

پیش‌بینی خطر خودکشی بر مبنای وضعیت تأهل، جهت‌گیری مذهبی و راهبردهای مقابله‌ای

یاسمن عماد^۱ (نویسنده مسئول)، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز

Yasaman Emad, M.A. in Clinical Psychology, Shiraz University

دکتر حبیب هادیان‌فرد^۲، استاد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز

Habib Hadianfard, Professor of Clinical Psychology, Shiraz University

مرضیه یوسفی احمدآباد^۳، کارشناسی روانشناسی، دانشگاه فاطمیه

Marziyeh Yousefi Ahmadabad, B.A. in Psychology, Fatemiyeh University

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش وضعیت تأهل، جهت‌گیری مذهبی و راهبردهای مقابله‌ای در پیش‌بینی خطر خودکشی می‌باشد، لذا پژوهش از نوع همبستگی - توصیفی و بر حسب نوع استفاده از نتایج، کاربردی است. نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۲۶۰ نفر (۱۷۵ پسر و ۸۵ دختر؛ ۲۱۳ مجرد و ۷۲ متأهل) از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شیراز در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ می‌باشد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و با پرسشنامه‌های راهبردهای مقابله‌ای کارور و شیرر (شکل کوتاه)، افسردگی بک-۲ و مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی بک مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. داده‌های بدست آمده از مقیاس‌های مذکور با استفاده از روش آماری رگرسیون به شیوه گام به گام و به کمک نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. نتایج حاکی از آن است که هر سه متغیر مورد بررسی می‌توانند بخش قابل توجهی از خطر خودکشی را پیش‌بینی نمایند. مضافاً یافته‌ها نشان می‌دهد که سبک مقابله‌ای ناکارآمد (به ویژه راهبردهای مقابله‌ای انکار، خود-سرزنش‌گری، پذیرش و عدم درگیری رفتاری)، قوی‌ترین پیش‌بین خطر خودکشی می‌باشد؛ لذا شایسته است روان‌شناسان در مواجهه با مراجعینی که در معرض خطر خودکشی قرار دارند، توجه بیشتری را به آموزش شیوه‌های مقابله و روش‌های حل مسئله مبذول کنند.

کلید واژه‌ها: خطر خودکشی، وضعیت تأهل، جهت‌گیری مذهبی، مذهب، راهبردهای مقابله‌ای.

Email: yasaman.emad@gmail.com

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز

۲. دانشیار دانشگاه شیراز، بخش روانشناسی بالینی

۳. دانشجوی کارشناسی روانشناسی، دانشگاه غیرانتفاعی فاطمیه

۱- مقدمه

به عنوان یکی از مشکلات جدی سلامت عمومی، به دلیل آن که می‌تواند قابل پیشگیری باشد، مسأله‌ای تأثیرآور بوده و موجب درماندگی شدید در افراد خانواده و دوستان نزدیک فرد می‌شود (باپیری، بهامین و فیض‌الهی، ۱۳۸۸، ص ۱۷)، لذا واضح به نظر می‌رسد که پیشگیری به‌موقع و مؤثر از این اقدام انتحاری، علاوه بر بازگرداندن زندگی به شخصی که قصد خودکشی داشته است، می‌تواند نزدیکان او را نیز از گزند آسیب‌هایی که پس از اقدام فرد به خودکشی گریبان‌گیرشان می‌شود، مصون بدارد.

متأسفانه میزان خودکشی در کشورهای مختلف جهان به‌ویژه در جوامع پیشرفته دنیا فزونی یافته است. سرشماری‌های سازمان بهداشت جهانی^۴ نشان‌دهنده‌ی آن است که سالانه ۴۰۰ هزار انسان در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند و به همین علت، خودکشی در ردیف دهمین علت مرگ و میر در بیشتر کشورهای جهان قرار گرفته است (بن‌راضی، ۱۳۸۷، صص ۳۳-۳۴). بررسی آمار خودکشی در جوامع صنعتی و مطالعه‌ی سیر تحولی این جوامع، بالاافاصله ما را به مقایسه‌ی جامعه خود با جوامع صنعتی امروزی می‌کشاند و لزوم بررسی این مسئله در ایران را به علت آثار چشمگیر خودکشی و اندیشیدن تدابیری جهت پیشگیری مؤثر این مشکل اجتماعی مطرح می‌سازد. در کشورهای مانند ایران که سنن اجتماعی و مذهبی رایج جامعه، تقبیح شدیدتری در مورد اقدام به خودکشی اعمال می‌نماید، بسیاری از موارد با تلاش بستگان متوفی پنهان نگاه داشته می‌شود و از طرف دیگر، در ایران نیز همانند دیگر کشورها، در بسیاری از موارد مانند مسمومیت، سوختگی، سقوط و سایر موارد، امکان تشخیص سانحه از خودکشی میسر نمی‌باشد، لذا همواره آمار اعلام شده کمتر از میزان واقعی آن می‌باشد (صولتی، ۱۳۷۳، صص ۲۲-۲۶)؛ با این وجود "آمار خودکشی در ایران بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، ۰/۳ در هر صد هزار مرد و ۰/۱ در هر صد هزار زن در سال ۱۹۹۱ می‌باشد" (صدرزاده و شمس اسفندآباد، ۱۳۸۴، ص ۲۵).

خودکشی پدیده‌ای متحدالشکل نیست، بلکه می‌توان آن را در طول پیوستاری از فکر کردن به خودکشی تا اقدام عملی برای ارتکاب آن در نظر گرفت. افراد در معرض خودکشی را می‌توان به سه گروه تقسیم کرد: اندیشه‌پردازان، اقدام‌کنندگان و تکمیل‌کنندگان. اندیشه‌پردازان که موارد مورد بررسی در این پژوهش هستند، شامل افرادی می‌شود که اخیراً اقدامات آشکاری برای خودکشی انجام نداده‌اند اما درباره‌ی آن فکر کرده یا طرح‌ها و آرزوهایی برای ارتکاب آن در سر پرورانده‌اند (دل آذر و فرهی، ۱۳۸۸، صص ۲۲۶-۲۲۷). چنان‌چه این تمایل، مزمین شده باشد، خودکشی تبدیل به یکی از برجسته‌ترین اشتغالات ذهنی فرد خواهد شد. در صورت تداوم اندیشه‌پردازی، این امکان وجود دارد که فرد عملاً اقدام به خودکشی کند (لینهان، کومتوس و وارد-سیزیلسکی^۵، ۲۰۱۱، ص ۱۸).

