

بررسی تأثیر ساختار خانواده و حمایت اجتماعی در خودکشی دانشجویان

An Investigation on the Role of Family and Social Factors on Suicide of University Students

A. Moradi, Ph.D.

S. Akbari ZardKhaneh

F. Cheraghi

Kh. Foladvand

دکتر علیرضا مرادی ✉

دانشیار روان‌شناسی بالینی

سعید اکبری زردخانه

دانشجوی دکترای سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه علامه طباطبایی

فرشته چراغی

دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه تربیت معلم

خدیجه فولادوند

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه تربیت معلم

دریافت مقاله: ۸۸/۸/۲۸
دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۸/۹/۳۰
پذیرش مقاله: ۸۸/۱۰/۱۲

Abstract

The present study investigates the causes and factors of university students suicide.

A sample of university students who attempted swiced (n = 96) and non-suicidal ones (n=96) were selected. Information was collected using Family Performance Scale and Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Data was analyzed using t-test.

چکیده:

شناسایی عوامل خطر مؤثر در خودکشی دانشجویان می‌تواند زمینه لازم را برای اعمال مداخلات مناسب با هدف پیشگیری و کنترل پدیده خودکشی فراهم نماید. پژوهش حاضر به بررسی عوامل خطر خانوادگی و اجتماعی مؤثر در خودکشی دانشجویان پرداخته است. در این پژوهش ۹۶ نفر (۵۰ زن و ۴۶ مرد) دانشجوی اقدام کرده به خودکشی با ۹۶ نفر (۵۰ زن و ۴۶ مرد) دانشجوی سالم شرکت داده شدند.

✉Correspornding author: Dept. of Psychology
Teacher's Training University, Tehran, Iran.
Tel: +9821-88848938
Fax: --
Email: Moradi90@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: خیابان مفتح، خیابان خاقانی، ساختمان سمیه
طبقه ۸ گروه روان‌شناسی، کدپستی ۱۵۶۱۴، شماره ۴۹، دانشگاه
تربیت معلم
تلفن: ۰۲۱-۸۸۸۴۸۹۳۸ - دورنما: --
پست الکترونیکی: Moradi90@yahoo.com

there was a significant difference between groups in eight subscales of Family Performance and in all subscales of Social Support. It was found that subscales of family cohesion, expressiveness, sociability and family idealization in suicidal attempted students was lower than non-suicidal attempted students. Also, Conflict, discord, intellectual/cultural orientations and enmeshment level in suicidal attempted students is higher than non-suicidal attempted students. Social support in different forms (family, friends, special person) revealed as a protective factor in suicidal behaviors

KeyWords: Student, Suicidal Attempted, Family Performance, Perceived Social Support.

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های عملکرد خانواده و حمایت اجتماعی ادراک شده بود. داده‌ها با استفاده از آزمون t و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج نشان دادند که دو گروه در هشت خرده مقیاس عملکرد خانواده و همه خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی تفاوت معناداری دارند. میزان همبستگی خانوادگی، ابراز وجود، جامعه‌پذیری و آرمان خانوادگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی پایین‌تر از افرادی است که اقدام به خودکشی نداشته‌اند. همچنین میزان تعارض، گسستگی، گرایش‌های فرهنگی - عقلانی و درهم تنیدگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی بالاتر از افرادی است که اقدام به خودکشی نداشته‌اند. حمایت‌های اجتماعی در اشکال مختلف آن از عوامل محافظت‌کننده در برابر رفتارهای خودکشی‌گرایانه به شمار می‌روند.

کلیدواژه‌ها: دانشجو، اقدام به خودکشی، عملکرد خانواده، حمایت اجتماعی ادراک شده

مقدمه

خودکشی به عنوان یک پدیده اجتماعی مهم نقش اساسی در به خطر افتادن سلامت روانی جامعه ایفا می‌کند. به تعبیری دیگر میزان خودکشی و اقدام به خودکشی از مهم‌ترین شاخص‌های بهداشت روانی افراد یک جامعه محسوب می‌شود (کانر^۱، ۲۰۰۱). خودکشی یک پدیده پیچیده شبهه‌برانگیز است که فرد به عنوان یک عمل فردی آشکار و قابل درک از خود نشان می‌دهد. برخی از صاحب‌نظران معتقدند که خودکشی نه تنها به عنوان پدیده‌ای که در چرخه زندگی فردی با توجه به ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی می‌تواند در نوسان باشد، بلکه پدیده است که با چرخه کلی تحولات جامعه نیز در ارتباط مستقیم است. روند افزایش سریع خودکشی در نوجوانان از دهه ۱۹۶۰ به بعد مطالعات و بررسی‌های جدید و جدی را طلب نموده است. شیوع روزافزون خودکشی و قصد خودکشی در اجتماعات کاملاً محسوس است (حسن‌پور، ۱۳۸۵).

