

## نقش روابط موضوعی و خشم در افکار خودکشی افراد ۲۸-۱۸ ساله

مریم واحدی\*، دکتر علیرضا کیامنش

دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات  
vahedimariam@gmail.com

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش روابط موضوعی و خشم در افکار خودکشی بود. طرح پژوهش حاضر در زمره تحقیقات همبستگی قرار داشت. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانشجویان با دامنه سنی ۲۸-۱۸ دانشگاه های تهران و شهید بهشتی تشکیل می داد که ۲۰۰ نفر از آنها به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. از پرسشنامه روابط موضوعی بل (BORI)، سیاهه بیان صفت خشم (اسپیلبرگ ۱۹۹۹)، مقیاس بک برای افکار خودکشی جهت گردآوری داده ها استفاده شد. نتایج نشان داد تقریباً میزان همبستگی ها در گروه افرادی که افکار خودکشی نداشتند بالاتر بوده و مقایسه همبستگی بین دو گروه در اکثر مقیاس ها معنادار نبود تنها همبستگی در مقیاس های خودمیان بینی با دل بستگی نایمن و بی کفایتی اجتماعی با دل بستگی نایمن معنادار بود.

**کلید واژه ها:** روابط موضوعی، خشم، افکار خودکشی

خودکشی به عنوان اقدامی آگاهانه برای پایان دادن به زندگی خود، از دیر باز در جوامع بشری وجود داشته است و در بیشتر مواقع جامعه آنرا تایید نمی کرده است. خودکشی به سان هر پدیده اجتماعی دیگر، گاه به میزان اندک و گاه با میزان بالا دیده میشود. بر پایه گزارشهای سازمان بهداشت جهانی، خودکشی از جمله ۱۰ علت اصلی مرگ و میر در سراسر جهان در همه گروههای سنی بوده است. (قریشی و موسوی نسب، ۱۳۸۷) بنا به تحقیقات گزارش شده از سازمان جهانی بهداشت روان، در سال ۲۰۰۲، تقریباً یک میلیون نفر در نتیجه خودکشی جان باختند. در حالی که مرگ و میر ناشی از قتل ۵۰۰۰۰۰ نفر و در نتیجه جنگ ۲۳۰۰۰۰ نفر بوده است. همچنین برآوردها نشان می دهد که آمار ناشی از خودکشی در سال ۲۰۲۰ به ۱۵۰۰۰۰۰ نفر خواهد رسید. پدیده خودکشی یک ناهنجاری اجتماعی است که در ایران نیز شیوع دارد. کارشناسان سازمان بهزیستی کشور، رتبه جهانی ایران را در خودکشی ۵۸ اعلام نموده اند. آمارهای بین المللی نیز نشان می دهد میزان خودکشی در ایران ۹ هزار نفر بوده است. اگر چه داشتن بیماریهای روحی روانی به ویژه افسردگی علت اصلی خودکشی اعلام شده اما به خوبی تشخیص، پیگیری و درمان نمی شود. اقدام به خودکشی به ویژه خودکشی های کامل در میان فجیع ترین وقایع زندگی همچنین و علت پریشانیهای روحی جدی در بین بستگان و دوستان قربانی است و به همان اندازه نیز مشکلات اقتصادی زیادی برای کل جامعه به بار می آورد. از طرف دیگر کسانی که اقدام به خودکشی می کنند، امکان اقدام به خودکشی دوباره در سال بعد صد برابر بیشتر از رقم خودکشی در جمعیت کلی است. واژه خودکشی به معنای قتل نفس است. در فرهنگ معاصر خودکشی به مفهوم خاتمه دادن به زندگی به میل خود و به دست خود تعبیر شده و اعتقاد بر آن است که این واژه اولین بار در نیمه قرن هفدهم به کار برده شده است. علم خودکشی شناسی را پرفسور آلمانی به نام دیپلو ای بونگر در ۱۹۲۹ ابداع کرد. در اواخر قرن نوزدهم امیل دورکهایم، جامعه شناس فرانسوی، و فروید زمینه روانشناسی خودکشی را مورد بررسی جدی قرار دادند. فروید معتقد بود که از دست دادن "شخص محبوب" که شخص نسبت به آنان احساس دوگانه ای دارد منجر می شود که احساس خصومت نسبت به آنان متوجه درون شده، شخص را از خود بیزار سازد. پیرو مکتب اگزیستانسیالیسم، آلبر کامو، معتقد بود که "در همه دنیا فقط یک مساله فلسفه جدی وجود دارد و آن خودکشی است". عمل خودکشی از یک رو گریز محسوب می شود و از سوی دیگر گرایش به آرامش و آسایش. شاید با خودکشی این دو هدف به طور همزمان عاید فرد گردد. پس بسیاری از آنان اعتقاد دارند که با خودکشی دردهای بی پایان و غیر قابل تحمل تبدیل به آرامش می شود. رنج از زندگی انسان رخت بر

