

## برخی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی

فریبا موسوی<sup>\*</sup>، حمیرا سجادی<sup>\*\*</sup>، حسن رفیعی<sup>\*\*\*</sup>، آوات فیضی<sup>\*\*\*\*</sup>

**طرح مسئله:** خودکشی یک مشکل روانی و اجتماعی و اولین گام در برنامه‌ریزی برای پیشگیری از خودکشی، توجه به کانون خانواده می‌باشد. این پژوهش به منظور شناخت برخی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی انجام گرفته است.

**روش:** این تحقیق یک مطالعه مورد - شاهدی می‌باشد. جامعه آماری آن در گروه موردن، کلیه افراد اقدام‌کننده به خودکشی ساکن شهر اراک می‌باشد که در فاصله زمانی مهر ۱۳۸۲ تا پایان اسفند ماه ۱۳۸۲ برای دریافت خدمات اورژانس به بیمارستان ولی‌عصر (عج) شهر اراک مراجعه کرده و تعادل آن‌ها در گروه مورد ۱۳۰ نفر (۵۱ مرد و ۷۹ زن) بوده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، فهرست وارسی حاوی سوالات بسته بوده است.

**یافته‌ها:** آزمون‌های آماری رابطه معناداری بین «طلاق والدین، خشونت در خانواده، درجه ارتباط کلامی در خانواده، اختلاف والدین، مورد اذیت و آزار قرار گرفتن به لحاظ جسمانی، کلامی یا جنسی در دوران کودکی، سابقه اقدام به خودکشی در خانواده یا آشنايان، سابقه مصرف مواد در خانواده، مراجعت به روان‌پژوهک در خانواده» و اقدام به خودکشی را نشان دادند.

**نتایج:** خانواده یک کانون فرهنگی اجتماعی مهم به شمار می‌آید و با افزایش ارتباط و انسجام در خانواده می‌توان به کاهش آمار خودکشی کمک کرد.

کلید واژه‌ها: اراک، اقدام به خودکشی، عوامل خانوادگی

تاریخ دریافت: ۱۵/۴/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۷/۳/۱

\* کارشناس ارشد برنامه‌ریزی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، کارشناس مسئول دفتر مطالعات اجتماعی و فقره‌زدایی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی <[faribamosavi66@yahoo.com](mailto:faribamosavi66@yahoo.com)>

\*\* متخصص پژوهشی اجتماعی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

\*\*\* روان‌پژوهک، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

\*\*\*\* دانشجوی دکتری آمار، دانشگاه تربیت مدرس

## مقدمه

خودکشی یکی از پدیده‌هایی است که همواره مورد بحث در علوم مختلف به خصوص علوم اجتماعی و روان‌شناسی و روان‌پژوهی می‌باشد. بر اساس گزارش‌های رسمی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ هر ساله حداقل ۵۰۰ هزار نفر در جهان از طریق خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند. این در حالی است که برآورد واقعی سالانه خودکشی در حدود یک میلیون نفر می‌باشد (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۵) که این میزان بسیار بیشتر از تعداد کشته‌شدگان جنگ و مقتولان نزاع‌های بین فردی است. همچنین تخمین زده می‌شود که تعداد موارد اقدام به خودکشی ۸ تا ۱۰ برابر خودکشی‌های موفق می‌باشد و احتمالاً هیچ کشوری نیست که آمارهای داخلی قابل اعتمادی درباره تعداد موارد اقدام به خودکشی داشته باشد. بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، خودکشی در ایران نسبت به سایر کشورهای جهان پایین‌تر است ولی روند رو به رشد اختلالات روانی در جامعه و برخوردهای غیراصولی و سنتی با این مسئله زمینه افزایش بروز این معضل اجتماعی را فراهم می‌کند. میزان بروز خودکشی در ایران ۶/۲ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت است، در حالی که این آمار در کشورهای غربی بالای ۱۲ نفر در صد هزار نفر جمعیت است. همچنین میانگین سن خودکشی در ایران ۲۹ سال و نسبت به کشورهای غربی بسیار پایین‌تر است (یاسمی و همکاران، ۱۳۷۲). در سال‌های اخیر خودکشی در افراد نوجوان و جوان در کشورهای مختلف افزایش نگران‌کننده‌ای نشان داده است. تغییر ساختار جمعیتی کشور و جوان‌تر شدن آن که مساوی است با افزایش افراد اقدام‌کننده به خودکشی نیز بر ابعاد مشکل افزوده است. تمایل به خودکشی به دوره‌ای خاص از زندگی تعلق ندارد، اما به نظر می‌رسد که نوجوانان و جوانان در لحظه‌هایی از زندگی که با مشکلات شخصی روبرو می‌شوند، شکنندگی بیشتری نشان می‌دهند. از سال ۱۹۶۰، میزان خودکشی در میان نوجوانان به طور تقریب ۲۰۰ درصد افزایش پیدا کرده است و به عنوان پنجمین علت مرگ در بین نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله شناخته شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳، به نقل از احمدی‌زاده). تعدادی از عوامل شخصیتی، اجتماعی و خانوادگی می‌تواند زمینه‌ساز بروز خودکشی باشد (برمان و جونز، ۱۹۹۵).

در زندگی اکثر کودکان و نوجوانان، خانواده همواره یک تکیه‌گاه محسوب می‌شود و نخستین مدرسه سلامت روان است از این رو شناخت به موقع و آگاهی از مشکلات عاطفی و روانی خانواده می‌تواند به کاهش خودکشی کمک کند. اهمیت خانواده در این است که وظیفه جامعه‌پذیری و تربیت نسل‌های آتی را نیز بر عهده دارد. در حال حاضر خانواده‌ها دچار انواع آسیب‌پذیری و بحران هستند که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از طلاق، اختلاف و تضادهای زناشویی، خودکشی، کودک‌آزاری، فرار دختران و اعتیاد. این بحران‌ها موجب می‌شود که خانواده نتواند به عملکرد اساسی خویش یعنی رشد عاطفه و وجودان اخلاقی عمل کند و هرگاه بنیان عاطفی و اخلاقی خانواده که از همبستگی اعضا‌یاش نشأت می‌گیرد، متزلزل شود. تصور سایر انحراف‌های اجتماعی نیز دور از ذهن نخواهد بود (مشکاتی، ۱۳۸۱).

