

تحلیل ساختاری عوامل تبیین کننده ریسک خودکشی در دانشجویان ایران

چکیده

مقاله حاضر به تبیین ریسک خودکشی در میان دانشجویان کشور می پردازد. داده های این تحقیق از پیمایش ملی پروفایل روانی دانشجویان کشور برگرفته شده است و با استفاده از تحلیل ثانویه و کاربرد مدل معادلات ساختاری (SEM) با استفاده از نرم افزار لیزرل، مدلی تبیینی برای ریسک خودکشی به آزمون گذارده شده است. نتایج تحقیق نشان می دهد که دو مسیر علی به کار رفته در این مدل مجموعاً ۵۸ درصد از واریانس ریسک خودکشی در میان دانشجویان کشور را تعیین می کنند. مسیر اول بیانگر آن است که افسردگی به همراه ناگواریهای سخت در زندگی موجب ایجاد احساس ناامیدی در فرد و افزایش ریسک خودکشی در او می شود؛ و مسیر دوم شامل تاثیر تندخویی و پرخاشگری بر افزایش احتمال انجام رفتارهای ناندیشانه در هنگام عصبانیت و افزایش ریسک خودکشی از طریق این رفتارها می شود.

واژگان کلیدی: ریسک خودکشی، افسردگی، احساس ناامیدی، پرخاشگری، رفتار ناندیشانه، مدل معادلات ساختاری (SEM)، لیزرل (LISREL)، تحلیل ثانویه

مقدمه

جامعه مدرن دارای برخی مشخصه ها و ویژگی هایی است که اگرچه ممکن است ذاتی آن جامعه نباشد، ولی همراه با آن و از پیامدهای آن به شمار می رود. شهرنشینی، خانواده هسته ای، تغییر سبک ازدواج، نرخ بالای طلاق و نیز خودکشی از ویژگی ها و مشخصه هایی است که به وضوح در جامعه مدرن به وجود آمده اند. در مورد قضاوت ارزشی پیرامون برخی شاخصه های انسان مدرن مناقشه هایی وجود دارد و برخی رای به مطلوبیت و بعضی نامطلوبیت این شاخصه ها داده اند؛ با این حال در مورد نامطلوب بودن تعدادی از شاخصه های جامعه مدرن، تا حدودی اتفاق نظر وجود دارد و سیاستگذاران و دانشمندان علوم اجتماعی معتقدند که بایستی آنها را به عنوان پدیده های مرضی در نظر گرفت و در جهت رفع آنها کوشید. طلاق تا حدی در این زمره و خودکشی مشخصاً این قبیل شاخص ها به شمار می رود. امروزه سازمان ها و موسسات زیادی در جهت مطالعه پیشگیرانه خودکشی به وجود آمده اند و بر روی علل و عوامل آن، و نیز عوامل افزایش دهنده ریسک خودکشی و یا پیشگیری کننده از آن مطالعه می کنند. به عنوان مثال مبتنی بر تحقیقات انجام شده در گزارش وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، اقدام قبلی به خودکشی، سابقه بیماریهای روانی، به ویژه افسردگی، سابقه اعتیاد و مصرف مواد مخدر و الکل، سابقه خودکشی در خانواده، سابقه بد رفتاری با کودک در خانواده و ... از عوامل افزایش دهنده

ریسک خودکشی بر شمرده شده است. از سوی دیگر مراقبت درمانی موثر اختلالات روانی، بدنی و اعتیاد، حمایت خانوادگی و اجتماعی و اعتقادات مذهبی و فرهنگی منع کننده از خودکشی از عوامل محافظت کننده فرد در مقابل خودکشی آورده شده است (DHHS ۱۹۹۹).

در یک تعریف اولیه، خودکشی به عمل مختارانه و نیت‌مندانه یک فرد در سلب زندگی از خود گفته می‌شود (Britannica ۱۹۹۹). دورکیم در یک تعریف پوزیتویستی «هر نوع مرگی که نتیجه مستقیم یا غیر مستقیم یک عمل مثبت یا منفی است و توسط فرد قربانی انجام شده باشد» خودکشی می‌نامد (دورکیم، ۱۳۷۸: ۳). او بر اساس تعریف خود، اقدام فرد در جنگ را که آگاهانه منجر به مرگ او می‌شود، نیز از اقسام خودکشی می‌گنجاند (دورکیم، ۱۳۷۸). برخی از تعاریف درون‌گرایانه، نیت فرد در سلب زندگی از خود را از شرایط خودکشی دانسته اند (Wikipedia ۲۰۰۶)؛ بر اساس این تعریف، خودکشی آن دسته از اقداماتی است که فرد آگاهانه انجام می‌دهد و می‌داند که با این اقدام کشته می‌شود و به منظور کشته شدن خود انجام می‌دهد. در این نوع تعریف، اقدام جنگاوران که آگاهانه منجر به مرگ آنان می‌شود ولی برای نجات هم‌زمان یا ملت خود است، در تعریف خودکشی قرار نمی‌گیرد.

جوامع، فرهنگ‌ها و ادیان مختلف در برابر اقدام به خودکشی مواضع متفاوتی ابراز نموده‌اند. در حالیکه در ادیان سامی که عموماً در حوزه خاورمیانه پدید آمده‌اند (اسلام، مسیحیت، یهودیت)، چنین عملی به شدت تقبیح شده است، لیکن در فرهنگ و ادیان جوامع شرق دور و هند، خودکشی در مواردی مجاز و بلکه مستحسن و بلکه واجب شمرده شده است (Britannica ۱۹۹۹). خودکشی بیوه زن در هنگام مرگ شوهرش در دین هندو و نیز خودکشی سامورایی‌ها در هنگام شکست‌ها و فضاخت‌ها امری توصیه شده بود که هنجارهای اجتماعی بر اقدام به خودکشی تأکید می‌کرد (همان). با این حال چنین خودکشی‌هایی در تقسیم‌بندی دورکیم، به عنوان خودکشی‌های دگرخواهانه ناشی از انسجام و هنجارهای اجتماعی شدید جامعه در نظر گرفته می‌شود که دارای میزان مشخص و در موارد خاص و آن هم به توصیه هنجارهای اجتماعی است. این نوع خودکشی عموماً در جوامع سنتی یافت می‌شوند که مشخصه آنان هنجارهای اجتماعی قدرتمند و الزام‌آور بر فرد است و با خودکشی مشهود در جوامع مدرن بنا بر نظر دورکیم متفاوت است. خودکشی در جوامع مدرن عمدتاً در تلاشی خودخواهانه برای پایان دادن به مصائب و مشکلات فردی صورت می‌گیرد. در بعضی موارد نیز افراد دلیلی برای ادامه دادن به زندگی که آن را بی‌معنی می‌دانند، نمی‌بینند. در اینجا نیز دورکیم این خودکشی‌ها را به دو دسته خودخواهانه و ناهنجارانه (آنومیک) تقسیم‌بندی می‌کند (دورکیم ۱۳۷۸). این چنین خودکشی به وضوح از جنبه‌ها و مشخصات جامعه مدرن به شمار می‌رود.

خودکشی در جوامع مدرن و ایران

امروزه، به ویژه در کشورهای پیشرفته اقتصادی و مدرن، خودکشی به آماري نگران کننده تبديل شده است. بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهاني در سالهاي ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۵، خودکشي يکي از سه علت مرگ و مير در سنين ۱۵ تا ۳۴ سال در کشورهای جهان است (WHO ۱۹۹۹). به طور معمول خودکشي در جوامع غربي در بالاترين ميزان و در کشورهای شرقي و ميانه، کمترین نرخ را داراست (CDC ۱۹۹۷). در سال ۱۹۹۸، ۳۰،۵۷۵ نفر در آمريکا به زندگي خود خاتمه دادند که به طور متوسط در هر روز ۸۴ خودکشي رخ داده است. اين ميزان تقريباً دو برابر ۱۷۸۹۳ قتلي است که در آن سال اتفاق افتاده است (CDC ۲۰۰۲). با اين حال ميزان خودکشي هاي گزارش شده، مربوط به تعداد اندکي از اقدام به خودکشي هايي است که به ثمر رسیده است. در سال ۱۹۹۸، حدود ۶۷۱۰۰۰ مراجعه به مرکز فوريت هاي پزشکی ايالات متحده، ناشي از خودزني بوده است (همان). آمار سال ۲۰۰۱ اين کشور حاکی از آن است که از هر ۲۵ نفری که اقدام به خودکشي نموده اند، یک نفر فوت کرده است (Caruso ۲۰۰۱).

خودکشي در ميان گروه هاي سني نيز نرخ هاي متفاوتی دارد. در ايالات متحده، خودکشي پس از تصادفات و قتل هاي رخ داده، سومين علت مرگ جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله است. در سال ۱۹۹۸، نوجوانان و جوانان بيشتر از خودکشي جان خود را از دست داده اند تا از سرطان، بيماري قلبي، ايدز، بيماريهاي ارثي و آنفولانزا (CDC ۲۰۰۲)؛ با اين حال، بيشترين نرخ خودکشي در ميان گروه هاي سني، به افراد ۶۵ سال و بالاتر تعلق دارد. به لحاظ جنسيتي نيز هر چند ميزان اقدام به خودکشي زنان سه برابر مردان گزارش می شود (Krug et al. ۲۰۰۲)، مردان حداقل ۴ برابر بيش از زنان از خودکشي جان خود را از دست می دهند (CDC ۲۰۰۴). اين ميزان براي ۱۵ تا ۱۹ ساله ها به پنج برابر و در ميان جوانان ۲۰ تا ۲۴ ساله، به ۷ برابر می رسد (CDC ۲۰۰۲).