^۴- WHO

^۵- Linehan, Comtois and Ward-Ciesielski

با توجه به اهمیت پدیده خودکشی، پژوهش‌های وسیعی بر روی سازه‌های دخیل در نشانه‌شناسی خودکشی انجام گرفته است. در همین راستا، مرکز بهداشتی بین‌المللی⁶ (2004) در بررسی عوامل خطر ساز و ویژه‌های که با خطر بالای مرگ به علت خودکشی همراه هستند، پیش از هر چیز به عوامل جمعیت‌شناختی‌ای نظیر جنسیت و وضعیت تأهل اشاره می‌کند. نکته جالب توجه آن است که در بسیاری از افرادی که در معرض ریسک فاکتورهای خودکشی هستند، تمایل به خودکشی مشاهده نمی‌شود؛ بنابراین این افراد دارای توانایی‌هایی از جمله مهارت‌های مقابله‌ای هستند که اقدام‌کنندگان به خودکشی فاقد آن می‌باشند. چنین به نظر می‌رسد که در فرآیندهای شناختی افراد اقدام‌کننده به خودکشی، تعریفات و خطاهایی صورت می‌گیرد که برخورد مؤثر و مناسب آنان با محیط و چالش‌های ایجاد شده را با مشکل مواجه می‌سازد، لذا بررسی این موضوع که چه نوع مهارت‌های مقابله‌ای، فرد را در مقابل خودکشی آسیب‌پذیر می‌کند، حائز اهمیت است. لازاروس⁷ راهبردهای مقابله‌ای را به عنوان "مجموعه‌ای از پاسخ‌های شناختی و رفتاری که هدفشان به حداقل رساندن فشار روانی ناشی از موقعیت‌های استرس‌زا است"، تعریف می‌کند (صادقی و شاکری، 1380، ص 117). لازم به ذکر است که در این پژوهش تلاش شده است به شیوه‌های مقابله‌ای دانشجویان، از زاویه دید کارور⁸ و همکارانش نگاه شود. کارور و شیرر⁹ در سال 1989 سه سبک مقابله را معرفی کرده‌اند. مقابله هیجان‌مدار¹⁰ که شامل جستجوی حمایت اجتماعی به دلایل هیجانی، تفسیر مجدد مثبت، پذیرش، خویشتن‌داری، روی آوردن به مذهب و تخلیه‌ی هیجانی می‌باشد. مقابله مسئله‌مدار¹¹، جستجوی حمایت اجتماعی به دلایل ابزاری، مقابله فعال، برنامه‌ریزی و جلوگیری از فعالیت‌های مزاحم را شامل می‌شود. سرانجام آنچه مقابله‌ی ناکارآمد نامیده می‌شود، شامل انکار و مشغولیت ذهنی و رفتاری به مواد یا الکل می‌باشد که البته به مقابله‌ی اجتنابی اشاره دارد. هم مقابله‌ی هیجان‌مدار و هم مقابله‌ی مسئله‌مدار می‌تواند به طور مؤثری مشکلات مرتبط با استرس و فشار روانی را کاهش دهد (عطاردی، 1389، صص 45-48).

یکی از عوامل مؤثر دیگر در سبب‌شناسی اقدام به خودکشی، بحث چالش‌برانگیز مذهب است. امیل دورکیم¹² در کتاب معروف «خودکشی» می‌نویسد مذهب، علاوه بر بعد یکپارچه‌سازی (یا انسجام‌بخشی)، بعد تنظیم‌بخشی نیز دارد (سولیدو، 1385، صص 172-173). در همین راستا، آلپورت¹³ (1966) به دو نوع جهت‌گیری مذهبی اشاره می‌کند؛ از نظر او مذهب طیفی است که از یک سو برای افراد، معنایی ابزاری دارد و از سوی دیگر نوعی معنایابی است که خود، انگیزه‌ی اصلی زندگی فرد می‌شود و ارزشی درونی دارد. به عبارتی دیگر، مذهب درونی به خودی خود برای فرد جنبه‌ی انگیزشی دارد. با توجه به این تقسیم‌بندی، آلپورت اظهار می‌دارد که اکنون می‌توانیم به این سؤال که آیا برخی باورهای مذهبی، درمانگرانه‌تر و پیشگیرانه‌تر از دیگر محرک‌ها هستند، پاسخ دهیم. فرض او بر این است که مذهب بیرونی کمتر از مذهب درونی جنبه‌ی درمانگرانه و پیشگیرانه دارد. به زعم آلپورت، این نوع جهت‌گیری مذهبی، برانگیزاننده نیست ولی

6- NSW Department of Health

7- Lazarus

8- Carver

9- Scheier

10- Emotion-focused

11- Problem-focused

12- Durkheim

13- Alport

به دیگر انگیزه‌ها مانند نیاز به امنیت، نیاز به مقام و قدرت و نیاز به حرمت نفس سرویس می‌دهد (آپورت، 1966، صص 9-13). مذهب درونی به شکل ابزاری سازمان نمی‌گیرد، بلکه مذهب در این حالت، یک تعهد همه جانبه و اساساً انگیزشی است؛ به عبارت دیگر، مذهب در چهارچوب خود مذهب مورد توجه قرار می‌گیرد. آپورت معتقد بود که تنها مذهب با جهت‌گیری درونی است که می‌تواند سلامت روان را تضمین کند (بهرامی احسان، هادی؛ تمنایی فرد و بهرامی احسان، زینب، 1384، صص 36-38). تحقیقات زیادی نتایج وی را تأیید می‌کنند؛ از این میان می‌توان به پژوهش علی اصغر بیانی، گودرزی، علی بیانی و محمدکوچکی (1387) و نامیان (1388) اشاره کرد. در پژوهش دیگری، رضائیان، وزیری نژاد، طباطبائی، سالم، اسماعیلی و منشوری (1386) بیان می‌کنند که پذیرش دین اسلام و التزام عملی بدان از طریق دو ساز و کار، میزان خودکشی را کاهش می‌دهد: (1) ساز و کار مستقیم؛ که به حکم قاطع اسلام بر حرامیت خودکشی مربوط می‌شود و (2) ساز و کار غیر مستقیم؛ که از طریق اثرگذاری باورهای دینی در افزایش توانایی شخص برای صبر در مقابل وقایع ناخوشایند و برخوردهای سازشی با این وقایع و همچنین پرهیز از ناامیدی در چنین شرایطی محقق می‌شود.

با توجه به جمیع مطالب، ضرورت پرداخت به چنین موضوعی ایجاب می‌کند تا خودکشی به عنوان یک مسئله از دیدگاه شناختی مورد بررسی قرار گیرد تا ریشه‌های روانشناختی و بوم‌شناختی آن روشن شده و از این طریق بتوان راه‌هایی اساسی جهت پیشگیری مؤثر، هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی یافت.

2- نوع پژوهش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای بنیادی است و از نوع توصیفی-همبستگی می‌باشد. محقق گرایش به خودکشی را به عنوان متغیر ملاک و وضعیت تأهل، جهت‌گیری مذهبی و راهبردهای مقابله‌ای را به عنوان متغیر پیش‌بین در نظر گرفته است.

3- جامعه‌ی آماری و شیوه‌ی نمونه‌گیری

جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی دانشجویان مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی دانشگاه شیراز در سال تحصیلی 91-1390 بود. در پژوهش حاضر تعداد 260 نفر (175 پسر و 85 دختر) از دانشجویان مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی دانشگاه شیراز به عنوان نمونه، مورد بررسی قرار گرفتند. از میان دانشجویان مورد مطالعه، 213 نفر مجرد و 72 نفر متأهل بودند. روش نمونه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش، روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود؛ بدین صورت که از میان کلیه‌ی دانشکده‌های دانشگاه شیراز، از هر دانشکده، یک بخش و از هر بخش، یک کلاس به طور تصادفی انتخاب شد و کلیه‌ی افراد آن مورد بررسی قرار گرفتند.

4- ابزارهای گردآوری اطلاعات

در پژوهش حاضر به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از 3 پرسشنامه استفاده شده است که شامل مقیاس جهت‌گیری مذهبی آپورت، شکل کوتاه پرسشنامه‌ی شیوه مقابله کارور و شیرر و مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی بک¹⁴ می‌گردد. در ادامه به توصیف و معرفی هر یک از ابزارهای مذکور پرداخته خواهد شد.

1-4 مقیاس جهت‌گیری مذهبی آپورت (شکل کوتاه) (1967)

این پرسشنامه، شامل 15 ماده می‌باشد که 9 ماده اول، جهت‌گیری درونی و 6 ماده بعدی، جهت‌گیری بیرونی را می‌سنجد. مقیاس مذکور بر اساس نمره‌گذاری لیکریت، نمره‌گذاری شده و گزینه‌هایی از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف را دربر می‌گیرد؛ بین صفر تا حداکثر 4 نمره به هر سؤال تعلق گرفته و نمره کل آزمون بین صفر تا 60 می‌باشد (نامیان، 1388، صص 78-79). پایایی بازآزمایی این مقیاس 0/75 و روایی محتوای آن در فرهنگ اصلی 0/68 گزارش شده است. این آزمون توسط جان‌بزرگی در سال 1378 ترجمه و در جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است. در ترجمه این مقیاس، کلیه‌ی سؤالاتی که مسایل مربوط به دین مسیحیت را می‌پرسید، به سؤالات مشابه برای دین اسلام تغییر داده شده است (حکمی، شمس اسفندآباد و شامحمدی، 1389). ضرایب پایایی (همسانی درونی) و روایی محتوای آن به ترتیب از طریق دو نیمه کردن 0/72 و از طریق تحلیل عوامل 0/53 گزارش شده است. همچنین بررسی روایی آن از طریق تحلیل عوامل با روش چرخشی واریماکس، نشان داد که مواد موجود در این پرسشنامه در مجموع بیش از 58/3 درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌نماید (جان بزرگی، 1386، ص 347).