اراک یک شهر صنعتی می‌باشد که پدیدهٔ مهاجرت در سال‌های اخیر در آن رشد زیادی داشته است و شلوعی فرایnde و مهاجرت بی‌رویه و تداخل خرد فرهنگ‌های مختلف، زمینهٔ بروز معضلات اجتماعی از جمله گرایش به خودکشی را افزایش داده است. این پژوهش با هدف تعیین عوامل خانوادگی مؤثر بر خودکشی در مراجعان به مرکز آموزشی درمانی شهر اراک در نیمه دوم سال ۱۳۸۲ انجام شد.

#### (۱) پیشینهٔ مطالعه

امیل دورکیم خودکشی را چنین تعریف می‌کند: «خودکشی عبارت است از هر نوع مرگی که نتیجهٔ مستقیم و یا غیرمستقیم کردار مثبت یا منفی خود قربانی است که می‌دانسته می‌باشد چنین نتیجه‌های را به بار آورد» (Durkheim, 1897). خودکشی معمولاً به صورت خودکشی انجام یافته<sup>۱</sup>، اقدام به خودکشی<sup>۲</sup> و افکار خودکشی تظاهر می‌کند. خودکشی انجام یافته شامل همهٔ مواردی است که شخص با انجام یک عمل انهدامی و تخریبی صدمه‌ای به خود وارد می‌کند که منجر به مرگ می‌شود. اقدام

1. Completed suicide
2. Suicide Attempt

به خودکشی شامل آن دسته اقداماتی است که شخص به منظور از بین بردن خود انجام می‌دهد و لیکن منجر به مرگ نمی‌شود. این نوع خودکشی تحت عناوین مختلف مانند خودکشی ناقص، خودکشی ناموفق، عقیم، رشت خودکشی و ... نامیده می‌شود. افکار خودکشی شامل اشتغالات ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن می‌باشد که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است (اسلامی نسب، ۱۳۷۱).

اگربو و همکارانش، در دانمارک، در یک مطالعه مورد - شاهدی به بررسی فاکتورهای خطر خانوادگی، روانی و اقتصادی در خودکشی پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد که به طور کلی ۴۹۶ فرد جوان در دانمارک در طی سال‌های ۱۹۷۷-۱۹۸۱ مرتکب خودکشی شده بودند. مردان سه و نیم برابر بیشتر از زنان مرتکب خودکشی شده بودند و خطر خودکشی در بین افراد جوان با سابقه خانوادگی خودکشی، سابقه بیماری روانی، مجرد بودن، بیکار شدن، جدایی از والدین، والدین دارای تحصیلات پایین و یا درآمد کم، افزایش بیشتری داشت (Agerbo, et al., 2002).

پیرسون و همکاران (Pearson, et al., 2002) در یک مطالعه در چین به بررسی ۱۴۷ نفر زن زیر ۳۵ سال که اقدام به خودکشی کرده بودند و در مناطق روستایی چین زندگی می‌کردند پرداختند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۷۵ درصد این زنان متأهل بوده و متوسط سن آنها ۲۶/۶ سال، تعداد سال‌های متوسط تحصیلات ۵/۱ بود و ۸۷ درصد آنها در فعالیت‌های تولیدی شرکت داشتند. بیشترین روش مورد استفاده توسط ۱۴۷ نفری که اقدام به خودکشی کرده بودند مسمومیت بود و اختلاف خانوادگی، مشکلات اقتصادی و بیماری جدی غالباً به خودکشی مربوط می‌شد. معمولاً زنان جوان روستایی مقید و محصور هستند و فرهنگ چینی مباحثه در مورد مشکلات فردی با افراد بیرون از خانواده را تشویق نمی‌کند.

برنت و همکاران در سال ۱۹۹۴ در پنسیلوانیای غربی در یک مطالعه مورد - شاهدی به مقایسه ۶۷ نوجوان قربانی خودکشی و ۶۷ نفر که از نظر سن، جنس، وضعیت اقتصادی اجتماعی و محل سکونت با آنها همسان شده بودند پرداختند. نمونه‌ها از قربانیان خودکشی بزرگسالان طی فاصله زمانی ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۰ در ۲۸ شهر پنسیلوانیای غربی و

افراد گروه شاهد نیز از طریق نمونه‌گیری خوش‌های انتخاب شدند. در این مطالعه به بررسی ارتباط مؤثر بین فاکتورهای خطر خانوادگی و خودکشی موفق در نوجوانان پرداختند و مشخص گردید تاریخچه افسردگی خانوادگی، سوءصرف مواد و الکل و رفتار خودکشی در اقدام کنندگان به آن شایع‌تر از گروه شاهد بود. همچنین از نظر ساختار خانوادگی، عدم زندگی با هر دو والد بیولوژیکی، اختلافات کودک و والدین، بیماری جسمانی و مزمن والدین، مشکلات قانونی والدین، سوءاستفاده فیزیکی و نقل مکان در سال گذشته با خطر خودکشی ارتباط پیدا می‌کرد (Brentm, et al., 1994).

مک‌هولوم و همکاران (Mcholom, et al., 2003) در آنتاریو در یک مطالعه توصیفی به بررسی تعیین‌کننده‌های افکار خودکشی و قصد خودکشی در یک نمونه از زنان با اختلال افسردگی اساسی پرداختند. متغیرهای مورد بررسی شامل سوءاستفاده‌های فیزیکی در دوران کودکی، سابقه خانوادگی و فردی خودکشی بود.