در حالیکه در کشورهای غربي، آمار منتشر شده و رسمي در رابطه با خودکشي وجود دارد، در کشور ايران، خودکشي هنوز امري پنهاني تلقی می شود و مسوولين و نهادهاي ذيربط از ارائه آمارهاي رسمي در مورد آن خودداري می کنند؛ از اين رو، تنها می توان از گفته هاي برخي افراد مسوول و گزارش هاي غيررسمي، نرخ هايي را استنباط کرد. برخي گزارش ها حاکی از آن است که در طول سال هاي ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۳، ميزان خودکشي در ايران دو برابر گرديده در حالیکه رشد جمعيت به اين ميزان نبوده است و اين امر حکايت از آن دارد که رشد خودکشي با آهنگي سريع تر از رشد جمعيت در حال فزوني است (اماني ۲۰۰۶). بر اساس گزارش ماهنامه فرهنگ توس در فوريه ۱۹۹۸، ۶۰ تا ۸۰ درصد از خودکشي ها در ترکمن شهر، ايلام و لرستان، مربوط به زنان جوان بوده، در حالیکه در گيلان و زنجان، مردان بيشترين آمار خودکشي را دارند (همان). در گزارشي از خبرگزاري ايسنا، به نقل از مدير کل پيشگيري آسيب هاي اجتماعي سازمان بهزيستي، ميزان خودکشي در سال ۲۰۰۰ ميلادي ۵ در صد هزار اعلام شده است. اين مقام مسوول، ميزان خودکشي در برخي نقاط کشور را تا ۲۵ در صد هزار معرفي کرده است (ايسنا ۱۳۷۹).

برخی گزارش‌ها نشان از افزایش خودکشی در برخی استان‌های کشور به ویژه ایلام دارند. یک گزارش غیر رسمی بیانگر آن است که در خلال سال‌های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۱، تعداد خودکشی‌ها در این منطقه ۱۶ برابر گردیده است (امانی ۲۰۰۶). فرمانده انتظامی ایلام از افزایش ۱۱۱ درصدی در این استان در سال ۱۳۸۵ خبر می‌دهد (ایسنا ۱۳۸۵). آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۱ نرخ خودکشی در ایران را برای زنان ۰,۱ و برای مردان ۰,۳ نفر در هر صد هزار نفر نشان می‌دهد (WHO ۲۰۰۶) که البته این میزان در سالهای پس از آن بیشتر شده است.

به دلیل عدم وجود آمارهای مستند و رسمی در مورد خودکشی، میزان خودکشی در ایران در هاله‌ای حدس و گمانه زنی قرار دارد. به طوریکه نرخ‌های خودکشی از ۰,۱ تا ۵۱ نفر در صد هزار نفر نیز گزارش می‌شود. شاید در یک برآورد واقع‌گرایانه‌تر، میزان کلی خودکشی را بین ۵ تا ۷ نفر در هر صد هزار نفر برآورد نمود که به هر حال نشانگر افزایش قابل توجهی نسبت به آمار سال ۱۹۹۱ سازمان بهداشت جهانی است. از این رو مطالعه‌ای مستمر و جدی در مورد علل و عوامل افزایش دهنده ریسک خودکشی و نیز عوامل محافظت‌کننده فرد در برابر خودکشی، ضروری می‌نماید.

پیشینه تحقیق

در مورد خودکشی تبیین‌های مختلفی در حوزه‌های مختلف علمی صورت گرفته است. برخی در حوزه زیست‌شناسی به علل و عوامل ارثی و ژنتیکی روی آورده‌اند؛ در حوزه روانشناسی تلاش شده تا با بررسی عوامل شخصیتی علل خودکشی در افراد شناسایی شود. بعضی با گرایش‌های روانشناسی اجتماعی بر تاثیر تقلید بر خودکشی تاکید نموده‌اند و در حوزه جامعه‌شناختی نیز علل و عوامل اجتماعی مؤثر بر خودکشی بررسی می‌شود.

امیل دورکیم (۱۳۷۸) از افرادی است که می‌کوشد تبیینی جامعه‌شناختی در مورد خودکشی ارائه دهد. او با رد دلایل خودکشی در سطح فردی و زیستی، خودکشی را در سطح یک پدیده اجتماعی مورد بررسی قرار می‌دهد. پرسش او این است که چه عواملی نرخ خودکشی در جوامع را تعیین می‌کنند؟ و چون پرسش در سطح اجتماعی طرح شده است، معتقد است پاسخ‌های روانشناختی و زیستی نمی‌توانند تبیین قانع‌کننده‌ای برای این مساله ارائه دهند. او نرخ خودکشی در جوامع مختلف را ناشی از دو پدیده میزان انسجام اجتماعی و نظم اجتماعی می‌داند. بر اساس این دو عامل وی چهار گونه خودکشی را در چهار گونه جامعه تشخیص می‌دهد. در جوامع با انسجام اجتماعی پایین، به دلیل خودمحوری بالای افراد جامعه خودکشی خودخواهانه رخ می‌دهد. در جوامع با انسجام اجتماعی بالا، خودکشی‌های دگرخواهانه ناشی از فشار هنجارهای اجتماعی اتفاق می‌افتد. از سوی دیگر، در جوامع با نظم اجتماعی پایین، خودکشی‌های ناهنجارانه (آنومیک) افزایش می‌یابد، که به خاطر رهایی فرد از قید هنجارهای جهت

دهنده به مسیر زندگی به وجود می آید و در نهایت در جوامع با نظم اجتماعی بالا، خودکشی های قضا و قدری به دلیل فشار نظم اجتماعی موجود بر افراد و تحمل ناپذیری آن از سوی برخی اشخاص پدید می آید.

در حوزه روانشناسی، از آنجا که خودکشی یک تصمیم فردی از سوی شخص تلقی می شود، تلاش بر این است تا علل و انگیزه هایی را که راهبر فرد به سوی سلب جان خویش می شود، شناسایی گردد. به طور سنتی برای فهم علل و انگیزه های خودکشی، محققان یا با بازماندگان خودکشی های ناسرانجام مصاحبه می کنند و یا اینکه می کوشند با مصاحبه با خانواده و دوستان قربانیان خودکشی و مبتنی بر گزارش های آنان، پی به این علل و عوامل ببرند. در مطالعه ای در سالهای ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۵ میلادی در هریس کانتر تگزاس، محققان با افراد ۱۳ تا ۳۴ ساله ای که از یک اقدام به خودکشی جان به در برده بودند، مصاحبه کردند. دانشمندان مرکز جراحات، نتایج مصاحبه ها را بررسی کردند. آنها دریافتند که علاوه بر عوامل سلامت روانی، نظیر افسردگی، بسیاری از عوامل سلامت غیر روانی نیز می تواند رفتار خودکشانه را تحت تاثیر قرار دهد. این عوامل عبارتند از: مصرف الکل، تحرک جغرافیایی، در معرض رفتار خودکشانه بودن، ناامیدی، رفتار کمک جویانه، رفتار بی باکانه و بیماری جسمی (CDC ۲۰۰۲). در یک بررسی دیگر در میان زنان آفریقایی-آمریکایی سنین ۱۸ تا ۴۴ ساله که اقدام به خودکشی کرده اند، همبستگی قوی میان خشونت شریک جنسی و اقدام به خودکشی یافته شد (همان). همچنین مطالعات در سیاتل، حاکی از افزایش ریسک خودکشی بر اثر وجود یک اسلحه گرم در منزل است (همان).

ژانگ و جین (۱۹۹۶) برای تبیین تخیل خودکشی^۱ یک بررسی مقایسه ای میان دانشجویان چینی و آمریکایی انجام داده اند. آنها با استفاده از پرسشنامه از دو نمونه چینی (N=۳۲۰) و آمریکایی (N=۴۵۲) و بررسی نتایج با استفاده از یک مدل لیزل دریافتند که در هر دو نمونه، تخیل خودکشی در میان زنان بیش از مردان است. یافته های تحقیق در نمونه آمریکایی این نکته را که پیوستگی خانوادگی و مذهبی بودن با تخیل خودکشی رابطه معکوس دارد، تایید می کند؛ ولی نمونه ماخوذ از دانشجویان چینی، همبستگی مثبتی میان مذهبی بودن با تخیل خودکشی نشان می دهد. نتایج این تحقیق مشخص کرد که مذهب لزوماً عامل بازدارنده از خودکشی نیست، بلکه مبتنی بر نوع آموزه های دینی، تعلق خاطر به مذهب می تواند بازدارنده یا مشوق به خودکشی باشد.

