ارتباط ویژگی‌های خانوادگی، سبک‌های حل مسأله و رویدادهای استرس‌زای زندگی با اقدام به خودکشی

علی فخاری [۱]، محمد رستمی [۲]، تورج هاشمی [۳]، بهزاد وحید حاجی آقایی نیا [۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این مطالعه بررسی عامل‌های خطرساز برای اقدام به خودکشی و مقایسه این عامل‌ها در افرادی می‌باشد که چنین سابقه‌ای ندارند.

مواد و روش‌ها: در یک طرح مورد- شاهدی، ۱۲۰ نفر از اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مدنی شهرستان آذرشهر در سال ۱۳۹۰ با ۱۴۰ نفر از افراد گروه گواه که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از نظر جمعیت‌شناختی با یکدیگر همتا شده بودند، مقایسه شدند. داده‌ها به کمک پرسش‌نامه ابزار سنجش خانواده (FAD یا Family Assessment Device) ، سبک‌های مقابله‌ای (Style Questionnaire) و چک لیست رویدادهای استرس‌زای زندگی (researcher-made stressor life events checklist) گردآوری و با استفاده از آزمون t و رگرسیون لجستیک تحلیل شدند.

یافته‌ها: اقدام‌کنندگان به خودکشی در ویژگی‌هایی هم‌چون: ارتباط (p=۰/۰۲)، حل مسأله (p=۰/۰۰۱)، نقش‌ها (p=۰/۰۰۱)، همراهی عاطفی (p=۰/۰۱)، آمیزش عاطفی (p=۰/۰۰۱)، عملکرد کلی خانواده (p=۰/۰۰۱)، عملکرد ضعیفی داشتند، از سبک‌های هیجان‌مدار استفاده می‌کردند (p=۰/۰۰۱) و رویدادهای استرس‌زای بیشتری را در مقایسه با گروه گواه تجربه کرده‌اند (p=۰/۰۰۱). ۶۶ درصد واریانس مربوط به اقدام به خودکشی توسط متغیرهای حل مسأله، عملکرد کلی خانواده، سبک مسأله مدار و رویدادهای استرس‌زای زندگی تبیین شد که از این میان رویدادهای استرس‌زای زندگی بیشترین سهم (۵۸ درصد) و عملکرد کلی خانواده کمترین سهم (۱ درصد) را داشتند.

نتیجه‌گیری: ویژگی‌های خانوادگی نامطلوب، سبک‌های حل مسأله غیر مؤثر و رویدادهای استرس‌زای زندگی می‌توانند منجر به افزایش مشکلات روان‌شناختی از جمله اقدام به خودکشی شوند.

واژه‌های کلیدی: ویژگی‌های خانوادگی، سبک‌های حل مسأله، رویدادهای استرس‌زای زندگی، اقدام به خودکشی

ارجاع: فخاری علی، رستمی محمد، هاشمی تورج، وحید حاجی آقایی نیا بهزاد. **ارتباط ویژگی‌های خانوادگی، سبک‌های حل مسأله و رویدادهای استرس‌زای زندگی با اقدام به خودکشی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۲): ۱۶۴-۱۵۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۵/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۵/۰۶

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی بالینی، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز. تبریز، ایران

۲- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی بالینی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز. تبریز، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: Rostamy_5@yahoo.com

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز تبریز، ایران

۴- کارشناس ارشد روان‌شناسی، اداره بهزیستی آذرشهر، تبریز، ایران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.1.1]

مقدمه

خودکشی به عنوان یک پدیده اجتماعی 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 (۱). براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، اقدام به خودکشی عبارت است از عملی غیرکشنده که در آن شخص عمداً و بدون مداخله دیگران رفتاری غیرعادی (مثل خود آسیب‌زنی یا خوردن یک ماده به میزان بیشتر از مقدار تجویزشده برای درمان) را انجام می‌دهد و هدف وی تحقق تغییرات مورد انتظار خود می‌باشد (۲).

عامل‌های زیادی به عنوان عامل خطرساز برای خودکشی تعریف شده‌اند. عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی منجر به مرگ به طور خاص عبارت هستند از: جنسیت مردانه، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، سن بالا، تنهایی (انزوا)، طلاق، مطلقه بودن و از همه مهم‌تر سابقه اقدام به خودکشی (۳). در مقابل خودکشی منجر به مرگ، اقدام برای خودکشی به‌وسیله جنسیت زنانه صرف‌نظر از نژاد و قومیت (۴) و نیز داشتن سابقه اقدام به خودکشی (۵) پیش‌بینی می‌شود. اگر چه متغیرهای دموگرافیک و تاریخچه رفتار خودکشی به عنوان متغیرهای خطرساز کلیدی برای خودکشی تعریف شده‌اند اما این متغیرها به طور کامل نمی‌توانند رفتار خودکشی را در افراد پیش‌بینی کنند. بنابراین لازم است تا برخی دیگر از عوامل خطرساز برای خودکشی نیز مورد بررسی قرار گیرند.