می بندد و خودکشی گریز نهایی است، زیرا که دیگر ذهنی وجود ندارد که به مشکلات اجتماعی فکر کند. عوامل خطر ساز در خودکشی شامل جنس، سن، نژاد، مذهب، وضعیت تاهل، وضعیت جسمی، سلامت روانی، بیماری روانپزشکی و رفتار انتحاری قبلی مشخص شده است. از نظر جنسیت زنان ۴ برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می کنند (این رقم در تمام سنین صدق می کند) ولی مردان ۴ برابر بیشتر از زنان خودکشی موفق و کامل دارند؛ میزان خودکشی با افزایش سن بالا می رود و این میزان ها اهمیت بحران میانسالی را نشان می دهند. در مردها خودکشی پس از ۴۵ سالگی به اوج خود می رسد و در زنان بیشترین تعداد خودکشی های موفق پس از ۵۵ سالگی روی می دهد. همچنین به نظر می رسد ازدواج و بچه دار شدن به میزان قابل توجهی خطر خودکشی را کاهش می دهد. میزان خودکشی در افراد مجرد و ازدواج نکرده تقریباً دو برابر افراد متاهل است. طلاق خطر خودکشی را افزایش می دهد و احتمال خودکشی در مردان مطلقه سه برابر زنان مطلقه است. میزان خودکشی در زنان و مردان بیوه نیز در حد بالایی است. خودکشی در افرادی که از لحاظ اجتماعی منزوی بوده یا سابقه خانوادگی خودکشی (اقدام به خودکشی یا خودکشی واقعی) داشته اند، بیشتر از حد معمول است. ارتباط معنی داری بین سلامت جسمی و بیماری با خودکشی وجود دارد. به نظر می رسد مراقبت طبی ارتباط مثبتی با خطر خودکشی دارد: یک سوم همه افرادی که خودکشی می کنند طی ۶ ماهه آخر زندگی تحت مراقبت های بالینی قرار داشته اند. تقریباً در نیمی از تمام موارد خودکشی بیماری جسمی عامل مهمی شناخته شده است. وضعیت سلامت روانی نقش مهمی در اقدام به خودکشی دارد، تقریباً ۹۵ درصد همه کسانی که خودکشی یا اقدام به خودکشی می کنند مبتلا به اختلال روانی بودند. اختلالات افسردگی اساسی ۸۰ درصد، اسکیزوفرنی ۱۰ درصد و دمانس یا دلیریوم ۵ درصد این موارد را تشکیل می دهد. ۲۵ درصد از کل افراد مبتلا اختلالات روانی دچار وابستگی به الکل نیز هستند و تشخیص دوگانه ای دریافت می کنند. افراد مبتلا به افسردگی هذیانی بالاترین میزان خودکشی را دارند و خطر خودکشی بیماران روانپزشکی ۳ تا ۱۲ برابر بیش از افراد غیر بیمار است. میزان این خطر بسته به سن، جنس، نوع بیماری و وضعیت بستری و سرپایی بودن فرق می کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). اختلالات خلقی تشخیصی است که ارتباط زیادی با خودکشی دارد. تخمین زده می شود میزان خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی با در نظر گرفتن سن ۴۰۰ مورد در صد هزار برای مردها و ۱۸۰ مورد در صد هزار برای زن ها باشد. خطر خودکشی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بالا است، حدود ۱۰ درصد این بیماران بر اثر خودکشی می میرند. در ایالت متحده سالانه حدود ۴ هزار بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی خودکشی می کنند. اسکیزوفرنی بیشتر در نوجوانی یا جوانی آغاز می شود و اکثر بیمارانی که خودکشی میکنند در چند هفته اول بیماری دست به این کار می زنند، بنابراین اکثر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که خودکشی می کنند جوان هستند. در بیماران دارای اختلال اضطرابی نیز اقدام به خودکشی دیده می شود تقریباً ۲۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال هول (پانیک) و جمع هراسی دست به خودکشی نا موفق می زنند با این حال اگر افسردگی هم همراه این اختلال باشد خطر خودکشی بالا می رود. رفتار انتحاری شاید بهترین نشان گر افزایش خطر خودکشی سابقه اقدام به خودکشی باشد. مطالعات نشان می دهد که حدود ۴۰ درصد بیماران افسرده ای که خودکشی می کنند سابقه اقدام به خودکشی داشته اند. خطر دومین اقدام به خودکشی ظرف ۳ ماه پس از اولین اقدام در بالاترین حد خود قرار دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). نظریه های روابط موضوعی حاکی از اهمیت بسزا تاثیر روابط اولیه والدین و کودک بر سلامت روانی فرد می باشد. در میان تعاریف مختلف از روابط موضوعی، تعریفی که گرین برگ و میچل (۱۹۸۳) ارائه می دهند بدین شرح است که روابط موضوعی در بر گیرنده کنش های متقابل (تعاملات) شخص با افراد درونی و بیرونی (واقعی یا تصویری) و همچنین روابط میان دنیاهای موضوعی<sup>۱</sup> درونی و بیرونی آن هاست. بر اساس این تعریف ارتباط فرد با دنیای بیرونی یکی از کارکردهای روابط موضوعی است که همراه انواع تظاهرات شناختی و عاطفی برخاسته از این ارتباط، موجب شکل گیری و توسعه پیوند میان فرد و دیگران می گردد، باتوجه به این نکته که تظاهرات مذکور جنبه درونی یا ذهنی داشته و به شکل قابل توجهی نحوه تعامل فرد با دیگران را متأثر می کند. در تعریف دیگری، کرنبرگ (۱۹۹۵) با تاکید بر جنبه های انگیزشی و همچنین اهمیت تعامل اولیه مادر-کودک، روابط موضوعی را این گونه توصیف می کند: "درونی سازی، ساختارمند کردن و فعال سازی بالینی روابط موضوعی دو شخصی ابتدایی فرد (در خلال فرایند انتقال و انتقال متقابل)، در قالب ضابطه مندی های انگیزشی (ژنتیکی و تحولی)، ساختاری و بالینی آن ها". منظور از درونی ساختن روابط موضوعی این است که در تمامی تعاملات کودک با نماد های با اهمیت والدینی، آن چه که برای کودک درونی می شود، تصویر یا یا بازنمایی دیگران (موضوع ها) نیست بلکه ارتباط میان خود و دیگری، در قالب تصویر یا بازنمایی خویشتن در تعامل با تصویر یا بازنمایی موضوع است که درونی سازی می گردد (نقل از هاپریچ و گرین برگ، ۲۰۰۳). نظریه پردازان روابط شی از نظر اهمیت نیروهای نهاد در رابطه بین فرزند و والد تا اندازه ای با هم تفاوت دارند. به عنوان مثال اوتو کرنبرگ (۱۹۷۶) روابط شی را به صورتی در نظر می گیرد که تا اندازه ای توسط غرایز اساسی، مخصوصاً پرخاشگری نیرومند می شود (پروچسکا و نورکراس، ۱۳۹۲). همچنین از میان متغیرهای موثر بر افسردگی، خشم پدیده ای است که نقش آن در این بیماری اولین بار توسط آبراهام (۱۹۴۸) مورد توجه قرار گرفت. او مدل پرخاشگری رو به درون در افسردگی را ارائه کرد و بعد فروید (۱۹۷۵) آن را مورد بازنگری قرار داد (به نقل از سادوک و سادوک، ۲۰۰۸) و سپس ارتباط بین آن دو، توسط منابع مختلف مورد توجه قرار گرفت. مطالعات صورت گرفته در این زمینه نشان