2-4 پرسشنامه شیوه‌های مقابله کارور و شیرر (شکل کوتاه) (1989)

این پرسشنامه 28 ماده دارد و پاسخ فرد به موقعیت‌های تنیدگی‌زا را مورد پرسش قرار می‌دهد. در این پرسشنامه 14 مقیاس خود-گیج‌گردانی¹⁵، مقابله فعال¹⁶، انکار¹⁷، استفاده از مواد¹⁸، استفاده از حمایت هیجانی¹⁹، استفاده از حمایت ابزاری²⁰، عدم درگیری رفتاری²¹، تخلیه هیجانی²²، بازچارچوب‌دهی مثبت²³، برنامه‌ریزی²⁴، شوخی²⁵، پذیرش²⁶، مذهب²⁷ و خود-سرزنش‌گری²⁸ دارد. هر یک از این مقیاس‌ها، دارای 2 ماده و هر ماده شامل 4 گزینه است. برای هر

14- Beck

15- Self-distraction

16- Active coping

17- Denial

18- Substance use

19- Use of emotional support

20- Use of instrumental support

21- Behavioral disengagement

22- Venting

23- Positive reframing

24- Planning

25- Humor

26- Acceptance

27- Religion

28- Self-blame

مقیاس، یک نمره مستقل بین 4 تا 8 بدست می‌آید (کارور، 1997، صص 94-96). در ایران این چک‌لیست برای اولین بار توسط ذوالفقاری، محمدخانی و ابراهیمی در سال 1371 ترجمه و با توجه به فرهنگ ایرانی و هم‌چنین با استفاده از سایر مقیاس‌های مقابله‌ای مورد تجدید نظر قرار گرفت (هیبتی، 1381، ص 123). پایایی بازآزمایی این مقیاس از 0/5 تا 0/9 در فرهنگ اصلی گزارش شده است. روایی همزمان این آزمون از 0/23 تا 0/55 به‌دست آمده است. پایایی آزمون را به روش همسانی درونی 0/78 و روایی همزمان آن را 0/62 گزارش کرده است (آقابوسفی، 1388، ص 32).

3-4 مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی بک

این مقیاس 19 ماده‌ای در سال 1979 توسط بک طراحی و به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی تهیه شده است. هر ماده دارای سه گزینه است که به ترتیب نمره صفر، یک و دو به آن‌ها تعلق می‌گیرد. در مجموع، نمرات از صفر تا 38 (بسته به وجود یا عدم وجود و نیز مراحل مختلف از فکر تا عمل خودکشی) در نوسان خواهد بود (رحیمی، 1379، صص 91-92). نحوه‌ی تقسیم‌بندی بیماران بر اساس نمرات حاصل از این مقیاس به قرار زیر است.

0-3: فاقد افکار خودکشی

4-11: دارای افکار خودکشی کم خطر

12-38: دارای افکار خودکشی پُر خطر (همتی، دانش‌آموز و پناغی، 1383، ص 82).

پایایی ارزیاب‌های این پرسشنامه در فرهنگ اصلی 0/83 گزارش شده و روایی سازه برای این پرسشنامه 0/79 بدست آمده است (دانیتز²⁹، 2001، ص 115). کار ترجمه، انطباق و مطالعات مقدماتی بر روی مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی توسط کاویانی (1380) انجام شده است. لازم به ذکر است که پایایی این مقیاس در فرهنگ ایرانی بسیار شبیه نتایج دانیتز و معادل 0/81 گزارش شده است؛ هم‌چنین روایی همزمان مقیاس مذکور 0/76 بدست آمده است (کاویانی، 1380، ص 124). پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها و تعیین شاخص‌های آمار توصیفی، به منظور مقایسات بین‌گروهی از آزمون تی مستقل³⁰ استفاده شد. در مرحله بعد، به منظور پاسخ‌دهی به فرضیات مطرح شده، روش آماری رگرسیون به شیوه گام به گام³¹ مورد استفاده قرار گرفت. لازم به ذکر است که کلیه‌ی تحلیل‌های آماری در این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS³² انجام شده است.

5- یافته‌های پژوهش

²⁹ - Danitz

³⁰ - Independent T-Test

³¹ - Stepwise

³² - Statistical Package for the Social Sciences

1- 5 یافته‌های مربوط به مقایسات بین گروهی

به منظور بررسی نقش وضعیت تأهل از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج مربوطه در جداول زیر به تفصیل آورده شده است.

جدول 1: نتایج آزمون تی مستقل مربوط به مقایسه متغیرهای مورد بررسی از نظر وضعیت تأهل

سطح معناداری	t	درجه آزادی	انحراف استاندارد	میانگین	متغیر مورد بررسی	
0/110	-1/623	60/40	1/32	3/44	مجرد	خود- گیج‌گردانی
			1/61	3/85	متاهل	
0/005	2/822	258	1/89	5/02	مجرد	مقابله فعال
			1/56	4/19	متاهل	
0/452	-0/756	65/21	1/24	3/20	مجرد	انکار
			1/32	3/36	متاهل	
0/199	-1/287	258	1/39	2/91	مجرد	استفاده از مواد
			1/69	3/21	متاهل	
0/005	-2/822	258	1/09	4/13	مجرد	استفاده از حمایت هیجانی
			1/80	4/70	متاهل	
0/001	3/412	258	1/28	3/97	مجرد	استفاده از حمایت ابزاری
			0/90	3/29	متاهل	
0/087	-1/716	258	1/32	3/35	مجرد	عدم درگیری رفتاری
			1/69	3/74	متاهل	
0/009	-2/643	258	1/81	3/53	مجرد	تخلیه هیجانی

			2/15	4/34	متأهل	
0/337	-0/962	258	1/66	4/40	مجرد	باز چار چوب دهی مثبت
			2/26	4/68	متأهل	
0/001	3/464	258	1/73	5/23	مجرد	برنامه ریزی
			1/33	4/29	متأهل	
0/069	1/848	72/29	1/08	3/09	مجرد	شوخی
			0/94	2/80	متأهل	
0/777	-0/283	258	1/33	4/44	مجرد	پذیرش
			1/71	4/51	متأهل	
0/61	-0/50	64/10	1/97396	4/7840	مجرد	مذهب
			2/15646	4/9574	متأهل	
0/17	-1/34	258	1/07538	3/3615	مجرد	خود- سرزنش گری
			1/55414	3/6170	متأهل	
0/00	3/47	258	1/50754	4/7449	مجرد	سبک مقابله مسئله مدار
			1/19568	3/9291	متأهل	
0/04	-2/01	258	1/12169	3/3020	مجرد	سبک مقابله ناکارآمد
			1/45447	3/6879	متأهل	
0/41	-0/82	258	1/10320	4/1737	مجرد	سبک مقابله هیجان مدار
			1/53015	4/3319	متأهل	
0/30	1/02	68/81	9/27473	20/2958	مجرد	جهت گیری مذهبی درونی

			9/08160	18/7872	متأهل	
0/99	-0/002	78/11	5/27906	10/5728	مجرد	جهت‌گیری مذهبی بیرونی
			4/40230	10/5745	متأهل	
0/00	-3/06	258	4/43775	2/4695	مجرد	خطر خودکشی
			7/01676	4/9362	متأهل	

مطابق جدول فوق، مجردین و متأهلین در میزان خطر خودکشی ($t = -3/06$ و $p < 0/01$) با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. از طرفی دیگر، بین مجردین و متأهلین در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مقابله‌فعال ($t = 2/82$ و $p < 0/01$)، استفاده از حمایت هیجانی ($t = -2/82$ و $p < 0/01$)، استفاده از حمایت ابزاری ($t = 3/41$ و $p < 0/01$)، تخلیه هیجانی ($t = -2/64$ و $p < 0/01$) و برنامه‌ریزی ($t = 3/46$ و $p < 0/01$) تفاوت معناداری دیده می‌شود. این امر در مورد سبک‌های مقابله مسئله‌مدار ($t = 3/47$ و $p > 0/01$) و ناکارآمد ($t = -2/01$ و $p < 0/01$) نیز صادق است. در راستای مقایسات بین‌گروهی، خطر خودکشی نیز در دانشجویان دختر و پسر متأهل با یکدیگر مقایسه شد. نتایج حاصله در جدول 2 گزارش شده است.