برخی تحقیقات روانشناختی، به ویژه بر نقش افسردگی^۲ بر اقدام به خودکشی تاکید می کنند. بر اساس گزارش SAMHA (۲۰۰۶) در آمریکا، ۱۰،۴ درصد (۱،۷ میلیون نفر) از نوجوانان ۱۸ ساله و مسن تر که تجربه MDE^۳ (حادثه افسردگی شدید) داشته اند، تلاش برای خودکشی کرده اند، ۱۴،۵ درصد (۲،۴

^۱ suicide ideation

^۲ depression

^۳ major depressive episode

میلیون نفر) طرح یک خودکشی را ریخته‌اند، ۴۰،۳ درصد (۹،۶ میلیون نفر) درباره خودکشی فکر کرده اند و ۵۶،۳ درصد (۹،۲ میلیون نفر) به این اندیشیده اند که بهتر بود اگر آنها مرده بودند. این ریسک خودکشی با افزوده شدن اعتیاد به الکل و مواد مخدر و مصرف آنها، شدت می یابد، به طوریکه نسبت تلاش برای خودکشی در معتادین به الکل به نزدیک ۱۴ درصد و در معتادین به مواد مخدر به نزدیک ۲۰ درصد افزایش می یابد. در یک بررسی دیگر، ریسک خودکشی به عنوان متغیر وابسته مورد تحقیق قرار گرفته است. در این تحقیق، چندین پرسشنامه به نمونه ای از ۹۴ سرباز که ۶۱ نفر از آنان آشکارا برخی شواهد خودکشانه^۱ داشتند، ارائه شده است. با استفاده از تحلیل لیزرل، داده ها نشان می دهند که بهترین مدل، ریسک خودکشی را مستقیماً متأثر از افسردگی و به طور غیر مستقیم از اعمال نااندیشانه^۲ می‌داند (Kaslow M. et al ۱۹۹۲). آپتر^۳ و همکاران (۱۹۹۳) در تحقیقی ۶۰ بیمار روانی را به دو گروه خودکشی کننده و غیر خودکشی کننده تقسیم کردند. نمرات ریسک خودکشی، ریسک خشونت، اضطراب، عصبانیت، رفتار نااندیشانه و وضع روانی میان این گروه ها مقایسه شد. در یک تحلیل ثانویه، نمرات ریسک خودکشی و ریسک خشونت با تمامی دیگر متغیرها در ارتباط قرار داده شد. اضطراب و رفتار ناگهانی رابطه قوی با ریسک خودکشی داشتند. عصبانیت و بی میلی^۴ با ریسک خشونت رابطه داشتند و ویژگی اضطراب با ریسک خشونت رابطه منفی نشان می داد.

از نظریات معروف در مورد خودکشی، نظریه گریز از خود باومیستر (۱۹۹۰) است. بر اساس این نظریه، خودکشی بر اساس انگیزه های گریز از خودآگاهی آزار دهنده تحلیل شده است. زنجیره علی با رخدادهایی آغاز می شود که به طور جدی از معیارها و انتظارات فرد پایین تر هستند. این شکست ها که به صورت درونی مورد شرح و تفصیل قرار می گیرند، برای خود آگاه فرد دردآور هستند. آگاهی از عدم کفایت خود، ایجاد اثرات منفی می کند و از این رو فرد مایل است از خودآگاهی و اثرات مرتبط با آن فرار کند. فرد می کوشد به حالتی از تجربه شناختی (کاهش تمرکزهای دنیایی، تفکر ملموس، اهداف سریع یا نزدیک، صلابت شناختی و طرد معنا) برسد که به او کمک می کند تا خودآگاهی معنادار و احساسات را نفی کند. در این وضعیت خودکشی می تواند به عنوان گام نهایی در تلاش برای گریز از خود و جهان به شمار آید. جوزف و رینج (۱۹۹۹) نظریه گریز از خود باومیستر را در یک جمعیت بیماران کلینیکی سرپایی آزمودند. برای این منظور، ۱۳۲ بیمار سرپایی کلینیکی در دو منطقه متفاوت، سنجه های رخدادهای زندگی، کمال گرایی چند بعدی، افسردگی، ناامیدی، دلایل زندگی و تخیل خودکشی را تکمیل کردند. یک معادله ساختاری، مسیرهای معناداری از کمال گرایی اجتماعاً تعیین شده به افسردگی، از افسردگی به

^۱ suicidal
^۲ impulsivity
^۳ Apter
^۴ resentful mood

نامیدی، از ناامیدی به دلایل زندگی و تخیل خودکشی و از دلایل زندگی به تخیل خودکشی ارائه داد. تحلیل مسیر نشان داد که مدل پیشنهادی نیکویی برازش کلی قوی دارد.

از دیگر عوامل فردی- اجتماعی خودکشی، نوع گرایش جنسی است. تحقیقات نشان می دهد که مردان همجنس‌گرا در مقایسه با دیگر نمونه ها، در اقدام به خودکشی دو تا شش برابر آسیب پذیرتر هستند و یک چهارم جوانانی که مرتکب خودکشی می شوند به این خاطر بوده که آنها قادر به پذیرش همجنس‌گرایی خود نبوده‌اند (Offerdal ۱۹۹۵). بخشی از علل این امر، بدان خاطر است که همجنس‌گرایان در میان جوانان جامعه، نسبتاً مورد طرد واقع می شوند. تحقیقی در سال های ۵-۱۹۹۴ در میان جوانان نروژی نشان می دهد که جوانان نروژی نگرش کاملاً منفی به همجنس‌گرایان زن و مرد دارند و به آنان کمترین میزان علاقه را نشان می دهند (Anderson ۱۹۹۷). یافته های تحقیقی دیگر نشان می دهد سیاهان همجنس‌گرا چهار تا شش برابر بیش از جوانان همجنس‌گرای سفید مستعد خودکشی هستند. این یافته به وضوح بر رابطه میان پذیرش اجتماعی و خودکشی صحنه می گذارد.

برخی شواهد آسیب شناختی نشان می دهند که در فشارهای قانونی میزان خودکشی بالا می رود. این عامل به ویژه در تحقیقات مربوط به خودکشی نیروهای پلیس عامل تبیین کننده‌ای است. ویولانتی (۱۹۹۶) در تحقیق خود دریافت که میزان خودکشی افسران پلیس مرد، ۸٫۳ برابر قتل های رخ داده در میان آنان و ۳٫۱ برابر مرگ های ناشی از تصادفات کاری است. در مقایسه با کارکنان شهرداری، افسران پلیس مرد، ۵۳ درصد در خودکشی به نسبت قتل افزایش نشان می دهند. بنا بر نظر فروید، محدودیت های اجتماعی پرخاشگری، سلامت روانی افراد انسانی را تحلیل می برد و آنها را تهدید به خودکشی می کند. کار فروید اگرچه یک نقطه شروع محسوب می شود، ولی بسیاری از مفاهیم اولیه او در مورد خودکشی به لحاظ تجربی حمایت نشدند. افسران پلیس تحت احکام و قوانین اجتماعی هستند و اغلب بدون جرمه به پرخاشگری می پردازند. وقتی دولت این رفتار پلیس را کنترل می کند، برخی از افسران پلیس نمی توانند خود را با آن وفق دهند و مرتکب خودکشی می شوند. این محقق در مقاله خود بر تاثیر نقش پلیس بر کاهش استفاده از نقش های اجتماعی چندگانه در روابط فردی، روابط با همکاران پلیس و روابط جامعه‌ی^۱ را عامل تاثیر گذار بر آمادگی برای خودکشی می دانند. به عبارت دیگر، افراد پلیس در نحوه مواجهه با مردم و همکاران خود دارای محدودیت هایی هستند که مانع از آزادی عمل آنها می شود که این مساله فشار بالقوه ای را بر آنان وارد می کند.

در مورد تاثیر روابط بین فردی بر تخیل خودکشی، مطالعه ای مبتنی بر یک نمونه ۱۴۳۳ نفری در چین صورت گرفته است. تحلیل مسیر لیزرل در این تحقیق نشان داد که تضاد بین فردی بیشترین تاثیر مستقیم تاثیر کلی را بر تخیل خودکشی داراست و انزوای اجتماعی ضعیف ترین پیش بینی کننده در میان روابط بین فردی است (Zhang & Jin ۱۹۹۸).

^۱ societal

اعتیاد به الکل و میگساری نیز از عواملی است که ریسک خودکشی را افزایش می دهد. در یک بررسی تلاش شده تا یک چارچوب مفهومی برای ارتباط میان اعتیاد به الکل و اقدام به خودکشی تدوین شود. در این مفهوم پردازی، اعتیاد به الکل از طریق چهار مکانیسم افزایش اضطراب و پریشانی روانی، افزایش پرخاشگری، سوق دهی تخیل خودکشی به اقدام به آن و کاهش شناختی که ایجاد و انجام راهبردهای انطباقی جایگزین را مختل می کند، بر اقدام به خودکشی اثر می گذارد (Hufford ۲۰۰۱).

استاک^۱ و همکاران (۱۹۹۴) نیز در تحقیقی تاثیر فمینیسم و مذهبی بودن را بر نگرش نسبت به خودکشی در میان نمونه های ملی ۴۹۴۶ زن و ۴۴۷۵ مرد بررسی کرده اند. دو مدل آزمون شدند؛ مدل اول این بود که مذهبی بودن می بایستی تاثیری بر انگاره خودکشی از طریق تضعیف فمینیسم داشته باشد. مدل دوم بر این مبنا بود که فمینیسم بایستی تاثیر مثبتی بر انگاره خودکشی از طریق کاهش اعتقاد مذهبی داشته باشد. تحلیل لیزرل از دو مدل حمایت می کند، اما حمایت بیشتر برای مدل اول یافته شد.

تبیین نظری

ریسک خودکشی سازه ای است که از سه مفهوم آرزو و تمایل مردن یا زنده نبودن، تخیل یا اندیشیدن به خودکشی و اقدام و تلاش برای خودکشی ساخته شده است. در تبیین ریسک خودکشی در میان دانشجویان کشور از دو نظریه کلی استفاده شده است و بدین ترتیب دو زنجیره علی به سوی ریسک خودکشی ترسیم می شود.