از جمله عوامل خطرساز برای خودکشی می‌توان به ویژگی‌های خانوادگی نامناسب اشاره کرد. برای مثال در یک مطالعه، مشکلات خانوادگی مانند روابط ضعیف و اختلافات والدین عامل اصلی برای افکار خودکشی در دانش‌آموزان دبیرستانی عنوان شده است (۶). هم‌چنین، Lillian نشان داد که شرایط و عامل‌های خانوادگی مانند تعارض و ارتباط نامناسب با والدین به طور معنی‌داری با سلامت روانی و روابط بین فردی نوجوانان رابطه دارد و این نیز به نوبه خود افراد را به خودکشی آسیب‌پذیر می‌کند (۷). Newman و همکاران خودکشی‌های منجر به مرگ را در میان کودکان و نوجوانان از سال ۱۹۹۲- ۱۹۹۴ بررسی کرد؛ در این مطالعه مشخص شد که در ۶۰ درصد موارد مشکلات خانوادگی عدیده‌ای وجود داشت. بنابراین، در این خانواده‌ها، پیوند هیجانی و ارتباط با والدین ناکافی بود. عدم حمایت و ارتباط کافی با والدین باعث می‌شود که نوجوانان به سختی با مشکلات‌شان کنار بیایند هم‌چنین آن‌ها خودشان را افرادی ناامید، درمانده و بی‌ارزش در نظر بگیرند (۸). در مطالعه دیگری که بر روی کودکان و نوجوانان ۹-۱۷ ساله انجام شد، نتایج نشان داد که فقر محیط خانواده (که به صورت رضایت پایین از حمایت و روابط خانوادگی، مراقبت و سرپرستی ضعیف والدین و ابزارهای ضعیف اجتماعی تعریف می‌شد)، به طور معنی‌داری در نوجوانان با سابقه افکار و اقدام به خودکشی در مقایسه با نوجوانان بدون چنین سابقه‌ای متفاوت بود. به علاوه در این مطالعه نشان داده شد زمانی که اختلالات خلقی، اضطراب و از هم گسیختگی کنترل می‌شد، بین افکار و اقدام به خودکشی با فقر محیط خانواده و مراقبت ضعیف والدین ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۹).

از سوی دیگر، براساس تئوری شناختی، تلاش برای خودکشی ناشی از عدم توانایی شخصی برای تشخیص و حل مشکل در زمان مواجهه با مشکل می‌باشد (۱۰). D'Zurilla و همکاران حل مسأله را به عنوان فرایند خودجهت‌دهی شناختی- رفتاری که افراد از آن برای حل مشکلات زندگی استفاده می‌کنند، تعریف کرده‌اند (۱۱). با این وجود، بسیاری از افرادی که در معرض خطر خودکشی می‌باشند، تمایل به خودکشی در میان آن‌ها مشاهده نمی‌شود چرا که این افراد دارای توانایی‌هایی هستند که افراد اقدام‌کننده به خودکشی فاقد آن هستند. مطالعات نشان می‌دهد که ممکن است توانایی‌هایی در این افراد وجود داشته باشد که تأثیرات عوامل خطر را در این افراد کاهش می‌دهد. از جمله این توانایی‌ها استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مناسب می‌باشد (۱۲). به نظر می‌رسد که بیشتر افراد اقدام‌کننده به خودکشی پیش از اقدام به خودکشی استرس‌های روانی- اجتماعی بیشتری را در مقایسه با گروه گواه تجربه نموده و به هنگام روبرو شدن با مشکلات زندگی، شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار را به کار می‌گیرند (۱۳). هم‌چنین Becker-Weidman و همکاران نشان دادند که حل مسأله

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.1.1]

