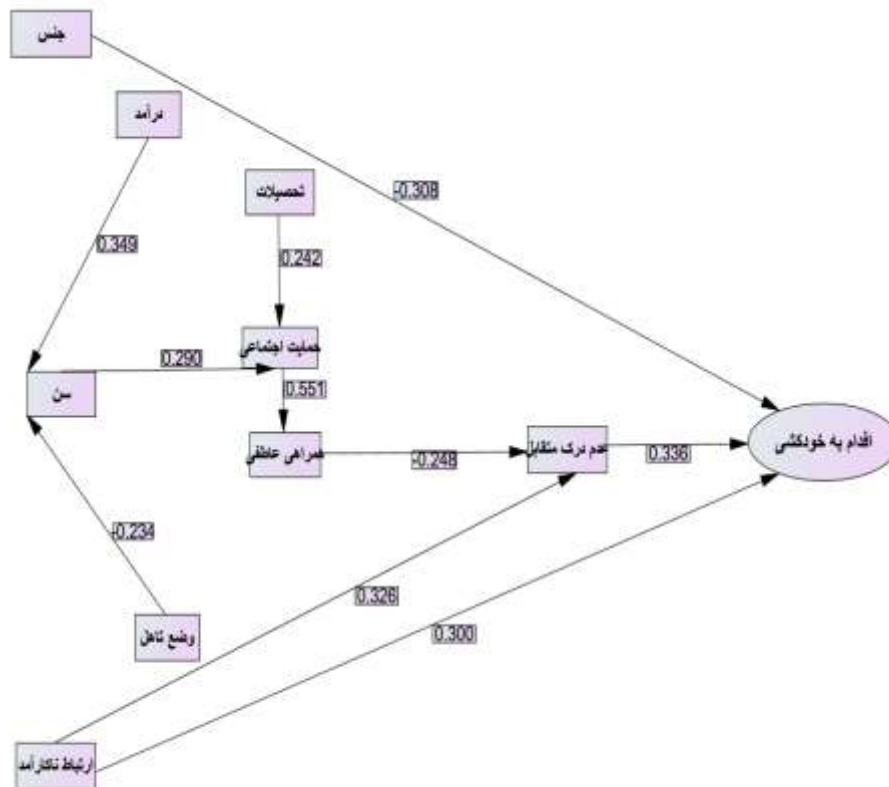
\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

نتایج جدول ۷، نشان می‌دهد که در بین ابعاد شاخص عملکرد خانواده (حمایت اجتماعی، همراهی عاطفی، ارتباط ناکارآمد و عدم درک متقابل)، حمایت اجتماعی با سطح اطمینان ۰/۹۹ و سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ رابطه معنادار آماری با انگیزه اقدام به خودکشی دارد. با توجه به منفی بودن ضریب همبستگی، رابطه‌ای معکوس بین دو متغیر حمایت اجتماعی و انگیزه اقدام به خودکشی وجود دارد. به این معنی که حمایت اجتماعی پایین در خانواده با انگیزه اقدام به خودکشی همراه است و بالعکس. از طرفی مقدار این رابطه که برابر با (-۰/۲۳۴) است، دلالت بر همبستگی متوسط بین دو متغیر مذکور دارد. براساس نتایج این جدول، بین متغیر همراهی عاطفی و انگیزه اقدام به خودکشی، با توجه به سطح اطمینان ۰/۹۵ و در سطح خطای (۰/۱۸۰) بزرگتر از ۰/۰۵ معنی‌دار نیست، بنابراین بین دو متغیر همراهی عاطفی و انگیزه اقدام به خودکشی رابطه معنادار آماری وجود ندارد. بین متغیر ارتباط ناکارآمد و انگیزه اقدام به خودکشی با سطح اطمینان ۰/۹۹ و سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ رابطه معنادار آماری بین دو متغیر وجود دارد. با توجه به مثبت بودن ضریب همبستگی، رابطه‌ای مستقیم بین دو متغیر ارتباط ناکارآمد و انگیزه اقدام به خودکشی وجود دارد؛ به این معنی که هرچه ارتباط ناکارآمد و مخرب بین اعضای خانواده بیشتر باشد، با انگیزه اقدام به خودکشی بالا همراه است و بالعکس. از طرفی مقدار این رابطه که برابر با (۰/۳۷۶) است، دلالت بر همبستگی متوسط بین دو متغیر مذکور دارد. با استناد به نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر عدم درک متقابل در خانواده و انگیزه اقدام به خودکشی با سطح اطمینان ۰/۹۹ و سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۱ رابطه معنادار آماری بین دو متغیر وجود

دارد. با توجه به مثبت بودن ضریب همبستگی، رابطه‌ای مستقیم بین دو متغیر عدم درک متقابل در خانواده و انگیزه اقدام به خودکشی وجود دارد. به این معنی که هرچه عدم درک متقابل در خانواده در سطح بالای باشد، انگیزه اقدام به خودکشی بالا است و بالعکس.