یکم، وضعیت روانی افسردگی است. افسردگی روانی موجب خستگی و دلزدگی از وضعیت حال زندگی، بی ارزش پنداشتن خود، عدم خرسندی و لذت از زندگی و احساس عدم توانایی در فائق آمدن بر مشکلات می شود. این وضعیت روانی منجر به ناامیدی در حل مشکلات و به تبع آن ناامیدی از زندگی می شود. مشکلات و ناگواریهای سخت در زندگی نظیر شکست های عاطفی یا از دست دادن کسانی که بسیار به آنها وابسته ایم، نیز می توانند به نوبه خود ایجاد احساس ناامیدی در فرد کنند. این ناامیدی می تواند موجب پدید آمدن تمایل به خودکشی در فرد شود. این مسیر علی از نظریه جوزف و رینج (۱۹۹۹) و نیز کاسلوفسکی (۱۹۹۲) پشتیبانی می کند.

دوم، وضعیت روانی عصبانیت و پرخاشگری است. افرادی که به لحاظ روانی پرخاشگر و عصبانی هستند به احتمال بیشتری اقدام به رفتارهای نااندیشانه می کنند و این اقدامات نااندیشانه می تواند منجر به صدمه زدن به خود یا خودکشی شود. از سوی دیگر، تندمزاجی و احساسات تند می تواند تخیل به خودکشی را نیز در افراد پدید آورد. این مسیر علی نیز از بخشی از نظریه کاسلوفسکی (۱۹۹۲) حمایت می کند.

^۱ Stack

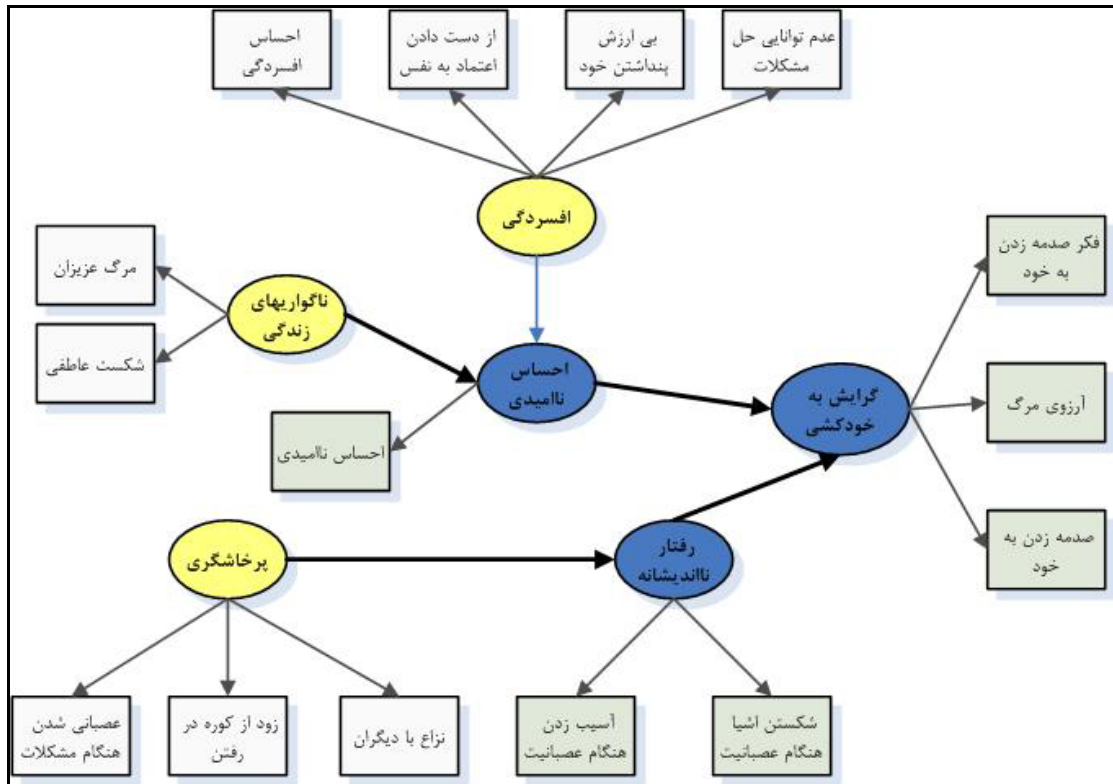
این دو مسیر علی، هر یک از جهتی منجر به ریسک خودکشی در میان افراد جامعه می شود، افسردگی از طریق احساس ناامیدی و دلسردی از زندگی و آرزوی مرگ، و پرخاشگری از طریق رفتارهای احساسی و ناندیشانه در جهت صدمه زدن به خود.

فرضیه های تحقیق

بر اساس تبیین نظری ارائه شده، فرضیه های زیر به صورت آگزیماتیزه شده قابل استخراج و آزمون خواهند بود:

- هر چه افسردگی بیشتر باشد، احساس ناامیدی در فرد بیشتر خواهد بود.
- هر چه فرد ناگواریهایی بیشتری در زندگی داشته باشد، احساس ناامیدی در فرد بیشتر خواهد بود.
- هر چه احساس ناامیدی در فرد بیشتر باشد، ریسک خودکشی در او بیشتر خواهد بود.
- هر چه فرد خصلت پرخاشگری بیشتری داشته باشد، احتمال بروز رفتارهای ناندیشانه در او بیشتر خواهد بود.
- هر چه بروز رفتارهای ناندیشانه در فرد بیشتر باشد، ریسک خودکشی در او بیشتر خواهد بود.

شکل ۱. نمودار روابط علی میان متغیرهای مستقل و وابسته



روش تحقیق

داده های تحقیق حاضر از یک پیمایش ملی در میان دانشجویان سراسر کشور که پروفایل روانی آنان را می‌سنجد، اخذ شده است. این تحقیق در واقع یک تحلیل ثانویه بر روی این داده هاست که می‌کوشد عوامل موثر بر ریسک خودکشی را در میان دانشجویان کشور بیابد.

توصیف داده ها

پرسشنامه این پیمایش ملی شامل ۱۰۲ پرسش است که در مورد وضعیت روانی دانشجویان کشور پرسش هایی را مطرح کرده است. موضوعاتی چون مشخصات عمومی دانشجویان (نام دانشگاه، استان محل سکونت، سن، وضعیت تاهل، رشته دبیرستانی، رشته تحصیلی و ...)، احساس حمایت مندی و داشتن پشتیبان، نحوه مواجهه با مشکلات (مواجهه عقلانی و برنامه ریزی، انصراف از مشکل و مشغول شدن به امری دیگر، و در خود فرو رفتن و غمگینی)، داشتن بیماریهای روانی و جسمی در خود یا خانواده، مشکلات و ناگواریهای حاد در زندگی، میزان سازگاری با محیط، پرخاشگری، احساس نسبت به اطرافیان، وضعیت اقتصادی، مشخصات دوستان، مشخصات شخصیتی (داشتن اعتماد به نفس و ...)، مصرف مواد مخدر و الکل یا رابطه با مصرف کنندگان، وضعیت روانی- احساسی (احساس افسردگی، تحت فشار بودن و ...)، رابطه افراد خانواده با یکدیگر، ریسک خودکشی (تفکر به خودکشی، آرزوی مرگ، آسیب زدن به خود) و ... می باشد.

تعداد کل دانشجویان مورد پرسش قرار گرفته (نمونه پیمایش)، ۲۲۲۱۲ نفر است که از این میان، ۴۱ درصد آنان مرد و ۵۸ درصد زن بوده اند. میانگین سنی دانشجویان ۱۹،۱ سال بوده که ۸۶،۷ درصد آنان بین ۱۸ تا ۲۰ سال داشته اند. با این وصف، چنانچه میانگین سن ورود به دانشگاه را ۱۸ سال در نظر بگیریم، عمده دانشجویان مورد مصاحبه بین سال اول تا سوم دانشگاه خود را می گذرانده اند. همچنین ۹۸ درصد دانشجویان نمونه مجرد و تنها ۲،۰ درصد متأهل بوده اند.

عملیاتی سازی متغیرها و شاخص سازی

تمامی متغیرها در سطح رتبه ای اندازه گیری شده اند و بیشتر آنها متغیرهای دوگزینه ای هستند. برای سنجش میزان افسردگی از چهار پرسش دو گزینه ای در مورد حالت روانی افسردگی استفاده شد. متغیر ناامیدی از یک پرسش در این رابطه اخذ گردید، ناگواریهای سخت زندگی از دو پرسش در مورد شکست های عاطفی و از دست داده عزیزان برگرفته شد، شاخص های متغیر پرخاشگری از سه پرسش در این رابطه ساخته شد و رفتار نااندیشانه نیز از دو پرسش در رابطه با صدمه زدن به خود یا اطرافیان و شکست اشیاء در هنگام عصبانیت ایجاد گردید. متغیر ریسک خودکشی نیز از سه پرسش دو گزینه ای در

مورد اندیشیدن در مورد صدمه زدن به خود، آرزوی زنده نبودن و آسیب رساندن آگاهانه به خود ساخته شده است.

نمونه گیری و حجم نمونه

بر اساس شاخص ها و متغیرهای فوق، ۱۵ متغیر از میان متغیرهای پیمایش پروفایل روانی دانشجویان انتخاب شد و از میان حجم جامعه آماری ۲۲۲۱۲ نفر، ۴۰۰۰ نفر به صورت نمونه گیری تصادفی با استفاده از نرم افزار SPSS انتخاب شد و از این نمونه برای توصیف متغیرها در میان دانشجویان آزمون مدل علی استفاده شده است.