به شیوه نامطلوب می‌تواند منجر به افزایش مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، ناامیدی و خودکشی شود (۱۴).
علاوه بر این، مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که رویدادهای استرس‌زای زندگی با خودکشی ارتباط دارد. بدین معنی که این رویدادها به عنوان یک منبع استرس عمل کرده و فشار شدیدی بر فرد وارد می‌کند. اگر استرس‌ها مدت زیادی ادامه یابند از یک سو سیستم ایمنی، گوارشی و قلبی- عروقی فرد و از سوی دیگر تعادل روانی وی را تحت تاثیر قرار داده و این اختلالات جسمی و روانی نیز به نوبه خود سبب تمایل فرد به افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه می‌شود (۱۵). مطالعات دیگری نشان داده‌اند که در خانواده‌های جوانانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند مشکلات طولانی و پیچیده‌ای همچون طلاق، درگیری و عدم تفاهم، شکست‌های عشقی و مسایل عاطفی، ارتباط ضعیف، تعارض و عدم دسترسی به والدین، انتظارات بالای والدین، بیماری روانی اعضای خانواده، بیکاری، رفتار خودکشی در سایر اعضای خانواده، از دست دادن والدین، فرزند خواندگی و مشکلات مالی دیده می‌شود (۱۷-۱۶). به هر حال شواهد نشان می‌دهد که ویژگی‌های خانوادگی، سبک های حل مسأله و رویدادهای استرس‌زای زندگی با اقدام به خودکشی رابطه دارند. از سویی، شهرستان آذرشهر بالاترین آمار خودکشی را در بین شهرستان‌های استان آذربایجان شرقی به خود اختصاص داده، و نیز از میان انواع آسیب‌های اجتماعی در این شهرستان خودکشی بیشترین سهم را دارا می‌باشد و این در حالی است که هیچ مطالعه‌ای در راستای شناسایی عوامل زمینه‌ساز این معضل اجتماعی در این شهرستان صورت نگرفته است لذا با توجه به تفاوت در تأثیر فرهنگ و عوامل اجتماعی در نگرش افراد نسبت به خودکشی، در این مطالعه سعی براین است تا نقش این متغیرها را در اقدام به خودکشی گروه مورد مطالعه بررسی و آن را با گروه گواه مقایسه نماییم. از سوی دیگر، کاهش خودکشی یک هدف مهم بین‌المللی محسوب می‌شود و این امر مگر در سایهٔ انجام تحقیقات مرتبط با عوامل زمینه ساز خودکشی میسر نخواهد بود. بنابراین در این پژوهش سعی بر این است تا از میان عوامل زمینه‌ساز برای خودکشی عوامل روان‌شناختی و خانوادگی به طور اعم و عوامل ویژگی‌های خانوادگی، سبک‌های حل مسأله و رویدادهای استرس‌زای زندگی به طور اخص مورد بررسی قرار گیرد. بنابر مطالب مطرح شده در بالا فرضیات پژوهش حاضر را می‌توان این‌گونه تدوین کرد: ۱) ویژگی‌های خانوادگی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی و گروه گواه متفاوت است. ۲) سبک‌های حل مسأله در افراد اقدام‌کننده به خودکشی و گروه گواه متفاوت است. ۳) رویدادهای استرس‌زای زندگی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی و گروه گواه متفاوت است. ۴) ویژگی‌های خانوادگی، سبک‌های حل مسأله و رویدادهای استرس‌زای زندگی به‌طور معنی‌داری اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کنند.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مورد- شاهد و پس‌رویدادی است. ۱۲۰ نفر (۳۵ مرد و ۸۵ زن) از افراد اقدام کننده به خودکشی ارجاعی به اورژانس بیمارستان شهید مدنی شهرستان آذرشهر در استان آذربایجان شرقی و ۱۴۰ نفر از جمعیت عادی (گروه گواه) و همتا از نظر متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، شغل و محل سکونت (روستا یا شهر) با کمک روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از تشریح اهداف و ضرورت انجام پژوهش و دادن اطمینان مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها پرسش‌نامه‌های مربوطه در اختیار گروه نمونه قرار داده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون آماری t-test و رگرسیون لجستیک گام به گام و به کمک نرم افزار spss17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

۱) ابزار سنجش خانواده: مقیاس ابزار سنجش خانوادهٔ توسط Epeshtei و همکاران تدوین شده است. این پرسش‌نامه دارای ۶۰ سؤال است که خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را مشخص می‌سازد و هفت نوع عملکرد خانواده را مشخص می‌کند. این ابعاد از این قرار است: حل مشکل، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده. در این پرسش‌نامه نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده عملکرد سالم‌تر و نمرات بالاتر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.1.1]

نشان‌دهنده عملکرد ناسالم‌تر می‌باشد. ضرایب آلفای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی در پژوهش رضایی (۱۳۷۸) ۰/۹۱، ۰/۶۶، ۰/۶۷، ۰/۶۳، ۰/۴۲، ۰/۶۱، ۰/۳۸ و ۰/۷۳ گزارش شده است. همین ضرایب آلفا برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های آن به تربیت فوق ۰/۸۹، ۰/۶۳، ۰/۶۰، ۰/۴۸، ۰/۴۰، ۰/۷۱، ۰/۳۱ و ۰/۷۱ در این پژوهش به‌دست آمد (۱۸).

۲) پرسش‌نامه سبک‌های حل مسأله: این پرسش‌نامه توسط Mouse& Billings در سال ۱۹۸۱ به منظور اندازه‌گیری شیوه‌های مقابله با استرس طراحی و تدوین شده است. این مقیاس ۱۹ آیتم دارد و دو شیوه مقابله‌ای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش پور شهباز ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسش‌نامه را r=۷۳ درصد به‌دست آورده است. دهقانی ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را بالای ۹۰ درصد به‌دست آورده است (۱۹). در این مطالعه آلفای کرونباخ به‌دست آمده برای کل مقیاس ۰/۶۶، سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار ۰/۶۸ و برای سبک مقابله‌ای هیجان مدار ۰/۵۰ می‌باشد.

