

مدل‌بندی ساختاری عوامل تبیین‌کننده آسیب‌پذیری از خودکشی در میان دانشجویان دانشگاه‌های ایران

محمود قاضی طباطبایی*

حامد بخشی☆

مقاله حاضر براساس داده‌ها و مستندات «طرح بررسی بهداشت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۳ دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم (۱۳۸۴)»، به تبیین آسیب‌پذیری از خودکشی یا آمادگی برای ارتکاب آن در میان دانشجویان کشور می‌پردازد. این مقاله در یک تحلیل ثانویه با به کار بستن مدل معادلات ساختاری و استفاده از نرم‌افزار لیزرل، مدل تبیینی آسیب‌پذیری از خودکشی در میان دانشجویان کشور را مورد آزمون قرار داده است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که دو مسیر علی به کار رفته در این مدل، مجموعاً ۵۸ درصد از واریانس آسیب‌پذیری از خودکشی در میان دانشجویان کشور را تبیین می‌کند. مسیر اول بیانگر آن است که افسردگی همراه ناگواری‌های سخت در زندگی، موجب ایجاد احساس ناامیدی در فرد و افزایش آسیب‌پذیری از خودکشی در او می‌شود؛ و مسیر دوم مؤید آن است که تندخویی و پرخاشگری احتمال انجام رفتارهای تکانشی در هنگام عصبانیت و در نهایت آسیب‌پذیری از خودکشی را در میان دانشجویان افزایش می‌دهد.

واژگان کلیدی: آسیب‌پذیری از خودکشی، افسردگی، احساس ناامیدی، پرخاشگری، رفتار تکانشی، مدل معادلات ساختاری (SEM)، لیزرل (LISREL)، تحلیل ثانویه.

مقدمه

جامعه مدرن دارای برخی مشخصه‌ها و ویژگی‌هایی است که اگرچه ممکن است ذاتی آن جامعه محسوب نشود، ولی همراه با آن و یا از پیامدهای آن به شمار می‌رود. شهرنشینی،

smghazi@ut.ac.ir

hmd_bakhshi@yahoo.com

* دانشیار گروه جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران

☆ عضو هیئت علمی جهاد دانشگاهی مشهد

خانواده هسته‌ای، تغییر سبک ازدواج، نرخ بالای طلاق و نیز میزان بالای خودکشی از ویژگی‌ها و مشخصه‌هایی است که به وضوح جامعه مدرن را از اشکال پیشین آن متمایز می‌کنند. در مورد قضاوت ارزشی پیرامون برخی ویژگی‌های به وجود آمده در جامعه مدرن مناقشه‌هایی وجود دارد، چنان‌که برخی این شاخصه‌ها را امری طبیعی در جوامع مدرن و شرایط زمانی کنونی دانسته‌اند و برخی رأی به نامطلوبیت آن‌ها داده‌اند؛ با این حال، در مورد نامطلوب بودن تعدادی از شاخصه‌های جامعه مدرن اتفاق نظر بالایی وجود دارد. چنان‌که عمده سیاست‌گذاران و دانشمندان علوم اجتماعی معتقدند که باید آن ویژگی‌ها را به عنوان پدیده‌های مرضی در نظر گرفت و در جهت رفع آن‌ها کوشید. طلاق تا حدودی و خودکشی به طور مشخص در زمره این قبیل شاخص‌ها یا مسایل اجتماعی به شمار می‌روند. از این رو، سازمان‌ها و مؤسسات زیادی به وجود آمده‌اند که به مطالعه، مدیریت و پیشگیری از خودکشی و علل و عوامل تشویق‌کننده یا بازدارنده از آن می‌پردازند. به عنوان مثال، وزارت بهداشت و خدمات انسانی^۱ ایالات متحده به مطالعه مستمر خودکشی در زمره آسیب‌های اجتماعی این کشور می‌پردازد. طبق گزارش این موسسه / وزارت، اقدام قبلی به خودکشی، سابقه بیماری‌های روانی، به‌ویژه افسردگی، سابقه اعتیاد و مصرف مواد مخدر و الکل، سابقه خودکشی در خانواده، سابقه بدرفتاری با کودک در خانواده و نظایر آن از عوامل افزایش دهنده احتمال خودکشی بر شمرده شده است. از سوی دیگر، مراقبت درمانی مؤثر اختلالات روانی، بدنی و اعتیاد، حمایت خانوادگی و اجتماعی و اعتقادات مذهبی و فرهنگی منع‌کننده از خودکشی، از عوامل محافظت‌کننده فرد در مقابل خودکشی است (وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده ۱۹۹۹).