تکنیک تحقیق

این تحقیق از دو بخش تشکیل شده است: بخش اول آن مربوط به پیمایش ملی از دانشجویان کشور با موضوع پروفایل روانی آنان است که با استفاده از ابزار پرسشنامه و تکنیک پیمایش انجام شده است. بخش دوم آن با استفاده از روش تحلیل ثانویه صورت گرفته است که در آن مدل علی و نمودار مسیرهای منتهی به ریسک خودکشی با استفاده از مدل تحلیل ساختاری^۱ مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته‌اند. برای انجام محاسبات مربوط به مدل ساختاری و محاسبه ضرایب مسیرها، نیکویی برازش و معنی‌داری ضرایب از نرم افزار LISREL (قاضی طباطبایی ۱۳۷۷، ۱۳۷۴) استفاده شده است.

اعتبار^۲ و قابلیت اعتماد^۳

پرسش اصلی اعتبار آن است که آیا شاخص های به کار رفته برای سنجش مفاهیم تحقیق، به راستی به آن مفاهیم مربوط هستند یا خیر؟ در این تحقیق شیوه اعتبار سنجی محتوایی^۴ مورد استفاده قرار گرفته است. اعتبار محتوایی اساساً بستگی به میزانی دارد که یک سنجه تجربی حوزه مشخصی از محتوا را باز می‌تاباند (Carmines, Zeller ۱۹۷۹)؛ لذا در این شیوه تلاش بر آن است که ربط منطقی و مفهومی شاخص ها به متغیرهای نهفته یا مفاهیم اصلی تحقیق نشان داده شود.

ریسک خودکشی: از میان سه شاخص این متغیر، تنها یک متغیر به سلب زندگی یا خودکشی اشاره مستقیم دارد که مربوط به آرزوی زنده نبودن از سوی فرد است. شاخص تخیل و تفکر به خودکشی، واژه «صدمه زدن» را به کار می‌برد و شاخص اقدام به خودکشی نیز به «آسیب رساندن آگاهانه به خود» اشاره می‌کند که متفاوت از کشتن خود است. با این حال چنانچه ریسک خودکشی را به صورت یک طیف

^۱ SEM

^۲ Validity

^۳ Reliability

^۴ Content validity

در نظر بگیریم، از سویی این طیف از فکر کردن به خودکشی و تخیل به آن، طرح ریزی یک اقدام خودکشانه و در نهایت به اقدام عملی به آن ختم می شود. از سوی دیگر خودکشی از خود زنی بدون ایراد جرح، آسیب رساندن و مجروح سازی خود و سرانجام اقدام آگاهانه در انجام کاری که به مرگ خود منتهی می شود منتهی می شود. با این دیدگاه و با لحاظ اینکه برخی از خودکشی ها ناشی از رفتارهای نااندیشانه و آنی در خودزنی های فردی هستند (که این تحقیق در پی بررسی آن در جامعه دانشجویان کشور است)، شاخص های اخذ شده تا حد مناسبی می توانند نشانگر ریسک خودکشی باشند. علاوه بر آن دو شاخصی که به طور غیر مستقیم به ریسک خودکشی اشاره دارند، با شاخص آرزوی مردن در فرد همبستگی خوبی نشان می دهند که نشانگر اعتبار سازه ای متغیر ریسک خودکشی است. بارهای عاملی استاندارد شاخص های اندیشیدن درباره صدمه زدن به خود (۰,۸۳)، آرزوی مرگ کردن (۰,۶۵) و آسیب رساندن آگاهانه به خود (۰,۷۶) می باشد که نزدیکی قابل توجهی به یکدیگر دارند.

متغیرهای مستقل: از چهار شاخص به کار رفته در مورد افسردگی، یک شاخص به طور مستقیم به احساس افسردگی و غمگینی مربوط است و موضوع سه شاخص دیگر از دست دادن احساس اعتماد به نفس، بی ارزش پنداشتن خود و احساس عدم توانایی در فائق آمدن بر مشکلات زندگی است. تحلیل عاملی تاییدی، همبستگی این شاخص ها با یکدیگر را تایید می کند و با توجه به پیامدها و عوارض افسردگی می توان سه شاخص دیگر را دارای اعتبار سنجش متغیر افسردگی دانست. متغیر ناامیدی از یک شاخص استفاده کرده است که مستقیما از داشتن احساس ناامیدی می پرسد. همچنین ناگواریهای زندگی از دو شاخص مرگ عزیزان و شکست های عاطفی استفاده کرده است که منطقا مرتبط به موضوع به نظر می رسند. دو متغیر پرخاشگری و رفتارهای نااندیشانه نیز از شاخص های مربوط به آن استفاده کرده اند که ربط منطقی و مفهومی با متغیرهای به کار رفته دارند.

برای محاسبه قابلیت اعتماد داده ها، به دلیل اینکه متغیرهای تحقیق عمدتا تک بعدی نیستند، شاخص های این متغیرها نیز هر یک بعدی خاص از متغیر نهفته را می سنجند؛ از این رو استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای محاسبه قابلیت اعتماد معرف ها مناسب نیست. به عنوان مثال، سه شاخص ریسک خودکشی هر یک بعد خاصی از این متغیر را می سنجند. در مجموع بارهای عاملی بالای این شاخص ها نسبت به متغیرهای نهفته می تواند نشانگر قابلیت اعتماد داده ها باشد.

نتایج و یافته ها

توصیف متغیرها

در مورد شاخص های پرخاشگری، ۱۷,۸ درصد از دانشجویان بیان داشته اند که در هنگام مواجهه با مشکلات شدیداً عصبانی می شوند، ۳۳,۶ درصد از آنان تصدیق کرده اند که «معمولا زود از کوره در می روند»؛ همچنین در پاسخ به پرسش از نزاع و درگیری با دیگران، ۵۶,۳ درصد بسیار کم، ۲۴,۶ درصد کم،

۱۴,۸ درصد در حد متوسط، ۲,۰ درصد زیاد و ۱,۰ درصد اظهار داشته‌اند که درگیری بسیار زیادی با دیگران داشته‌اند.

جدول ۱. فراوانی و درصد مقادیر شاخص های متغیر نهفته پرخاشگری

| شاخص | فراوانی | درصد | درصد نسبی | درصد تجمعی |
|-------------------------|-------------|------|-----------|------------|
| عصبانی شدن هنگام مشکلات | خیر | ۳۲۸۹ | ۸۲,۲ | ۸۲,۲ |
| | بله | ۷۱۱ | ۱۷,۸ | ۱۰۰,۰ |
| زود از کوره در رفتن | خیر | ۲۶۲۲ | ۶۵,۶ | ۶۶,۱ |
| | بله | ۱۳۴۴ | ۳۳,۶ | ۱۰۰,۰ |
| درگیری و نزاع با دیگران | بسیار پایین | ۲۲۵۰ | ۵۶,۳ | ۵۷,۱ |
| | پایین | ۹۸۴ | ۲۴,۶ | ۸۲,۰ |
| | متوسط | ۵۹۰ | ۱۴,۸ | ۹۷,۰ |
| | بالا | ۷۹ | ۲,۰ | ۹۹,۰ |
| | بسیار بالا | ۳۹ | ۱,۰ | ۱۰۰,۰ |
| | | | | |

در میان شاخص های رفتار نااندیشانه، در پاسخ به پرسش از اینکه «آیا تاکنون آنقدر عصبانی شده‌اید که به خود یا دیگران آسیب بزنید؟»، ۸۶,۴ درصد پاسخگویان پاسخ خیر، و ۴,۹ درصد یک بار، ۷,۴ درصد چند بار و ۰,۹ درصد به دفعات چنین عملی از آنان سر زده است. همچنین در مورد شکستن وسایل و اشیاء اطراف نیز ۷۳,۱ درصد پاسخ خیر، ۱۲,۰ درصد یک بار، ۱۳,۰ درصد چند بار و ۱,۳ درصد به دفعات اقدام به این عمل نموده‌اند.

جدول ۲. فراوانی و درصد مقادیر شاخص های متغیر نهفته رفتارهای نااندیشانه

| شاخص | فراوانی | درصد | درصد نسبی | درصد تجمعی |
|---------------------------|--------------|------|-----------|------------|
| آسیب زدن به خود یا دیگران | خیر | ۳۴۵۷ | ۸۶,۴ | ۸۶,۸ |
| | بله یکبار | ۱۹۴ | ۴,۹ | ۹۱,۷ |
| | بله چندبار | ۲۹۵ | ۷,۴ | ۹۹,۱ |
| | بله به دفعات | ۳۶ | ۰,۹ | ۱۰۰,۰ |
| شکستن اشیاء پیرامون | خیر | ۲۹۲۴ | ۷۳,۱ | ۷۳,۶ |
| | بله یکبار | ۴۷۹ | ۱۲,۰ | ۸۵,۶ |
| | بله چندبار | ۵۲۱ | ۱۳,۰ | ۹۸,۷ |
| | بله به دفعات | ۵۰ | ۱,۳ | ۱۰۰,۰ |

در مورد شاخص های سازه ناگواربهای سخت در زندگی، ۱۸,۶ درصد دانشجویان اخیرا یکی از نزدیکان خود را از دست داده‌اند و ۲۲,۷ درصد آنان اخیرا در روابط عاطفی خود با دیگران با شکست مواجه شده‌اند.