جدول 2: نتایج آزمون تی مستقل مربوط به مقایسه خطر خودکشی متأهلین از نظر جنسیت

سطح معناداری	t	درجه آزادی	انحراف استاندارد	میانگین	متغیر مورد بررسی	
0/00	2/91	27/98	7/98 5/11	8/52 2/50	مذکر	خطر خودکشی
					مؤنث	

نتایج گزارش شده در جدول 2 نشان می‌دهد که خطر خودکشی ($t = 2/91$ و $p < 0/01$) در زنان و مردان متأهل با یکدیگر تفاوت معناداری دارد.

5-2 یافته‌های مربوط به فرضیات پژوهش

هدف فرضیه اول، بررسی نقش وضعیت تأهل در پیش‌بینی گرایش به خودکشی بود. برای این منظور از رگرسیون گام به

گام استفاده شد. متغیر وضعیت تأهل به عنوان متغیر پیش‌بین و متغیر خطر خودکشی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون گردید و نتایج زیر بدست آمد.

جدول 3: رگرسیون باقیمانده و رگرسیون مربوط به پیش‌بینی خطر خودکشی بر مبنای وضعیت تأهل

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مدل
۰/۰۲	۵/۴۱	۱۳۷/۱۵	۱	۱۳۷/۱۵	رگرسیون
		۲۵/۳۳	۲۵۸	۶۵۳۶/۹۸	باقیمانده
			۲۵۹	۶۶۷۴/۱۳	کل

جدول فوق نشان می‌دهد که مقدار F برای بررسی توانایی متغیر وضعیت تأهل در پیش‌بینی خطر خودکشی برابر با 5/41 و در سطح $p < 0/01$ معنادار می‌باشد.

جدول 4: ضرایب رگرسیون مربوط به پیش‌بینی خطر خودکشی بر مبنای وضعیت تأهل

سطح معناداری	t	R ²	R	ضرایب رگرسیون	متغیر پیش‌بین	مدل
۰/۰۰	۲/۷۴	۰/۲۱	۰/۱۴۳	۱/۶۸۴	ضریب ثابت	۱
۰/۰۲	۲/۳۲			۱/۰۱۰	وضعیت تأهل	

نگاهی بر R^2 نشان می‌دهد که 2% از واریانس خطر خودکشی توسط این متغیر تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون حاکی از آن است که وضعیت تأهل ($B=1/010$) می‌تواند به طور معناداری خطر خودکشی را پیش‌بینی کند. هدف فرضیه دوم، بررسی نقش جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی گرایش به خودکشی بود. بر همین اساس، برای بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی جهت‌گیری مذهبی، از روش رگرسیون گام به گام استفاده گردید. نتایج حاصله در جداول 5 و 6 آمده است.

جدول 5: رگرسیون باقیمانده و رگرسیون مربوط به پیش‌بینی خطر خودکشی بر مبنای جهت‌گیری مذهبی

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مدل	
0/00	127/50	2207/49	1	2207/49	رگرسیون	۱
			258	4466/64	باقیمانده	
			259	6674/13	کل	
0/00	67/97	1154/56	2	2309/13	رگرسیون	۲
			257	4365/01	باقیمانده	
			259	6674/13	کل	

جدول فوق نشان می‌دهد که مقدار F برای بررسی توانایی متغیر جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی خطر خودکشی برابر با 67/97 و در سطح $p < 0/01$ معنادار می‌باشد.

جدول 6: ضرایب رگرسیون مربوط به پیش‌بینی خطر خودکشی بر مبنای جهت‌گیری مذهبی

سطح معناداری	t	R ²	R	ضرایب رگرسیون	متغیر پیش‌بین	مدل
0/00	14/98	0/331	0/575	9/241	ضریب ثابت	1
0/00	-11/29			-0/316	جهت‌گیری مذهبی درونی	
0/00	12/04	0/346	0/588	8/412	ضریب ثابت	2
0/00	-11/45			-0/345	جهت‌گیری مذهبی درونی	
0/01	2/44			0/133	جهت‌گیری مذهبی بیرونی	

نگاهی بر R² نشان می‌دهد که 34% از واریانس خطر خودکشی توسط این متغیر تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون

حاکمی از آن است که جهت گیری مذهبی بیرونی ($B=0/133$) می تواند به طور مثبت و معناداری خطر خودکشی را پیش بینی کند، این در حالی است که جهت گیری مذهبی درونی ($B=-0/345$) این خطر را به طور منفی و معناداری پیش بینی می کند.

هدف فرضیه سوم، بررسی نقش راهبردهای مقابله ای در پیش بینی گرایش به خودکشی بود؛ لذا برای بررسی نقش پیش بینی کنندگی راهبردهای مقابله ای، از روش رگرسیون گام به گام استفاده گردید. این بررسی در دو بخش انجام شد. در بخش اول، سبک های مقابله به عنوان متغیر پیش بین و در بخش دوم، راهبردهای مقابله ای به عنوان متغیر پیش بین وارد معادله رگرسیون گردید. در هر دو بخش، متغیر خطر خودکشی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شد. نتایج حاصله در جداول ذیل آورده شده است.

3-5 یافته های مربوط به بخش اول بررسی

جدول 7: رگرسیون باقیمانده و رگرسیون مربوط به پیش بینی خطر خودکشی بر مبنای سبک مقابله

سطح معناداری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	مدل
0/00	680/32	4839/03	1	4839/03	رگرسیون
		7/11	258	1835/10	باقیمانده
			259	6674/13	کل

جدول 7 نشان می دهد که مقدار F برای بررسی توانایی متغیر سبک مقابله در پیش بینی خطر خودکشی برابر با 680/32 و در سطح $p < 0/01$ معنادار می باشد.

جدول 8: ضرایب رگرسیون مربوط به پیش بینی خطر خودکشی بر مبنای سبک مقابله

سطح معناداری	t	R ²	R	ضرایب رگرسیون	متغیر پیش بین	مدل
0/00	-18/71	0/725	0/851	-9/282	ضریب ثابت	1
0/00	26/08			3/617	سبک مقابله ناکارآمد	

نگاهی بر R^2 نشان می دهد که سبک مقابله ناکارآمد می تواند 72% از واریانس خطر خودکشی را تبیین نماید. ضرایب رگرسیون حاکی از آن است که تنها این سبک مقابله ($B=3/617$) می تواند به طور مثبت و معناداری خطر خودکشی را پیش بینی کند.

5-4 یافته های مربوط به بخش دوم بررسی

جدول 9: رگرسیون باقیمانده و رگرسیون مربوط به پیش بینی خطر خودکشی بر مبنای راهبردهای مقابله ای

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مدل
0/00	519/29	4458/84	1	4458/84	رگرسیون
		8/58	258	2215/28	باقیمانده
			259	6674/13	کل
0/00	360/27	2459/75	2	4919/50	رگرسیون
		6/82	257	1754/63	باقیمانده
			259	6674/13	کل
0/00	278/07	1702/31	3	5106/95	رگرسیون
		6/12	256	1567/18	باقیمانده
			259	6674/13	کل

جدول فوق نشان می دهد که مقدار F برای بررسی توانایی متغیر راهبردهای مقابله ای در پیش بینی خطر خودکشی برابر با 278/07 و در سطح $p < 0/01$ معنادار می باشد.