در یک برداشت وسیع، خودکشی به عمل مختارانه و نیت‌مندانه فرد در سلب زندگی از خود گفته می‌شود (بریتانیکا^۲ ۱۹۹۹). دورکیم^۳ در تعریفی کلاسیک از خودکشی، هر نوع مرگی را که نتیجه مستقیم یا غیر مستقیم یک عمل مثبت یا منفی است و توسط فرد قربانی انجام شده باشد، خودکشی می‌نامد. او براساس تعریف خود، اقدام فرد در جنگ را که آگاهانه منجر به مرگ او می‌شود، نیز از اقسام خودکشی می‌گنجاند (دورکیم ۱۳۷۸؛ محسنی تهریزی ۱۳۷۳). برخی از تعاریف درون‌گرایانه، نیت فرد در سلب زندگی از خود را از شرایط خودکشی دانسته‌اند. (ویکی‌پدیا^۴ ۲۰۰۶)؛ براساس این تعریف، خودکشی آن دسته از اقداماتی است که فرد آگاهانه انجام می‌دهد و می‌داند که با این اقدام کشته می‌شود و هدف اصلی او از این اقدام، سلب زندگی

1. Department of Health and Human Services (DHHS)
2. Britannica
3. Durkheim
4. Wikipedia

از خود است. براساس 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.

خودکشی یک امر جهانی است و در تمامی جوامع، کم و بیش، به چشم می‌خورد. با این حال، فرهنگ‌ها و ادیان مختلف در برابر اقدام به خودکشی مواضع متفاوتی اتخاذ کرده‌اند. در حالی‌که در ادیان سامی که عموماً در منطقه‌ی خاورمیانه ظهور کرده‌اند (نظیر اسلام، مسیحیت و یهودیت)، چنین عملی به شدت تقبیح شده است، ولی در فرهنگ و ادیان جوامع شرق دور و هند، خودکشی در مواردی مجاز و بلکه مستحسن و حتی الزامی شمرده شده است؛ چنان‌که در دین هندو خودکشی بیوه‌زن به هنگام مرگ شوهرش و نیز خودکشی سامورایی‌ها در هنگام شکست‌ها و فضاخت‌ها امری توصیه شده بوده که تأیید و فشار هنجارهای اجتماعی را نیز با خود به همراه داشته است (بریتانیکا ۱۹۹۹). با این حال، چنین اقداماتی در تقسیم‌بندی دورکیم، به عنوان خودکشی‌های دگرخواهانه ناشی از انسجام و هنجارهای اجتماعی شدید جامعه در نظر گرفته می‌شود که عموماً در جوامع سنتی با مشخصه‌ی هنجارهای اجتماعی قدرتمند و الزام‌آور بر فرد روی می‌دهد و با خودکشی مشهود و رایج در جوامع مدرن 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 خود، که آن را بی‌معنی می‌دانند، نمی‌بینند و از این‌رو اقدام به خودکشی می‌کنند. دورکیم این خودکشی‌ها را به دو دسته خودخواهانه و ناهنجارانه (آنومیک) تقسیم‌بندی می‌کند (دورکیم ۱۳۷۸). چنین خودکشی‌هایی به وضوح از جنبه‌ها و مشخصات جامعه‌ی مدرن به شمار می‌رود.