لازم به ذکر است این افزایش صرفاً در کشورهای خاص رخ نداده و پدیده خودکشی به خصوص در نوجوانان به طور کلی یک مشکل بهداشت جهانی محسوب می‌شود. خودکشی و اقدام به آن از دوره‌های مختلف و دیدگاه‌های متفاوت مورد مطالعه قرار گرفته است. طبق نظر لستر^۲ (۱۹۸۸) وقتی دیدگاه‌های مختلف روان‌شناختی مانند رویکرد روان‌پویایی فروید، یادگیری اجتماعی بندورا^۳ و نظریه شناختی بک^۴ و الگوی مکعبی^۵ اشنایدمن^۶ نتوانستند موفق به فهم رفتار خودکشی، هدایت تحقیقات مربوط به آن و ارائه راهکارهای مناسب جهت کاهش آن شوند، مطالعه و پژوهش در مورد رفتار خودکشی جنبه عمل‌گرایانه به خود گرفت. از این‌رو پژوهش در مورد متغیرهای مرتبط و تأثیرگذار در شکل‌گیری و تکوین این پدیده آغاز شد. در این زمینه بدون توسل به نظریه‌ها، به همبسته‌ها و عوامل همراه خودکشی پرداخته می‌شود. این عوامل، عوامل خطر ساز بوده و فقدان آن‌ها عوامل حمایت‌کننده برای خودکشی به حساب می‌آیند (لستر، ۱۹۸۸). یکی از حیطه‌هایی که مورد توجه محققان قرار گرفته بررسی حمایت‌های عاطفی و اجتماعی همراه و همبسته با خودکشی است؛ از این میان عوامل مربوط به خانواده و حمایت‌های اجتماعی مطالعات زیادی را به خود اختصاص داده‌اند. خانواده محل تأمین امنیت عاطفی فرد می‌باشد. در خانه است که کودک و نوجوان یاد می‌گیرند که چگونه دیگران را دوست بدارند تا دوست داشته شوند. در خانواده مبنای تعامل بین فردی و بر اساس رعایت حقوق افراد، کودک و نوجوان به اهمیت روابط اجتماعی واقف می‌شوند. هرگاه خانواده با بحران مواجه شود، موجب می‌گردد که افراد به جای تفاهم به مقابله بپردازند که پیامد آن ممکن است به انزوا، طرد، افسردگی، لجام‌گسیختگی، بی‌ارزشی و بی‌کسی و یا اقدام به خودکشی منجر گردد. در مطالعه‌ای بیوتریس^۷ (۲۰۰۱) نشان داد که مشاخره با یک عضو خانواده معمولاً یکی از والدین از پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار خودکشی در ۷۰ درصد موارد می‌باشد. هم‌چنین روی^۸ (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان داد که وجود تاریخچه اقدام به خودکشی در خانواده از عوامل خطر اقدام به خودکشی محسوب می‌گردد. گودوین^۹ و همکاران (۲۰۰۴) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که افکار خودکشی والدین یا سابقه اقدام به خودکشی در آن‌ها از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی اقدام به خودکشی در فرزندان می‌باشد.

فقدان حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل خطر برای خودکشی نوجوانان مطرح است (به عنوان مثال فلدمان^{۱۰} و همکاران، ۱۹۸۸؛ کینگ^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۵؛ هنری^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۳؛ گرین-برگ^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۰). برعکس، حمایت اجتماعی کافی به عنوان یک عامل بازدارنده در برابر اقدام به خودکشی عمل می‌کند.

کاسلو^{۱۴} و همکاران (۲۰۰۲)، وینگت و همکاران^{۱۵} (۲۰۰۵)، والش و ایجرت^{۱۶} (۲۰۰۷)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی یک عامل محافظت‌کننده^{۱۷} از فرد در مقابل اقدام به خودکشی است. یانگ و کلوم^{۱۸} (۲۰۰۰)، در مطالعه‌ای ۵۱ دانشجو با ایده خودکشی و ۱۳۰

دانشجوی عادی را با هم مقایسه و گزارش کردند که حمایت اجتماعی یک اثر مهم در به تأخیر افتادن ایده خودکشی دارد. در مطالعه دیگری که چن و چان^{۱۹} (۲۰۰۶) بر روی نوجوانان هنگ کنگی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که در محیط اجتماعی، حوادث استرس‌زا می‌تواند گرایش به خودکشی را افزایش دهد و در مقابل حمایت دوستان و خانواده می‌تواند آن را کاهش دهد.

با توجه به نمونه‌های ذکر شده در بالا و با توجه به گستردگی دامنه عوامل مختلف فردی و اجتماعی مؤثر در خودکشی، در این پژوهش سعی شده است بر اساس میزان اهمیت عوامل مختلف و پیشینه پژوهشی موجود در ایران، از میان عوامل محیطی - اجتماعی به عوامل مربوط به خانواده و حمایت‌های اجتماعی پرداخته شود. به طور قطع مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی اقتصادی، خانوادگی، روان‌شناختی، سیاسی و... می‌توانند در خودکشی جوانان مؤثر باشند. شناسایی این عوامل کمک مؤثری به اتخاذ راهکارهای مقابله‌ای در برنامه‌ریزی‌های کلان می‌نماید. احساس بهزیستی روان‌شناختی و به دنبال آن احساس نشاط، کارآمدی، خلاقیت، فناوری، تولید، خودکفایی، همه و همه در گرو سلامت جسمانی و روانی نیروهای انسانی جوامع است، از این رو است که امروزه مسئله بهداشت روان از اولویت‌های برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیرندگان جوامع است. با توجه به گستردگی عوامل مرتبط با خودکشی و عدم امکان مطالعه جامع آن در یک پژوهش، در این جا بر دو عامل خانواده و حمایت‌های اجتماعی تأکید شده است. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند زمینه لازم را جهت مداخله برای پیشگیری و کنترل خودکشی در میان دانشجویان فراهم گرداند.

روش

همان‌طور که اشاره شد هدف پژوهش حاضر مطالعه عوامل خطر خانوادگی و اجتماعی مؤثر در خودکشی دانشجویان است. لذا از روش تحقیق توصیفی و پس‌رویدادی استفاده شده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه مورد مطالعه کلیه دانشجویان دانشگاه‌های وابسته به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری شهر تهران بودند که به دو دسته اقدام کرده به خودکشی و اقدام نکرده به خودکشی تقسیم می‌شوند. در این پژوهش مجموعاً ۹۶ (۵۰ زن و ۴۶ مرد) نفر دانشجوی اقدام کرده به خودکشی با ۹۶ (۵۰ زن و ۴۶ مرد) نفر دانشجوی سالم که در متغیرهای جنسیت، دانشگاه محل تحصیل، رشته تحصیلی و سن هم‌تا شده بودند، مورد مقایسه قرار گرفتند. برای دسترسی به نمونه خودکشی کننده با هماهنگی دفتر مرکزی مشاوره وزارت متبوع از طریق مراکز مشاوره دانشگاه‌های شهر تهران اقدام گردید. برای این منظور فهرست دانشجویان اقدام کرده به خودکشی طی ۶ ماه گذشته دریافت گردید تا نمونه مورد نظر از میان آنان انتخاب شود. گروه گواه یا شاهد از میان دانشجویانی انتخاب

شدند که هر یک از آن‌ها دقیقاً با یکی از دانشجویان اقدام کرده به خودکشی در چهار متغیر جنسیت، دانشگاه محل تحصیل، رشته تحصیلی و سن هم‌تا بودند. کلیه آزمودنی‌های پژوهش به یک بسته شامل یک مصاحبه منظم و آزمون‌های هنجار شده پاسخ دادند. در پایان داده‌های مربوط به ۱۹۲ نفر شامل گروه اقدام‌کننده به خودکشی و کنترل برای تحلیل آماده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین انحراف استاندارد) و آمار استنباطی آزمون t استفاده شده است.