۳) چک لیست رویدادهای استرس‌زای زندگی: برای سنجش رویدادهای منفی زندگی از چک لیستی که توسط اکبری و همکاران با ارزیابی ۵۰ رویداد منفی زندگی به‌دست آمده است، استفاده شد. رویدادهای مزبور بر مبنای مقیاس رویدادهای زندگی Paykel و بررسی ادبیات پژوهشی و توجه به مواردی که تحت تأثیر بافت فرهنگی منطقه پر رنگ بودند و از طریق مصاحبه جمع‌آوری شده‌اند، تدوین گردیده است. جهت برآورد روایی محتوایی چک لیست، این ابزار در اختیار پنج نفر اساتید مشاور و روان‌شناس قرار گرفته که بررسی نظرات آن‌ها نشان از روایی محتوایی داشت. این چک لیست دربرگیرنده ۱۲رویداد شامل درگیری شدید با خانواده، سرزنشگری، تحقیر، شکست مالی، تهمت ناموسی، شکست عشقی، بیکاری، ناکامی در دست یابی به آرزوها، فقر مرگ عزیز، شکست تحصیلی و رد شدن در کنکور بود (۲۰). آلفای کرونباخ این چک لیست در این مطالعه ۰/۷۵ به‌دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میانگین سن آزمودنی‌ها (۱/۰۹)۲۷ می‌باشد. سایر نتایج توصیفی مربوط به اقدام‌کنندگان به خودکشی در جدول ۱ نشان داده شده است جهت تعیین معنی داری تفاوت میان دو گروه در متغیرهای مورد بررسی از آزمون t مستقل استفاده شد (جدول ۲). نتایج حاصل نشان داد که تفاوت معنی‌داری در نمره کل ویژگی‌های خانوادگی و کلیه زیر مقیاس‌های آن به غیر از کنترل رفتار بین دو گروه وجود دارد؛ بدین معنی که افراد اقدام کننده به خودکشی از ویژگی‌های خانوادگی ضعیفی برخوردار هستند. هم‌چنین، هر دو گروه اقدام کننده و گروه گواه از نظر استفاده از سبک مقابله‌ای هیجان مدار تفاوت آماری معنی‌داری دارند؛ به این صورت که افراد گروه اقدام کننده در مقایسه با گروه گواه نمرات بالاتری را در سبک هیجان مدار به دست آوردند اما در سبک مقابله‌ای مساله مدار تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد و بالاخره نتایج نشان داد که افراد اقدام کننده در مقایسه با گروه گواه رویدادهای استرس‌زای بیشتری را تجربه کرده‌اند. یک تحلیل رگرسیون لجستیک گام به گام اجرا شد که در آن عامل اقدام به خودکشی به عنوان متغیر ملاک و ویژگی‌های خانوادگی (حل مسأله، نقش‌ها، ارتباط، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، عملکرد کلی خانواده)، سبک‌های حل مسأله (سبک مسأله‌مدار و سبک هیجان‌مدار) و رویدادهای استرس‌زای زندگی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین انتخاب شدند. خلاصه نتایج در جدول ۳ ارایه شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بین رویدادهای استرس‌زای زندگی، سبک مسأله‌مدار و ویژگی‌های خانوادگیِ حل مسأله و عملکرد کلی خانواده با اقدام به خودکشی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و ۶۶ درصد از واریانس مربوط به اقدام به خودکشی توسط این متغیرها تبیین می‌شود؛ به نحوی که بیشترین سهم پیش‌بینی را رویدادهای استرس‌زای زندگی (۵۸ درصد) و کمترین سهم را عملکرد کلی خانواده (۱ درصد) دارا است. مقادیر ضرایب نشان می‌دهد، هر واحدی که به نمره حل

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.1.1]

مسأله و عملکرد کلی خانواده اضافه شود (که به معنی عملکرد ناسالم می‌باشد) با افزایش اقدام به خودکشی همراه خواهد بود و نیز با افزایش نمره سبک مسأله‌مدار اقدام به خودکشی کاهش و با افزایش رویدادهای استرس‌زای زندگی اقدام به خودکشی افزایش می‌یابد.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی افراد اقدام کننده براساس ویژگی‌های جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت، تحصیلات و شغل

متغیر	طبقات	فراوانی (درصد)	متغیر	طبقات	فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد	۳۵(۲۹/۲)	شغل (مردان)	کارمند	۱(۲/۹)
	زن	۸۵(۷۰/۸)		کشاورزی	۱(۲/۹)
وضعیت تأهل	مجرد	۳۰(۰/۲۵)		آزاد	۲۱(۶۱/۸)
	متأهل	۹۰(۰/۷۵)		دانشجو	۲(۵/۹)
سکونت	شهر	۷۱(۵۹/۲)		محصل	۵(۱۴/۷)
	روستا	۴۹(۴۰/۸)		بیکار	۴(۱۱/۸)
تحصیلات	بی سواد	۱۳(۱۱/۵)	شغل (زنان)	کارمند	۲(۲/۵)
	سیکل	۵۱(۴۵/۱)		خانه دار	۵۵(۶۸/۸)
	دیپلم	۳۸(۳۳/۶)		آزاد	۷(۸/۸)
	لیسانس	۱۱(۹/۷)		دانشجو	۵(۶/۲)
				محصل	۹(۱۱/۲)
				بیکار	۲(۲/۵)

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات ویژگی‌های خانوادگی، سبک‌های حل مسأله و رویدادهای استرس‌زای زندگی در اقدام‌کننده به خودکشی (n= ۱۲۰) و گروه گواه (n= ۱۴۰)