جدول 10: ضرایب رگرسیون مربوط به پیش بینی خطر خودکشی بر مبنای راهبردهای مقابله ای

مدل	متغیر پیش بین	ضرایب رگرسیون	R	R ²	t	سطح معناداری
1	ضریب ثابت	-5/126	0/817	0/668	-12/91	0/00
	تخلیه هیجانی	2/182			22/78	0/00
2	ضریب ثابت	-6/203	0/859	0/737	-16/43	0/00
	تخلیه هیجانی	1/253			8/83	0/00
	استفاده از مواد	1/519			8/21	0/00
3	ضریب ثابت	-7/472	0/875	0/765	-17/59	0/00
	تخلیه هیجانی	0/899			6/05	0/00
	استفاده از مواد	1/293			7/19	0/00
	خود- گیج گردانی	0/922			5/53	0/00

نگاهی بر R^2 نشان می‌دهد که راهبردهای مقابله‌ای تخلیه هیجانی، استفاده از مواد و خود- گیج گردانی می‌تواند 76% از واریانس خطر خودکشی را تبیین نماید. ضرایب رگرسیون حاکی از آن است که راهبردهای تخلیه هیجانی ($B=0/899$)، استفاده از مواد ($B=1/293$) و خود- گیج گردانی ($B=0/922$) می‌توانند به طور مثبت و معناداری خطر خودکشی را پیش‌بینی کنند. بر اساس نتایج بدست آمده، قوی‌ترین پیش‌بین خودکشی از میان راهبردهای مقابله‌ای، راهبرد تخلیه هیجانی می‌باشد که 66% واریانس خطر خودکشی را تبیین کرده است.

6- بحث و نتیجه گیری

هدف فرضیه اول در پژوهش حاضر، بررسی نقش وضعیت تأهل در پیش‌بینی خطر خودکشی بود. یافته‌های حاصل از رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد که وضعیت تأهل می‌تواند 2% واریانس خطر خودکشی را تبیین نماید و از این لحاظ دارای ارزش پیش‌بینی‌کنندگی است. نکته جالب توجه آن است که در این پژوهش، وضعیت تأهل به‌ویژه در مردان یکی از عوامل خطر خودکشی به شمار می‌رود. این مطلب با یافته‌ی پژوهشات متعددی از جمله قلمبر، زارعی و پی‌پل‌زاده (1388)، ناظر، زارعی و صیادی (1386) و تولایی، قانع، لرگرد دزفولی‌نژاد، آثاری و حبیبی (1385) همسو می‌باشد. این در حالی است که محققانی نظیر پناغی، احمدآبادی، پیروی و ابوالمعصومی (1388) و محسن‌پور، شمس‌علیزاده،

افخم‌زاده و صالحیان (1389) نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند. شاید بتوان دلیل اصلی این تفاوت را در جمعیت مورد مطالعه‌ی پژوهشات فوق‌الذکر جستجو کرد. در تمامی پژوهشات فوق، جمعیت مورد مطالعه، زنانی بوده‌اند که از طریق خودسوزی اقدام به خودکشی کرده‌اند، این در حالی است که در پژوهش حاضر، جمعیت عمومی مورد مطالعه قرار گرفته است.

در تبیین یافته‌های مربوط به فرضیه‌ی حاضر، می‌توان به طور ضمنی این‌گونه استنباط کرد که ازدواج در اوایل جوانی (25- 18 سالگی) به دلیل همراه شدن با مشکلات مختلفی نظیر بیکاری، مشکلات مالی و غیره، می‌تواند فشار روانی قابل‌توجهی را به زوجین وارد آورد. چنانچه زوجین نتوانند از راهبردهای کارآمدی برای حل مسایل پیش رویشان استفاده کنند، ممکن است با مزمن شدن این فشار روانی، خودکشی را تنها راه‌حل موجود ببینند. از طرفی دیگر، بالاتر بودن خطر خودکشی در مردان متأهل نسبت به زنان متأهل را می‌توان این‌گونه توجیه کرد که در مردان متأهل با توجه به نقش متعارف مردانه که مستلزم تأمین معیشت خانواده و توانایی استقلال اقتصادی است و با توجه به شرایط اجتماعی و اقتصادی و هزینه‌های بالای تحصیل و زندگی در مقابل کمک هزینه‌های ناچیز دانشجویی، از این لحاظ تحت فشار روانی مضاعفی قرار دارند که خود، می‌تواند به عنوان یکی از عوامل افزایش افکار خودکشی مطرح باشد. تذکر این مطلب ضروری است که مطمئناً تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی اقشار مختلف جامعه نیز در این زمینه، اثرگذار است. مضافاً، زنان به دلیل گشودگی بیشتری که دارند، قادرند از طریق برقراری روابط نزدیک با دیگران، از حمایت عاطفی و اجتماعی بیشتری برخوردار شوند (محمدزاده، 1390، صص 74-75)؛ طبیعتاً همین امر می‌تواند از بار فشار روانی ناشی از مشکلات مربوط به زندگی زنانجویی بکاهد. نهایتاً با توجه به این مطلب که معمولاً در جامعه مورد پژوهش، تعداد کمی از دانشجویان مقطع کارشناسی ازدواج می‌کنند، این احتمال وجود دارد که تفاوت‌های آماری موجود، مربوط به این مسئله باشد.

هدف فرضیه دوم در پژوهش حاضر، بررسی نقش جهت‌گیری مذهبی در پیش‌بینی خطر خودکشی بود. به همین منظور روش رگرسیون گام به گام مورد استفاده قرار گرفت. یافته‌ها حاکی از آن است که جهت‌گیری مذهبی 34% واریانس خطر خودکشی را تبیین می‌کند و لذا دارای ارزش پیش‌بینی‌کنندگی است. نتایج حاضر با پژوهشات کاپلان و سادوک (1997) و سلیمانی‌زاده، صالحی، باقری یزدی و عباس‌زاده (1386) همسو می‌باشد. این در حالی است که حکمی، شمس اسفندآباد و شامحمدی (1390) رابطه‌ی معناداری بین جهت‌گیری مذهبی و خطر خودکشی نیافتند. شاید علت این باشد که نمونه مورد بررسی در پژوهش فوق‌الذکر، زندانیان بوده است، فلذا این احتمال می‌رود که به دلایلی نظیر نمونه‌گیری در دسترس، عدم همکاری زندانیان با محقق و مواردی از این دست، پژوهشگران نتایج متفاوتی را گزارش داده‌اند.

به طور کلی، می‌توان مطالعاتی که با هدف بررسی پدیده‌ی خودکشی در جوامع اسلامی به مرحله‌ی اجرا در آمده‌اند، را در دو طبقه به شرح زیر جای داد:

الف. بررسی میزان خودکشی در جوامع اسلامی در سطح بین‌المللی: سازمان جهانی بهداشت، کشورهای مختلف را بر اساس موقعیت جغرافیایی و همچنین مشکلات اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، به شش منطقه تقسیم می‌نماید. یکی از

این مناطق شش‌گانه، منطقه‌ی مدیترانه شرقی³³ است که بیش از 90% مردم این منطقه، مسلمان می‌باشند. از همین رو، بررسی میزان خودکشی در این منطقه و مقایسه آن با سایر مناطق می‌تواند از نکات جالب‌توجه باشد. متأسفانه هیچ یک از کشورهای منطقه‌ی مدیترانه شرقی (از جمله ایران) از سال 1989 میلادی به شکل رسمی، آمار خودکشی خود را به سازمان جهانی بهداشت گزارش نکرده‌اند، از همین رو مقایسه آمارهای موجود چندان قابل‌بحث نمی‌باشد (سازمان بهداشت جهانی).