نتایج یافته‌ها نشان داد سوءاستفاده فیزیکی در دوران کودکی توسط بیشتر از ۴۰ درصد از پاسخ دهنده‌ها گزارش شده بود. در مورد سابقه روان‌پزشکی والدین، ۴۱/۱ درصد گزارش کرده بودند که حداقل یکی از والدین بیولوژیکی آن‌ها نشانه‌های افسردگی را نشان داده‌اند. همچنین در بعضی موارد از بین نمونه‌ها ۱۰/۵ درصد از پاسخ دهنده‌ها گزارش کرده بودند که حداقل یک والد بیولوژیکی آن‌ها قصد خودکشی داشته است و بیشتر از نیمی (۵۵/۶ درصد) افکار خودکشی را تجربه کرده بودند.

یاسمی و همکاران (۱۳۷۲)، به بررسی همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان از طریق مطالعه مقطعی پرداختند. در مجموع با ۵۶۱ نفر (۳۳۹ زن و ۲۲۲ مرد) مصاحبه شد و یافته‌ها نشان داد که اقدام به خودکشی در این شهر در مقایسه با جمعیت عمومی بیشتر در افراد جوان اتفاق افتاده و در زنان ۱/۵ برابر مردان بوده است. عوامل مرتباً خودکشی عبارت بودند از بیکاری و تحصیلات پایین و شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی مسمومیت به خصوص با داروها و به ویژه دیازپام و بعد از آن خودسوزی و بریلن بود. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین موارد اقدام به خودکشی در

فصل‌های مختلف سال وجود دارد و کمترین موارد و در عین حال مرگ‌آورترین موارد در پائیز اتفاق افتاده بود. هم‌چنین در این مطالعه خودکشی بیشتر بین افراد مجرد، بیکار، و دانش‌آموزان به وقوع پیوسته و  $16/4$  درصد آن‌ها سابقه اقدام قبلی به خودکشی داشتند. ۳۵ درصد آن‌ها به دلیل بیماری‌های جسمی و روانی خودکشی نموده بودند و مشکلات زناشوئی ( $50/3$  درصد) و شکست در ازدواج از جمله فاکتورهای خطر مهم بودند. در این مطالعه هم‌چنین مشاهده گردید که  $6/8$  درصد افراد مورد مطالعه سابقه مثبت خانوادگی اقدام به خودکشی داشتند.

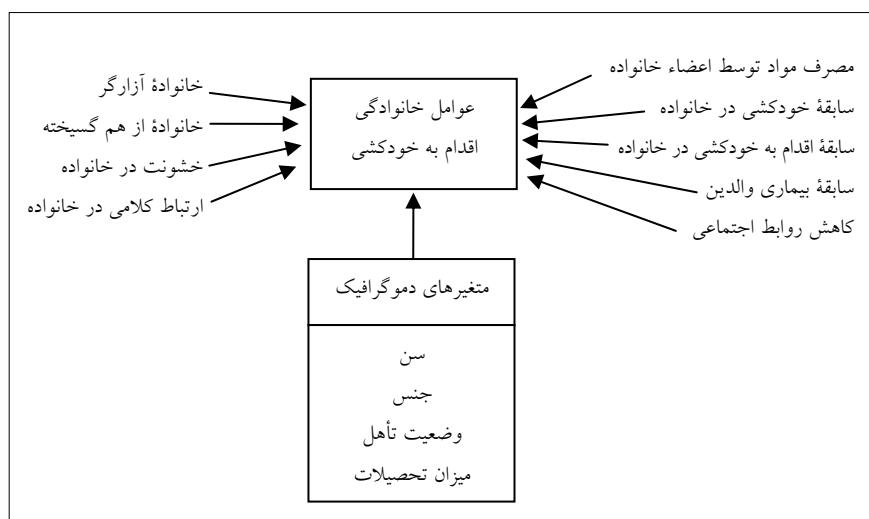
در سال ۱۳۷۰، در مطالعه‌ای در شهر تبریز، صد مورد اقدام به خودکشی از طریق مسمومیت دارویی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که گروه سنی  $15-24$  ساله، ۵۱ درصد آزمودنی‌ها را تشکیل داده و در  $15$  درصد افراد، سابقه اقدام قبلی وجود دارد که در  $66$  درصد این موارد خودکشی در طی یک سال گذشته رخ داده است. اختلافات خانوادگی به عنوان شایع‌ترین علت اقدام در  $54$  درصد موارد گزارش شده، در  $17$  درصد گروه مورد بررسی دارای افسردگی اساسی و  $6$  درصد مبتلا به اختلالات روان‌پریشانه بوده‌اند (پورافکاری و همکاران، ۱۳۷۰؛ به نقل از یزدانی، ۱۳۷۵).

در مطالعه جمشیدزاده و دیگران (۱۳۸۲) شرایط نامناسب زندگی و بیماری روانی علت اظهار شده بیشتر خودکشی‌های موفق و اقدام به خودکشی در استان ایلام بوده است. هم‌چنین افراد بیکار و زنان خانه‌دار آسیب‌پذیرترین قشر در برابر خودکشی بوده‌اند. مطالعات انجام شده نشان داد که مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی عوامل خانوادگی است که این پژوهش سعی دارد این عوامل را بررسی نماید.