ابزارهای پژوهش

مقیاس عملکرد خانواده: مقیاس عملکرد خانواده (بلوم، ۱۹۸۵) بر اساس برداشت نوجوانان از زندگی خانواده خود، ساخته شده است (پیکرستانی، ۱۳۸۰). این پرسشنامه دارای ابعاد مختلف (پانزده بعد همراه با عملکرد کلی که از حاصل جمع مجموع ابعاد پانزده‌گانه به دست می‌آید) بوده و عملکرد خانواده را در وجوه مورد نظر ارزیابی می‌کند. این مقیاس مشتمل بر ۷۵ عبارت توصیفی درباره نقش‌های خانواده است. ابعاد پانزده‌گانه ضمن دارا بودن ویژگی‌های روان‌سنجی معنادار به طور قابل قبولی از یکدیگر مستقل هستند.

بلوم (۱۹۸۵)، ابعاد ۱۵‌گانه مقیاس عملکرد خانواده را به صورت ذیل تعریف و اعتبار آن‌ها را از طریق آلفای کرونباخ گزارش می‌کند:

همبستگی^{۲۰}: ارتباط صمیمانه و روابط نزدیک تجربه شده توسط اعضای خانواده می‌باشد.
ابراز وجود^{۲۱}: به توانایی فرد در بیان و دفاع از عقاید، علاقه‌مندی و احساس خود به نحوی شایسته و بدون اضطراب اطلاق می‌شود.
تعارض^{۲۲}: اختلاف نظر افکار و یا اعمال میان اعضای خانواده یا تعامل بین اعضای خانواده که با عدم توافق خانواده همراه می‌باشد.
گرایش‌های ذوقی - سرگرمی^{۲۳}: توجه و علاقه اعضای خانواده به فعالیت‌های سرگرم کننده مانند ورزش و موسیقی است.
گرایش‌های فرهنگی - عقلانی^{۲۴}: منظور شرکت اعضای خانواده در فعالیت‌های فرهنگی، مطالعه عمومی خانواده و توجه خانواده به برنامه‌های ادبی و هنری است.
جهت‌گزینی مذهبی^{۲۵}: به اعتقاد و باور به ارزش‌های مذهبی در خانواده و علاقه به شرکت در مراسم مذهبی و عبادی و انجام فعالیت‌های مذهبی اشاره دارد.
سازماندهی^{۲۶}: منظور برنامه‌ریزی و طرح‌ریزی مراحل برای رسیدن به اهداف و غایت‌های معطوف به خانواده و استفاده از این برنامه‌ها توسط اعضاء خانواده می‌باشد.
جامعه‌پذیری^{۲۷}: میزان تمایل و علاقه خانواده به برقراری ارتباط با محیط بیرون از خانه و تمایل به برقراری روابط با دیگران می‌شود.

منبع کنترل بیرونی^{۲۸}: باور خانواده به این که اتفاقات و حوادث به وجود آمده در محیط خانه خارج از کنترل آن‌ها و ناشی از عوامل بیرونی است.

آرمان خانوادگی^{۲۹}: به انتظارات و توقعات فرد از خانواده خویش و تصویری که او از خانواده‌ای که با آن زندگی می‌کند، اشاره دارد.

گسستگی^{۳۰}: نداشتن رابطه و ارتباط نزدیک میان اعضای خانواده به صورتی که هیچ روابط صمیمانه‌ای نسبت به یکدیگر نداشته و قادر به درخواست کمک از یکدیگر نیستند.

شیوه فرزندپروری مردم سالار^{۳۱}: عبارتست از خانواده‌ای که بر قوانین و معیارهای رفتاری و ارزش اطاعت و فرمانبرداری تأکید دارند. در این بعد تمام خانواده در تصمیم‌گیری‌ها شرکت کرده و والدین نسبت به فرزندان خود گرم، پذیرنده و پاسخگو هستند.

شیوه فرزندپروری آزادگذار^{۳۲}: در این سبک، خانواده بر قوانین و معیارهای رفتاری فرزندانشان پافشاری نمی‌کنند، به‌گونه‌ای که افراد در حفظ این قوانین با شکست مواجه شده و در حالت سردرگمی و ابهام به سر می‌برند. با وجود این، آن‌ها نسبت به فرزندان خود گرم و پاسخگو هستند.

شیوه فرزندپروری مستبد^{۳۳}: در این سبک، خانواده همانند والدین مردم‌سالار، در تأکید بر قوانین اصرار دارند، ولی دستور دادن و اطاعت را به عنوان غایتی معطوف به هدف خود در نظر می‌گیرند. آن‌ها نسبت به فرزندان خود گرم و پذیرنده و پاسخگو نیستند.

به هم‌تنیدگی^{۳۴}: روابط بسیار صمیمانه اعضای خانواده به صورتی که حد و مرزی در خانواده مشخص نبوده و فرد استقلال لازم را در خانواده نداشته باشد.

آپستین^{۳۵} (۲۰۰۰)، در یک نمونه ۵۰۳ نفری با استفاده از روش تشخیصی نمرات عملکرد خانواده، توانست ۰/۶۷ خانواده‌های غیربالینی و ۰/۶۴ خانواده‌های بالینی ($P < 0/001$) را به درستی پیش‌بینی نماید (به نقل از پیکرستانی، ۱۳۸۰). در این پژوهش میزان روایی عملکرد کلی خانواده از طریق آلفای کرونباخ ۸۲ صدم به‌دست آمد.

مقیاس چندوجهی حمایت اجتماعی: مقیاس چندوجهی حمایت اجتماعی ادراک شده^{۳۶} (زیمت و همکاران^{۳۷}، ۱۹۸۸) مشتمل بر ۱۲ ماده است که برای سنجش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده به کار می‌رود و از سه منبع خانواده، دوستان و فرد حاصل می‌شود. این مقیاس بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود. روایی این پرسشنامه توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) مشخص و در حد مطلوب گزارش شده است.