خودکشی در جوامع مدرن و ایران

امروزه، به‌ویژه در کشورهای توسعه یافته یا شمال، میزان خودکشی نگران‌کننده شده است. براساس برآورد سازمان بهداشت جهانی^۱ در سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۵، خودکشی در چین اولین عامل و در کشورهای اروپای شرقی، دومین علت عمده مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۳۵ سال بوده است (سازمان بهداشت جهانی ۲۰۰۶). به‌طور معمول خودکشی در جوامع غربی بالاترین میزان و در کشورهای آسیای شرقی و میانه، پایین‌ترین نرخ را داراست (مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها^۲ ۱۹۹۷). در سال ۱۹۹۸، تنها در آمریکا ۳۰،۵۷۵ نفر به زندگی خود خاتمه

1. World Health Organization (WHO)
2. Center for Disease Control and Prevention (CDC)

دادند. به عبارت دیگر، به‌طور متوسط روزانه ۸۴ خودکشی رخ داده است که این میزان تقریباً دو برابر ۱۷،۸۹۳ قتل است که در آن سال اتفاق افتاده است (همان ۲۰۰۲). این در حالی است که میزان خودکشی‌های گزارش شده، فقط مربوط به خودکشی‌های منجر به فوت است که بخش اندکی از کل آمار اقدام به خودکشی (منجر به فوت و عدم منجر به فوت) را شامل می‌شود؛ چنان‌که در سال ۱۹۹۸، حدود ۶۷۱،۰۰۰ مراجعه به مرکز فوریت‌های پزشکی ایالات متحده، در رابطه با خودزنی بوده است. آمار سال ۲۰۰۱ این کشور نیز حاکی از آن است که از هر ۲۵ نفری که اقدام به خودکشی کرده‌اند، یک نفر فوت کرده است (کاروسو^۱ ۲۰۰۱). بنابراین، مشاهده می‌شود که آمار واقعی اقدام به خودکشی بسیار بالاتر از میزان خودکشی‌های ثبت شده در این کشور است.

بررسی‌ها نشان می‌دهند که خودکشی در میان گروه‌های سنی نرخ‌های متفاوتی دارد. برای مثال، در ایالات متحده، خودکشی پس از تصادفات و قتل‌های رخ داده، سومین علت مرگ و میر جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله است. در سال ۱۹۹۸، نوجوانان و جوانان از خودکشی بیشتر جان خود را از دست داده‌اند تا از سرطان، بیماری قلبی، ایدز، بیماری‌های ارثی و آنفولانزا (مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها ۲۰۰۲)؛ با این حال، بیشترین نرخ خودکشی در میان گروه‌های سنی در این کشور، به افراد ۶۵ سال و بالاتر تعلق دارد. به لحاظ جنسیتی نیز هر چند میزان اقدام به خودکشی زنان سه برابر مردان گزارش می‌شود (کرگ^۲ و دیگران ۲۰۰۴) اما مردان حداقل ۴ برابر بیش از زنان جان خود را به دلیل خودکشی از دست می‌دهند (مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها ۲۰۰۵). آمار رسمی حاکی از آن است که این رقم برای ۱۵ تا ۱۹ ساله‌ها به پنج برابر و در میان جوانان ۲۰ تا ۲۴ ساله، به ۷ برابر می‌رسد (همان).

در کشورهای غربی، آمار منتشر شده و رسمی در رابطه با خودکشی وجود دارد، ولی در کشور ایران، خودکشی هنوز امری پنهانی تلقی می‌شود و مسئولین و نهادهای ذیربط همواره تلاش می‌کنند از ارائه آمارهای رسمی در مورد آن پرهیز کنند. از این‌رو، تنها می‌توان از گفته‌های برخی افراد مسئول و گزارش‌های غیررسمی، نرخ‌هایی را استنباط کرد. برخی گزارش‌ها حاکی از آن است که در طول سال‌های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۳، میزان خودکشی در ایران دو برابر شده است (عسکری^۳ ۱۹۹۸). این امر حکایت از آن دارد که علی‌رغم کاهش مرگ و میر در آن دوره، خودکشی با آهنگی سریع در حال افزایش بوده است. در فوریه ۱۹۹۸، ۶۰ تا ۸۰ درصد از خودکشی‌ها در بندر ترکمن، ایلام و لرستان، مربوط به زنان جوان بوده است، در حالی که در