متغیر	گروه اقدام‌کننده به خودکشی میانگین(انحراف معیار)	گروه گواه میانگین (انحراف معیار)	مقدار t	سطح معنی‌داری*
حل مشکل	۱۲/۸۷(۲/۵۲)	۱۰/۶۲(۲/۵۶)	۶/۸۵	۰/۰۰۱
ارتباط	۱۷/۱۴(۳/۳)	۱۶/۱۹(۲/۹۵)	۲/۳۵	۰/۰۲
نقش‌ها	۱۹/۱۷(۳/۰۲)	۱۷/۶(۲/۶)	۴/۳۲	۰/۰۰۱
همراهی عاطفی	۱۹/۵۴(۲/۹۴)	۱۸/۶۶(۲/۶۲)	۲/۴۲	۰/۰۱
آمیزش عاطفی	۱۹/۳۳(۳/۷۶)	۱۷/۴(۳/۴۵)	۴/۱۳	۰/۰۰۱
کنترل رفتار	۲۱/۲۷(۳/۱۶)	۲۰/۹۵(۲/۱۳)	۰/۹	۰/۳۶
عملکرد کلی خانواده	۲۹/۲(۵/۰۷)	۲۶/۹۲(۴/۳۱)	۳/۷۴	۰/۰۰۱
ویژگی‌های خانوادگی	۱۳۸/۵۴(۱۷/۸۷)	۱۲۸/۳۷(۱۴/۷۷)	۴/۸	۰/۰۸
سبک هیجان‌مدار	۱۸/۲۹(۳/۴۱)	۱۶/۷(۳/۲۸)	۳/۶۶	۰/۰۰۱
سبک مسأله‌مدار	۳۱/۴۳(۴/۷)	۳۲/۱۷(۵/۷۱)	۰/۵	۰/۶۱
رویدادهای استرس‌زای زندگی	۱۸/۹۸(۲/۸۶)	۱۴ (۲/۵)	۰/۷	۰/۰۰۱

p<۰/۰۵*

جدول۳. خلاصه مدل رگرسیون لجستیک چندگانه متغیرهای پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.1.1]

گام	متغیر پیش بین	ضریب B	انحراف معیار B	Wald	سطح معنی‌داری	نسبت بخت (B) EXP	ضریب تعیین (R2)
۱	رویدادهای استرس‌زای زندگی	۰/۶۲۴	۰/۰۷	۶۵/۹۴	۰/۰۰۱	۱/۵۳۶	۰/۵۸۸
۲	حل مسأله	۰/۲۵۳	۰/۰۸	۹/۳۱	۰/۰۰۲	۱/۷۷۶	۰/۶۱۹
	رویدادهای استرس‌زای زندگی	۰/۵۸۶	۰/۰۷	۵۶/۹۵	۰/۰۰۱	۱/۵۵۷	
۳	حل مسأله	۰/۳۲۷	۰/۰۸	۱۳/۴۸	۰/۰۰۱	۱/۷۲۱	۰/۶۵
	سبک مسأله مدار	-۰/۱۱۴	۰/۰۳	۱۰/۰۶	۰/۰۰۲	۰/۸۹۲	
	رویدادهای استرس‌زای زندگی	۰/۶۴۸	۰/۰۸	۵۵/۶۳	۰/۰۰۱	۱/۵۲۳	
۴	حل مسأله	۰/۴۰۹	۰/۱	۱۶/۶۷	۰/۰۰۱	۱/۶۶۵	۰/۶۶۱
	عملکرد کلی خانواده	۰/۱۰۹	۰/۰۵	۳/۹۰	۰/۰۴۸	۱/۱۱	
	سبک مسأله مدار	-۰/۱۰۹	۰/۰۳	۹/۰۲	۰/۰۰۳	۰/۸۹۶	
	رویدادهای استرس‌زای زندگی	۰/۶۸۸	۰/۰۹	۵۵/۳۶	۰/۰۰۱	۱/۵۰۳	
	مقدار ثابت	۱۶/۵۳	۲/۷۵	۳۶/۰۱	۰/۰۰۱	۱/۵۱۳	

*درجه آزادی=۱؛ معادله رگرسیون: (رویدادهای استرس‌زای زندگی) ۰/۶۸+ (سبک مسأله‌مدار)۰/۱۰۹- (عملکرد کلی خانواده) ۰/۱۰۹+ (حل مسأله)۰/۴۰۹+۱۶/۵۳+ =log p/1-p (احتمال اقدام به خودکشی) :p

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که بیان شد، پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه بین ویژگی‌های خانوادگی، سبک‌های حل مسأله و رویدادهای استرس‌زای زندگی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی و مقایسه آن با گروه گواه در شهرستان آذرشهر انجام شده است. به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین افراد اقدام‌کننده به خودکشی با گروه گواه از نظر ویژگی‌های خانوادگی، سبک‌های حل مسأله و رویدادهای استرس‌زای زندگی تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. به بیان دیگر افراد اقدام‌کننده به خودکشی در مقایسه با افراد گروه گواه در همه ویژگی‌های خانوادگی (حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و عملکرد کلی خانواده) به جزء کنترل رفتار عملکرد ضعیف‌تری داشتند، از سبک حل مسأله هیجان‌مدار استفاده کرده و پیش از اقدام به خودکشی با رویدادهای استرس‌زای بیشتری در زندگی روبرو بوده‌اند. یافته‌های پژوهش حاضر، با یافته‌های سایر پژوهش‌هایی که به مقایسه متغیرهای روان‌شناختی و خانوادگی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی با افراد عادی پرداخته‌اند، همخوانی دارد (۱۷، ۱۶، ۱۴، ۱۳، ۹، ۸، ۷، ۶). هم‌چنین نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که از بین ویژگی‌های خانوادگی، حل مسأله و عملکرد کلی خانواده و از بین سبک‌های حل مسأله، سبک مسأله‌مدار به طور منفی و رویدادهای استرس‌زای زندگی به طور مثبتی اقدام به خودکشی را در نمونه مورد بررسی پیش‌بینی می‌کند.