برای تعیین بیشترین اثربخشی در بین متغیرهای تحقیق، از رگرسیون Stepwise Method استفاده شد. در این مدل ابتدا متغیری که بیشترین همبستگی را با متغیر وابسته دارد انتخاب می‌شود. نتایج حاصل از جدول ۸، نشان می‌دهد که ضریب همبستگی چندگانه بین متغیرهای مستقل داخل معادله با اقدام به خودکشی ۶۶/۱ درصد است.  $R^2$  یا ضریب تعیین به دست آمده نشان می‌دهد که ۴۳/۷ درصد از واریانس متغیر انگیزه اقدام به خودکشی به وسیله متغیرهای مستقل در معادله تبیین می‌شود.  $R^2$  تعدیل شده نشان می‌دهد، با توجه به نزدیکی دو مقدار ضریب تعیین و ضریب تعیین تعدیل شده، متغیرهای به کار رفته در مدل، توانسته‌اند برازش مناسبی ارائه دهند. در جدول ۸، تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل با استفاده از ضرایب بتا بر متغیر وابسته بررسی شده است. در بین متغیرهایی که بر اقدام به خودکشی بیشترین اثر کل دارند، ارتباط ناکارآمد با ضریب بتای ۰/۶۲۶ نسبت به سایر متغیرها بیشترین تأثیر را دارد. متغیرهای عدم درک متقابل و جنس بر اقدام به خودکشی اثر مستقیم دارند. همچنین ارتباط ناکارآمد بیشترین و درآمد کمترین تأثیر غیر مستقیم در بین متغیرهای تحقیق بر اقدام به خودکشی دارد.





نمودار ۱- تحلیل مسیر اقدام به خودکشی

منبع: یافته‌های پژوهش

جدول ۸- آزمون تحلیل رگرسیون برای مقایسه پیش‌بینی اثربخشی متغیرهای تحقیق بر اقدام به خودکشی

منبع: یافته‌های پژوهش

متغیرهای مستقل	Beta	T	P-Value	R	R <sup>2</sup>	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل
ارتباط ناکارآمد	۰/۳۰۰	۲/۸۱۱	۰/۰۰۷	۰/۴۳۸	۰/۱۹۱	۰/۳۰۰	۰/۳۲۶	۰/۶۲۶

متغیرهای مستقل	Beta	T	P-Value	R	R <sup>2</sup>	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل
عدم درک متقابل	۰/۳۳۶	۳/۱۵۴	۰/۰۰۲	۰/۵۲۹	۰/۲۸۰	۰/۳۳۶	-----	۰/۳۳۶
جنس	-۰/۳۰۸	-۳/۰۴۷	۰/۰۰۳	۰/۶۱۱	۰/۳۷۴	-۰/۳۰۸	-----	-۰/۳۰۸
همراهی عاطفی	-۰/۲۴۸	-۲/۰۷۷	۰/۰۴۲	۰/۲۴۸	۰/۰۶۱	-----	-۰/۲۴۸	-۰/۲۴۸
حمایت اجتماعی	۰/۵۵۱	۵/۴۰۵	۰/۰۰۰	۰/۵۵۱	۰/۳۰۴	-----	۰/۱۰۱	۰/۱۰۱
سن	۰/۲۹۰	۲/۵۴۲	۰/۰۱۳	۰/۲۵۳	۰/۰۶۴	-----	-۰/۰۱۳	-۰/۰۱۳
تحصیلات	۰/۲۴۲	۰/۱۲۰	۰/۰۳۸	۰/۳۴۸	۰/۱۲۱	-----	-۰/۰۱۱	-۰/۰۱۱
درآمد	۰/۳۴۹	۳/۲۲	۰/۰۰۲	۰/۳۹۰	۰/۱۵۲	-----	-۰/۰۰۴۶	-۰/۰۰۴۶
وضع تأهل	-۰/۲۳۴	-۲/۱۶۵	۰/۰۳۴	۰/۴۵۳	۰/۲۰۵	-----	۰/۰۰۵۶	۰/۰۰۵۶