1. Caruso
3. Askari

2. Krug

گیلان و زنجان، مردان بیشترین آمار خودکشی را داشته‌اند (عسکری همان). در گزارشی از خبرگزاری ایسنا، به نقل از مدیر کل پیشگیری آسیب‌های اجتماعی سازمان بهزیستی، میزان خودکشی در سال ۲۰۰۰ میلادی ۵ درصد هزار اعلام شده است. این مقام مسئول، میزان خودکشی در برخی نقاط کشور را تا ۲۵ درصد هزار نیز معرفی کرده است (ایسنا^۱ ۱۳۷۹).

برخی اخبار نشان از افزایش خودکشی در تعدادی از استان‌های کشور به‌ویژه 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 (عسکری ۱۹۹۸). فرمانده انتظامی ایلام از افزایش ۱۱۱ درصدی خودکشی این استان در سال ۱۳۸۵ خبر می‌دهد (ایسنا ۱۳۸۵). با این حال آخرین آماري که سازمان بهداشت جهانی از میزان خودکشی در ایران ارائه می‌دهد، مربوط به سال ۱۹۹۱ است که در آن نرخ خودکشی را برای زنان ۰/۱ و برای مردان ۰/۳ نفر در هر صد هزار نفر گزارش کرده است (سازمان بهداشت جهانی ۲۰۰۶). این در حالی است که در آمریکا این ارقام در همان سال برای مردان ۲۰ و برای زنان ۵ در هر صد هزار نفر بوده است.

به دلیل عدم وجود آمارهای مستند و رسمی در مورد خودکشی، میزان خودکشی در ایران در حاله‌ای از حدس و گمانه‌زنی قرار دارد. به طوری که نرخ‌های خودکشی از ۰/۱ تا ۵۱ نفر در صد هزار نفر نیز گزارش می‌شود. حتی در یک برآورد حداقلی مبتنی بر گزارش‌های رسمی، باز هم میزان خودکشی در ایران نشانگر رشد قابل توجهی نسبت به آمار سال ۱۹۹۱ سازمان بهداشت جهانی است. از این‌رو مطالعه‌ای مستمر و جدی در مورد علل و عوامل افزایش‌دهنده آسیب‌پذیری از خودکشی و نیز عوامل محافظت‌کننده فرد در برابر خودکشی، ضروری است.

پیشینه تحقیق

تبیین‌های مختلفی در مورد خودکشی در حوزه‌های مختلف علمی صورت گرفته است. برخی با اتخاذ رویکردی زیست‌شناختی، برای آن علل ژنتیکی قائل شده‌اند و از این‌رو سخن از ژن خودکشی به میان آورده‌اند (گای‌ناپ^۲ ۲۰۰۰). در حوزه روان‌شناسی تلاش شده است تا با بررسی عوامل شخصیتی، علل خودکشی در افراد شناسایی شود. برخی با گرایش روان‌شناسی اجتماعی بر تأثیر تقلید بر خودکشی تأکید نموده‌اند (واسرمن^۳ ۱۹۸۴) و در حوزه جامعه‌شناختی نیز علل و عوامل اجتماعی مؤثر بر خودکشی مورد بررسی قرار گرفته است. امیل دورکیم از افرادی است که می‌کوشد تبیینی جامعه‌شناختی در مورد خودکشی ارائه دهد.