1. Object world
2. Haprich & Greenberg





مسأله و افزایش نرخ روزافزون خودکشی و نیز قابل پیشگیری بودن آن برنامه هایی برای مطالعه و بررسی در این زمینه و اقدام مناسب از جمله گردآوری اطلاعات درباره علل شکل گیری افکار خودکشی ضروری به نظر می رسد. با توجه به پیشینه بیان شده به نظر می رسد روابط سال های اولیه زندگی با والدین، خشم و سبک بیان خشم با مسائل سلامت روان و به طور اختصاصی تر با افکار خودکشی در ارتباط می باشد. از آنجایی که تا کنون پژوهشی چگونگی نقش و تاثیر متغیرها ی بیان شده را بر افکار خودکشی را با هم مورد مطالعه قرار نداده است و اقدام به خودکشی هم برای خود این افراد، هم خانواده و هم جامعه بار عاطفی منفی و مالی بسیاری دارد لذا اهمیت و ضرورت این تحقیق بر این است که به پزشکان و متخصصان بهداشت روانی و کسانی که در این حیطه کاری کنند این آگاهی و هشدار را در حیطه شناسایی عوامل اساسی و همین طور شناسایی، توجه و پیگیری گروه های پرخطر داد که تمامی این نکات هم برای گروه اقدام کننده به خودکشی می تواند مفید باشد تا از بروز آسیب و صدمه زدن آنها به خودشان جلوگیری نمود و از ایجاد هزینه های اضافی برای خانواده او جامعه جلوگیری نمود. با افزایش آگاهی و درمان به موقع میتوان قدم موثری را برای افراد در معرض خطر و خانواده های آنها برداشت. با این هدف که پژوهش بتواند زنگ خطرگرایش و رواج افکار خودکشی را به دست اندرکاران بهداشت روانی به صدا درآورد و گام موثری را در جهت ارتقای سلامت روان افراد جامعه بردارد و همچنین بتواند نکات مهمی برای درمان و مداخله در بحران خودکشی و افکار خودکشی در اختیار روان درمانگران قرار داد.

## روش

پژوهش حاضر از آنجایی که درصدد تعیین ارتباط بین چند متغیر می باشد جز تحقیقات همبستگی به شمار می رود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان با دامنه سنی ۲۸-۱۸ می باشند.

به منظور مطالعه متغیرها و دست یابی به داده ها، پژوهشگر با مراجعه به دانشگاه های تهران و شهید بهشتی ۲۰۰ نفر از دانشجویان به صورت تصادفی انتخاب کرده و اطلاعات مورد نظر را از طریق پرسشنامه جمع آوری کرده است. با مراجعه به دانشکده های فنی - مهندسی، علوم انسانی، فیزیک، علوم پایه و هنر نمونه مورد نظر جمع آوری شد. روش نمونه گیری مورد استفاده در دسترس می باشد. به دانشکده های نامبرده مراجعه کرده و دانشجویانی که حاضر به همکاری بودند به عنوان نمونه در نمونه گیری شرکت کردند.