#### ۷.۱. بحث و استدلال

پژوهش حاضر بررسی خودکشی نافرجام در بین زنان و مردانی بود که از سال ۱۴۰۲ اقدام به خودکشی نافرجام داشته‌اند و به مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان اسلام‌آباد غرب مراجعه کرده بودند. متغیر مستقل عملکرد خانواده و متغیر وابسته انگیزه اقدام به خودکشی است. براساس یافته‌ها، اکثر پاسخ‌گویان به‌ویژه زنان توانایی عملکرد خانواده در زمینه حمایت اجتماعی و همراهی عاطفی را در سطح پایین و ارتباط ناکارآمد و عدم درک متقابل اعضا از یکدیگر را در سطح بالایی دانسته‌اند. یافته‌های پژوهش نشان داد که در بین ابعاد شاخص عملکرد خانواده، حمایت اجتماعی و همراهی عاطفی رابطه معنادار و معکوسی با انگیزه اقدام به خودکشی دارد. بر همین اساس، براساس نظر هیلبرن و والز (۲۰۱۲)، تعارض با والدین به‌طور مستقیمی با خودکشی‌گرایی نوجوان رابطه داشته و تعارض و مشکلات حل‌نشده خانوادگی از معمول‌ترین اتفاقات پراسترس گزارش شده‌ای است که قبل از اقدام به خودکشی وجود داشته‌اند. همچنین از نظر فرانکلین و همکاران (۲۰۱۷)، سطح پایین کارکرد خانواده به‌عنوان منبع استرس مرتبط با

افکار خودکشی گرایانه شناخته شده است. یافته‌های پژوهش با نتایج مطالعات (امینی و همکاران ۱۴۰۲؛ فیض‌اللهی و همکاران ۱۴۰۱؛ عابدی پریجا ۱۴۰۰؛ دلام و همکاران ۱۳۹۹؛ ریکو و همکاران ۲۰۲۴) همسو است و یافته‌های آنان را تأیید می‌کند.

برای تعیین بیشترین اثربخشی در بین متغیرهای تحقیق، از رگرسیون *Stepwise Method* استفاده شد. نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین متغیرهای مستقل داخل معادله با انگیزه اقدام به خودکشی ۶۴/۶ درصد است.  $R^2$  یا ضریب تعیین به دست آمده نشان می‌دهد که ۴۱/۷ درصد از واریانس متغیر انگیزه اقدام به خودکشی به وسیله متغیرهای مستقل در معادله تبیین می‌شود.  $R^2$  تعدیل شده نشان می‌دهد، با توجه به نزدیکی دو مقدار ضریب تعیین و ضریب تعیین تعدیل شده، متغیرهای به کار رفته در مدل، توانسته‌اند برازش مناسبی ارائه دهند. نتایج نشان داد، بین متغیر ارتباط ناکارآمد و عدم درک متقابل بین اعضای خانواده با انگیزه اقدام به خودکشی رابطه معنادار، مستقیم و مثبتی وجود دارد؛ به این معنی که هرچه ارتباط ناکارآمد و مخرب و عدم درک متقابل بین اعضاء در خانواده بیشتر باشد؛ انگیزه اقدام به خودکشی بالا است و بالعکس. در این زمینه، یکی از رویکردهای مورد توجه در تبیین خودکشی، تئوری یکپارچگی پایگاهی و تضاد نقش اجتماعی است. براساس این رویکرد پایداری و تداوم تعاملات اجتماعی به طور اساسی افراد را از اقدام به خودکشی محافظت می‌کند. براساس دیدگاه وانگ<sup>۳</sup> عملکرد بهتر خانواده با سطح بالاتر سلامت جسمی و روانی اعضای خانواده و سازگاری اجتماعی بهتر همراه است. از نظر پاشاس و همکاران (۲۰۱۹)، اختلال در عملکرد خانواده رابطه‌ای مستقیم و منفی با اضطراب و افکار و اقدام خودکشی دارد. یافته‌های پژوهش با نتایج مطالعات متی (۱۳۹۷؛ پورمحسنی کلوری و همکاران ۱۳۹۶؛ کیلی و همکاران ۲۰۲۲؛ ون‌برگ و همکاران ۲۰۲۱) همسو است و یافته‌های آنان را تأیید می‌کند.