این مقیاس در سال ۱۳۸۵ توسط جوشن لو و همکاران با استفاده از یک نمونه دانشجویی ۲۱۴ نفر، در ایران هنجاریابی شد. مقدار آلفای به‌دست آمده ۸۹ صدم می‌باشد. در بررسی روایی این ابزار در پژوهش حاضر از آلفای کرونباخ استفاده گردید. مقدار آلفای این مقیاس در این پژوهش ۰/۸۹ به‌دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های دموگرافیک

میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۴/۵۲ با انحراف استاندارد ۳/۲۰ بوده است. وضعیت تأهل آنان به صورت ۸۲/۴۰ درصد مجرد، ۶/۹۰ درصد متأهل، ۴/۹۰ درصد متارکه کرده گزارش شده و ۵/۹۰ درصد نیز به این سؤال پاسخ نداده‌اند. حدود ۶۵ درصد این افراد متولد شهر و ۳۵ درصد آن‌ها نیز محل تولد خود را روستا ذکر نموده‌اند. از این تعداد در حدود ۸۷ درصد با والدین، ۶ درصد با خانواده و ۵/۴۰ درصد به تنهایی زندگی می‌نمایند.

در گروه اقدام کرده‌ها در پاسخ به این سؤال که آیا در خانواده شما سابقه خودکشی بوده است یا نه، ۴۳ درصد پاسخ منفی و ۱۱ درصد پاسخ مثبت داده‌اند. ۱۴ درصد گروه اقدام کرده، مبتلا بودن به یک بیماری طولانی مدت را گزارش نموده و ۳۶ درصد آن‌ها به این سؤال پاسخ منفی داده‌اند. ۴۶ درصد این گروه از افراد سابقه بستری شدن در بیمارستان روان‌پزشکی را نداشته و فقط ۴ درصد آن‌ها دارای چنین تجربه‌ای بوده‌اند. ۲۷ درصد این افراد اظهار نموده‌اند که جهت اقدام به خودکشی هیچ برنامه‌ریزی قبلی نداشته‌اند؛ در حالی که ۱۷ و ۶ درصد آن‌ها به ترتیب بیان نموده‌اند که برنامه‌ریزی در حد متوسط و کامل برای این اقدام داشته‌اند.

یافته‌های اصلی

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که دو گروه در هشت خرده‌مقیاس عملکرد خانواده از هم تفاوت معناداری دارند. این تفاوت‌ها به نحوی است که در خرده‌مقیاس‌های تعارض، گرایش فرهنگی - عقلانی و درهم تنیدگی، میانگین گروه اقدام کرده، بالاتر و در خرده‌مقیاس‌های همبستگی، ابراز وجود، جامعه‌پذیری، آرمان خانوادگی و گسستگی این گروه در مقایسه با گروه اقدام نکرده دارای میانگین پایین‌تر است.

جدول ۱: خلاصه یافته‌های آزمون t مقایسه میانگین خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه عملکرد خانواده گروه دانشجویان اقدام کرده و اقدام نکرده به خودکشی (n = ۱۹۶)

ابعاد	گروه	میانگین	خطای معیار	خطای معیار میانگین	ارزش آماره t	درجات آزادی	سطح معناداری
همبستگی	اقدام کرده	۲/۰۵	۰/۶۲	۰/۰۹	-۱/۹۲	۱۹۴	۰/۰۴
	اقدام نکرده	۲/۲۱	۰/۴۳	۰/۰۶			
ابراز وجود	اقدام کرده	۲/۰۳	۰/۵۲	۰/۰۷	-۱/۹۴	۱۹۴	۰/۰۴
	اقدام نکرده	۲/۲۰	۰/۳۱	۰/۰۴			
تعارض	اقدام کرده	۱/۷۲	۰/۵۸	۰/۰۸	۳/۸۲	۱۹۴	۰/۰۰۰۱
	اقدام نکرده	۱/۳۰	۰/۵۶	۰/۰۷			

ادامه جدول ۱

۰/۳۷	۱۹۴	۰/۹۱	۰/۰۸	۰/۵۶	۲/۲۲	اقدام کرده	گرایش‌های ذوقی - سرگرمی
			۰/۰۷	۰/۴۹	۲/۱۲	اقدام نکرده	
۰/۰۵	۱۹۴	۱/۸۲	۰/۰۵/	۰/۵۳	۲/۱۱	اقدام کرده	گرایش‌های فرهنگی - عقلانی
			۰/۱۰	۰/۳۸	۱/۹۷	اقدام نکرده	
۰/۲۸	۱۹۴	۱/۰۹	۰/۰۷	۰/۶۰	۲/۳۷	اقدام کرده	جهت‌گزینی مذهبی
			۰/۰۶	۰/۶۷	۲/۲۳	اقدام نکرده	
۰/۵۶	۱۹۴	-۰/۵۹	۰/۰۸	۰/۴۹	۲/۱۲	اقدام کرده	سازماندهی
			۰/۰۸	۰/۴۵	۲/۱۷	اقدام نکرده	
۰/۰۳	۱۹۴	-۲/۱۰	۰/۰۸	۰/۵۸	۱/۹۹	اقدام کرده	جامعه‌پذیری
			۰/۰۸	۰/۵۸	۲/۲۳	اقدام نکرده	
۰/۵۵	۱۹۴	۰/۶۰	۰/۱۳	۰/۶۰	۱/۹۴	اقدام کرده	منبع کنترل بیرونی
			۰/۱۳	۰/۵۴	۱/۸۶	اقدام نکرده	
۰/۰۰۲	۱۹۴	-۳/۲۵	۰/۰۷	۰/۹۸	۱/۸۵	اقدام کرده	آرمان خانوادگی
			۰/۰۸	۰/۹۱	۲/۴۶	اقدام نکرده	
۰/۰۴	۱۹۴	-۱/۸۴	۰/۰۷	۰/۵۷	۱/۸۵	اقدام کرده	گسستگی
			۰/۰۶	۰/۵۰	۲/۰۵	اقدام نکرده	
۰/۲۷	۱۹۴	۱/۰۹	۰/۰۵	۰/۴۴	۱/۹۳	اقدام کرده	فرزندپروری مردم سالار
			۰/۰۶	۰/۳۶	۱/۸۵	اقدام نکرده	
۰/۳۴	۱۹۴	۰/۹۴	۰/۰۶	۰/۴۵	۱/۹۱	اقدام کرده	فرزندپروری آزادگذار
				۰/۴۱	۱/۸۳	اقدام نکرده	
۰/۲۷	۱۹۴	۱/۱۲	۰/۰۸	۰/۴۵	۱/۷۰	اقدام کرده	فرزندپروری مستبد
			۰/۰۷	۰/۴۱	۱/۵۸	اقدام نکرده	
۰/۰۳	۱۹۴	۲/۱۸	۰/۰۸	۰/۵۷	۱/۹۷	اقدام کرده	به هم‌تنیدگی
			۰/۱۰	۰/۶۴	۱/۷۱	اقدام نکرده	