خانواده همواره یک تکیه‌گاه برای اعضای خود محسوب می‌شود و نخستین مدرسه سلامت روان است. از این رو شناخت به موقع و آگاهی از مشکلات عاطفی و روانی خانواده برای برنامه‌های مداخله‌ای و پیش‌گیری از خودکشی امری ضروری است. مطالعات زیادی ارتباط بین ویژگی‌های خانوادگی و رفتار خودکشی را مورد بررسی قرار داده‌اند که مؤید نتایج این پژوهش می‌باشند. به طور مثال، Esposito و همکاران (۲۱) در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.1.1]

مطالعه‌ای که بر روی نوجوانان دبیرستانی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که فقر روابط خانوادگی مناسب (ارتباط ضعیف خانوادگی، تعارضات و مشکلات در بیان هیجانات و احساسات) می‌تواند افکار خودکشی را پیش‌بینی کند. هم‌چنین تحقیقات انجام شده ارتباط معنی‌داری بین سوء استفاده فیزیکی و عاطفی با خودکشی به‌دست آوردند. در یک مطالعه بازنگرانه در مورد عامل‌های خانوادگی مرتبط با خودکشی نوجوانان، تعداد قابل توجهی از تحقیقات در ۲۵ سال گذشته نشان دادند که سوءاستفاده‌های فیزیکی و عاطفی به طور معنی‌داری افکار خودکشی را در نوجوانان پیش‌بینی می‌کند (۲۲). تحقیقات دیگری این یافته را که تجربه سوءاستفاده‌های فیزیکی به طور معنی‌داری با افکار و رفتار خودکشی در طول نوجوانی رابطه دارد را مورد تأیید قرار داده است. برای مثال Silverman و همکاران (۲۳) نشان دادند که سوءاستفاده‌های فیزیکی به طور معنی‌داری احتمال افکار خودکشی را در میان پسران در سن ۱۵ سالگی افزایش می‌دهد. هم‌چنین آن‌ها نشان دادند که سوءاستفاده‌های فیزیکی به طور معنی‌داری خطر افکار و اقدام به خودکشی را در میان دخترها بعد از سن ۲۱ سالگی افزایش می‌دهد. از این یافته‌ها می‌توان چنین برداشت کرد که نقص در روابط والد– فرزندی و افزایش بیان هیجانات منفی هر دو به طور معنی‌داری رفتار خودکشی را افزایش می‌دهد. هم‌چنین در مطالعه‌ای Beautrais (۲۴) نشان داد که قربانیان خودکشی فشارهای خانوادگی بیشتری را نسبت به گروه کنترل تجربه می‌کنند. به هر حال کسانی که در خانواده دارای مشکل می‌باشند ممکن است دامنه باریکی از احساس‌ها را در جهت سازگاری با منابع فشار نشان دهند.

در پژوهشی که Kid و همکاران در جوانان بی‌خانمان انجام دادند، نتیجه گرفتند که بین تاریخچه اقدام به خودکشی و سبک مقابله‌ای متمرکز بر حل مسأله رابطه آماری معنی‌داری وجود ندارد (۲۵). در حالی که نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد از روش مقابله‌ای متمرکز بر هیجان استفاده می‌کنند و هم‌چنین نتایج حاصل روش رگرسیون لجستیک نشان داد که سبک مقابله‌ای متمرکز بر حل مسأله به‌طور منفی اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کند. یکی از دلایل این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در نمونه‌های مورد بررسی باشد. نمونه‌های مطالعه Kid و همکاران از بین جوانان بی‌خانمان انتخاب شده بودند، در حالی که نمونه‌های این پژوهش شامل افرادی بودند که به علت اقدام به خودکشی به بیمارستان مراجعه کرده بودند. مطالعه حاضر یک مطالعه مورد شاهدی مبتنی بر جمعیت بوده لذا مشکلات ناشی از تورش انتخاب در این مطالعه حداقل می‌باشد. هم‌چنین Kid و همکاران تنها از دو عبارت برای سنجش سبک مقابله‌ای متمرکز بر مسأله استفاده کرده‌اند که این عامل می‌تواند اعتبار اندازه‌گیری آن‌ها را کاهش دهد. با این وجود، در تحقیقی که Dixon و همکاران (۲۶) نقش ناامیدی را در ارتباط بین حل مسأله و خودکشی مورد بررسی قرار داده بودند به این نتیجه رسیدند که ناتوانی در حل مسأله باعث ایجاد ناامیدی و آشفتگی هیجانی در افراد می‌شود، احساس ناامیدی نیز می‌تواند نقش تعدیل‌کننده‌ای در راه‌اندازی افکار و رفتار خودکشی داشته باشد. بنابراین، به نظر می‌رسد که عامل ناامیدی و فشار روانی ناشی از عدم حل مؤثر مسأله می‌تواند افراد را به سمت اقدام به خودکشی سوق دهد. در همین راستا در مطالعه‌ای که بر روی زنان زندانی انجام شد، محققان به این نتیجه رسیدند که بین سابقه اقدام به خودکشی و سبک مقابله‌ای متمرکز بر مسأله رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد و زنانی که سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند از سبک‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسأله کمتر استفاده می‌کرده‌اند (۲۷).