ثقه‌الاسلام (۱۳۶۸)، در پژوهشی درباره عوامل استرس‌زا و خودکشی،  $200$  زن و مرد را در بیمارستان لقمان تهران، مورد بررسی قرار داد و مشاهده نمود که بیشترین عاملی که منجر به خودکشی در زنان می‌گردد ( $59$  درصد) مشکلات خانوادگی است. در مردان، بیماری‌های روانی، بهخصوص افسردگی با  $42$  درصد بیشترین عامل خودکشی بود. خودکشی در مردان بیش‌تر با برنامه‌ریزی طولانی مدت جدی قبلی و سابقه تکرار بوده، در

حالی که در زنان خودکشی غیرجدی، بدون برنامه‌ریزی قبلی و در مدت کوتاه صورت می‌گیرد. از نقطه نظر فاکتورهای خطر، در زنان استرس‌های محیطی و خانوادگی در اولویت قرار داشته‌اند و میزان اقدام به خودکشی در آن‌ها تقریباً سه برابر مردان بوده است. بر اساس پژوهش‌های انجام شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی (که به برخی از آن‌ها اشاره شد) چارچوب مفهومی شکل شماره ۱ جهت آزمون فرضیات در نظر گرفته شد.

شکل ۱: چارچوب مفهومی عوامل خودکشی



## (۲) روش مطالعه

### ۱-۲) نوع مطالعه و روش اجرا

این پژوهش از نوع مطالعه‌ی مورد - شاهدی است. بعد از هماهنگی با مسئولین بیمارستان،

محقق هر روز جهت انجام مصاحبه و جمع‌آوری اطلاعات از گروه مورد به بیمارستان مراجعه می‌کرد و با استفاده از فنون مشاوره و پس از برقراری ارتباط اولیه و جلب اعتماد و اطمینان دادن به محرمانه بودن اطلاعات، مصاحبه انجام می‌شد. در مواردی که در همان زمان، انجام مصاحبه دقیق امکان‌پذیر نبود بعداً پس از تماس تلفنی، به صورت حضوری در منزل بیمار اطلاعات مورد نیاز کسب می‌شد. در مورد گروه کترل نیز با مراجعة حضوری در منزل آن‌ها مصاحبه انجام شد.

## ۲-۲) جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در گروه مورد، کلیه افراد اقدام‌کننده به خودکشی بودند که در فاصله زمانی مهرماه تا پایان اسفندماه ۱۳۸۲ برای اقدام درمانی به مراکز آموزشی درمانی شهر اراک مراجعت کرده و خدمات فوریتی برای آن‌ها انجام گرفته بود. افرادی به عنوان اقدام‌کننده به خودکشی در نظر گرفته شدنند که بنابر گفته خود قصد از بین بردن خود را داشته و به بیمارستان آموزشی مزبور ارجاع داده شده بودند و شامل ۱۳۰ نفر، ۵۱ مرد و ۷۹ زن بودند. گروه شاهد نیز که قادر سابقه خودکشی بودند به صورت تصادفی طبقه‌ای مناسب با حجم از افراد خانواده‌های ۳۲ منطقه پایگاه‌های بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهر اراک انتخاب شده و شامل ۲۲۰ نفر، ۷۷ مرد و ۱۴۳ زن بودند.

## ۲-۳) ابزار جمع‌آوری اطلاعات

روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش مصاحبه و مشاهده، و ابزار جمع‌آوری اطلاعات فهرست وارسی حاوی سوالات بسته بود.  
چکلیست در گروه مورد در دو بخش تنظیم شده بود: بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک و بخش دوم شامل سوالات مربوط به متغیرهای فرضیات تحقیق بود. چکلیست گروه شاهد مشابه گروه مورد بود؛ به جز این‌که سوالاتی در مورد زمان، دفعات و نحوه اقدام به خودکشی را در بر نداشت.

## ۲-۴) تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، آزمون مریع‌کای و رگرسیون لجستیک و در غالب موارد با  $P < 0.01$  به عنوان سطح معناداری تحلیل شدند.

## ۲-۵) ملاحظات اخلاقی

با توجه به این‌که پایین‌دی به حفظ اسرار بیماران از اهمیت خاصی برخوردار بوده، نام و نام خانوادگی، توضیحات و سایر صحبت‌ها، آدرس و تلفن، برای تماس‌های بعدی و تکمیل فهرست وارسی و احیاناً انجام مشاوره، در صفحه ضمیمه یادداشت می‌شد، لذا در هنگام استخراج اطلاعات، فهرست‌های وارسی فقط کد داشتند. همچنین در این مطالعه جهت حفظ حقوق انسان‌ها و آزادی در انتخاب و احترام به احساسات آن‌ها، پس از برقراری ارتباط اولیه و احوال‌پرسی از آن‌ها هدف از انجام تحقیق برای آن‌ها گفته می‌شد و در صورت رضایت آن‌ها به همکاری، مصاحبه آغاز می‌شد و اگر بنا بر دلایلی بیماران اقدام به خودکشی را تأیید نمی‌کردند یا همراهان آن‌ها اجازه صحبت با بیمار را نمی‌دادند از گروه نمونه خارج می‌شدند. در این مطالعه چون گروه مورد افراد دردمندی بودند که آخرین راه را برای پایان بخشیدن به مشکلات زندگی خود (اقدام به خودکشی) انتخاب کرده بودند و نیازمند راهنمایی و ایجاد امید و شوق به زندگی بودند پس از تکمیل چکلیست و مصاحبه، پژوهش‌گر بر سر بالین آن‌ها دقایقی را صرف مشاوره می‌کرد.

## ۳) یافته‌ها

### ۱-۱) مشخصات جمعیت‌شناختی

میانگین سنی افراد اقدام‌کننده به خودکشی  $24/68$  سال بوده که  $65/4$  درصد آنان در گروه سنی  $25-40$  سال قرار داشتند.  $60/8$  درصد افراد اقدام‌کننده به خودکشی زن بوده و  $50$  درصد از اقدام‌کنندگان به خودکشی مجرد،  $43/8$  درصد متاهل و  $6/1$  درصد مطلقه و بیوه بودند. از نظر سطح تحصیلات،  $41/5$  درصد در سطح دبیرستان و  $38/4$  درصد در سطح راهنمایی و ابتدایی تحصیل کرده بودند.