1. Isna
3. Wasserman

2. Guynup

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 به دلیل طرح پرسش در سطح اجتماعی، معتقد است پاسخ‌های روان‌شناختی و زیستی نمی‌توانند تبیین قانع‌کننده‌ای برای این مسئله ارائه دهند. او نرخ خودکشی در جوامع مختلف را ناشی از دو پدیده میزان انسجام اجتماعی و نظم اجتماعی می‌داند و بر این اساس، وی چهارگونه خودکشی را در جوامع تشخیص می‌دهد. در جوامع با انسجام اجتماعی پایین، به دلیل خودمحوری بالای افراد جامعه، خودکشی خودخواهانه رخ می‌دهد، در حالی که 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 رهایی فرد از قید هنجارهای جهت‌دهنده به مسیر زندگی موجب آن است، در حالی که در جوامع با نظم اجتماعی بالا، خودکشی‌های قضا و قدری به دلیل فشار نظم اجتماعی موجود بر افراد و تحمل‌ناپذیری آن از سوی برخی اشخاص پدید می‌آید (دورکیم ۱۳۷۸).

در حوزه روان‌شناسی، از آن‌جا که خودکشی یک تصمیم فردی از سوی شخص تلقی می‌شود، تلاش بر این است تا علل و انگیزه‌هایی که راهبر فرد به سوی سلب جان خویش است، شناسایی شود. پژوهشگران به‌طور سنتی برای فهم علل و انگیزه‌های خودکشی، یا با بازماندگان خودکشی‌های ناسرانجام مصاحبه می‌کنند یا این‌که می‌کوشند با مصاحبه با خانواده و دوستان قربانیان خودکشی و مبتنی بر گزارش‌های آنان، به این علل و عوامل پی ببرند. در مطالعه‌ای طی سال‌های ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۵ میلادی در هریس کانتر تگزاس، محققان با افراد ۱۳ تا ۳۴ ساله‌ای که از یک اقدام به خودکشی جان به در برده بودند، مصاحبه کردند (مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها ۲۰۰۲). دانشمندان با بررسی نتایج این مصاحبه‌ها دریافتند که علاوه بر عوامل سلامت روانی، نظیر افسردگی^۱، بسیاری از عوامل سلامت غیر روانی نیز می‌تواند رفتار انتحاری را تحت تأثیر قرار دهد. این عوامل عبارت‌اند از: مصرف الکل، تحرک جغرافیایی، در معرض رفتارهای انتحاری بودن، ناامیدی، رفتارهای کمک‌جویانه، رفتارهای بی‌باکانه و بیماری‌های جسمی (همان). در یک بررسی دیگر در میان زنان آفریقایی-آمریکایی سنین ۱۸ تا ۴۴ ساله که اقدام به خودکشی کرده بودند، همبستگی قوی میان خشونت شریک جنسی و اقدام به خودکشی یافت شد. همچنین مطالعات در سیاتل، حاکی از افزایش آسیب‌پذیری از خودکشی بر اثر وجود یک اسلحه گرم در منزل است (همان).

ژانگ و جین^۱ (۱۹۹۶) برای تبیین اندیشه خودکشی^۲ یک بررسی مقایسه‌ای میان دانشجویان چینی و آمریکایی انجام داده‌اند. آن‌ها با استفاده از پرسشنامه از دو نمونه چینی ($N=320$) و آمریکایی ($N=452$) و بررسی نتایج با استفاده از یک مدل لیزرل^۳ دریافتند که در هر دو نمونه، فکر خودکشی در میان زنان بیش از مردان است (ژانگ و جین ۱۹۹۶). یافته‌های تحقیق در نمونه آمریکایی، این نکته را که پیوستگی خانوادگی و مذهبی بودن با تخیل خودکشی رابطه معکوس دارد، تأیید می‌کند؛ ولی نمونه مأخوذ از دانشجویان چینی، همبستگی مثبتی میان مذهبی بودن با تخیل خودکشی نشان می‌دهد. نتایج این تحقیق مشخص کرد که مذهب لزوماً عامل بازدارنده از خودکشی نیست، بلکه مبتنی بر نوع آموزه‌های دینی، تعلق خاطر به مذهب می‌تواند بازدارنده یا مشوق به خودکشی باشد (ژانگ و جین همان).