جهت بررسی تفاوت‌های احتمالی موجود بین دو گروه در خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده، میانگین‌های دو گروه با استفاده از آزمون t مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه یافته‌های آزمون t مقایسه میانگین خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه حمایت اجتماعی گروه دانشجویان اقدام کرده و اقدام نکرده به خودکشی (n = ۱۹۶)

منبع حمایت	گروه	میانگین	خطای معیار	خطای معیار میانگین	ارزش آماره t	درجات آزادی	سطح معناداری
خانواده	اقدام کرده	۱/۹۲	۱/۵۰	۰/۱۴	-۵/۲۷	۱۹۴	۰/۰۴
	اقدام نکرده	۲/۹۰	۰/۸۳	۰/۱۲			
دوستان	اقدام کرده	۲/۱۶	۱/۰۸	۰/۱۵	-۲/۰۵	۱۹۴	۰/۲۰
	اقدام نکرده	۲/۵۵	۰/۸۰	۰/۱۱			
فرد خاص	اقدام کرده	۲/۳۵	۱/۱۶	۰/۱۶	-۲/۴۸	۰/۱۹۴۴۰	۰/۱۵
	اقدام نکرده	۲/۸۶	۰/۱۴/۹۱	۰/۱۳			

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که دو گروه دانشجویان اقدام کرده و اقدام نکرده در کلیه خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده از هم تفاوت معناداری دارند. این تفاوت‌ها به نحوی است که در کلیه خرده‌مقیاس‌ها، گروه اقدام نکرده دارای میانگین بالاتری است. بدین معنا که حمایت اجتماعی ادراک شده توسط دانشجویان اقدام کرده در مقایسه با دانشجویان اقدام نکرده در سطح پایین‌تری قرار دارد.

جهت پی بردن به میزان توانایی پیش‌بینی اقدام به خودکشی، توسط خرده‌مقیاس‌های هر یک از ابزارهای مورد استفاده در مطالعه از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج حاصل از این تحلیل برای پرسشنامه حمایت اجتماعی در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: مشخصه‌های تحلیل رگرسیون گام به گام اقدام به خودکشی بر اساس

خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی

سطح معناداری	t	β	F	مربع R	مؤلفه
۰/۰۰۱	-۵/۲۵	-۰/۴۷	۲۷/۶۰	۰/۲۲	خانواده

جدول ۳ نشان می‌دهد که از خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی تنها زیرمقیاس حمایت خانواده توانایی پیش‌بینی معنادار اقدام به خودکشی را داشته و توانسته است حدود ۲۲ درصد واریانس آن را تبیین نماید.

انجام تحلیل رگرسیون گام به گام بر اساس زیرمقیاس‌های عملکرد خانواده نیز نتایج جدول ۴ را در برداشت.

جدول ۴: مشخصه‌های تحلیل رگرسیون گام به گام اقدام به خودکشی

بر اساس خرده‌مقیاس‌های عملکرد خانواده

سطح معناداری	t	β	F	مربع R	مؤلفه
۰/۰۰۱	۳/۸۱	۰/۳۶	۱۴/۵۴	۰/۱۳	تعارض
۰/۰۰۱	۳/۸۷	۰/۳۶	۹/۶۲	۰/۱۶	تعارض و ابراز وجود
۰/۰۴	-۲/۰۶	-۰/۱۹			
۰/۰۰۱	۴/۰۴	۰/۳۷	۸/۰۸	۰/۲۰	تعارض، ابراز وجود و مردم سالار
۰/۰۰۱	-۲/۵۹	-۰/۲۵			
۰/۰۴	۲/۰۸	۰/۳۰			

جدول ۴ نشان می‌دهد که از بین خرده‌مقیاس‌های عملکرد خانواده، خرده‌مقیاس‌های تعارض، ابراز وجود و فرزندپروری مردم سالار توانایی پیش‌بینی معنادار اقدام به خودکشی را دارا می‌باشند. به طوری که خرده‌مقیاس تعارض، به تنهایی ۱۳ درصد، و به همراه ابراز وجود ۱۶ درصد و این با همراهی شیوه فرزندپروری در مجموع ۲۰ درصد از واریانس اقدام به خودکشی را تبیین می‌نمایند. از بین این خرده‌مقیاس‌ها ابراز وجود با اقدام به خودکشی رابطه معکوس و بقیه دارای رابطه مستقیم می‌باشند. این یافته بدین معنا است که با افزایش میزان ابراز وجود، میزان اقدام به خودکشی افزایش می‌یابد ولی با افزایش دو خرده‌مقیاس اقدام به خودکشی نیز افزایش می‌یابد.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر ساختار خانواده و حمایت اجتماعی بر خودکشی دانشجویان صورت پذیرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین رفتارهای خودکشی‌گرا و عوامل خانوادگی ارتباط معناداری وجود دارد.

در خرده‌مقیاس همبستگی میانگین گروه اقدام نکرده بالاتر از گروه اقدام کرده بود؛ این یافته به این معناست که میزان همبستگی خانوادگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی پایین‌تر از افرادی است که اقدام به خودکشی نداشته‌اند. این یافته با یافته‌های چندین مطالعه مرتبط همسو شده است در مطالعه پرکینز و هارتلس^{۳۸} (۲۰۰۲) که بر روی ۱۴۹۲۲ دانشجوی انجام شد، حمایت خانوادگی با همبستگی منفی، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده تلاش برای خودکشی بود.