پرسشنامه روابط موضوعی بل (BORI)

پرسشنامه روابط موضوعی بل (بل، بیلینگتون و بیکر، ۱۹۸۶) بخشی از پرسشنامه ۹۰ گزینه ای روابط موضوعی و واقعیت سنجی بل (BORRTI) است که نوعی ابراز خود گزارش دهی برای ارزیابی ابعاد روابط موضوعی به شمار می رود. این پرسشنامه هم برای جمعیت بالینی و هم غیر بالینی استاندارد شده است و در پژوهش های بسیاری در حوزه روابط بین فردی و در تشخیص و پیش بینی آسیب شناسی روانی بکار رفته است، به شکلی که برخی از پژوهش ها ارتباط میان نقصان هایی در روابط موضوعی را در برخی اختلالات از جمله اسکیزوفرنی (بل و همکاران، ۱۹۹۲)، اختلال شخصیت مرزی (بل و همکاران، ۱۹۸۸؛ کورتز و همکاران، ۱۹۹۳) و اختلال خوردن (بیکر و همکاران، ۱۹۸۷؛ هیساکر و نایمیر، ۱۹۹۰) گزارش نموده اند (نقل از هنسن، ۲۰۰۲). پرسشنامه روابط موضوعی بل دارای ۴۵ ماده است که به صورت صحیح و غلط به آن پاسخ داده می شود و از طریق چهار خرده مقیاس ارزیابی دقیق و معتبری از روابط موضوعی ارائه می دهد که این خرده مقیاس ها عبارتند از: بیگانگی (ALN)، دلبستگی نا ایمن (IA)، خودمیان بینی (EGC)، بی کفایتی اجتماعی (SI). پاسخ به سوالات، ۵، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۰، ۲۱، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۲، ۳۴، ۳۶، ۳۸، ۳۹، ۴۱، ۴۳، ۴۴ مربوط به مقیاس بیگانگی و سوالات ۱۳، ۳۲، ۳۳، ۳۸، ۳۹، ۴۴ برای مقیاس بی کفایتی و خرده مقیاس دلبستگی نا ایمن شامل سوالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۰، ۲۳، ۲۶، ۳۳، ۳۴، ۳۷، ۴۰ و نهایتاً خرده مقیاس خود میان بینی شامل سوالات ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۶، ۴۱، ۴۲، ۴۵ می باشد (بل، ۱۹۹۵). نمره بالا در هریک از خرده مقیاس ها، نشان می دهد که فرد در آن خرده مقیاس روابط موضوعی دچار نقصان هایی است، به این ترتیب که افرادی که نمره بالایی در ALN می گیرند، غالباً از فقدان اساسی نوعی احساس اعتماد در روابط خود رنج می برند، در ارتباطات خود نوعاً بی ثبات و سطحی بوده، مشکلات جدی برقراری صمیمیت نشان می دهند. چنین افرادی برای محافظت از خود در برابر خشم و خصومتی که به دیگران فرافکنی می کنند، به تنهایی پناه برده و منزوی می شوند. نمره بالا در IA، حساسیت فرد نسبت به طرد و آسیب دیدن توسط دیگران را منعکس می سازد. فقدان، جدایی و رها شدگی چه به صورت خیالی و یا واقعی، برای این افراد سخت و تحمل ناپذیر جلوه می کند. هر چند، برقراری روابط برای چنین افرادی بسیار با اهمیت است، اما از آن جا که ارتباطات آن ها معمولاً با احساس گناه، حسادت و اضطراب همراه می باشد، غالباً روابط آنان به الگوهای ناسازگارانه و تمایلات خود آزارگرانه و دیگر آزارگرانه منجر می گردد. همچنین، نمره بالا در EGC، سه نگرش نسبت به روابط را مشخص می سازد که شامل بد گمانی و عدم اعتماد نسبت به انگیزه های دیگران، بهره جویی فردی از روابط و دستکاری و سوءاستفاده از دیگران برای دستیابی به خواست شخصی خود می باشد، چنین افرادی در روابط بین فردی خود هیچ نوع همدلی ابراز نمی دارند و درباره احساسات و برداشت دیگران آگاهی یا نگرانی ندارند. و در نهایت نمره بالا در SI، منعکس کننده خجالتی بودن، عصبی بودن و تردید نسبت به اطرافیان - مخصوصاً افراد جنس مخالف - می باشد. برای چنین افرادی ارتباطات به شکلی بی نهایت دشوار و غیر قابل پیش بینی به نظر می آید و اغلب از هرگونه روابطی اجتناب می ورزند (بل، ۱۹۹۵، نقل از هنسن، ۲۰۰۲).

بل و همکاران (۱۹۸۶)، درباره پایایی و روایی این پرسشنامه گزارش نمودند که این ابزار از این جهت که قادر به تفکیک جمعیت بالینی می باشد، از درجه بالایی از اعتبار تفکیکی برخوردار می باشد و همچنین از لحاظ همبستگی بالای آن با دیگر ابزار های سنجش آسیب پذیری روانی، اعتبار همزمان قابل قبولی را برای آن برآورد نموده اند. برآورد همسانی درونی گزارش شده از طریق ضریب آلفا و ضریب دونیمه سازی اسپیرمن براون، برای چهار خرده مقیاس روابط موضوعی در دامنه ای میان ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (سلبای، ۲۰۰۰؛ هاپریچ و گرین برگ، ۲۰۰۳). سیاهه بیان صفت خشم (اسپیلبرگ ۱۹۹۹):