جدول ۳. فراوانی و درصد مقادیر شاخص های متغیر نهفته ناگواریهای سخت در زندگی

| شاخص | فراوانی | درصد | درصد نسبی | درصد تجمعی |
|--------------------|---------|------|-----------|------------|
| از دست دادن عزیزان | خیر | ۳۲۱۹ | ۸۰,۵ | ۸۱,۲ |
| | بله | ۷۴۳ | ۱۸,۶ | ۱۰۰,۰ |
| شکست عاطفی | خیر | ۳۰۳۵ | ۷۵,۹ | ۷۷,۰ |
| | بله | ۹۰۷ | ۲۲,۷ | ۱۰۰,۰ |

تنها شاخص متغیر احساس ناامیدی حاکی از آن است که ۵۰,۴ درصد پاسخگویان در حد بسیار کم، ۲۲,۰ درصد کم، ۱۷,۰ درصد در حد متوسط، ۶,۱ زیاد و ۳,۸ درصد اخیرا احساس ناامیدی بسیار زیادی داشته‌اند.

جدول ۴. فراوانی و درصد مقادیر شاخص متغیر نهفته احساس ناامیدی

| شاخص | فراوانی | درصد | درصد نسبی | درصد تجمعی |
|-----------|---------|------|-----------|------------|
| کم خیلی | ۲۰۱۴ | ۵۰,۴ | ۵۰,۷ | ۵۰,۷ |
| کم | ۸۷۹ | ۲۲,۰ | ۲۲,۱ | ۷۲,۸ |
| متوسط | ۶۸۱ | ۱۷,۰ | ۱۷,۱ | ۹۰,۰ |
| زیاد | ۲۴۵ | ۶,۱ | ۶,۲ | ۹۶,۱ |
| زیاد خیلی | ۱۵۳ | ۳,۸ | ۳,۹ | ۱۰۰,۰ |

سازه افسردگی دارای چهار شاخص بوده است. شاخص اول در پاسخ به پرسش از اینکه «آیا احساس غمگینی و افسردگی داشته اید؟»، ۳۸,۷ درصد پاسخگویان اصلا، ۴۲,۴ درصد در حد معمول، ۱۳,۸ درصد بیش از حد معمول و ۴,۳ درصد اظهار داشته‌اند که خیلی بیش از حد معمول احساس افسردگی داشته‌اند. در پاسخ به پرسش از دست دادن اعتماد به نفس، ۵۷,۰ درصد دانشجویان اظهار داشته‌اند که هیچگاه اعتماد به نفس خود را از دست نداده‌اند، ۳۲,۴ درصد در حد معمول، ۷,۸ درصد بیش از حد معمول و ۱,۸ درصد خیلی بیش از حد معمول احساس اعتماد به نفس خود را از دست داده‌اند. در پاسخ به اینکه آیا خود را آدم بی ارزشی پنداشته‌اید، ۸۱,۶ درصد پاسخ داده‌اند که به هیچ عنوان خود را انسان بی ارزشی نپنداشته‌اند، ۱۳,۲ درصد در حد معمول، ۳,۵ درصد بیش از حد معمول و ۱,۱ درصد خیلی بیش از حد معمول دارای این احساس بوده‌اند. همچنین در مورد احساس عدم توانایی در فائق آمدن بر مشکلات، ۵۷,۹ درصد دانشجویان بیان داشته‌اند که اصلا دارای این احساس نبوده‌اند، ۳۳,۸ درصد در حد معمول، ۵,۶ درصد بیش از حد معمول و ۱,۹ درصد خیلی بیش از حد معمول دارای این احساس بوده‌اند.

جدول ۵. فراوانی و درصد مقادیر شاخص‌های متغیر نهفته افسردگی

| شاخص | فراوانی | درصد | درصد نسبی | درصد تجمعی |
|--------------------------------|------------------------|------|-----------|------------|
| احساس غمگینی و افسردگی | اصلا | ۱۵۴۹ | ۳۸,۷ | ۳۹,۱ |
| | معمول حد در | ۱۶۹۴ | ۴۲,۴ | ۸۱,۸ |
| | معمول حد از بیش | ۵۵۲ | ۱۳,۸ | ۹۵,۷ |
| | معمول حد از بیشتر خیلی | ۱۷۰ | ۴,۳ | ۱۰۰,۰ |
| از دست دادن اعتماد به نفس | اصلا | ۲۲۷۹ | ۵۷,۰ | ۵۷,۶ |
| | معمول حد در | ۱۲۹۵ | ۳۲,۴ | ۹۰,۳ |
| | معمول حد از بیش | ۳۱۳ | ۷,۸ | ۹۸,۲ |
| | معمول حد از بیشتر خیلی | ۷۱ | ۱,۸ | ۱۰۰,۰ |
| بی ارزش پنداشتن خود | اصلا | ۳۲۶۵ | ۸۱,۶ | ۸۲,۱ |
| | معمول حد در | ۵۲۹ | ۱۳,۲ | ۹۵,۴ |
| | معمول حد از بیش | ۱۴۱ | ۳,۵ | ۹۸,۹ |
| | معمول حد از بیشتر خیلی | ۴۴ | ۱,۱ | ۱۰۰,۰ |
| احساس عدم توانایی در حل مشکلات | اصلا | ۲۳۱۵ | ۵۷,۹ | ۵۸,۴ |
| | معمول حد در | ۱۳۵۰ | ۳۳,۸ | ۹۲,۴ |
| | معمول حد از بیش | ۲۲۵ | ۵,۶ | ۹۸,۱ |
| | معمول حد از بیشتر خیلی | ۷۵ | ۱,۹ | ۱۰۰,۰ |

در نهایت، سازه ریسک خودکشی به سه شاخص ساخته شد. اولین شاخص به این سوال می پردازد که «آیا آن قدر احساس درماندگی کرده‌اید که آرزو کنید کاش زنده نباشید؟» در پاسخ به این پرسش، ۳۲,۶ درصد دانشجویان به آن پاسخ مثبت و ۶۵,۷ درصد پاسخ منفی داده اند. شاخص دوم در مورد تخیل و اندیشیدن در مورد صدمه زدن به خود است که ۷,۷ درصد دانشجویان تصدیق نموده‌اند که تا کنون به فکر صدمه زدن به خود افتاده اند. این پرسش به طور ضمنی اندیشه خودکشی را مطرح می کند که با لفظ مبهم صدمه زدن بیان شده است. پرسش سوم به طور مستقیم در مورد سابقه آسیب رساندن به خود سوال می کند. ۹۵,۳ درصد دانشجویان اظهار داشته اند که هرگز چنین کاری نکرده اند؛ در مقابل، ۳,۷ درصد پاسخگویان بیان کرده‌اند که تاکنون آگاهانه به خود آسیب رسانده‌اند.

جدول ۶. فراوانی و درصد مقادیر شاخص‌های متغیر نهفته ریسک خودکشی

| شاخص | فراوانی | درصد | درصد نسبی | درصد تجمعی |
|----------------------------|---------|------|-----------|------------|
| فکر صدمه زدن به خود | خیر | ۳۶۵۵ | ۹۱,۴ | ۹۲,۲ |
| | بله | ۳۰۸ | ۷,۷ | ۱۰۰,۰ |
| آرزوی مرگ کردن | خیر | ۲۶۲۷ | ۶۵,۷ | ۶۶,۸ |
| | بله | ۱۳۰۳ | ۳۲,۶ | ۱۰۰,۰ |
| آسیب رساندن آگاهانه به خود | خیر | ۳۸۱۱ | ۹۵,۳ | ۹۶,۳ |
| | بله | ۱۴۸ | ۳,۷ | ۱۰۰,۰ |

بررسی عوامل مؤثر بر ریسک خودکشی و تحلیل مسیر

مبتنی بر تبیین نظری تحقیق و زنجیره علی متناظر با آن، یک مدل نظری طراحی شد که در دو مسیر مجزا ریسک خودکشی را در میان دانشجویان ایران تبیین می کند. در مسیر اول، این فرضیه مطرح می شود که افسردگی بر ناامیدی تاثیر مثبت می گذارد و از سوی دیگر ناگواریهای سخت زندگی نیز باعث افزایش ناامیدی در فرد می شود؛ در نتیجه با افزایش احساس ناامیدی در فرد، ریسک خودکشی نیز افزایش می یابد. همچنین افسردگی به طور مستقیم نیز بر ریسک خودکشی تاثیر مثبت می گذارد.

در مسیر علی دوم، خوی پرخاشگری در فرد موجب انجام رفتارهای ناندیشانه^۱ در او شده و این رفتارهای ناندیشانه منجر به اقدامات خودکشانه^۲ می گردد.

داده ها در حجم نمونه آماری ۴۰۰۰ نفر با ۱۵ متغیر ابتدا توسط پیش پردازنده PRELIS (Joreskog & Sorbom ۱۹۹۶) از نرم افزار LISREL آماده سازی گردید و با توجه به اینکه تمامی متغیرها در سطح ترتیبی^۳ اندازه گیری شده اند، ماتریس اسمپتات کواریانس^۴ برای تحلیل تهیه شد. نحوه عمل با مقادیر گم شده^۵ به صورت حذف مورد^۶ بود. ماتریس خروجی برای تحلیل به نرم افزار LISREL داده شد و مدل علی تبیین شده با استفاده از این نرم افزار تحلیل گردید و با ۲۵ دور گردش^۷ به همگرایی رسید. مدل با همبستگی چند خطای متغیرهای مستقل و وابسته، نیکویی برازش بیشتری دارد که در شکل ۲، مدل تصحیح شده با آزاد کردن کواریانس خطای بین این متغیرها نشان داده شده است.