### ۳-۲) متغیرهای مربوط به اقدام به خودکشی

جدول شماره ۱ خلاصه یافته‌های توصیفی متغیرهای مربوط به خودکشی را نشان می‌دهد.

جدول ۱: متغیرهای مربوط به اقدام به خودکشی

فرابانی نسبی (درصد)		
۷۹/۸	یکبار	دفعات اقدام به خودکشی
۹/۳	دوبار	
۱۰/۹	بیشتر از دو بار	
۸۴/۱	دارو	
۸	خودزنی	
۳/۲	خودسوزی	
۲/۴	حلق آویز	
۴/۸	دو روش	
۴/۸	سایر	
۴۱/۹	۱۷-۲۴	
۳۴/۱	۱۳-۱۸	ساعت‌های اقدام به خودکشی
۲۰/۲	۷-۱۲	
۳/۹	۱-۶	
۲۲	سه شنبه	
۱۹/۵	چهارشنبه	روزهای اقدام به خودکشی
۱۵/۴	جمعه	
۱۵/۴	دوشنبه	
۲۲/۵	دی	
۲۰/۲	بهمن	ماههای اقدام به خودکشی
۱۷/۴	آبان	
۵۶/۲	زمستان	
۴۳/۸	پاییز	فصول اقدام به خودکشی

همان طور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، ۷۹/۸ درصد افراد اقدام‌کننده به خودکشی برای بار اول و ۸۴/۱ درصد با دارو اقدام به خودکشی کرده بودند. بیشترین روز اقدام به خودکشی سه‌شنبه (۲۲ درصد) و بیشترین ساعت اقدام به خودکشی ساعت ۱۹-۲۴ (۴۱/۹ درصد) بود.

### ۳-۳) عوامل خانوادگی مؤثر بر اقدام به خودکشی

جهت تعیین عوامل خانوادگی مؤثر بر اقدام به خودکشی فرضیه‌هایی مورد آزمون قرار گرفت که به طور خلاصه در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲: خلاصه متغیرهای آزمون شده در گروه مورد و شاهد

Exp(B)	P-value	آماره آزمون کای دو	فراوانی نسبی		
			شاهد	مورد	
۱۴/۱۴۸	۰/۰۰۱	۱۰/۴۲	۰/۵	۶/۲	از هم گسیختگی خانواده
۷/۰۹	۰/۰۰۰	۶۸/۴۷	۲۰/۵	۶۴/۶	خانواده آزارگر
۶	۰/۰۰۱	۱۱/۸۳۷	۱/۸	۱۰	سابقه مصرف مواد در خانواده
۶/۷۳۳	۰/۰۰۰	۴۹/۶۷	۹/۵	۴۱/۵	مراجعه به روانپزشک در والدین
۰/۰۹۱	۰/۱۲	۹/۹۸	۰/۵ ۰ ۴/۵ ۸/۲	۰/۵ ۰/۸ ۱۰ ۳	سابقه خودکشی در خانواده: برادر خواهر بستگان درجه دوم دوست و آشنا
					سابقه اقدام به خودکشی در خانواده: برادر خواهر بستگان درجه دوم دوست و آشنا
					برادر خواهر بستگان درجه دوم دوست و آشنا
					برادر خواهر بستگان درجه دوم دوست و آشنا
					برادر خواهر بستگان درجه دوم دوست و آشنا

## ادامه جدول ۲

۵/۰۱۳			۴۳/۱	۴۷/۲	اختلاف والدین:
۲/۶۸۶	۰/۰۰۰	۷۵/۵۳	۴/۶	۲۵/۲	قهر
۲/۰۵۳			۳/۲	۹/۴	ترک منزل
۱۰/۹۶۷			۰	۰/۰۸	در جهت طلاق
۰/۲۲۲			۰/۰۵	۵/۵	تقاضای طلاق
					طلاق رسمي
۴/۶۰۵			۵۶/۲	۳۵/۷	خشونت والدین:
۴/۹۴۷	۰/۰۰۰	۵۴/۴۹	۸/۲	۲۴	بالا بردن صدا و اخْم
۴/۳۲			۹/۱	۲۸/۷	فحاشی
۰/۵۹۹			۰	۱/۶	کنک سبک
					ضرب و شتم
۱/۵۱۴	۰/۰۰۰	۲۰۸/۵۱	۷۲/۳	۷/۷	تعداد دفعات نداشتن ارتباط کلامی
۸/۹۴۴			۹/۵	۱/۵	در خانواده طی هفتة گذشته:
۳۱/۸۰۰			۷/۳	۶/۹	صفر
۲۵۴/۴۰۰			۵/۵	۱۱/۵	یک بار
			۳/۲	۱۰/۸	دو بار
			۲/۳	۶۱/۵	سه بار
					چهار بار
					پنج بار
۶/۹۷۵	۰/۰۰۰	۷۹/۰۸	۵۵/۹	۲۴/۶	شرکت در میهمانی و گردش:
۰/۴۴۲			۱۳/۲	۵۶/۹	تغییر نکرده
			۳۰/۹	۸/۵	کم تر شده
					بیش تر شده

همان طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، آزمون کای دو رابطه معناداری بین اکثر متغیرهای مورد بررسی و اقدام به خودکشی نشان داد. نتایج نشان می‌دهد مصرف مواد در خانواده موجب شده که اقدام به خودکشی در گروه مورد ۶ برابر گروه شاهد باشد. خانواده آزارگر و جدایی والدین در اثر طلاق نیز باعث شده که اقدام به خودکشی در گروه مورد

(به ترتیب) ۱۴/۴۸ و ۷/۰۹ برابر گروه شاهد باشد. همچنین بررسی ارتباط کلامی و اقدام به خودکشی توسط روش رگرسیون لجستیک نشان داد که رابطه معکوسی میان سطوح ارتباط کلامی (با کاهش ارتباط کلامی) و اقدام به خودکشی وجود دارد؛ یعنی با کاهش ارتباط کلامی اقدام به خودکشی بیشتر می‌شود. بین متغیر کناره‌جویی از دیگران و اقدام به خودکشی نیز ارتباط معنادار بوده و با افزایش شدت کناره‌گیری، اقدام به خودکشی افزایش یافته است؛ یعنی هر چه از سطح شرکت در مجلس دوستانه بیشتر فاصله می‌گیرد احتمال اقدام به خودکشی نسبت به وضعیت عدم تغییر در شرکت در آن مجالس بیشتر می‌شود.