این سیاهه، مقیاسی مدادکاغذی است که برای گروه سنی ۱۶ سال به بالا تهیه شده و دارای ۵۷ آیتم، شش مقیاس و پنج خرده مقیاس است. آیتم-های این سیاهه در سه بخش تنظیم شده اند: بخش نخست با عنوان ((همین الان احساس می کنم)) به اندازه گیری خشم حالت می پردازد که در آن آزمودنی ها شدت احساس خود را بر اساس یک مقیاس چهارگزینه ای از (به هیچ وجه=۱) تا (خیلی زیاد=۴) درجه بندی می نمایند. این بخش ۱۵ آیتم دارد و شامل مقیاس خشم حالت و این خرده مقیاس ها است: الف) احساس خشم ب) تمایل به بروز کلامی خشم ج) تمایل به بروز فیزیکی خشم. بخش دوم با عنوان (معمولا احساس می کنم) با ۱۰ آیتم برای سنجش خشم صفت اختصاص داشته و همانند بخش نخست درجه بندی می شود. مقیاس خشم صفت دارای دو خرده مقیاس زیر است: الف) خلق و خوی خشمگینانه، ب) واکنش خشمگینانه. بخش سوم با عنوان (معمولا هنگامی که کفری یا خشمگین می شوم، چه واکنش یا رفتاری دارم) بروز و کنترل خشم را می سنجد و شامل ۳۲ آیتم و چهار مقیاس است، درجه بندی آیتم-های این بخش شامل طیفی از (تقریبا هرگز=۱) تا (همیشه=۴) می باشد. مقیاس های این بخش به شرح زیر هستند: الف) بروز خشم بیرونی (بروز یافته) (AX-O)، ب) بروز خشم درونی (فروخورده) (AX-I)، ج) کنترل خشم بیرونی (AC-O)، د) کنترل خشم درونی (AC-I). در ایران، خدایاری فرد، لوانسانی، اکبری و لیاقت (۱۳۸۹) در پژوهش خود دریافتند که هر یک از بخش ها و زیرمقیاس های این سیاهه، دارای همسانی درونی (۰/۶۰ تا ۰/۹۳)، ضریب تنصیف (۰/۵۷ تا ۰/۸۹) و ضریب بازآزمایی (۰/۷۲ تا ۰/۹۳) فوق العاده است. اسپیلبرگ (۱۹۸۸، ۱۹۹۶)، ضریب آلفا برای مقیاس ها و خرده مقیاس های ناظر بر حالت خشم و صفت خشم برابر ۰/۸۴ و برای مقیاس های ناظر بر بیان خشم و کنترل خشم و شاخص کلی بیان خشم برابر ۰/۷۳ گزارش نمود. در ایران نیز مطالعه نویدی (۱۳۸۵) نشان داد ضریب آلفای کرنباخ را برای مقیاس های حالت خشم و صفت خشم، به ترتیب برابر ۰/۸۸ و ۰/۸۵؛ برای خرده مقیاس های مربوط به دو مقیاس یاد شده، به طور متوسط برابر ۰/۷۶؛ برای مقیاس بیان خشم و کنترل خشم و شاخص کلی بیان خشم به طور متوسط برابر ۰/۷۱ بود. مقیاس بک برای افکار خودکشی:

یکی از ابزارهای مورد استفاده در مطالعات مربوط به افکار خودکشی می باشد، که شامل ۱۹ پرسش است و هر پرسش از صفر تا دو نمره می گیرد، بنابراین جمع نمرات از صفر تا ۳۸ متغیر است. همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ درصد و پایایی بین آزماینده آن  $r = 0/83$  می باشد (دانیتز، ۲۰۰۱). اعتبار همزمان این آزمون با مقیاس سنجش خطر خودکشی، معادل  $r = 0/69$  و  $P < 0/001$  به دست آمد (داچر و دالری، ۲۰۰۴). نمره گذاری نهایی این آزمون به این صورت بود: ۳-۰ فاقد افکار خودکشی، ۱۱-۴ دارای افکار خودکشی کم خطر و ۳۸-۱۲ دارای افکار خودکشی پرخطر. این آزمون در ایران ترجمه و مطالعات مقدماتی برای اجرای آن در مرکز مطالعات شناخت و رفتار بیمارستان روزبه انجام شد (کاویانی، ۱۳۸۰). مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون های استاندارد شده بالینی افسردگی و گرایش به خودکشی، همبستگی بالایی داشته است. ضرایب همبستگی دامنه اش از ۰/۹۰ برای بیمارن بستری و ۰/۹۴ برای بیماران درمانگاهی بود. همچنین این مقیاس با سوال خودکشی افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ همبستگی داشت. به علاوه با مقیاس نامیدی بک و پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ همبستگی داشت. مقیاس افکار خودکشی بک دارای پایایی بالایی است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرائب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون-بازآزمون، پایایی آزمون ۰/۵۴ بدست آمده است. انیسی و همکاران (۱۳۸۳) در پژوهشی بر روی ۱۰۰ نفر آزمودنی مذکر با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال، اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج بدست آمده نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشت. همچنین اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و از روش دو نیمه ۰/۷۵ بدست آمد.

## نتایج

### بررسی جمعیت شناختی

در این پژوهش که تعیین نقش روابط موضوعی، خشم و تنظیم شناختی هیجان بر افکار خودکشی مورد بررسی قرار می گیرد، گروه نمونه شامل ۲۱۱ نفر می باشد که به منظور بررسی رابطه بین این متغیرها در پژوهش شرکت داده شده اند. در ابتدا در جدول ۴-۱، توزیع جنسیت در شرکت کنندگان پژوهش مورد بررسی قرار می گیرند:

جدول ۴-۱. جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد
مرد	۹۹	۰/۴۶
زن	۱۱۲	۰/۵۴

در ادامه پس از بررسی متغیر سن در آزمودنی‌های شرکت کننده در این پژوهش، نتایج زیر بدست آمد:

جدول ۴-۲. متغیر سن در شرکت کنندگان

متغیر سن	فراوانی	درصد
۱۸ - ۲۱ سال	۵۲	۰/۲۴
۲۱ - ۲۴ سال	۷۳	۰/۳۴
۲۴ - ۲۷ سال	۵۹	۰/۲۷
۲۷ - ۳۱ سال	۲۷	۰/۱۲

همانطور که در جدول ۴-۲ مشاهده می‌کنیم، ۰/۳۴ از شرکت کنندگان در این پژوهش، در طیفه ۲۱ تا ۲۴ سال قرار دارند، که بیشترین درصد از شرکت کنندگان را به خود اختصاص داده‌اند. میانگین سنی شرکت کنندگان در این پژوهش برابر با ۲۳ سال و انحراف معیار آن، ۲/۸ سال سن بود. در متغیر وضعیت تحصیلات افراد، آمار توصیفی به قرار زیر بود:

جدول ۴-۳. وضعیت تحصیلات

متغیر تحصیلات	فراوانی	درصد
دیپلم	۱	۰/۰۴
لیسانس	۱۱۸	۰/۵۳
فوق لیسانس	۸۳	۰/۳۹
دکتری	۹	۰/۰۴

در متغیر رشته تحصیلی شرکت کنندگان، آمار توصیفی به قرار زیر بود:

جدول ۴-۴. وضعیت تحصیلات

رشته تحصیلی	فراوانی	درصد
علوم پایه	۶۵	۰/۳
علوم انسانی	۷۸	۰/۳۶
فنی	۳۳	۰/۱۵
هنر	۳۵	۰/۱۶

در دیگر متغیر دموگرافیک پژوهش، سابقه خودکشی در جمعیت شرکت کنندگان پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به قرار زیر بود:

جدول ۴-۵. سابقه خودکشی

پاسخ به سابقه خودکشی	فراوانی	درصد
بلی	۱۸	۰/۰۸
خیر	۱۹۳	۰/۹۲

و در نهایت در متغیر سابقه بیماری جسمانی، وضعیت شرکت کنندگان به قرار زیر بود:

جدول ۴-۶. سابقه بیماری جسمانی

پاسخ به سابقه بیماری جسمانی	فراوانی	درصد
بلی	۳۶	۰/۱۷
خیر	۱۷۵	۰/۸۳

تجزیه تحلیل استنباطی فرضیه‌ها:

نتایج نشان می‌دهد که از میان شاخص‌های وارد شده، تنها شاخص بی‌کفایتی اجتماعی (SI)، دارای تفاوت معنادار میان دو گروه با افکار خودکشی و بدون افکار خودکشی نیستند. سایر شاخص‌ها دارای تفاوت معنادار میان میانگین دو گروه خود بودند (شاخص بیگانگی  $F=2/45$ ، شاخص دلبستگی

نایمن  $F=۱/۶۳$ ، شاخص خودمحوریت  $F=۰/۶۰۹$ ، شاخص خشم  $F=۱/۰۳۸$ .) میزان تفاوت میانگین ها حتی در شاخص هایی که تفاوت در آنان معنادار بود نیز خیلی زیاد نبود.

نتایج حاصل از مقایسه میانگین ها حاکی از آن بود که میانگین بیگانگی در گروه افکار خودکشی معادل  $۱۷/۵۰$  در حالیکه در گروه افرادی که افکار خودکشی نداشتن برابر  $۱۱/۳۶$  بود یعنی  $۶/۱۳$ - اختلاف میانگین وجود داشت. در شاخص خودمیان بینی در گروه افراد دارای خودکشی میانگین برابر  $۹/۴۳$  بود و با اختلافی معادل  $۳/۹۵$  از میانگین گروه افراد بدون افکار خودکشی با میانگین  $۵/۹۴$  بیشتر بود. همچنین در شاخص دل بستگی نا ایمن نیز نمره میانگین گروه بدون افکار خودکشی  $۳/۰۷$ - از افراد دارای افکار خودکشی کمتر بود، نمره میانگین گروه دارای خودکشی معادل  $۱۲/۰۶$  و میانگین افراد بدون افکار خودکشی برابر  $۸/۹۳$  بود. در شاخص کلی خشم میانگین گروه دارای افکار خودکشی  $۴۸/۲۸$  و میانگین گروه بدون افکار خودکشی  $۳۹$  بود که اختلافی معادل  $۹/۲۷$  دارد.

نتایج محاسبات تفاوت دو همبستگی از دو گروه مختلف نشان داد تقریباً میزان همبستگی ها در گروه افرادی که افکار خودکشی نداشتن بالاتر بوده، و مقایسه همبستگی بین دو گروه در اکثر مقیاس ها معنادار نبوده تنها همبستگی در مقیاس های خودمیان بینی با دل بستگی نا ایمن و بی کفایتی اجتماعی با دل بستگی نا ایمن معنادار بوده است. همبستگی خودمیان بینی و دل بستگی نا ایمن  $۱.۶۲$  و همبستگی بی کفایتی اجتماعی و دل بستگی نا ایمن  $-۱.۷۴$  بوده است.