^۱ impulsivity

^۲ suicidal

^۳ ordinal

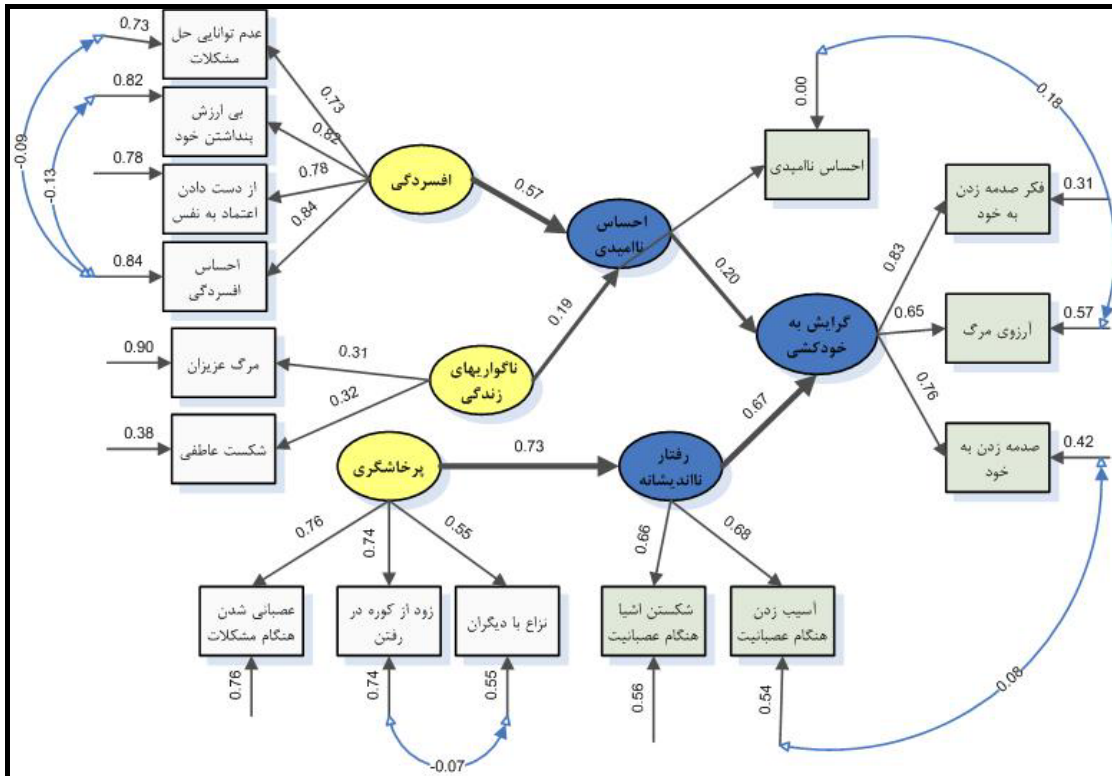
^۴ Asymptotic covariance

^۵ Missing values

^۶ list wise

^۷ Iteration

شکل ۲. نمودار تحلیل مسیر مدل علی تبیین ریسک خودکشی



ضریب کی دو مدل استقلال برابر ۴۸۹۳۴,۰۶ شده است که با احتمال بالاتر از ۹۹ درصد استقلال متغیرها از یکدیگر را رد می کند. ضریب کی دو مدل ۴۴۷,۴۹ شده است که با درجه آزادی ۷۸ دارای P-value کمتر از ۰,۰۵ است، ولی به دلیل تعداد قابل توجه نمونه (۴۰۰۰) و حساسیت ضریب کی دو به حجم نمونه، می توان ضرایب نیکویی برازش را مورد بررسی قرار داد (جدول ۲). ضرایب NFI و CFI مدل هر دو ۰,۹۴ شده اند که بالاتر از ۰,۹۰ بوده و نشانگر برازش خوب مدل بر داده ها هستند؛ همچنین ضریب نیکویی برازش GFI نیز ۰,۹۰ شده است که در حد قابل قبولی قرار دارد. بنابراین برازش مدل نظری بر داده ها تایید می شود. از میان شاخص های برازش مربوط به باقیمانده ها، شاخص RMSEA برابر ۰,۰۳۶ شده است که از ۰,۰۶ کمتر بوده و میزان قابل قبولی به شمار می رود؛ علاوه بر آن شاخص RMR نیز ۰,۱۶ گردیده که در حد مناسبی می باشد.

جدول ۷. ضرایب و شاخص های نیکوی برازش مدل علی

| | |
|----------|---|
| ۷۸ | درجه آزادی مدل |
| ۴۴۷,۴۹ | کی دو مدل |
| ۴۸۹۳۴,۰۶ | کی دو مدل آزاد (independence) با ۱۰۵ درجه آزادی |
| ۰,۹۰ | GFI |
| ۰,۹۴ | CFI |
| ۰,۹۴ | NFI |

| | |
|-------|-------|
| ۰,۰۳۶ | RMSEA |
| ۰,۱۶ | RMR |

ضرایب مسیر تماما در سطح ۰,۹۵ درصد معنی دار هستند. بارهای عاملی متغیرهای وابسته و مستقل نیز اکثرا بالای ۰,۵ هستند که میزان قابل قبولی به شمار می رود و نشانگر شاخص بودن معرف ها برای متغیرهای نهفته است. جدول ۲ بارهای عاملی استاندارد معرف های متغیرهای وابسته و مستقل و نیز میزان ضریب تعیین هر یک از شاخص ها را برای متغیر نهفته خود نشان می دهد. اکثر معرف ها بیش از ۳۰ درصد واریانس متغیر نهفته خود را تعیین کرده اند.

جدول ۸. ضریب تعیین و بارهای عاملی شاخص های متغیرهای نهفته

| متغیر | شاخص | R ^۲ | بار عاملی (استاندارد) |
|---------------------|---------------------------------|----------------|-----------------------|
| خودکشی | فکر صدمه زدن به خود | ۰,۶۹ | ۰,۸۳ |
| | آرزوی مرگ کردن | ۰,۴۳ | ۰,۶۵ |
| | صدمه زدن آگاهانه به خود | ۰,۵۸ | ۰,۷۶ |
| رفتارهای نااندیشانه | آسیب زدن به خود یا دیگران | ۴۶. | ۰,۶۸ |
| | شکستن اشیاء پیرامون | ۴۴. | ۰,۵۵ |
| پرخاصگری | عصبانیت هنگام مشکلات | ۰,۵۸ | ۰,۷۵ |
| | از کوره در رفتن | ۰,۵۴ | ۰,۷۴ |
| | نزاع و درگیری با دیگران | ۰,۳۰ | ۰,۵۵ |
| افسردگی | احساس غمگینی و افسردگی | ۰,۷۱ | ۰,۸۴ |
| | احساس از دست دادن اعتماد به نفس | ۰,۶۲ | ۰,۷۸ |
| | بی ارزش پنداشتن خود | ۰,۶۸ | ۰,۸۲ |
| | احساس عدم توانایی در حل مشکلات | ۰,۵۴ | ۰,۷۳ |

همانطور که در شکل ۲ مشاهده می شود، احساس ناامیدی با ضریب مسیر استاندارد ۰,۶۷ تاثیر بیشتری بر ریسک خودکشی در میان دانشجویان دارد؛ پس از آن متغیر نهفته رفتارهای نااندیشانه با ضریب مسیر استاندارد ۰,۲۰ بر متغیر وابسته تحقیق تاثیر می گذارد.

در مجموع ۰,۵۸ درصد واریانس متغیر وابسته تحقیق (ریسک خودکشی) توسط دو مسیر اصلی تبیین نظری، تعیین شده است. همچنین متغیر پرخاصگری ۵۴ درصد واریانس رفتارهای نااندیشانه را و متغیرهای ناگواریهای زندگی و افسردگی در مجموع ۴۷ درصد متغیر احساس ناامیدی را تعیین نموده اند.

جدول ۹. معادلات ساختاری مدل علی و ضرایب تعیین هر یک

| معادله ساختاری | ضریب تعیین |
|--|------------|
| $SUI^1 = 0,22 * IMPLS^2 + 0,10 * HPLS^3$ | ۰,۵۸ |
| $IMPLS = 2,41 * ANGR^4$ | ۰,۵۴ |
| $HPLS = 1,04 * HRDP^5 + 1,31 * DEP^6$ | ۰,۴۷ |

بحث و بررسی

از آنجا که ریسک خودکشی با شاخص هایی چند بعدی سنجیده شده است که هر کدام از زاویه ای آن را می سنجد، دو مسیر علی ترسیم شده، هر یک از یک سو منجر به افزایش ریسک خودکشی می شوند. مسیر علی افسردگی و ناگواریهای زندگی، باعث افزایش احساس ناامیدی در فرد می شود و به دنبال این احساس ناامیدی، آرزوی زنده نبودن به دنبال می آید. این تمایل به مرگ، مقدمه ای برای خودکشی و بالابرنده ریسک خودکشی به شمار می رود. مسیر علی ترسیم شده، تایید کننده تحقیقات انجام شده در مرکز پیشگیری و کنترل بیماریهای ایالات متحده (CDC ۲۰۰۲) در مورد نقش افسردگی در بالابردن ریسک خودکشی است. همچنین این یافته با مطالعه SAMHA در مورد نقش افسردگی در اقدام به خودکشی موافق است. مسیر علی ترسیم شده در تحقیق، به ویژه مطالعه کاسلوفسکی (۱۹۹۲) در مورد تاثیر افسردگی و اقدامات ناندیشانه بر افزایش ریسک خودکشی را تایید می کند. مطالعه جوزف و رینج (۱۹۹۹) نیز که مبتنی بر نظریه گریز از خود باومیستر مسیر علی از افسردگی به ناامیدی و از آن به تخیل خودکشی ترسیم نموده بود با این بخش از مدل نظری تحقیق منطبق است.