میانگین نمرات گروه اقدام نکرده در خرده‌مقیاس ابراز وجود بالاتر از گروه اقدام کرده بود. توانایی ابراز وجود به عنوان یکی از مهارت‌های زندگی نقش عمده‌ای در برقراری ارتباط اجتماعی صحیح و حل تعارضات میان‌فردی دارد. افرادی که به آن‌ها اجازه ابراز وجود در خانواده داده می‌شود در ارتباطات اجتماعی نیز از توانایی جرأت‌ورزی برخوردار خواهند بود. این افراد به راحتی عقاید و ایده‌های خود را با اعضای دیگر خانواده در میان گذاشته و با گفت‌وگو به حل مسائل بین‌فردی و خانوادگی می‌پردازند. یافته‌های پژوهشی پیشین نیز بر این نکته صحت گذارده‌اند که عامل ابراز وجود از عوامل کاهش‌دهنده احتمال خودکشی به شمار می‌رود. به عنوان مثال نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند، نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند در مقایسه با بیماران روان‌پزشکی که خودکشی نکرده‌اند و هم‌چنین گروه کنترل (که بستری نشده بودند) دارای مشکلات بیشتر و جدی‌تر با همسالان خود هستند. به‌علاوه، افرادی که سابقه خودکشی مکرری داشته و از بیمارستان مرخص شده‌اند نسبت به کسانی که برای اولین بار اقدام به خودکشی کرده‌اند، تعامل کمتری با همسالانشان دارند (حسینایی، مرادی و پژومند، ۱۳۸۵).

هم‌چنین میان میانگین نمرات خرده‌مقیاس تعارض در دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت. این یافته در پژوهش‌های متعددی نشان داده شده است؛ برای نمونه رندل^{۳۹} و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای که بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی انجام دادند آن‌ها را در چهار گروه بدون خطر خودکشی، در معرض خطر پایین برای خودکشی، در معرض خطر برای خودکشی و در معرض خطر بالا برای خودکشی تقسیم‌بندی نمودند. آن‌ها گزارش کردند که سطح بالای خطر خودکشی با ادراک تعارض با والدین و افسردگی خانواده رابطه دارد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میزان جامعه‌پذیری (میزان تمایل و علاقه خانواده به برقراری ارتباط با محیط بیرون از خانه و تمایل به روابط اجتماعی با دیگران) در میان گروه اقدام نکرده بیشتر از گروه اقدام کرده است. به نظر می‌رسد این عامل از طریق جلب حمایت‌های اجتماعی در کاهش اقدام به خودکشی مؤثر است چرا که دسترسی به حمایت عاطفی و عملی از اطرافیان، تحمل شرایط فشارزا را راحت‌تر می‌کند. این امر در پژوهش‌های متعددی (به‌عنوان مثال فلدمان و همکاران، ۱۹۸۸؛ کینگ^{۴۰} و همکاران، ۱۹۹۵؛ هنری و همکاران، ۱۹۹۳؛ گرین برگ و همکاران، ۲۰۰۰) نشان داده شده است.

در خرده‌مقیاس آرمان خانوادگی میانگین نمرات گروه خودکشی نکرده بالاتر از گروه اقدام‌کننده است. به نظر می‌رسد افرادی که خودکشی نکرده‌اند اولاً تصویر مثبتی از خانواده خود داشته‌اند و ثانیاً انتظارات آن‌ها از خانواده برآورده شده است. رندل و همکاران (۲۰۰۶) گزارش کردند که سطح بالای خطر خودکشی با ادراک تعارض خانوادگی رابطه دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از این بود که افراد اقدام‌کننده به خودکشی در خرده‌مقیاس گسستگی از وضعیت نامطلوب‌تری برخوردار بودند. بدین معنا که درصد بیشتری از آنان به خانواده‌هایی تعلق داشتند که تعارض و گسستگی بیشتری را تجربه کرده‌اند. گسستگی از طریق استرس فوق‌العاده‌ای که بر اعضای خانواده وارد می‌کند، امنیت عاطفی و روانی افراد را به خطر انداخته و در بلندمدت می‌توان زمینه‌های افسردگی و خودکشی را فراهم نماید. محیط خانوادگی گسسته با مشخصاتی نظیر جدایی، طلاق، تعارضات خانوادگی، استرس، عدم حضور پدر در محیط خانواده و جدایی نوجوان از والدین با اقدام به خودکشی نوجوان در ارتباط می‌باشد. این موضوع در مطالعات مختلفی نشان داده شده است؛ به عنوان مثال پژوهش آتش‌پور و همکاران (۱۳۸۳) نشان داد که بین برخی از ویژگی‌های موجود در خانواده (وجود بیماری روانی والدین، گسستگی روابط، وجود تضاد و تعارض و اقدام به خودکشی والدین) با اقدام به خودکشی در اعضای آن رابطه مثبت وجود دارد.

دو گروه اقدام‌کننده و اقدام نکرده به خودکشی در خرده‌مقیاس درهم تنیدگی تفاوت معناداری داشتند، به این ترتیب که گروه اقدام کرده میزان بالایی از درهم تنیدگی را نشان دادند. طبق تعریف

درهم تنیدگی یعنی روابط بسیار صمیمانه اعضاء خانواده به صورتی که حد و مرز در خانواده مشخص نبوده و فرد استقلال لازم را در خانواده نداشته باشد. با این تعریف طبیعی است که نمرات افراد خودکشی‌کننده بالاتر باشد. این یافته به این معناست که افرادی که از استقلال عاطفی برخوردار نبوده و شدیداً وابسته به حمایت‌های بیش از حد خانواده می‌باشند در رویارویی با وقایع استرس‌زای زندگی از کفایت لازم برخوردار نبوده و ممکن است در حل مسائل و مشکلات زندگی به خودکشی روی آورند. همان‌گونه که حمایت خانوادگی کم می‌تواند از طریق ایجاد احساس تنهایی و بی‌کسی موجب خودکشی شود، حمایت غیرمنطقی و وابستگی عاطفی هم می‌تواند از طریق گرفتن استقلال عاطفی اعضا و ناکارآمدی آن‌ها در مقابله با چالش‌های زندگی، فرد را به مرز خودکشی برساند. شاید بتوان این موضوع را با نظریه تثبیت^{۴۱} فروید هماهنگ دانست که افراط و تفریط در توجه عاطفی را آسیب‌زا دانسته و قائل به حفظ تعادل است.

در هفت خرده‌مقیاس از آزمون عملکرد خانواده تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. به نظر می‌رسد این موارد در نمونه حاضر از اهمیت کمتری نسبت به سایر موارد برخوردار می‌باشند. یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین رفتارهای خودکشی‌گرا و حمایت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد.