هماهنگ با یافته‌های این تحقیق، ادبیات گسترده‌ای از این یافته حمایت می‌کند که رویدادهای ناخوشایند زندگی افراد را نسبت به رفتار خودکشی آسیب پذیر می‌کند. برای مثال، رویدادهایی مانند والدین طلاق گرفته، والدین ناسازگار، خانواده پرمشاجره، تاریخچه سوءاستفاده جسمی و جنسی در دوره کودکی، سبک فرزندپروری معیوب و غفلت‌کننده که در آن والدین عامل استرس به‌شمار می‌رود، با رفتارهای خودکشی رابطه دارد (۲۸). مطالعات نشان داده‌اند که دگرگونی‌های ناشی از محیط اولیه زندگی می‌تواند به صورت مادام‌العمر روی ژن و سپس روی فنوتایپ که در حساسیت نسبت به بیماری‌ها دخیل است اثر بگذارد. مدل‌های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.1.1]

حیوانی و اطلاعات مربوط به مطالعات انسانی از این فرضیه که رویدادهای اولیه زندگی با تأثیرگذاری بر اپی‌ژنوم می‌تواند بر حساسیت به استرس و سلامت روانی در سال‌های بعدی زندگی تأثیر بگذارد، حمایت کرده‌اند (۲۹). در سطح انتقال دهنده عصبی، سیستم‌های نوروآدرنرژیک و سروتونین به‌وسیله استرس تحت تأثیر قرار می‌گیرند. کودکان با تاریخچه سوء استفاده مستعد رفتار خودکشی در زندگی بزرگسالی هستند و فرزندپروری نامطلوب ممکن است اثر با ثباتی روی کارکرد سروتونین داشته باشد. علاوه بر این، این اثر می‌تواند سهم مهمی در افزایش خطر خودکشی داشته باشد چرا که مطالعات نشان می‌دهند که در افراد اقدام‌کننده به خودکشی فعالیت محور HPA و سیستم نوروآدرنرژیک بالاست (۳۰).

به طور کلی ویژگی‌های خانوادگی، سبک‌های حل مسأله و رویدادهای استرس‌زای زندگی در تعامل با ویژگی‌های دموگرافی سهم مهمی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی دارند اما همان‌طور که می دانیم در تبیین رفتارهای پر خطر از جمله خودکشی تنها یک یا چند عامل معدود دخیل نیست 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 گیرد.

با توجه به مقطعی بودن این پژوهش، امکان پیگیری طولانی مدت نمونه مورد بررسی نبوده است، بنابراین توصیه می‌شود که این مطالعه با مرحله پیگیری طولانی‌تر انجام شود. هم‌چنین مطالعه حاضر بر روی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان آذرشهر و در سال ۱۳۹۰ صورت گرفته است، بدیهی است که در به‌دست آمدن نتایج مذکور عامل فرهنگ و شرایط اقتصادی حاکم بر جامعه بی‌تأثیر نبوده است، لذا باید در تعمیم نتایج به افراد سایر فرهنگ‌ها و در زمانی متفاوت از آن باید احتیاط لازم را به عمل آورد.

با توجه به این‌که گروه اقدام‌کنندگان به خودکشی دارای مشکلات خانوادگی عدیده‌ای بودند، از سبک‌های حل مسأله غیر مؤثر یعنی هیجان‌مدار استفاده می‌کردند و از سوی دیگر در مقایسه با گروه شاهد نسبت به رویدادهای استرس‌زای زندگی آسیب‌پذیر هستند لذا توصیه می‌شود تا کارگاه‌های آموزشی و پیشگیرانه در راستای بهبود روابط خانوادگی، شیوه‌های حل مؤثر مسأله و نحوه مقابله با رویدادهای استرس‌زای زندگی برای این افراد و افراد در معرض آسیب برگزار شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مساعدت مرکز تحقیقات روان‌پزشکی بالینی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز و از همکاری کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و کارکنان بیمارستان شهید مدنی آذرشهر تقدیر و تشکر می‌نماییم.

References

1. Conner RK, Conwell Y, Duberstein PR. 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. Acta Psychiat Scand 2001; 104(1): 452-7.
2. Hawton K, Heeringen KV. The international handbook of suicide and attempted suicide. USA. New York; John Wiley sons LTD: 2000.
3. Holmes RM, Holmes ST. Suicide: Theory, practice and investigation.Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; 2005.
4. Moscicki EK. Gender differences in completed and attempted suicides. Ann Epidemio 1994; 21 (4): 152-8.
5. Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio AM, Kessler RC. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. J Affect Disorders 2008; 105(1-3): 25-33.
6. Ka Wai Lai, Catherine MC. Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. Int J Psychol 2001; 36 (2): 81–7

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.1.1]