ب. بررسی پدیده‌ی خودکشی در جوامع اسلامی در سطح ملی: تاکنون مطالعات گوناگون پیرامون خودکشی در اغلب کشورهای اسلامی به عمل آمده است. بر اساس آمار و ارقام ارائه شده، میزان خودکشی در کشورهای اسلامی به طور کلی پایین‌تر از سایر کشورها می‌باشد، لذا به نظر می‌رسد عقاید مذهبی در این کشورها توانسته است اثری پیشگیرانه داشته باشد. در این بخش، تلاش می‌شود چگونگی تأثیر اعتقادات مذهبی بر کاهش احتمال خودکشی مورد بحث قرار گیرد. به نظر می‌رسد این مهم از دو دیدگاه قابل‌بررسی باشد.

الف. سازوکار تأثیر مستقیم اعتقادات مذهبی بر کاهش خودکشی: این دیدگاه به تأثیر مستقیمی بر می‌گردد که دین مبین اسلام با تحریم علنی خودکشی در بخشی از آیه‌ی 29 سوره «نساء» بر کاهش میزان خودکشی در میان پیروان مقتید خود گذاشته است: «... وَ لَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا»... و خودتان را نکشید، چراکه خداوند با شما مهربان است. بدون شک، چنین فرمانی به نکوهش خودکشی در جوامع اسلامی منجر می‌شود. بررسی دقیق‌تر آیه مذکور، باینگر نکات جالبی است. در ابتدای آیه آمده است که: «ای مؤمنان اموال یکدیگر را به ناروا مخورید، مگر آن که داد و ستدی به توافق خودتان صورت گرفته باشد». به نظر می‌رسد در این آیه به طور ضمنی، فساد اقتصادی و فشار روانی ناشی از مسایل مالی به خودکشی ربط داده شده است. در همین راستا، چنان‌چه در بخش پیشین گفته شد، یکی از دلایلی که در این پژوهش، خطر خودکشی بالاتر در دانشجویان متأهل را توجیه می‌کرد، بحث فشار اقتصادی بود.

ب. سازوکار تأثیر غیرمستقیم اعتقادات مذهبی بر کاهش خودکشی: مطالعات مختلفی نشان داده است که رابطه‌ی افسردگی (آپلبای و همکاران³⁴، 1999، ص 1237)، سابقه‌ی اقدام به خودکشی (موسیسی³⁵، 2000، ص 32) و سوء مصرف مواد و الکل (مورفی و وتزل³⁶، 1990، ص 375) با جهت‌گیری مذهبی، منفی و به لحاظ آماری، معنادار می‌باشد. تبیین نتایج بدست آمده از طریق بررسی چگونگی اثرگذاری غیرمستقیم اعتقادات مذهبی، امکان‌پذیر است؛ بدین معنی که اعتقاد فرد به مفاهیمی چون عدالت الهی، رحمت الهی، مشیت الهی، صبر بر مصیبت و مواردی از این دست، چونان سپری دفاعی او از گزند افسردگی و به‌ویژه ناامیدی حفظ می‌کند. فردی که باور دارد «إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا»³⁷ ... به‌درستی که پس از هر سختی، آسانی است، درد روانی خود را به‌زعم شناسیدمن³⁸ (1993)، بی‌پایان تصور نمی‌کند و در

³³- Eastern Mediterranean Region

³⁴- Applebay et al.

³⁵- Moscicki

³⁶- Murphy and Wetzel

³⁷- آیه 6 سوره الشرح-

³⁸- Schneidman

جایی که «لا مَفْرَّ الاَ عَلَیْک»، هیچ راه فراری نیست مگر به سوی تو، خودکشی را راه فرار تلقی نمی‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد، عقاید معنوی و باورهای مذهبی از طریق هضم وقایع، برخوردهای سازشی، صبر در مقابل حوادث ناخوشایند و داشتن نگرشی مثبت و توأم با عزت نفس به خود و آینده و پرهیز از نومییدی، نقش با اهمیتی در کم‌رنگ کردن عوامل روانی- اجتماعی افسردگی و نهایتاً خودکشی داشته باشد.

چنانچه می‌دانیم، در حدیثی از پیامبر گرامی (ص) نقل شده است که «ما مِنْ مُصِیْبَةٍ تُصِیْبُ الْمُسْلِمَ الاَّ كَفَرَ اللَّهُ بِهَا مِنْهُ حَتَّى الشُّوْكَهُ یَشَاكُهَا»، هیچ مصیبتی برای مسلمان پیش نمی‌آید، مگر اینکه خداوند آن مصیبت را اگر چه خاری باشد که به دستش فرو رفته باشد، کفاره‌ی گناهان او قرار دهد (بحارالانوار، ص 258). کفاره به نوعی تنبیه محسوب می‌شود، به عبارتی فرد به دلیل گناهی که مرتکب شده است، از جانب خداوند و در راستای عدالت الهی، مجازات می‌شود. لذا این امر محتمل به نظر می‌رسد که فرد متقی با استفاده از نوعی بازچارچوب‌دهی مثبت، به حوادث تلخ، به چشم کفاره گناهانش بنگرد. از طرفی دیگر، او همواره خود را در محضر خداوند می‌بیند، فلذا به هر گونه تخطی خود از اصول الهی آگاه بوده و درست به دلیل همین خودآگاهی، احساس گناه را تجربه می‌کند. هر چه جهت‌گیری مذهبی درونی فرد بیشتر باشد، حضور خداوند را بیشتر احساس کرده، اصول الهی را به شکل جدی‌تری دنبال می‌کند و به دنبال آن خودآگاهی بیشتر و معیارهای سخت‌گیرانه‌تری برای اعمال خود دارد. از طرفی دیگر، چنین افرادی به واسطه‌ی اعتقادات مذهبی خود، از نوعی راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده کرده و از طریق دعا، نماز، قرائت قرآن، توکل، گریستن و توسل، علاوه بر تخلیه هیجانی، به‌نوعی به حمایت الهی پناه می‌برند.

هدف فرضیه سوم، بررسی نقش راهبردهای مقابله‌ای در پیش‌بینی خطر خودکشی بود. هماهنگ با یافته‌های جهانگیر، بذرافشان، زنگویی و رئیسی (1388)، شمس‌خانی، ره‌گوی، فلاحی خشک‌ناب و رهگذر (1385)، ژاله نانبخش، محدثی، فریبا نانبخش و مظلومی (1388)، در این پژوهش، سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار به طور منفی و معناداری با خطر خودکشی رابطه داشتند و همان‌گونه که تصور می‌رفت، سبک مقابله‌ای ناکارآمد رابطه‌ی مثبت و معناداری با خطر خودکشی داشت؛ این در حالی است که از میان این سه سبک عمده مقابله، تنها سبک مقابله ناکارآمد بود که می‌توانست 72% واریانس خطر خودکشی را تبیین کند و از این لحاظ دارای ارزش پیش‌بینی‌کنندگی باشد. مطابق یافته‌های پژوهش حاضر، از میان راهبردهای مقابله‌ای چهارده‌گانه کارور و شیرر، کلیه‌ی راهبردهای مربوط به سبک مقابله‌ای ناکارآمد (خود-گیج‌گردانی، انکار، استفاده از مواد، عدم درگیری رفتاری، تخلیه هیجانی و خود-سرزنش‌گری) با خطر خودکشی رابطه‌ی مثبت و معناداری دارند؛ این در حالی است که رابطه‌ی راهبردهای مربوط به سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار (پذیرش، شوخی، مذهب، بازچارچوب‌دهی مثبت و استفاده از حمایت هیجانی) و مسئله‌مدار (برنامه‌ریزی، مقابله فعال و استفاده از حمایت ابزاری)، منفی و به لحاظ آماری معنادار می‌باشد. نکته جالب توجه آن است که از میان این چهارده راهبرد مقابله‌ای، تنها تخلیه هیجانی، استفاده از مواد و خود-گیج‌گردانی دارای ارزش پیش‌بینی‌کنندگی بوده و می‌تواند 76% واریانس خطر خودکشی را از طریق معادله‌ی رگرسیون تبیین نماید.