مسیر علی دوم تحقیق از خوی پرخاشگری و عصبانیت در افراد شروع می شود و آن را تاثیر گذار بر اقدامات ناگهانی و ناندیشانه در فرد می داند. این اقدامات از طریق خودزنی و آسیب رساندن به خود، ریسک خودکشی را بالا می برد. این مسیر نیز با یافته آپتر و همکاران (۱۹۹۲) در مورد تاثیر رفتارهای ناندیشانه بر افزایش ریسک خودکشی همخوانی دارد. در مجموع یافته های تحقیق حاضر، یافته های تحقیقات پیشین در مورد ریسک خودکشی را تایید می کند.

^۱ ریسک خودکشی

^۲ رفتارهای ناندیشانه

^۳ احساس ناامیدی

^۴ پرخاشگری

^۵ ناگواریهای سخت در زندگی

^۶ افسردگی

نتیجه گیری

ریسک خودکشی، متغیری است که نشانگر احتمال بروز خودکشی در فرد است. فردی که آرزوی مرگ یا مرده بودن می کند، در شرایط یکسان به احتمال بیشتری از فردی که چنین آرزوی نمی کند، نسبت به ارتکاب به خودکشی آسیب پذیر است. همچنین افرادی که به دلیل خوی پرخاشگری، در هنگام عصبانیت رفتارهای تند احساسی و ناندیشانه نظیر شکست اشیاء و یا آسیب رساندن به خود و دیگران انجام می دهند، بیشتر از دیگران در معرض ارتکاب خودکشی قرار دارند. نتایج تحلیل ثانویه داده های مربوط به پروفایل روانی دانشجویان کشور، نشان داد که دو فرضیه کلی تاثیر گذاری افسردگی و ناامیدی بر ریسک خودکشی و نیز تندخویی و رفتارهای ناندیشانه بر آن که توسط تحقیقات پیشین در جوامع و نمونه های مختلف و عمدتا غربی آزمون شده اند، در جامعه ایران نیز تایید می شود.

نتایج این تحقیق می تواند معرف خوبی برای شناسایی افرادی که در ریسک خودکشی قرار دارند است. این افراد می بایستی به ویژه در شرایط حاد مورد مراقبت آشکارا یا پنهانی قرار گیرند و در این موقعیت ها نسبت به آنان ملاحظات متناسب با شخصیت آنان صورت گیرد.

همچنین نتایج بخش توصیفی این تحقیق نشان از ریسک قابل توجه خودکشی در دانشجویان کشور دارد. دانشجویان، به ویژه دانشجویانی که در غیر محل سکونت خود و عمدتا خوابگاه سکونت دارند، بیش از دیگران در معرض ابتلا به افسردگی بوده و ریسک خودکشی بیشتری دارند. از این رو استفاده از پروفایل روانی دانشجویان و انجام مراقبت ها و مشاوره های روانی برای این دسته از افراد مفید و محافظت کننده از ابتلا به خودکشی خواهد بود. جامعه ما در گذار به سوی مدرن شدن است و هر چه بیشتر به این سو به پیش می رویم، پیامدهای روانی- اجتماعی یک جامعه مدرن بیشتر دامن گیر ما خواهد بود، بنابراین ضروری است پیش از ابتلای کامل به مساله، آن را از پیش ببینیم و در پی درمان یا تخفیف عوارض ناشی از آن باشیم.

مراجع

امانی، الهه (۲۰۰۶)، «جامعه شناسی خودکشی و سلامت روان»، *مجله اینترنتی جام و جان*، شماره ۸، قابل دسترس به صورت برخط در آدرس:

<http://zanan.iran-emrooz.net/index.php?/zanan/more/10712/>

ایسنا، خبرگزاری دانشجویان ایران (۱۳۷۹)، خبر مورخ ۱۳۷۹/۳/۲۸. قابل دسترس به صورت بر خط در آدرس: <http://www.isna.ir/Main/NewsView.aspx?ID=News-9293>

ایسنا، خبرگزاری دانشجویان ایران، ۱۳۸۵، خبر مورخ ۱۳۸۵/۷/۱۰. قابل دسترس به صورت بر خط در آدرس: <http://www.isna.ir/Main/NewsView.aspx?ID=News-799463>

دورکیم، امیل (۱۳۷۸)، **خودکشی**، ترجمه نادر سالارزاده امیری، تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.

قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۷۴)؛ «مدل های ساختار کواریانس یا مدل های لیزرل در علوم اجتماعی»، **نشریه دانشکده علوم انسانی و اجتماعی**، شماره ۲، دانشگاه تبریز، زمستان.

قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۷۷)؛ «فرآیند تدوین، اجرا و تفسیر ستاده های یک مدل کلی لیزرل: یک مثال عینی»، **سالنامه پژوهشی**، شماره یکم

Andersen, N. (۱۹۹۷), "Are lesbians and gays still stigmatized in Norway? Memo on attitudes regarding lesbians and gays", In Vite for å forstå. - Oslo: LLH. from URL: <http://www.med.uio.no/ssff/engelsk/menuprevention/Friis.htm>

Apter A, Plutchik R, van Praag HM. (۱۹۹۳), "Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior", **Acta Psychiatr Scand**. Jan; ۸۷(۱): ۱-۵.

Baumeister, Roy F. (۱۹۹۰), "Suicide as escape from self", **Psychological Review**. ۹۷(۱), Jan, ۹۰-۱۱۳.

Britannica encyclopedia (۱۹۹۹), suicide

Carmines, Edward G. & Zeller, Richard A. (۱۹۷۹), **Reliability and Validity Assessment**, sage publication

Caruso, KEVIN (۲۰۰۱), "Suicide Statistics". Available online from URL: <http://www.preventsuicidenow.com/suicide-statistics.html>

Centers for Disease Control and Prevention (۲۰۰۲), "Injury fact book". Available online from URL: http://www.cdc.gov/ncipc/fact_book/Index.htm

Centers for Disease Control and Prevention (۱۹۹۷), "Regional variations in suicide rates—United States ۱۹۹۰-۱۹۹۴", August ۲۹, **MMWR**; ۴۶(۳۴): ۷۸۹-۹۲. Available online from URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/۰۰۰۴۹۱۱۷.htm>.

Department of Health and Human Services (۱۹۹۹), "The Surgeon General's call to action to prevent suicide", Washington (DC), Department of Health and Human Services. Available online from URL: <http://www.surgeongeneral.gov/library/calltoaction/default.htm>.

Hufford M.R. (۲۰۰۱), "Alcohol and suicidal behavior", **Clinical Psychology Review**, Volume ۲۱, Number ۵, July ۲۰۰۱, pp. ۷۹۷-۸۱۱ (۱۵), abstract is available online from URL: <http://www.ingentaconnect.com/content/els/۰۲۷۲۷۳۵۸/۲۰۰۱/۰۰۰۰۰۰۰۰۲۱/۰۰۰۰۰۰۰۰۵/a/rt۰۰۰۰۷۰>

Joreskog Karl G. & Sorbom Dag (1996), **PRELIS program for multivariate data screening and data summarization'** preprocessor for LISREL, scientific software international

Joseph Dean, Paul and Range, Lillian M. (1999), "Testing the Escape Theory of Suicide in an Outpatient Clinical Population", **Cognitive Therapy and Research**, Volume 23, Number 6 / December: 561-572

Koslowsky M, Bleich A, Apter A, Solomon Z, Wagner B, Greenspoon A. (1992), "Structural equation modelling of some of the determinants of suicide risk", **Br J Med Psychol.**, Jun; 65 (Pt 2): 107-10

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. (2002), "World report on violence and health [serial online]", May. Available online from URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrwh/en.

Offerdal, A. (1990) "Suicide and suicide attempts among young homosexual men. Occurrence in the light of homosexual negativism and identity development: a study of literature", Bergen Thesis at the University of Bergen, the Faculty of Psychology. From URL: <http://www.med.uio.no/ssff/engelsk/menuprevention/Friis.htm>

Steve Stack, Ira Wasserman, Augustine Kposowa (1994), "The Effects of Religion and Feminism on Suicide Ideology: An Analysis of National Survey Data", **Journal for the Scientific Study of Religion**, Vol. 33, No. 2: 110-121

Substance Abuse & Mental Health Services Administration (2006), "DEPRESSION, PARTICULARLY IN COMBINATION WITH SUBSTANCE ABUSE, SIGNIFICANT RISK FACTOR FOR SUICIDE", Available online from: URL: http://www.samhsa.gov/news/newsreleases/060910_suicide.aspx

Violanti, John M. (1997), "Suicide and the police role: a psychosocial model", **An International Journal of Police Strategies & Management**, Volume 20 Number 4 pp. 698-710. Abstract available online from URL: <http://www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/1110200404.html>

WHO, Geneva (1999), Available online from URL: http://www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf.

Wikipedia free encyclopedia (2006): suicide, Available online from: URL: <http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Suicide>

World Health Organization, Geneva (2006), Available online from URL: http://www.who.int/entity/mental_health/media/iran.pdf

World Health Organization (2002), "Figures and facts about suicide"

Zhang J; Jin S (1998), "Interpersonal Relations And Suicide Ideation In China", **Genet Soc Gen Psychol Monogr**, Vol. 124 No. 1 Feb. 1998, Pp. 99-114. Available

online from: URL:

http://findarticles.com/p/articles/mi_hb3131/is_1998.2/ai_n7792139

ZHANG J. ; JIN S.(1996), "Determinants of suicide ideation: A comparison of Chinese and American college students", **Adolescence**, vol. 31, no 122, pp. 401-417 (p. 1/4)