جدول ۸. نتایج محاسبات تفاوت بین دو همبستگی از گروه های مستقل

بی کفایتی	خودمیان بینی	دل بستگی نا ایمن	بیگانگی	خشم
بی کفایتی	---	-۱.۷۴	-۱	۰.۲۸
خودمیان بینی	---	*۱.۶۲	-۰.۹۸	۱.۱۹
دل بستگی نا ایمن	*۱.۶۲	---	-۰.۴۳	۱.۴۵
خشم	۱.۱۹	۱.۴۵	۰.۳۴	---
بیگانگی	-۱	-۰.۴۳	---	۰.۳۴

مدل خی دو که یعنی یک آزمون آماری فرضیه صفر دایر بر اینکه همه ضرایب صفر مساوی صفرند. این آزمون معادل با آزمون F کلی در رگرسیون خطی است. در اینجا این مدل برابر با  $۴۴/۴۸$  است که تفاوت بین مدل منحصر به مقدار ثابت را نشان می دهد. در این مورد، فرض صفر رد می شود زیرا سطح معناداری از  $۰/۰۵$  کمتر است. بنابراین نتیجه میگیریم که مجموعه متغیرهای مستقل، پیش بینی برون داد را بهبود می بخشند. که دقت پیش بینی کلی در حدود  $۸۶/۷$  است. از بلاک ۰، که بدو وارد شدن متغیر، احتمال  $۸۴/۸$  بود، در اینجا احتمال با ورود متغیرهای دیگر به  $۸۶/۷$  تغییر کرد.، تغییر مورد انتظار در لگاریتم، شانس را به ازای یک واحد تغییر در متغیر پیش بین با ثابت نگه داشتن سایر متغیرهای موجود در مدل نشان می دهد. ضریب نزدیک به صفر حاکی از آن است که تغییر پیش بین ناشی شده باشد، وجود ندارد. ستون  $Exp(B)$  نسبت شانس را فراهم می آورد. نسبت شانس برای متغیرهای بیگانگی برابر با  $۱/۱۸۸$ ، برای متغیر بی کفایتی اجتماعی  $۰/۷۸$  و برای متغیر شاخص خشم برابر با  $۱/۰۸$  بود. بدین معنا که افزایش یک واحد در هر یک از متغیرهای ذکر شده، شانس داشتن افکار خودکشی را بالا می برد.

### بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه تعیین رابطه تعیین روابط موضوعی، خشم و تنظیم شناختی هیجان پیش بینی کننده افکار خودکشی میباشد. بررسی نمرات میانگین ها و مقایسه آنها در دو گروه افراد دارای افکار خودکشی و بدون افکار خودکشی نشان داد که تفاوت ها در اکثر شاخص ها ( بیگانگی، دل بستگی نا ایمن، خودمیان بینی، شاخص کلی خشم) معنادار بود و میزان میانگین در گروه دارای افکار خودکشی بالاتر بوده است، تنها در شاخص بی کفایتی اجتماعی تفاوت بین میانگین ها معنادار نبوده است. نتایج همبستگی در گروه افراد بدون افکار خودکشی نشان داد که شاخص کلی خشم با بیگانگی، بی کفایتی اجتماعی، خودمیان بینی و دل بستگی نا ایمن همبستگی مثبت معنادار دارد و همچنین بیگانگی و بی کفایتی اجتماعی، خودمیان بینی و دل بستگی نا ایمن نیز همبستگی مثبت معنادار داشتند؛ بی کفایتی اجتماعی و خودمیان بینی، دل بستگی نا ایمن و خودمیان بینی دارای رابطه مثبت معنادار بودند. به عبارتی همه متغیرها در این گروه با هم همبستگی مثبت معنادار نشان دادند؛ تنظیم شناختی هیجان با هیچ یک متغیرها همبستگی معنادار نداشت. همچنین همبستگی مثبت و معناداری خشم، بیگانگی، دل بستگی نا ایمن، خودمیان بینی و بی کفایتی اجتماعی مشاهده شد که مطابق با نظریه بالبی و وینکیات است که بر اهمیت سالهای اولیه رشد کودک و نحوه تعامل کودک و والدین با یکدیگر تاکید کردند. در حقیقت والدین برای کودک حکم محیط اجتماعی ساده شده ای را دارند که از آن برای رشد هیجانی در جهت رسیدن به بلوغ استفاده می نمایند (وینکیات، ۱۹۶۵).