دوبرشتاین³⁹ (2001) عنوان می‌کند که رفتارهای خودکشی‌گرایانه، پاسخ فرد به موقعیتی استرس‌زا است که دارای سه مؤلفه کلی می‌باشد. اول، موقعیتی است که باعث ایجاد احساساتی نظیر شکست یا فقدان در فرد می‌شود. دوم، شخص آرزو می‌کند تا از این موقعیت فرار کند و از این‌رو، توانایی خود برای فرار از موقعیت استرس‌زا را محک می‌زند و به این نتیجه می‌رسد که راه فراری وجود ندارد. سوم، فرد نهایتاً به این نتیجه می‌رسد که هیچ عامل نجات‌بخشی (مانند حمایت اجتماعی) وجود ندارد که بتواند این بحران را تخفیف دهد و از فشار روانی ناشی از آن بکاهد. فرض می‌شود که این سه مؤلفه باعث راه‌اندازی درماندگی روانشناختی در فرد شده و تکانه‌ی رفتار خودکشی‌گرایانه را تسهیل می‌کند. از این‌رو، قضاوت‌های شخص در مورد چگونگی (1) استرس‌آمیز بودن موقعیت، (2) قابل فرار بودن موقعیت و (3) میزان حمایت‌های قابل دسترس، نوع راهبرد مقابله‌ای وی را مشخص می‌سازد (قاسمی، 1389، صص 165-167). واضح به نظر می‌رسد که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد به تشدید فشارهای روانی موجود، کاهش اعتماد به نفس، بروز بیماری‌های جسمی، افسردگی و روی آوردن به الکل و مواد و نهایتاً خودکشی منجر می‌شود (نیروپ و همکاران⁴⁰، 2006، ص 935).

نهایتاً با توجه به پیشینه‌ی پژوهش و نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد سبک مقابله می‌تواند در پیش‌بینی خودکشی، مهم‌ترین نقش را ایفا کند؛ لذا انتظار می‌رود که روان‌شناسان در پژوهشات و درمان‌های روانشناختی به‌ویژه درمان‌های شناختی- رفتاری، به این سازه توجه ویژه‌تری داشته باشند.

7- محدودیت‌های پژوهش

- از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:
- 1- تعدد پرسشنامه‌ها و طولانی بودن پروسه‌ی سنجش خطر خودکشی، موجب خستگی آزمودنی‌ها و عدم تمرکز فکری کافی در آن‌ها می‌شود.
 - 2- استفاده از ابزارهای خود- گزارشی می‌تواند موجب تحریف اطلاعات از سوی آزمودنی‌ها (چه به صورت وانمود خوب و چه به صورت وانمود بد) شود.
 - 3- مقطعی بودن روش پژوهش که امکان بررسی رشدی و تحولی اقدام به خودکشی را محدود می‌سازد.
 - 4- عدم کنترل متغیرهایی نظیر وضعیت اقتصادی، عوامل فرهنگی، شغل و غیره.

8- پیشنهادات پژوهش

- پیشنهاد می‌شود در پژوهشات آتی موارد زیر در نظر گرفته شود:
- 1- به‌کارگیری هر چه بیشتر درمان‌های فراشناختی و معنوی به‌منظور پیشگیری از خودکشی در مراکز مشاوره و روان‌درمانی، به‌خصوص برای بیمارانی که احتمال اقدام به خودکشی در آن‌ها بالاتر است.

³⁹ - Duberstein

⁴⁰ - Nierop et al.

2- با توجه به این‌که نتایج پژوهش حاضر، همسو با تحقیقات پیشین، اثر جهت‌گیری مذهبی را در پیشگیری از خودکشی نشان می‌دهد و با در نظر گرفتن این نکته که اساس شکل‌گیری باورهای مذهبی در دوران کودکی و نوجوانی و در متن خانواده می‌باشد، لذا ضرورت دارد که متخصصان علوم تربیتی و اجتماعی در این مورد، اقدامات لازم را جهت آموزش شیوه‌های تربیتی و فرزندپروری مناسب، انجام دهند.

3- آموزش همگانی از طریق سمینارهای آموزشی، پژوهشی، رسانه‌های همگانی، جراید و مطبوعات جهت شناساندن ویژگی‌های افراد اقدام‌کننده به خودکشی و نحوه‌ی اثرگذاری این ویژگی‌ها بر زمینه‌سازی اختلالات هیجانی.

منابع و ماخذ

1. آقاییوسفی، علیرضا (1388). «شیوه‌های مقابله با اختلال تنیدگی پس‌آسیبی و نشانه‌های تنیدگی مزمن». مجله علوم رفتاری، 4 (1)، 34-29.
2. باپیری، امیدعلی؛ بهامین، قباد و فیض‌اللهی، علی (1388)، «بررسی تأثیر آموزش گروهی حل مسئله بر برخی ویژگی‌های روانشناختی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی». مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، 18 (1)، 16-22.
3. بن‌راضی غابشی، مینا (1387). «مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و نگرش‌های ناکارآمد اقدام‌کنندگان به خودکشی، افراد افسرده (بدون سابقه اقدام به خودکشی) و افراد بهنجار». پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز.
4. بهرامی احسان، هادی؛ تمنایی فرد، شیما و بهرامی احسان، زینب (1384). «رابطه بین ابعاد جهت‌گیری مذهبی، سلامت روانی و اختلال‌های روانشناختی». فصلنامه روانشناسان ایرانی، 2 (5)، 42-35.
5. بیانی، علی اصغر؛ گودرزی، حسنیه؛ بیانی، علی و محمدکوچکی، عاشور (1387). «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی دانشجویان». مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، 10 (3)، 209-214.
6. پناغی، لیلی؛ احمدآبادی، زهره؛ پیروی، حمید و ابوالمعصومی، فائزه زهرا (1388). «روند خودکشی دانشجویان در فاصله سال‌های 1382 تا 1387». مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، 16 (2)، 98-87.
7. تولایی، سید عباس؛ قانعی، مصطفی؛ لرگرد دزفولی نژاد، محمد؛ آثاری، شروین و حبیبی، مهدی (1385). «متغیرهای مرتبط به خودکشی در جانبازان متوفی». طب نظامی، 8 (2)، 143-148.
8. جان‌بزرگی، مسعود (1386). «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان». مجله پژوهش در پزشکی، 31 (4)، 345-350.
9. جهانگیر، فریدون؛ بذرافشان، محمدرفیع؛ زنگویی، علیرضا و رئیس، طاهره (1386). «مقایسه روش‌های مقابله‌ای در افراد اقدام‌کننده به خودکشی با افرادی که سابقه اقدام به خودکشی نداشته‌اند در مددجویان مراجعه کننده به بیمارستان شهید فقیهی شیراز در سال 1386». مجله پزشکی هرمزگان، 13 (2)، 109-113.
10. حکمی، محمد؛ شمس اسفندآباد، حسن و شامحمدی، فاروق (1390). «مقایسه‌ی صفات شخصیت، تکانشگری و جهت‌گیری مذهبی در میان افراد عادی و زندانیان». فصلنامه پژوهش‌های اجتماعی، 4 (4)، 105-118.
11. دل‌آذر، ربابه و فرهی، حسن (1388). «اندیشه‌پردازی خودکشی و عمل به مناسک دینی در بیماران مبتلا به افسردگی». مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، 9 (3)، 224-234.
12. رحیمی، مهدی (1379). «مقایسه فرآیندهای شناختی در بیماران افسرده دارای افکار خودکشی و بیماران افسرده فاقد افکار خودکشی». رساله پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