نتایج پژوهش حاکی از آن است که دو گروه در کلیه منابع مربوط به حمایت اجتماعی مانند حمایت خانوادگی، حمایت دوستان و فرد خاص تفاوت معناداری دارند. پژوهش‌های فراوانی نشان داده است که فقدان حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل خطر برای خودکشی نوجوانان مطرح است (به عنوان مثال کینگ و همکاران، ۱۹۹۰؛ یانگ و کلوم، ۲۰۰۰؛ والش و ایجرت، ۲۰۰۷). برعکس، حمایت اجتماعی کافی به عنوان یک عامل بازدارنده در برابر اقدام به خودکشی عمل می‌کند. رود^{۴۲} (۱۹۹۰) مطرح کرد که حمایت اجتماعی ممکن است از طریق کاهش آثار منفی استرس‌های زندگی میزان احتمال اقدام به خودکشی را کاهش دهد، تا جایی که ارائه سطح ثابت و مناسب حمایت‌های اجتماعی تأثیر استرس‌های زندگی را به حداقل کاهش دهد.

در بعد حمایت خانوادگی پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که حمایت خانوادگی می‌تواند به عنوان سپری در مقابل افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه عمل کند. مک کیوون و همکاران (۱۹۹۸) در یک مطالعه طولی که بر روی نوجوانان آمریکایی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که کارکرد بد خانواده به ویژه حمایت هیجانی پایین و حوادث منفی زندگی با رفتارهای خودکشی همبستگی مثبت معنادار دارد. کینگ و همکاران (۲۰۰۱)، بیان می‌کنند که محیط خانوادگی ضعیف و نظارت پایین والدین با ایده خودکشی در ارتباط است.

در بعد حمایت دوستان یافته‌ها حاکی از این است که داشتن روابط با همسالان، همسایه‌ها و دوستان منجر به کاهش افکار مربوط به خودکشی می‌گردد (آنتی^{۴۳} و همکاران، ۲۰۰۱؛ زویک^{۴۴} و

همکاران، ۲۰۰۲؛ بین‌گتر^{۴۵} و همکاران، ۱۹۹۶؛ کاگان^{۴۶} و همکاران، ۱۹۹۷؛ مارتونن^{۴۷} و همکاران، ۱۹۹۲). حمایت همسالان اثرات منفی حاصل از فشار خانواده و افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (فلدمن و همکاران، ۱۹۸۸؛ سان و همکاران، ۲۰۰۶).

در بعد حمایت فرد خاص نیز یافته‌ها نشان می‌دهند که حمایت فرد خاص می‌تواند به عنوان یک عامل محافظت‌کننده عمل نماید، به عنوان مثال یک همسر خوب، یک مشاور مجرب و مواردی از این قبیل می‌توانند در مواقع بحران به یاری فرد شتافته و با ارائه حمایت‌های عاطفی و روانی وی را از کشیده شدن به سوی رفتارهای خودکشی‌گرایانه بازدارند. برای نمونه یافته‌ها نشان می‌دهند که افراد بیوه، مطلقه و مجرد بیش از افراد متأهل در معرض خطر اقدام به خودکشی قرار دارند. تأثیر حمایتی ازدواج در مقابل خودکشی به طور خاص در میان افراد مذکر و به ویژه سفیدپوستان آشکار می‌باشد. علاوه بر این داشتن فرزند به عنوان عامل بازدارنده در مقابل اقدام به خودکشی عمل می‌کند (شر^{۴۸} و همکاران، ۲۰۰۱).

در مجموع یافته‌ها نشان می‌دهند گروه خودکشی‌کننده و اقدام نکرده از نظر برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و کارکرد خانواده تفاوت معناداری دارند. یافته‌های پژوهش نشان دادند که افراد اقدام‌کننده به خودکشی بیشتر از گروه مقایسه تعارضات خانوادگی و گسستگی در روابط را تجربه کرده و استقلال عاطفی لازم برای رویارویی با چالش‌های زندگی را ندارند؛ از حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی کمتری برخوردارند. این یافته‌ها با یافته‌های متعددی چون ادوارد و هالدن (۲۰۰۱) و کیدا، سین و کارول (۲۰۰۷)، باپیری (۱۳۷۶)، هریس و مولوک (۲۰۰۰)، رندل، ونگ، هرتینگ و ایجرت (۲۰۰۶)، برنت و همکاران (۱۹۹۴)، آتش‌پور، لولاکی و افشارزاده (۱۳۸۳)، لوینسون و همکاران (۲۰۰۱)، شر و همکاران (۲۰۰۱)، سان و هوئی^{۴۹} (۲۰۰۷) همسو می‌باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش و مباحثی که از نظر گذشت می‌توان نتایج پژوهش حاضر را به این شرح بیان نمود: میزان همبستگی خانوادگی، ابراز وجود، جامعه‌پذیری و آرمان خانوادگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی پایین‌تر از افرادی است که اقدام به خودکشی نداشته‌اند؛ میزان تعارض، گسستگی، گرایش‌های فرهنگی - عقلانی و درهم تنیدگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی بالاتر از افرادی است که اقدام به خودکشی نداشته‌اند؛ حمایت‌های اجتماعی در اشکال مختلف آن (خانوادگی، دوستان و فرد خاص) از عوامل محافظت‌کننده در برابر رفتارهای خودکشی‌گرایانه به شمار می‌روند.

همان‌طور که می‌دانیم در تبیین رفتارهای پرخطر از جمله خودکشی تنها یک یا چند عامل محدود دخیل نیستند بلکه این پدیده حاصل تعامل عوامل متعددی چون عوامل محیطی، اجتماعی، خانوادگی و فردی می‌باشد. 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 گیرند.