نخستین نشانه های خشم در کودکان - عموماً به ویژه در سال های نخست دوران کودکی در پاسخ به برآورده نشدن و ناکامی نیازها (وینیکات، ۱۹۷۱) و سپس هنگام جدایی یا تهدید به جدایی از مورد علاقه<sup>۲</sup>، ظهور می یابد. مشاهده شده است که این تجربیات، در صورت مداومت قادر هستند هستند منجر به خشمی پایدار در فرد گردند (بالبی، ۱۹۷۳)؛ به نظر می رسد اضطراب تعمیم یافته ناشی از دل بستگی های نا ایمن، همبسته قوی ای برای خشم و خشونت هر دو جنس می باشد (هاشمی، ۱۳۹۲). در گروه افراد دارای افکار خودکشی نتایج همبستگی بیانگر آن است که در مقیاس های روابط موضوعی: بیگانگی و دل بستگی نا ایمن، خودمیان بینی و بی کفایتی اجتماعی با یکدیگر همبستگی مثبت معنادار دارند، همچنین بی کفایتی اجتماعی و بیگانگی، دل بستگی نا ایمن و خودمیان بینی همبستگی مثبت معنادار داشتند؛ خودمیان بینی و دل بستگی نا ایمن همبستگی معناداری نداشتند و شاخص کلی خشم نیز با هیچ یک از مقیاس ها در این گروه همبستگی معنادار نشان ندادند. با استفاده از رگرسیون لجستیک داده های پژوهش مورد تحلیل قرار گرفت، نتایج رگرسیون بیانگر آن بود که متغیرهای وارد شده پیش بینی را بهبود می بخشند. محاسبات تفاوت های بین دو همبستگی در دو گروه مستقل افراد دارای افکار خودکشی و بدون افکار خودکشی نشان داد که همبستگی دل بستگی نا ایمن، خودمیان بینی و بی کفایتی اجتماعی در دو گروه به طور معناداری متفاوت می باشد. در گروه بدون افکار خودکشی میزان  $1/62$  دل بستگی نا ایمن و خودمیان بینی همبستگی بیشتر و معناداری داشتند و در گروه دارای افکار خودکشی دل بستگی نا ایمن و بی کفایتی اجتماعی میزان  $1/74$  همبستگی بیشتر منفی معنادار داشتند. نمره بالا در هر یک از خرده مقیاس های روابط موضوعی حاکی از این است که آزمودنی در آن بعد از روابط ابژه دچار نقصان هایی است. باتوجه به بالا بودن میزان بیگانگی در افرادی که افکار خودکشی دارند و از آنجایی که مقیاس بیگانگی به توصیف توانایی ویژگی افراد در تجربه کردن اعتماد در بافت روابط صمیمانه است. و نمره بالای فرد در این خرده مقیاس نشان از کمبود اعتماد وی در بافت روابط صمیمانه دارد. فرد ممکن است از روابط قبلی خود آسیب دیده باشد و به همین دلیل در نزدیک شدن و صمیمیت با دیگری با مشکل رو به رو شود. و اصولاً او، افراد را در چارچوب ارضا کننده و ناکام کننده نیازهای خود می بیند (بل،<sup>۳</sup> ۱۹۹۱). کسانی که در بیگانگی نمره بالا می گیرند غالباً از فقدان اساسی نوعی احساس اعتماد در روابط خود رنج می برند. آن ها در ارتباطات خود بی ثبات و سطحی بوده و مشکلات جدی در برقراری صمیمیت دارند. این افراد برای محافظت از خود در برابر خشم و خصومتی که به دیگران فرافکنی می کنند به تنهایی پناه برده و منزوی می شوند (بل، ۱۹۹۵). به نظر می رسد این افراد در نتیجه روابط صمیمانه کمتر میزان انزوا بیشتری را تجربه می کنند و بیشتر احساس تنهایی می کنند و از طرفی با پایین بودن میزان بی کفایتی به نظر می رسد این افراد در روابط خود توانایی تاثیر گذاری دارند و احساس کفایت و قابلیت می کنند ولی به خاطر ترس از آسیب و کمبود اعتماد (بیگانگی بالا) انزوا را ترجیح می دهند و در روابط صمیمانه وارد نمی شوند. باتوجه به اینکه خشم زیادی دارند از یک طرف پتانسیل لازم و از طرف دیگر با داشتن احساس کفایت، توانایی و آمادگی لازم برای آسیب به خود را دارند. پیشنهاد می شود با استفاده از ابزارهای دیگری نظیر مصاحبه انجام گیرد تا مشخص شود که آیا عدم ارتباط میان متغیرهای پژوهش حاضر ناشی از نوع ابزارهای به کاررفته در آن است یا از عوامل دیگری نشأت می گیرد. این پژوهش بر روی نمونه های بزرگتر و در دیگر نقاط کشور و بررسی و تعبیر تفاوتها و تشابهات احتمالی انجام شود. پژوهش بر روی اقشار دیگر جامعه علاوه بر دانشجویان نیز انجام شود و در گروه های سنی دیگر نیز بررسی گردد تا تاثیر عوامل رشدی و موقعیتی مشخص گردد. باتوجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می شود نقش سایر عوامل روانی، فرهنگی و اجتماعی بر افکار خودکشی جوانان بررسی شود.

## منابع

- اسلامی نسب، علی (۱۳۷۱). بحران خودکشی. تهران: انتشارات فردوس.
- امیری نژاد، علی (۱۳۹۰). رابطه شیوه فرزند پروری و سلامت روان والدین با اقدام به خودکشی در فرزندان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه تربیت معلم آذربایجان.
- آذر، ماهیار، نوحی، سیما و شفیعی کند جانی، علیرضا (۱۳۸۹). خودکشی. تهران: انتشارات ارجمند.
- پروچسکا، جیمز و نورکراس جان (۱۳۹۲). نظریه های روان درمانی. ترجمه: یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان.
- کاپلان، ه. و سادوک، ب. ج. (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند
- BRODY, CINDY L, HAAGA, DAVID A, KIRK, LINDSEY, SOLOMON, ARI (1999). Experiences of Anger in People Who Have Recovered from Depression and Never-Depressed People. Journal of Nervous & Mental Disease: volume 187, Issue 7- pp 400 – 405.
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Caine, E. D. (2003). Reactive aggression and suicide: Theory and evidence. Aggression and Violent Behavior, 8, 413-432
- Giegling, Ina, Olgiati, Paolo, Hartmann, Annete et al (2009). personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. Journal of psychiatry research, 43, page 1262 – 1271.

1-seperation  
2- love object  
3-Bell, M



Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). Object relations theory in Psychoanalytic theory. Cambridge, MA: Harvard University press.

Huprich, S. K., Greenberg, R. P. (2003). Advances in assessment of object relations in the 1990s. *Clinical Psychology Review*, 23, 655-698.