13. رضائیان، محسن؛ وزیری نژاد، رضا؛ طباطبائی، سید ضیا؛ سالم، زینت؛ اسماعیلی، عباس و منشوری، آریتا (1386). «خودکشی در دین اسلام». مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، 6، 22-15.
14. سلیمان‌زاده، لاله؛ صالحی، لیلی؛ باقری یزدی، سید عباس و عباس زاده، عباس (1386). «رابطه بین اعتقادات مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان». مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، 11 (1)، 40-57.
15. سولیدو، پسکو (1385). دورکیم، خودکشی و مذهب. ترجمه یحیی علی بابایی، چاپ پنجم، تهران: انتشارات سمت.
16. شمسی‌خانی، سهیلا؛ ره‌گوی، ابوالفضل؛ فلاحی خشک‌ناب، مسعود و رهگذر، مهدی (1385). «تأثیر آموزش حل مسئله بر مهارت مقابله‌ای افراد اقدام‌کننده به خودکشی». پژوهش پرستاری، 1 (3)، 29-31.
17. صادقی، جلال و شاکری، خیراله (1380). «بررسی نقش رویدادهای استرس‌زای زندگی و روش‌های مقابله با عود PTSD در نمونه‌ای از جانبازان جنگ تحمیلی (کرمانشاه، 1380)». طب نظامی، 5 (2)، 111-116.
18. صدرزاده، جمال و شمس اسفندآباد، حسن (1384). «بررسی مقایسه‌ای نگرش دانش‌آموزان ایرانی و سوئدی نسبت به خودکشی». مجله پژوهش‌های روانشناختی، 5، 29-24.
19. صولتی، کمال (1373). «بررسی و مقایسه باورهای غیرمنطقی در اقدام‌کنندگان به خودکشی (به روش سوختگی) با افراد بهنجار». پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
20. عطاردی، مصطفی (1389). «بررسی رابطه بین سبک‌های اسنادی، راهبردهای مقابله‌ای و بهداشت روان در دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستانی شهر شیراز». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی تربیتی، دانشگاه شیراز.
21. قاسمی، حمیده (1389). «بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی آسیب‌پذیری سبک شخصیت، پاسخ‌های مقابله‌ای و همسرآزاری در پیدایش افسردگی پس از زایمان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شیراز.
22. قلمبر، عبدالعظیم؛ زارعی، جواد و پی‌پل زاده، محمدحسن (1388). «بررسی ویژگی‌های فردی و اجتماعی به عنوان عوامل خطر ساز در خودسوزی‌ها». مجله علمی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، 9 (3)، 246-233.
23. کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (1382). خلاصه روان‌پزشکی. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، جلد دوم، چاپ پنجم، تهران: انتشارات شهر آب.
24. کاویانی، حسین (1380). «مصاحبه و آزمون‌های روانی». انتشارات پژوهشکده علوم شناختی: تهران.
25. مجلسی، محمدباقر (1404 ق). بحارالانوار الجامعه‌ی لژر اخبار ائمه الاطهار (ع). المکتبه الاسلامیه، ترجمه محمدی، جلد 3، قم: نشر افق.
26. محسن‌پور، بهزاد؛ شمس‌علیزاده، نرگس؛ افخم‌زاده، عبدالکریم و صالحیان، بیان (1389). «اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط با آن در استان کردستان». مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، 15، 79-86.
27. محمدزاده، جهان‌شاه (1390). «بررسی میزان شیوع افسردگی و علایم آن در دانشجویان دانشگاه ایلام». مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، 19 (2)، 71-76.
28. ناظر، محمد؛ زارع، حسین و صیادی، احمدرضا (1386). «بررسی فراوانی اختلالات روانی و عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال 1386». مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، 9 (3)، 238-227.
29. نامیان، سارا (1388). «پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان بر اساس هسته کنترل و باورهای مذهبی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی تربیتی، دانشگاه شیراز.
30. نانبخش، ژاله؛ محدثی، حمیده؛ نانبخش، فریبا و مظلومی، پویا (1381). «بررسی وضعیت سلامت روانی زنان با اقدام به خودسوزی بستری بخش سوختگی بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه». فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، 7 (2)، 112-106.

31. همتی، ناصر؛ دانش آموز، بدری و پناغی، لیلی (1383). «فراوانی افکار خودکشی در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان آبدانان استان ایلام». تازه‌های علوم شناختی، 6 (1 و 2)، 79-86.
32. هیبیتی، خلیل (1381). «بررسی شیوه‌های فرزندپروری والدین و رابطه آن با شیوه‌های مقابله با استرس دانش آموزان دختر و پسر سال سوم دبیرستان‌های شهر زرقان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی تربیتی، دانشگاه شیراز.
33. Alport, G.W. (1966). *Religious Context of Prejudice*. Journal for the Scientific Study of Religion, 5 (12), pp. 7-21.
34. Applebay, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., and McCann, K. (1999). *Suicide within 12 Months of Contact with Mental Health Services: National Clinical Survey*. British Medical Journal, 318, pp. 1235-1239.
35. Carver, C.S. (1997). *You Want to Measure Coping but Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE*. International Journal of Behavioral Medicine, 4, pp. 92-100.
36. Danitz, M. (2001). *Suicide an Unnecessary Death*. London. UK.
37. Duberstein, P.R. (2001). *Are Closed-minded People More Open to the Idea of Killing Themselves?* Suicide & Life-Threatening Behaviors, 31, pp. 9-14.
38. Linehan, M.M., Comtois, K.A., and Ward-Ciesielski, E.F. (2011). *Assessing and Managing Risk with Suicidal Individuals*. Cognitive and Behavioral Practice, 7 (15), pp. 15-31.
39. Moscicki, E.K. (2000). *Epidemiology of Suicide Behavior*. Suicide and Life-threatening Behavior, 415, pp. 22-35.
40. Murphy, G.E., and Wetzel, R.D. (1990). *The Life-time Risk of Suicide in Alcoholism*. Arch Gen Psychiatry, 47, pp. 383-32.
41. Nierop, A., Bratsikas, A., Zimmermann, R., and Ehlert, U. (2006). *Are Stress-induced Cortisol Changes During Pregnancy Associated with Post Partum Depressive Symptoms?* Psychometric Medicine, 68, pp. 931-937.
42. NSW Department of Health (2004). *Postvention Guidelines Surrounding a Suicide Death for NSW Staff*. Sydney.
43. Schneidman, E. (1993). *Suicide as Psychache: A clinical Approach to Self-destructive Behavior*. Northvale. NJ: Jason Aronson.
44. World Health Organization (2001). *World Health Report: Mental Health, New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.



پژوهش‌های علوم روان‌شناسی
۹۷۱۸۰-۹۰۱۰۱

کنفرانس ملی تازه‌های روان‌شناسی با تأکید بر کاربرد‌های آن در کار و زندگی

۳ دی ۱۳۹۷ - اصفهان

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری



پژوهش‌های روان‌شناسی

Forecasting the Suicide Risk Based on Marital Status, Religious Orientation and Coping Strategies

Yasaman Emad⁴¹
Habib Hadianfard⁴²
Marziyeh Yousefi Ahmadabad⁴³

Abstract

The present study is aimed at exploring the role of marital status, religious orientation and coping strategies in the suicide-risk prediction using a correlational-descriptive, and in some cases, practical methodology. The sample group includes 260 bachelor students (175 males and 85 females; 213 single and 72 married) of Shiraz University in the academic year 2011-2012. They were selected by a multi-stage cluster sampling method and then measured using Carver and Scheier Coping Strategy questioners (short form), Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI). The data were then analyzed using a step-by-step regression method and SPSS software. The results suggest that all three variables can predict a significant part of suicidal risk. Moreover, inefficient coping strategy seemed to be the most powerful predictor of suicide risk. Thus, in encountering with people exposed to suicidal risks, psychologists are expected to focus more on training coping, as well as problem-solving methods.

Keywords: suicide risk, marital status, religious orientation, religion, coping strategies

⁴¹ M.A. in Clinical Psychology, Shiraz University

⁴² Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University

⁴³ B.A in Clinical Psychology, Shiraz University