همچنین نتایج نشان داد که متغیرهای وضعیت تأهل، وضع فعالیت، سن و درآمد تأثیر معناداری بر انگیزه اقدام به خودکشی داشته است. در مطالعات وان و همکاران (۲۰۲۰)، اقدام به

1. Adjusted R Square

2. Status integration and social role conflict

خودکشی معلول عوامل متعددی بوده و مواردی همچون سن، جنس، وضع تأهل، عوامل اقتصادی، بیکاری در این موضوع دخیل بوده‌اند. ایار (۱۳۹۷)، در پژوهشی با عنوان (عوامل اجتماعی مؤثر بر خودکشی، (مطالعه‌ای کیفی در شهرستان دره‌شهر) نشان دادند که عواملی از قبیل فقر، بیکاری و... عوامل عمده خودکشی بوده است که با یافته‌های این مطالعه همسو نیست. براساس نتایج، میزان انگیزه اقدام به خودکشی بین مردان و زنان متفاوت و انگیزه اقدام به خودکشی مردان بیشتر از زنان است. بنابراین می‌توان گفت که با وجودی که میزان خودکشی در ایران (حدود ۵ نفر به ازای هر یکصد هزار نفر) نسبت به نرخ جهانی آن (بیش از ۱۱ نفر به ازای هر یکصد هزار نفر) میزان کمتری را نشان می‌دهد؛ اما افزایش میزان خودکشی در مناطقی از کشور، شرایط نگران‌کننده‌ای را ترسیم می‌کند؛ به گونه‌ای که مطالعات مختلف بالاترین میزان شیوع آن را در جمعیت مردان همدان، کرمانشاه، لرستان و ایلام و در بین زنان بالاترین میزان شیوع آن را در استان ایلام گزارش کرده‌اند (ریکو و محسنی، ۲۰۲۴). مطالعات لی و همکاران (۲۰۲۱)، در کره جنوبی نیز نشان داد که جنسیت با افکار و اقدام به خودکشی در ارتباط است. بین سطح تحصیلات و انگیزه اقدام به خودکشی رابطه‌ای معکوس و منفی وجود دارد. به این معنی که سطح تحصیلات بالا با انگیزه اقدام به خودکشی پایین همراه است و بالعکس. این یافته همسو با مطالعه فیلیپ و همپستد (۲۰۱۷) است که در مطالعه خود دریافتند که بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴، زنان و مردان ۲۵ ساله با حداقل مدرک دانشگاهی، کمترین و افراد دارای مدرک دبیرستان بالاترین میزان خودکشی را داشته‌اند. در سال ۲۰۱۴، مردانی که تحصیلات دبیرستانی داشتند، دوبرابر بیشتر از افرادی که مدرک دانشگاهی داشتند به خاطر خودکشی جان خود را از دست دادند.

#### ۸. نتیجه‌گیری

همواره باید به این موضوع توجه داشت که بروز مشکلات با نوع رفتار والدین، تربیت آنها، نوع مراقبت، ایجاد امنیت و... در ارتباط است و خانواده اولین سازمانی است که بسترساز رشد و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی کودک و عامل رسیدن وی به تعادل (فیزیکی، روانی و

اجتماعی) است. بنابراین خودکشی امری چندبعدی بوده و از رویکردهای گوناگون قابل بحث و بررسی است و درک عمیق این پدیده جهت ارائه راهکارهای پیشگیرانه و کنترلی ضروری است.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که مهارت‌های ارتباطی می‌تواند با اقدام به خودکشی رابطه مستقیم داشته باشد. بهبود مهارت‌های ارتباطی ممکن است اثر محافظتی در برابر رفتارهای خودکشی داشته باشد. عدم تعامل و همدلی در بین اعضای خانواده می‌تواند خطر خودکشی را در اعضای خانواده به طرق مختلف افزایش دهد، زیرا اگر افراد نتوانند به طور مؤثر با والدین خود ارتباط برقرار کنند، احتمال بیشتری برای اقدام به خودکشی دارند و کسانی که احساس کمبود مراقبت و عدم توجه والدین دارند، شانس بیشتری برای تجربه افکار خودکشی و اقدام به آن دارند. عملکرد بهتر خانواده در زمینه ارتباط و درک متقابل اعضای خانواده با سطح بالاتر سلامت جسمی و روانی اعضای خانواده و سازگاری اجتماعی بهتر همراه است؛ درحالی‌که اختلال در عملکرد خانواده رابطه‌ای مستقیم و منفی با اضطراب و افکار و اقدام خودکشی دارد. برهمین اساس، تعارض با والدین به طور مستقیمی با افکار و اقدام به خودکشی رابطه داشته و تعارض و مشکلات حل‌نشده خانوادگی از معمول‌ترین اتفاقات پراسترس گزارش شده‌ای است که قبل از اقدام به خودکشی وجود داشته‌اند.