برخی تحقیقات روان‌شناختی، به‌ویژه بر نقش افسردگی در اقدام به خودکشی تأکید می‌کنند (سمها^۴ ۲۰۰۶). براساس این گزارش در آمریکا، ۱۰/۴ درصد (۱/۷ میلیون نفر) از نوجوانان ۱۸ ساله و مسن‌تر که تجربه دوره افسردگی شدید^۵ داشته‌اند، اقدام به خودکشی کرده‌اند، ۱۴/۵ درصد (۲/۴ میلیون نفر) طرح یک خودکشی را ریخته‌اند، ۴۰/۳ درصد (۹/۶ میلیون نفر) به خودکشی فکر کرده‌اند و ۵۶/۳ درصد (۹/۲ میلیون نفر) به این‌که «ای کاش مرده بودند»، اندیشیده‌اند. این آمادگی برای ارتکاب خودکشی، با افزوده شدن اعتیاد به الکل و مواد مخدر و مصرف آن‌ها شدت می‌یابد، به طوری که نسبت اقدام به خودکشی در معتادان به الکل نزدیک ۱۴ درصد و در معتادان به مواد مخدر به حدود ۲۰ درصد افزایش می‌یابد. در یک مطالعه دیگر، آسیب‌پذیری از خودکشی به عنوان متغیر وابسته مورد تحقیق قرار گرفته است. در این تحقیق، چندین پرسشنامه به نمونه‌ای از ۹۴ سرباز که ۶۱ نفر از آنان آشکارا برخی شواهد انتحاری^۶ داشتند، ارائه شده است. نتایج با استفاده از تحلیل لیزرل، نشان می‌دهد که بهترین مدل، آسیب‌پذیری از خودکشی را مستقیماً متأثر از افسردگی و به‌طور غیر مستقیم از اعمال تکانشی^۷ می‌داند (کاسلوسکی^۸ و دیگران ۱۹۹۲). آپتر^۹ و همکاران (۱۹۹۳) در تحقیقی ۶۰ بیمار روانی را به دو گروه خودکشی‌کننده و غیر آن تقسیم کردند. نمرات ریسک خودکشی، ریسک خشونت،

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Zhang & Jin | 2. suicide ideation |
| 3. Lisrel | |
| 4. Substance Abuse and Mental Health (S.A.M.H) | |
| 5. major depressive episode (MDE) | 6. suicidal |
| 7. impulsivity | 8. Kaslowsky |
| 9. Apter | |

اضطراب، عصبانیت، رفتار تکانشی و وضع روانی میان این گروه‌ها مقایسه شد. در تحلیل ثانویه، نمرات آسیب‌پذیری از خودکشی و ریسک خشونت با دیگر متغیرها در ارتباط قرار داده شد. اضطراب و رفتار تکانشی رابطه‌ای قوی با آسیب‌پذیری از خودکشی داشتند. عصبانیت و آزرده‌گی^۱ با ریسک خشونت رابطه داشت و اضطراب با ریسک خشونت رابطه منفی نشان داد (آپتر و همکاران ۱۹۹۳).

از نظریات معروف روان‌شناسانه در مورد خودکشی، نظریه «گریز از خود» باومیستر^۲ (۱۹۹۰) است. طبق این نظریه، خودکشی براساس انگیزه‌های گریز از خودآگاهی آزردهنده توجیه شده است. زنجیره علّی منجر به خودکشی با رخدادهایی آغاز می‌شود که به‌طور جدی از معیارها و انتظارات فرد پایین‌تر هستند. هنگامی که این شکست‌ها به صورت درونی مورد توجه فرد قرار می‌گیرد، موجب ایجاد درد و رنج در خودآگاه فرد می‌شود. آگاهی از عدم کفایت خود، ایجاد اثرات منفی می‌کند و از این‌رو فرد مایل است از خودآگاهی و اثرات مرتبط با آن فرار کند. فرد می‌کوشد به حالتی از تجربه شناختی (نظیر کاهش توجهات دنیوی، تفکر انضمامی، اهداف سریع یا نزدیک، پایداری شناختی و طرد معنا) برسد که به او کمک می‌کند تا خودآگاهی معنادار و احساسات را نفی کند. در این وضعیت خودکشی می‌تواند به عنوان گام نهایی در تلاش برای گریز از خود و جهان به‌شمار آید. جوزف و رینج^۳ (۱۹۹۹) نظریه گریز از خود باومیستر را در یک جمعیت بیماران کلینیکی سرپایی آزمودند. به این منظور، ۱۳۲ بیمار سرپایی کلینیکی در دو منطقه متفاوت، سنج‌های رخدادهای زندگی، کمال‌گرایی چند بعدی، افسردگی، ناامیدی، دلایل زندگی و تخیل خودکشی را تکمیل کردند. یک معادله ساختاری، مسیرهای معناداری از گرایش به ارزش‌ها (و کمالاتی که در جامعه تعریف شده) به افسردگی، از افسردگی به ناامیدی، از ناامیدی به دلایل زندگی و فکر خودکشی ارائه داد. تحلیل مسیر نشان داد که مدل پیشنهادی دارای نیکویی برازش کلی قوی است.