یادداشت‌ها

- | | |
|--|--|
| 1. Conner | 26. Organization |
| 2. Lester | 27. Sociability |
| 3. Banduora | 28. External locus of control |
| 4. Beck | 29. Family idealization |
| 5. Cubic model | 30. Cancellation |
| 6. Schnidman | 31. Democratic family style |
| 7. Beautrais | 32. Laissez-faire family style |
| 8. Roy | 33. Authoritarian family style |
| 9. Goodwin | 34. Interweave |
| 10. Feldman | 35. Apsetin, A. |
| 11. King | 36. Multidimensional Scale of perceived social support (MSPSS) |
| 12. Henry | 37. Zimet |
| 13. Greenberger | 38. Perkins & Hartless |
| 14. Kaslow | 39. Randell |
| 15. Wingate | 40. King |
| 16. Walsh & Eggert | 41. Fixation |
| 17. Protective factor | 42. Rudd |
| 18. Yang, & Clum | 43. Anteghini |
| 19. Chen and Chan | 44. Zweig |
| 20. Cohesion | 45. BEE-Gates |
| 21. Expressiveness | 46. Coggan |
| 22. Conflict | 47. Marttunen |
| 23. Active/recreation orientation | 48. Sher |
| 24. intellectuall/cultural orientation | 49. Sun & Hui |
| 25. Religious orientation | |

منابع

- آتش‌پور، س. ح.، لولاکی، م.، و افشارزاده، ف. (اردیبهشت، ۱۳۸۳). خودکشی، بررسی علل خانوادگی و اجتماعی در هم تنیده. مقاله ارائه شده در نخستین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- پیکرستان، ع. ع. (۱۳۸۰). بررسی عملکرد خانواده‌های دارای دختر نوجوان فراری و خانواده‌های دارای دختر نوجوان عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- جوشن لو، م. رستمی، ر.، و نصرت‌آبادی، م. (۱۳۸۵). تفاوت جنسیتی در پیش‌بینی‌کننده‌های بهزیستی اجتماعی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۸، ۱۸۴.
- حسن‌پور، م. (۱۳۸۵). *بررسی آمار/اقدام به خودکشی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران، تهران.

حسینایی، ع. (۱۳۸۲). بررسی نقش عوامل روان‌شناختی در اقدام به خودکشی دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، تهران.

- Anteghini, M., Fonseca, H., & Ireland, M. (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factor among Brazilian adolescents. *Journal of Adolescent Health, 28*, 295-302.
- Beautrais, A. L. (2001). Child and adolescent suicide in New Zealand. *Australian and New Zealand of Psychiatry, 35*, 647-653.
- BEE-Gates, D., Howard-Pitney, B., La Fromboise, T., & Rowe, W. (1996). Help-seeking behavior of native American Indian high school students. *Professional Psychology, Research and Practice, 27*, 495-499.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Roth, C., Balach, L., & Schweers, J. (1993). Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: A case control study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*, 179-187.
- Breton, J., Tousignant, M., Bergeron, L., & Berthiaum, C. (2002). Informant-specific correlates of suicidal behavior in a community survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 723-730.
- Coggan, C., Patterson, P., & Fili, J. (1997). Suicide: Qualitative data from focus group interviews with youth. *Social Sciences Medicine, 45(10)*, 1563-1570.
- Conner, R. K., Conwell, Y., & Duberstein, P. R. (2001). The validity of proxy- based data in suicide research: A study of patients 50 years of age and older who attempted suicide, life events, social support and suicidal behavior. *Act psychiatry scandinavica, 104*, 452-457.
- Conner, R. K., Duberstein, R. P., Conwell, V., & Caine, D. E. (2003). Reactive aggression and suicide: Theory and evidence. *Aggression and Violence Behavior, 8*, 413-432.
- Chen, E. Y., & Chan, K. K. (2006). Suicide in Hong Kong. *Psychological Medicine, 36*, 815-825.
- Deykin, E., Perlow, R., & McNamara, J. (1985). Non fatal suicidal and life threatening behavior among year old adolescents seeking emergency medical care. *American Journal of Public Health, 75*, 90-92.
- Feldman, S. S., Rubenstein, J. L., & Rubin, C. (1988). Depressive affect and restraint in early adolescents: Relationships with family structure, family process and friendship support. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 105-119.
- Goodwin, D. R., Beautrais, A. L., & Fergusson, D. M. (2004). Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: Evidence from a general population sample. *Psychiatry Research, 126*, 159-165.
- Greenberger, E., Chen, C., & Tally, S. R. (2000). Family, peer and individual correlates of depressive among US. And Chinese adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68 (2)*, 209-219.
- Henry, C. S., Stephenson, A. L., & Hanson, M. F. (1993). Adolescent suicide and families. *Adolescent, 28(110)*, 292-308.
- King, R. A., Schwab-Stone, M., & Flisher, A. J. (2001). Psychological and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicide ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 837- 846.

- King, C. A., Segal, H., Naylor, M., & Evans, T. (1993). Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1198-1206.
- Lester, D. (1988). *Suicide as a learned behavior*. Washington, DC. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Mc Dermut, W., Miller, I. W., Solomon, D., Ryan, C. E., & Keitner, G. I. (2001). Family functioning and suicidality in depressed adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 96-104.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lonnqvist, J. K. (1992). Adolescent suicide: Endpoint of long-term difficulties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(4), 649-654.
- Perkins, D. F., & Hartless, G. (2002). An ecological risk-factor examination of suicidal ideation and behavior in adolescent. *Journal of Adolescent Research*, 17, 3-26.
- Petersen, A. C., Sarigiani, P. A., & Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence*, 20 (2), 247-271.
- Randell, B. P., Wang, W. L., Herting, J. R., & Eggert, L. (2006). Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child & Family Studies*, 15(3), 247-262.
- Rudd, M. D. (1990). An integrative model of suicide ideation. *Suicide and Life - Threatening Behavior*, 20(1), 16-30.
- Sher, L., Oquendo, A., & Mann, J. (2001). Risk of suicide in mood disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 337-344.
- Sun, R. C. F., Hui, E. K. P., & Watkins, D. (2007). Family, school and peers as predictors of suicidal ideation among Hong Kong Chinese adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 36 (6), 775- 786.
- Sun, R. C. F., Hui, P. K. E. (2007). Building social support for adolescents with suicidal ideation. *British Journal of Guidance & Counseling*, 35(3), 299- 316.
- Valois, R. F., Zullig, K. J., & Huebner, S. (2004). Life satisfaction and suicide among adolescent. *Social Indicators Research*, 66, 81-105.
- Walsh, E., & Eggert, L. (2007). Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 349-359.
- Yang, B., & Clum, G. A. (2000). Children stress leads to later suicidal via its effect on cognitive functioning. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 30, 183-198.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.
- Zweig, J. M., Philips, S. D., & Lindberg, L. D. (2002). Predicting adolescent profiles of risk: Looking beyond demographics. *Journal of Adolescent Health*, 31, 343-353.