با این حال، خودکشی قابل پیشگیری است. برای پیشگیری از خودکشی اجرای برنامه‌های مبتنی بر یادگیری اجتماعی هدفمند در زمینه توانایی حمایت اجتماعی، ارتباط و تعامل برای خانواده‌هایی که اعضای از آنها اقدام به خودکشی داشته‌اند و ارتقاء توانایی حمایت اجتماعی و مقابله با شکست‌ها برای نوجوانان در مدرسه و دانشگاه حائز اهمیت است.

لذا بهتر است به منظور افزایش دقت و کارآمدی برنامه‌های پیشگیری در پژوهش‌های آتی سایر متغیرها نیز شناسایی و بررسی شده و روابط ساختاری آن‌ها با یکدیگر در پیش‌بینی اقدام به خودکشی مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین عوامل و مؤلفه‌های کارکرد خانوادگی شناسایی شده دخیل در گرایش به تفکرات خودکشی‌گرایانه در پژوهش حاضر می‌تواند از لحاظ سبب‌شناسی، آموزش و پیشگیری، مؤثر و جنبه کاربردی داشته باشد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند منبع

اطلاعاتی خوبی برای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی -درمانی و آموزش‌های پیشگیرانه باشد. بنابراین، تحقیقات بیشتری برای تأیید این یافته‌ها و شناسایی عوامل خاصی که در ارتباط با انگیزه اقدام به خودکشی نقش دارند، مورد نیاز است.

#### ۹. پیشنهادها

پیشگیری از خودکشی موضوعی حیاتی است که می‌تواند از تمرکز بر عملکرد خانواده سود قابل توجهی داشته باشد. در اینجا با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، چند پیشنهاد مطرح می‌شود که بر نقش خانواده‌ها در پیشگیری از خودکشی تأکید می‌کند:

#### ۹.۱. تقویت ارتباطات

به هر طریقی خانواده‌ها را باید آگاه ساخت که بر ارتباطات درون‌خانوادگی تأکید کنند، آن را غنی سازند و آسیب‌شناسی کنند، افراد منزوی را از انزوا خارج کنند و محیطی ایجاد کنند که در آن گفتگوهای آزاد در مورد سلامت روان عادی شود. این شامل بحث در مورد احساسات، کشمکش‌ها و درخواست کمک بدون ترس از قضاوت نیز می‌شود. امر دیگری که در مورد تقویت ارتباطات درون‌خانوادگی حائز اهمیت است گذراندن زمان با کیفیت با هم از طریق فعالیت‌های مشترک و حل تعارض به‌طور سازنده است که می‌تواند از احساس انزوا و رنجش جلوگیری کند. با گوش دادن فعال به اعضای خانواده، هر فرد احساس می‌کند شنیده شده و درک می‌شود. به این طریق می‌توان پیوندهای عاطفی را تقویت و حمایت از اعضاء را فراهم نمود.

#### ۹.۲. آموزش و آگاهی

از طریق نهادها و سازمان‌های مرتبط، باید به خانواده‌ها منابع و آموزش‌هایی در مورد مسائل مربوط به سلامت روان، از جمله علائم هشداردهنده رفتار خودکشی و نحوه واکنش مؤثر ارائه گردد و کمپین‌های آگاهی ایجاد شود که بر پیشگیری از خودکشی متمرکز است و افراد را تشویق به مشارکت در این کمپین‌ها نمود تا به خانواده‌ها کمک کند که اهمیت نقش خود را درک کنند.

#### ۹.۳. تشویق رفتار کمک‌جویانه

خانواده‌ها باید رفتار کمک‌جویی مثبت را با گفتگوی آشکار دربارهٔ تجربیات خود با متخصصان بهداشت روان الگو سازند و اعضای خود را تشویق کنند تا در صورت نیاز به دنبال کمک باشند و کمک گرفتن را ضعف تلقی نکنند.