#### ۴) بحث و نتیجه‌گیری

##### ۱-۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناسختی

آمارهای توصیفی مربوط به وضعیت سنی اقدام‌کنندگان به خودکشی نشان داد که بیشتر آن‌ها در فاصله سنی ۱۵-۲۴ سال بودند که این یافته مطابق با نتایج دیگر پژوهش‌ها در این فرضیه می‌باشد (رحمی‌زاده، ۱۳۷۲؛ جمشیدزاده، ۱۳۸۲؛ محسنی، ۱۳۶۶). با توجه به جوان بودن جمعیت کشور این یافته اهمیت زیادی پیدا می‌کند. در توجیه این امر شاید بتوان به مسائلی چون قرار داشتن بحران هویت و بحران بلوغ در این سنین و خصوصیات عاطفی مختص دوره جوانی و نیز قرار داشتن بسیاری از تصمیمات مهم زندگی در این مقطع اشاره کرد. البته بیکاری نیز با توجه به افزایش شدت آن در بین جوانان ۲۱-۳۰ سال احتمالاً می‌تواند بخشی از این موضوع را توضیح دهد.

در این مطالعه اقدام به خودکشی در بین زنان بیشتر از مردان بوده است و اکثر بررسی‌ها نیز اقدام به خودکشی را در زنان بیش از مردان گزارش کرده‌اند (جمشیدزاده و همکاران، ۱۳۸۲؛ Roy, 1995; Booth, 1999).

براساس نتایج این مطالعه افراد مجرد بیشتر اقدام به خودکشی کرده بودند. مطالعات یاسمی و همکاران (۱۳۷۲)، جمشیدزاده (۱۳۸۲)، فرجی هرسینی (۱۳۷۷) و موسوی (۱۳۸۲) نیز مؤید این مطلب می‌باشد. حسن (Hassan, 1995) پی

برد که ازدواج، اینمی قابل توجهی در برابر خودکشی فراهم می‌کند و به طور متوسط طلاق و بیوگی کمترین حفاظت را فراهم می‌کند. نتایج یافته‌های این تحقیق تئوری دورکیم را حمایت می‌کند. دورکیم متذکر شده بود در افراد ازدواج کرده بالای ۲۰ سال از هر دو جنس، کسانی که پیوستگی اجتماعی بالایی دارند به مقدار زیادی کمتر احتمال دارد مرتكب خودکشی شوند (Durkheim, 1897).

میزان تحصیلات افراد اقدامکننده به خودکشی بیشتر در مقطع دبیرستان بود و مطالعات دیگران (حسنپور، ۱۳۵۸؛ احمدی، ۱۳۷۸؛ یاسمی و همکاران، ۱۳۷۲؛ جمشیدزاده، ۱۳۸۲) نیز نشان داد که میزان اقدام به خودکشی در افراد با تحصیلات راهنمایی و دبیرستان بیشتر بوده است.

#### ۴-۲) الگوهای خودکشی

در گروه اقدامکننده به خودکشی بیشتر افراد برای اولین بار اقدام به خودکشی کرده بودند. در مطالعه احمدی (۱۳۷۸) و موسوی (۱۳۸۲) نیز بیشتر افراد مورد بررسی برای بار اول اقدام به خودکشی کرده بودند.

بیشترین روش اقدام به خودکشی استفاده از دارو بوده است. پیرسون و همکاران و (Pearson, et al., 2002)، روی و همکاران (Roy, et al., 1995)، یاسمی و همکاران (۱۳۷۲) و جمشیدزاده (۱۳۸۲) نیز در مطالعات خود مصرف دارو را به عنوان اولین روش اقدام به خودکشی نشان داده‌اند.

#### ۴-۳) نقش عوامل خانوادگی

نتایج این پژوهش با یافته‌های بیوترايس و همکاران (Beautrais, et al., 2000) برانت و همکاران (Brent, et al., 1994) و حسنپور (۱۳۵۸) همخوانی دارد که از هم پاشیدگی خانوادگی را رویداد تهدیدکننده‌ای برای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان ذکر کرده بودند. همچنین بر اساس نظریه جامعه‌شناسی دورکیم طلاق در نتیجه اختلاف مشترک

پیش می‌آید و اختلاف نظم و پیوستگی تأهل را کاهش می‌دهد. اذیت شدن و آزار دیدن در دوران کودکی در اقدام کنندگان به خودکشی بیشتر از گروه مقایسه بوده است. هیبارد (Hibard, 1999) نیز در یک پژوهش مدرسه‌ای دریافت که بذرفتاری جسمی و جنسی در دوران کودکی از همراهان معمول خودکشی در بزرگسالی است.

نتایج این پژوهش رابطه معناداری بین سابقه اقدام به خودکشی والدین و اعضای خانواده با اقدام به خودکشی نشان داد و با یافته‌های برنت و همکاران (Brent & et al., 1994) همخوانی دارد.