از دیگر عوامل فردی-اجتماعی خودکشی، نوع گرایش جنسی است. تحقیقات نشان می‌دهد که مردان همجنس‌گرا در مقایسه با دیگر نمونه‌ها، در اقدام به خودکشی دو تا شش برابر آسیب‌پذیرتر هستند و یک‌چهارم جوانانی که مرتکب خودکشی می‌شوند به این خاطر بوده است که آن‌ها قادر به پذیرش گرایش همجنس‌گرایانه خود نبوده‌اند. بخشی از علل این امر، بدان خاطر است که همجنس‌گرایان در میان جوانان جامعه، نسبتاً مطرود هستند (آفردال^۴ ۱۹۹۵). تحقیقی در سال‌های ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۵ در میان جوانان نروژی نشان می‌دهد که آن‌ها نگرشی کاملاً

1. resentful mood
3. Joseph & Range

2. Baumeister
4. Offerdal

منفی به همجنس‌گرایان زن و مرد دارند و به این گروه کمترین میزان علاقه را نشان می‌دهند (اندرسن^۱ ۱۹۹۷). یافته‌های تحقیقی دیگر نشان می‌دهد 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 می‌گذارد (اندرسن همان).

برخی شواهد آسیب‌شناختی نشان می‌دهند که تحت فشارهای قانونی میزان خودکشی بالا می‌رود. این عامل به‌ویژه در تحقیقات مربوط به خودکشی نیروهای پلیس عامل تبیین‌کننده‌ای است. ویولانتی^۲ (۱۹۹۶) در تحقیق خود دریافت که میزان خودکشی افسران پلیس مرد، ۸/۳ برابر قتل‌های رخ داده در میان آنان و ۳/۱ برابر مرگ‌های ناشی از تصادفات کاری است. در مقایسه با کارکنان شهرداری، افسران پلیس مرد، ۵۳ درصد افزایش در خودکشی، نسبت به قتل، نشان می‌دهند. بنابر نظر فروید^۳، محدودیت‌های اجتماعی پرخاشگری، سلامت روانی افراد انسانی را تحلیل می‌برد و آن‌ها را آماده اقدام به خودکشی می‌کند (فروید ۱۹۵۴). بنابراین نظریه، در شرایط کنترل خشونت و پرخاشگری نیروهای پلیس توسط دولت و نیروهای اجتماعی، برخی از افسران پلیس نمی‌توانند خود را با آن وفق دهند و مرتکب خودکشی می‌شوند. به عبارت دیگر، افراد پلیس در نحوه مواجهه با مردم و همکاران خود، دارای محدودیت‌های قانونی هستند که مانع از آزادی عمل آن‌ها در ابراز خشونت برانگیخته شده می‌شود و این مسئله فشار بالقوه‌ای را بر آنان وارد می‌کند (فروید همان).

در مورد تاثیر روابط بین فردی بر فکر خودکشی، مطالعه‌ای 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 تأثیر کلی را بر فکر خودکشی دارا بوده و انزوای اجتماعی ضعیف‌ترین پیش‌بینی‌کننده در میان روابط بین فردی است (ژانگ و جین ۱۹۹۸).