#### ۹. ۴. ترویج مهارت‌های مقابله‌ای

آموزش راهبردهای مقابله‌ای در چارچوب خانواده، مانند توسعهٔ ارتباطات اجتماعی و مهارت‌های حمایت اجتماعی، می‌تواند افراد را مجهز به ابزارهایی قابل اطمینان برای مقابله با خودکشی کند. به علاوه تهیهٔ فهرستی از تماس‌های اضطراری برای هر یک از اعضای خانواده ضروری است تا بدانند در مواقع سخت با چه کسی تماس بگیرند. با تمرکز بر این زمینه‌ها، خانواده‌ها می‌توانند یک محیط حمایتی ایجاد کنند که نه تنها به جلوگیری از خودکشی کمک می‌کند، بلکه بهزیستی روانی کلی را نیز تقویت می‌نماید.

#### کتابنامه

۱. اشنایدمن، ا. (۱۳۹۲). روانشناسی خودکشی: ذهن خودکشی‌گر. (فیروزبخت، م. مترجم). تهران: انتشارات روانشناسی و هنر.
۲. ایار، ع. (۱۳۹۷). عوامل اجتماعی مؤثر بر خودکشی (مطالعه‌ای کیفی در شهرستان دره‌شهر). طرح پژوهشی، مدیریت امور اجتماعی استانداری ایلام.
۳. بهرامی، ا؛ دانش، پ؛ و محمدی، ز. (۱۴۰۲). مطالعهٔ بسترهای اقدام به خودکشی در بین جوانان شهرستان ورامین. فصلنامهٔ علوم اجتماعی، ۳۰(۱۰۰)، ۲۵۸-۲۲۱.
۴. پورمحسنی کلوری، ف؛ و فاطمی، ع. (۱۳۹۶). بررسی علل و انگیزه‌های روان‌شناختی وقوع خودکشی در استان اردبیل. فصلنامهٔ علمی- تخصصی دانش انتظامی اردبیل، ۱۵(۴)، ۲۱-۱.
۵. دلام، ح؛ و بذرافشان، م. (۱۳۹۹). اقدام به خودکشی توسط نوجوانان: یک مطالعهٔ کیفی. نشریهٔ پژوهشکده علوم بهداشتی (پایش)، ۱۹(۲)، ۱۶۶-۱۵۹.
۶. ربیعی، ط؛ و گرجی، ی. (۱۳۹۹). تجربهٔ زیسته اقدام به خودکشی در دانش‌آموزان دختر ۱۲ تا ۱۸ سالهٔ شهرستان خمینی‌شهر. فصلنامهٔ سلامت جامعه، ۱۴(۲)، ۵۱-۴۰.

۷. عابدی پریجا، ح. (۱۴۰۰). نقش مؤلفه‌های کارکرد خانوادگی در پیش‌بینی تفکرات خودکشی‌گرایانه دانش‌آموزان. *پویش در آموزش علوم تربیتی و مشاوره*، ۱۳(۱۳)، ۳۷-۵۳.
۸. عشایری، ط؛ حسین‌زاده حسنازاد، ا؛ و نوری، م. (۱۴۰۳). مطالعه عوامل اجتماعی-فرهنگی مؤثر بر اقدام به خودکشی در استان ایلام. *پژوهش‌های جامعه‌شناختی*، ۱۸(۱)، ۷۷-۱۰۰.
۹. فیض‌اللهی، ع. (۱۴۰۱). فراترکیب مطالعات خودکشی در ایران. *فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۲۲ (۸۵)، ۲۶۷-۲۲۱.
۱۰. کوچکیان، ز؛ و کلدی، ع. (۱۳۹۹). خودکشی پاسخی به چرخه حذف. *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱۰ (۲)، ۱۳۱-۱۵۱.
۱۱. منتی، ر. (۱۳۹۷). *تبیین جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر خودکشی در استان ایلام*. رساله دکتری جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان.