همچنین بین درجه ارتباط کلامی در خانواده و اقدام به خودکشی نیز رابطه وجود داشت. بر اساس دیدگاه نظارت اجتماعی، دلبستنگی اجتماعی و ارتباط باعث می‌شود که این احساس در فرد به وجود آید که به انتظارات و خواسته‌های دیگران پاسخ دهد و با این حسن، کمتر فرد هنجارهای اجتماعی را نقض می‌نماید. مورفی (Morfè, ۲۰۰۰) نیز معتقد است داشتن روابط اجتماعی سالم و سازنده و ارتباط داشتن با دیگران به عنوان یک وسیله حفاظتی در مقابل خودکشی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. (مورفی، ۲۰۰۰ به نقل از جمشیدزاده) بیوترايس (Beautrais, 2000) نیز نشان داد که قربانیان خودکشی فشارهای خانوادگی بیشتری را نسبت به گروه کنترل تجربه کرده‌اند. 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. برای مثال افراد خانواده‌ای که با پدر الکلیک یا معتاد سروکار دارد ممکن است به طور مدام بحث کنند و مشاجره داشته باشند و عاطفه و ارتباط کلامی پایینی نسبت به هم نشان دهند.

خشونت والدین به هر شکل بر اقدام به خودکشی تأثیر می‌گذارد. یزدانی (۱۳۷۵) و شاه‌محمدی (۱۳۷۲)، نیز در مطالعه خود درگیری و تشنج در خانواده را از عوامل تأثیرگذار بر اعتماد به نفس، نامیدی و سوق دادن آزمودنی‌ها به سمت رفتار خودکشی دانستند. اختلاف والدین نیز در این مطالعه یک متغیر تأثیرگذار بر اقدام به خودکشی بوده است.

دورکیم افرادی را که از رفتاری مرسوم محروم گردیده‌اند، افراد بی‌هنجر قلمداد می‌کند. فرزند در این خانواده می‌تواند مشمول چنین تعریفی باشد چرا که او می‌گوید خودکشی خشم معطوف به درون است. پیرسون (Pearson, 2002)، تقه‌الاسلام (۱۳۶۸) محسنسی و (۱۳۶۶) نیز در تحقیقات خود اختلافات و مشاجرات، و تهدید توانم با زد و خورد را از عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی ذکر می‌کنند.

شکایت روانی هر یک از والدین نیز در اقدام به خودکشی مؤثر بوده است و می‌تواند بستر خانواده را دچار اختلال عاطفی سازد و در بهداشت روانی اعضاء خانواده تأثیر منفی بگذارد. از سویی بر اساس نظریات جامعه‌شناسی فرد به دلیل عدم ارتباط منطقی با والدین دارای بیماری روانی دچار یک نوع خلاء اجتماعی خواهد شد که از خانواده منشأ گرفته است. در یک نمونه مورد مطالعه، کاشانی (Kashani, 1994) از مقایسه والدین افرادی که افکار خودکشی داشته‌اند با کسانی که افکار خودکشی نداشته‌اند دریافت که در این افراد دامنه بزرگ‌تری از علائم و نشانه‌های روانی دیده می‌شود. کین (Kin, 2002)، رونسون (Runeson et al., 1994) و رنجبر (Ranjbar, 1367) نیز در نمونه‌های مورد بررسی خود مسائل روانی خانواده را از عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی ذکر می‌کنند.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد کناره‌جویی از دیگران و کاهش رابطه صمیمانه با اقدام به خودکشی در ارتباط می‌باشد. قربانیان خودکشی به گونه‌ای که گزارش شده دارای دوستان کم‌تری نسبت به افرادی هستند که در اثر حوادث طبیعی فوت شده‌اند و غالباً تنها زندگی می‌کنند. کیانفر (1352) و برنت و همکاران (1994) نیز در مطالعه خود به چنین نتیجه‌های دست یافتنند. این یافته خودکشی از نوع بی‌هنجرانه دورکیم را تأیید می‌کند که در آن، هنگامی که قدرت سازگاری برخی از افراد دچار اختلال می‌شود و برقراری سازگاری مجدد و سریع در آن‌ها غیر ممکن می‌گردد و اقدام به خودکشی می‌کنند.

هم‌چنان‌که ذکر گردید، سابقه خودکشی والدین یا اعضای خانواده، با اقدام به خودکشی در هیچ‌یک از سطوح معنی‌داری تأیید نگردید؛ که این یافته، با یافته‌های روی (Roy, et al., 2000) و شافر (Shafer, et al., 2001)، مغایرت دارد. در توجیه این مغایرت می‌توان به تعداد کم

این موارد در گروه مورد اشاره کرد. لذا انجام پژوهش‌هایی در سطح وسیع‌تر با کنترل متغیرهای مخلوط‌کننده از طریق همسان نمودن گروه کنترل و شاهد توصیه می‌گردد. در چارچوب مفهومی ارائه شده در پیشینه تحقیق، اکثر متغیرهای عوامل خانوادگی اقدام به خودکشی با اقدام به خودکشی ارتباط معنادار داشته و موجب افزایش اقدام به خودکشی شدند و جز در مورد متغیر سابقه خودکشی در والدین، مدل مورد تأیید قرار گرفت. خودکشی یک مشکل سلامت عمومی جامعه محسوب می‌شود و پیشگیری و آموزش در کنترل آن نقش مؤثری را دارا می‌باشد. از سویی خانواده یک کانون فرهنگی اجتماعی مهم به شمار می‌آید و نقش مهمی در جهت پیشگیری از مسائل آسیب‌زا افراد در آینده دارد، لذا با افزایش انسجام خانوادگی می‌توان به کاهش آمار خودکشی کمک کرد.