7. Range L M. The family of instruments that assess suicide risk. J Psychopathol Behavioral 2005; 27(2): 133-40
8. Newman K, Harrison L, Dashiff C, Davies S. Relationships between parenting styles and risk bihaviours in adolescent health: An integrative literature review, Rev Latino-am Enfermagem, janeiro-fevereiro 2008; 16(1):142-50.
9. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. J Am Acad Child Psy 2001; 40(7): 837-46.
10. Fortinash KM, Worret PA. Psychiatric mental health nursing. 3rd ed. California: Mosby Company; 2003.
11. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. J Cconsult Clin Psych 2004; 2(2): 156-63.
12. Beautrais A. Suicide in Newzealand II: A review of risk factors and prevention. Journal of the Newzealand Medical Association 2003;116(9):1-11..
13. Sadock B, sadock VA. Synopsis of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincoot Williams and Wikins: 2003.
14. Becker-Weidman EG, Jacobs RH, Reinecke MA, Silva SG, March JS. Social problem-solving among adolescents treated for depression. Behav Res Ther 2010; 48(1): 11-8.
15. Akhavan F. Examine of student attitudes and thoughts about suicide issue. Articles Collections of the first seminar on students mental health. Tehran: University of Tarbiat Modares; 2002.
16. Eddleston M, Rezvi-sheriff MH, Hawton K. Deliberate self harm in Sri Lanka: An overlooked tragedy in the developing world. Brit Med J 1998; 317(6):133-5.
17. Nahid M. Describe the psychological and social characteristics of the suicide attempter than not attempter [thesis]. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences. Institute of Psychiatry; 2002.
18. Sanaie B. Marriage and family assessment scales. Tehran; besat Publications: 2002.
19. Abolghasemi A, Narimani M. Psychological Tests. Baghe Rezvan Publications; 2005.
20. Akbari Zard khaneh S, Jafari S, Dulat shahi B, Mamaganieh M. The relationship between Suicide with personality traits and life events. Journal of Behavioral Sciences 2009; 3(2): 151-8. [In Persian].
21. Esposito CL, Clum GA. The relative contribution of diagnostic and psychosocial factors in the prediction of adolescent suicidal ideation. J Clin Child Psychol 2003; 32(3): 386-95.
22. Wagner BM. Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. Psychol Bull 1997; 121(2): 246-98.
23. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. Child Abuse Neglect 1996; 20(B): 709-23.
24. Beautrais AL. Child and adolescent suicide in New Zealand, Australian and New Zealand of psychiatry 2001; 35(8): 647-53.
25. Kid S A, Carroll MR. Coping and suicidality among homeless youth. J Adolescence 2007; 30 (2): 283-96.
26. Dixon WA, Heppner PP, Rudd MD. Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: Evidence for a mediational model. J Couns Psychol 1994; 41(10): 91-8.
27. Chpman Al, Specht MW, Cellucci T. Factors associated with suicide attempts in female inmates: The hegemony of hopelessness. Suicide life -Thereat 2005; 35(5): 558-69.
28. Pompili M, Innamorati M, Szanto K, Vittorio CD, Conwell Y, Lester D, Tatarelli R, Girardi P, Amore M. Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters. Psychiat Res 2011; 186(2-3): 300–5.
29. Szyf M. The early life environment and the epigenome. Biochimica et Biophysica Acta 2009; 1790, 878-85.
30. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. Nature Reviews. Neuroscience 2003; 12(4): 819–28.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.1.1]

Relationship of family features, coping styles and stressor life events with suicide attempt

Ali Fakhari [1], Mohammad Rostami [2], Tooraj Hashemi [3], Behzad Vahid Haji Agaie Nia [4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The aims of this study were to investigate risk factors for suicide attempte and compered it's with non attempters.

Methods and Materials: In a case-control study, 120 individuals suiside attempeter who had presented to Shahid Madani in the city of Azarshahr were compered with 140 control who were selected using convenienncе sampling, and were matched by a number of demographic factors with each other. Data were gathered using Family Assessment Device (FAD) , Coping Style Questionnaire and researcher-made stressor life events checklist, and were analyzed via Logistic Regression and T-test.

Findings: Suicide attempeter had a poor performance in family features such as relation (p=0.02), problme solving (p=0.001), roles (p=0.001), sentiment sensitivity (p=0.01), sentiment involvement (p=0.001) and family general function (p=0.001) ,use emotion oriented coping style in general (p=0.001) and experinced stressor life events more than non attempters (p=0.001). 66 percent of the variance related to the suicide attempt is due to problme solving, family general function, problem oriented coping style and stressor life events, among which stressor life events (58 precent) and family general function had the lowest (1 percent) share.

Conclusions: Unfavorable family features, ineffective coping style and stressor life events can lead to increased psychological issues such as suicide attempt.

Keywords: Family Features, Coping Style, Stressor Life Events, Suicide Attempte

Citation: Fakhari A, Rostami M, Hashemi T, Vahid Haji Agaie Nia B. **Relationship of family features, coping styles and stressor life events with suicide attempt.** J Res Behave Sci 2014; 12(2): 155-164

Received: 30.07.2012 Accepted: 28.07.2013

1- Association Professor, Behavioral Science Research Centre, Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Medical Sciences Tabriz, Tabriz, Iran
2- M.Sc in Psychology, Behavioral Science Research Centre, Tabriz, Iran (Corresponding Author) Email:rostamy_5@yahoo.com.
3- Association Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran
4- M.Sc in Psychology, Department of Psychology, Office Welfare of Azarshahr, Tabriz, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.1.1]