12. Ackard, D. M. S. (2006). Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescent. *American Journal of Preventive Medicine*, 1 (30), 59-66.
13. Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 1425 (15), 1-23.
14. Epstein, N. B., Ryan, C. E., Bishop, D. S., Miller, I. W., & Keitner, G. I. (2003). *The McMaster model: A view of healthy family functioning*. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed., pp. 581-607). The Guilford Press. [https://doi.org/10.4324/9780203428436\\_chapter\\_21](https://doi.org/10.4324/9780203428436_chapter_21)
15. Fang, X.Xu., LSun, L., & Zhang, L. (2004). Family Functioning: Theory, Influencing Factors, and Its Relationship with Adolescent Social Adjustment[J], 12(4), 544-553. URL: <https://journal.psych.ac.cn/xlxkjz/EN/>
16. Fernandes, A. C., Dutta, R., Velupillai, S., Sanyal, J., Stewart, R., & David Chandran. (2018). Identifying Suicide Ideation and Suicidal Attempts in a Psychiatric Clinical Research Database using Natural Language Processing. *Sci Rep* 8, 7426 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41598-018-25773-2>.
17. Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X... & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
18. Dickerson, KL., Milojevich, HM., & Quas, JA. (2022). Perceived Social Status and Suicidal Ideation in Maltreated Children and Adolescents. *Res Child Adolesc Psychopathol*, 50(3), 349-362. doi: 10.1007/s10802-021-00852-7.



19. Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 231–23. 0021. PMID: 23067259 DOI: 10.1037/a0030278.
20. Klonsky, D. E., Kotov, R., Bakst, S., Rabinowitz, J., & Bromet, EJ. (2012). Hopelessness as a predictor of attempted suicide among first admission patients with psychosis: a 10-year cohort study. *Suicide Life Threat Behav. 42*(1),1-10. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00066.x.
21. Hodwitz, O., & Frey, K. (2016). Anomic suicide: A Durkheimian analysis of European normlessness. *Mid-South Sociological Association, 36*(4), 236-254. <https://doi.org/10.1080/02732173.2016.1148652>.
22. Heidari, M., Khanjani, N., & Haghdoosti, A. (2017). Silent change of suicide in the west of Iran (Kermanshah). *joinpoint regression analysis Iran Red Crescent Med J. 2017 April, 19*(4), e43061.
23. Kwan, Y., Choi, S., Min, S., Ahn, JS., Kim, H., Kim, MH., & Lee, J. (2021). Does personality problems increase youth suicide risk?: A characteristic analysis study of youth who visit the emergency department following suicide attempt. *J Affect Disord. 1*(282), 539-544. DOI: 10.1016/j.jad.2020.12.066.
24. Lafavor, T. (2018). Predictors of Academic Success in 9- to 11-Year-Old Homeless Children: The Role of Executive Function, Social Competence, and Emotional Control. *The Journal of Early Adolescence, 38*(9), 1236-1264. <https://doi.org/10.1177/0272431616678989>.
25. Lee, H., Park, CH.K., Rhee, S. J., Kim, J., Kim, B., Lee, S...& Ahn, Y. (2021). An integrated model for the relationship between socio-cultural factors, Attitudes Toward Suicide, and intensity of suicidal ideation in Korean, Japanese, and American populations. *J Affect Disord. 1*(280), 203-210. PMID: 33220555. DOI: 10.1016/j.jad.2020.10.042
26. Maskill, C., & Hodges, I. (2005). *Explaining Patterns of Suicide*, A selective review of studies examining social, economic, cultural an other populationlevel influences. Published in December by the Ministry of Health PO Box 5013, Wellington, New Zealand., 1-128.
27. Manouchehri, A., Marznaki, Z.H., Atim, L.M., Mohammadian Amiri, M., & Kaggva, M. (2022). The relationship between causes of suicidal attempts in Iran and individual and social variables: a retrospective study. *BMC Psychiatry 22*, 780. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04449-2>
28. May, A. M., & Klonsky, E. D. (2013). Assessing motivations for suicide attempts: development and psychometric properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts. *Suicide and Life Threatening Behavior, 43*(5), 532-546. <https://doi.org/10.1111/sltb.12037>