- احمدی، بنفشه. (۱۳۷۸)، بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی و اختلالات روانی همراه با آن در اقدام کنندگان به خودکشی مراجعه به بیمارستان ولیعصر اراک از شهریور ۱۳۷۸ تا بهمن ماه ۱۳۷۸، پایان نامه دکتری پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک.
- اسلامی نسب، علی. (۱۳۷۱)، بحران خودکشی، چاپ اول، تهران، انتشارات فردوس.
- ثقه‌الاسلام، طاهره. (۱۳۶۵)، خودکشی و عوامل سیکولولوژیک آن در بخش مسمومین داروئی، تهران، مرکز پزشکی لقمان حکیم.
- جمشیدزاده، فرخ لقاء. (۱۳۸۲)، بررسی روند تغییرات برخی ویژگی‌های موارد خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام طی سال‌های ۱۳۷۳-۸۰ تهران، پایان نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- حسن‌پور، مجید. (۱۳۵۸)، بررسی تحلیلی آمار اقدام به خودکشی، پایان نامه دوره کارشناسی ارشد، انسیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- رحیم‌زاده، سعید. (۱۳۷۲)، تعیین ویژگی‌های اقدام به خودکشی در واحدهای پژوهشی مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی و اخوان کاشان از اسفند تا شهریور ۱۳۷۲، پایان نامه دکتری پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان.
- رنجبر، فرهادخت. (۱۳۶۷)، مطالعه صفات مشخصات افراد اقدام کننده به خودکشی در یکی از بیمارستان‌های آموزشی تهران، پایان نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۵)، طرح پیشگیری از خودکشی در استان ایلام، تهران، سازمان بهزیستی کشور.
- شاه‌محمدی، داوود. (۱۳۷۲)، گزارش جامع از پژوهه تحقیقاتی ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در روستاهای شهرکرد، سال (۱۳۶۸-۶۹)، منتشر نشده.
- فرجی هرسینی، مسعود. (۱۳۷۷)، «بررسی و مصاحبه با ۱۰۰ مورد اقدام به خودکشی و تعیین اتیولوژی مربوطه در بخش‌های سوختگی و مسمومیت بیمارستان امام خمینی و بخش اورژانس بیمارستان فارابی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۳۷۷-۱۳۷۶»، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.
- کیانی‌فر، خدیجه. (۱۳۵۲)، مطالعه اقدام به خودکشی با نابسامانی خانوادگی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.

- محسنی، منوچهر. (۱۳۶۶)، انحرافات اجتماعی، انگیزه و علل خودکشی، تهران، چاپ مروی.
- موسوی، فربیا. (۱۳۸۲)، بررسی ویژگی‌های افراد اقدام کننده به خودکشی در شهر اراک، بهزیستی استان مرکزی، معاونت پیشگیری، دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی.
- همتی، رضا. (۱۳۸۳)، «عوامل مؤثر بر خشونت مردان علیه زنان: مطالعه موردی خانواده‌های تهرانی»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، شماره ۱۲.
- یاسمعی، محمدتقی و صانعی، نسرین. (۱۳۷۲)، «بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی در شهرستان کرمان»، *خلاصه مقالات چهارمین کنگره پژوهش‌های روان‌پژوهی و روان‌شناسی در ایران*، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- یزدانی قیچاق، سعید. (۱۳۷۵)، «بررسی تعدادی از ویژگی‌های روان‌شناختی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی و مقایسه آن با نوجوانان مبتلا به اختلالات روانی و عادی»، پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد انتیتو روان‌پژوهی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- Agerbo, E.; Nordentoft, M. & Mortensen, P. (2002), "Famillial / Psychiatric and Socioeconomics Risk Factors for Suicide in Young People, Nested-Case-Control Study", **British Medical Journal**, London, Vol. 325
- Beautrais, Annetel. (2000), "Risk Factors for Suicide Among Young People", **Australian Newzealand Journal of Psychiatric**, Vol. 34.
- Booth, Heather. (1999), "Gender, Power and Social Change : Youth Suicide among the Eiji Indians and the Western Samoans", **The Journal of Polynesian Society**, 108(1).
- Brent, D.A.; Perper, J.A.; Mortiz, G; Liotsl, A. et al. (1994), "Familial Risk Factors for Adolescent Suicide, A Case Control Study", **Actapsychiatr Scand**, Vol. 89.
- Durkheim, E. (1897), **Suicide: A Study in Sociology**, New York, The Free Press.
- Hassan, R. (1995), "Marital Status and Suicide in the National Longitudinal Mortality", **The Australian Experience**, Melboune University Press, Victoria.
- Hibbard. (1999), Risk factors for Adolescence Suicide and Suicidal behavior. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**. 38(7).

- Kashani. J. H.; Reid, J. & Rosenberg. T. (1994), "Depression, depressive Symptoms, and depressed mood among a Community Sample of adolescents. Am J Psychiatry; Vol. 144.
- Kin, (2002), **Epidemiology and Methodology of Suicide**, available at: <<http://en.Wikipedia.Org/Wiki/Epidemiology and Metology of Suicide>>.
- Mcholom, A. E.; Macmillan, H. & Jamieson, E. (2003), "The Relationship Between Childhood Physical Abuse & Suicidality Among Depressed Women: Results From a Community Sample", **The American Journal of Psychiatry**, Washington, Vol 160.
- Pearson. V.; Philips, R. et al. (2002), "Attempted Suicide Among Young Rural Women in the Peoples Republic of China: Possibilities for Prevention Suicide", New York, Vol 32, Iss. 4. Pj. 359. 11 pgs.
- Rog, (2000), "Suicide", in H. L. Kaplan & B. J. Sadock. (Eds), **Comperhensive Textbook of Psychiatry**, Baltimore, Williams & Wilkins.
- Roy, A.; Segal, N. L.; Centerwall, B. S. & Robinette, C.D. (1995), "Suicide in Twins", **Arch Gen Psychiatny**, 1991, 48-29-32.
- Runeson, B.O, & Marje, Asberg. (1997), 'Family Histony of Suicide Among Suicide Victims", **The American Journal of Psychiatry**, Washington, Vol. 160.
- Shaffer, David. & Pfeffer, Cynthia. R. (2001), "Practice Parameter for the Assessment and Threatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior". **Journal of American Academic of Child and Adolesce Psychiatny**, Vol. 40.