29. Meng, L. (2002). Rebellion and revenge: the meaning of suicide of women in rural China. *International Journal of Social Welfare*, 11 (4), 300-309. DOI:10.1111/1468-2397.00239
30. Marion MS., Range LM. (2003). Do extenuating circumstances influence African American women's attitudes toward suicide? *Suicide Life Threat Behav*,33(1),44-51. DOI: 10.1521/suli.33.1.44.22789
31. Nock, M. K., Wedig, M. M., Janis, I. B., & Deliberto, T. L. (2008). Self-injurious thoughts and behaviors. In J. Hunsley & E. J. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 158–177). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195310641.003.0008>
32. O'Donnell, H., & Wilkinson, E. (2012). revention of suicide in Northern Ireland. *Mental Health Practice*, 15 (8), 9-25. doi: 10.7748/mhp2012.05.15.8.25.c9099.
33. O'Connor, RC.,& Nock. MK. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1(1),73-85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6. Epub 2014 Jun 4. PMID: 26360404.
34. Olson, DH., Sprenkle, DH., & Russell, CS. (1983). Circumplex model of marital and family system: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Fam Process*,18(1),3-28. doi: 10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x. PMID: 437067.
35. Paashaus, L., Forkmann, T., Glaesmer, H., Juckel, G., Rath, D, Schönfelder, A., ...& Teismann T. (2019). Do suicide attempters and suicide ideators differ in capability for suicide? *Psychiatry Res* ,275,304-309. doi: 10.1016/j.psychres.2019.03.038. Epub 2019 Mar 23. PMID: 30953875.
36. Phillips, JA., & Hempstead, K. (2017). Differences in U.S. suicide rates by educational attainment, 2014–2000. *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 53, Issue 4,October 2017, Pages e-123e130. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.010>
37. Randell, B. P., Wang, W.-L., Herting, J. R., & Eggert, L. L. (2006). Family Factors Predicting Categories of Suicide Risk. *Journal of Child and Family Studies*, 15(3), 255–270. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9020-6>
38. Razaieian, M., & Sharifirad, G. (2012). Case fatality rates of different suicide methods within Ilam province of Iran. *J Educ Health Promot*. 2012,1:44. doi: 10.4103/2277-9531.104814. Epub 2012 Dec 19. PMID: 23555147; PMCID: PMC3577390.
39. Rodríguez-Cintas, L., Daigre, C., Braquehais, MD., Palma-Alvarez, RF., Grau-López, L., Ros-Cucurull E., ... & Roncero C. (2018). Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Res* ,Apr;262,440-445 .

- doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.021. Epub 2017 Sep 11. PMID: 28951146.
40. Rostami, M., Jalilian, A., & Ghasemi, Sh. (2016). Artin Kamali Suicide Mortality Risk in Kermanshah Province, Iran: A County-level Spatial Analysis: *A County-level Spatial Analysis Epidemiology Biostatistics and Public Health* – 2016(13), 3, 1-7.
41. Rico, N., & Mohseni, A.T. (2024). A Comparative Study of Motives and Patterns of Suicide Among Women in Iran and Japan with Emphasis on Cultural Beliefs and Religious Submission. *International Journal of Muslim Women Studies*, 1(1), 26-48 DOI: <https://womenstudy.abu.ac.ir/>
42. Susukida R., Wilcox HC., & Mendelson T. (2016). The association of lifetime suicidal ideation with perceived parental love and family structure in childhood in a nationally representative adult sample. *Psychiatry Res.* 2016 Mar 30, 237:246-51. doi: 10.1016/j.psychres.2016.01.033. Epub 2016 Jan 16. PMID: 26803361.
43. Shaari, M., Asbullah, M., Zainol Abidin, N., Karim, Z., & Nangle, B. (2023). Determinants of Foreign Direct Investment in ASEAN+3 Countries: The Role of Environmental Degradation. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20(3), 1720. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031720>.
44. Shaffer, D., Cynthia R., & Pfeffer, M.D. (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.
45. Timmerby N., Cosci F., Watson M., Csillag C., Schmitt F., Steck B., ... & Thastum M. (2018). A confirmative clinimetric analysis of the 36-item Family Assessment Device. *Nord J Psychiatry*, 72(4), 268-272. doi: 10.1080/08039488.2018.1435721. Epub 2018 Feb 7. PMID: 29411685.
46. Van Bergen, D., Eylem Van Bergeijk, O., & Montesin, A. (2021). Attempted suicide and suicide of young Turkish women in Europe and Turkey, *A systematic literature review of characteristics and precipitating factors*. PLoS ONE 16(8), e0253274. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253274>
47. Wang, Q., & Yu, G.L. (2017). A cross-sectional historical study of junior high school students' mental health. *Spec. Educ China*, 11, 74-80.
48. Wareham, J. J. (2005). *Strain, Personality Traits, and Deviance among Adolescents: Moderating Factors* (2005). USF Tampa Graduate Theses and Dissertations. <https://digitalcommons.usf.edu/etd/904>
49. Wells, K. C., & Heilbron, N. (2012). Family-based cognitive-behavioral treatments for suicidal adolescents and their integration with individual treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 301-314.

50. Zeynel Z., & Uzer T. (2020). Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child Abuse Negl*, 99,104235. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104235. Epub 2019 Nov 20. PMID: 31759288.