اعتیاد به الکل و میگساری نیز از عواملی است که آسیب‌پذیری از خودکشی را افزایش می‌دهد. در یک بررسی تلاش شده است تا چارچوبی مفهومی برای ارتباط میان اعتیاد به الکل و اقدام به خودکشی تدوین شود. در این مفهوم‌پردازی، اعتیاد به الکل از طریق چهار مکانیسم افزایش اضطراب و پریشانی روانی، افزایش پرخاشگری، سوق‌دهی فکر خودکشی به اقدام آن و کاهش سطح آگاهی که ایجاد و انجام راهبردهای انطباقی جایگزین را مختل می‌کند، بر اقدام به خودکشی اثر می‌گذارد (هافورد^۴ ۲۰۰۱).

1. Anderson
3. Ferud

2. Violanti
4. Hufford

استاک^۱ و همکاران (۱۹۹۴) نیز در تحقیقی تأثیر فمینیسم و مذهبی بودن بر نگرش نسبت به خودکشی را در قالب دو مدل در میان نمونه‌های ملی (۴۹۴۶ زن و ۴۴۷۵ مرد) بررسی کردند. بر مبنای مدل اول، مذهبی بودن از طریق تضعیف فمینیسم بر انگاره خودکشی تأثیر می‌گذارد. مدل دوم حاکی از این بود که فمینیسم از طریق کاهش اعتقاد مذهبی بر انگاره خودکشی تأثیری مثبت می‌گذارد. گرچه تحلیل لیزرل از هر دو مدل حمایت نمود، اما برای مدل اول حمایت بیشتری نشان داد (استاک و همکاران ۱۹۹۴).

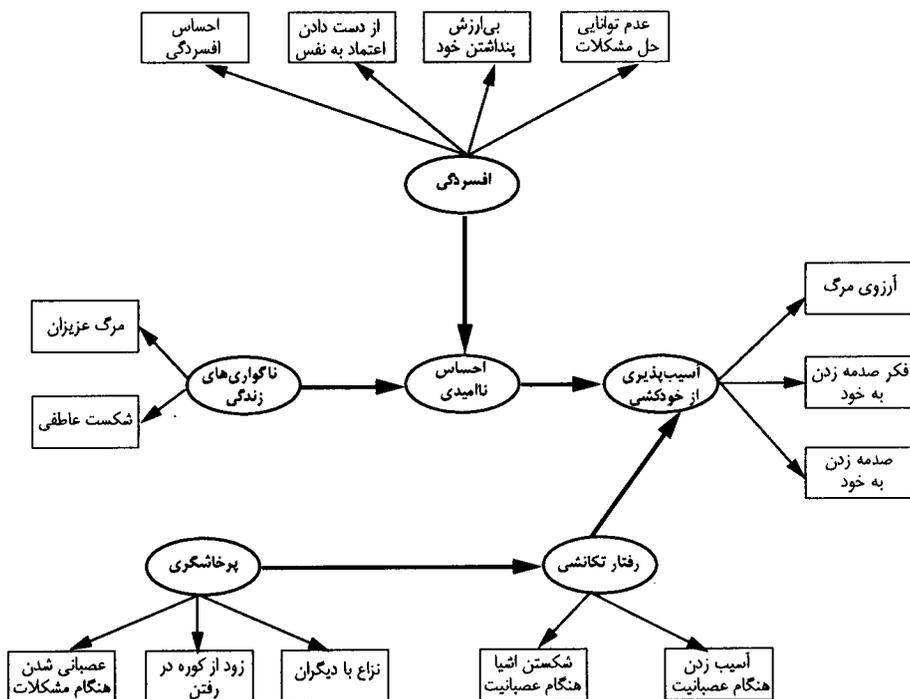
تبیین نظری

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

یکم، وضعیت روانی افسردگی است. افسردگی روانی موجب خستگی و دلزدگی از وضعیت کنونی زندگی، بی‌ارزش‌پنداشتن خود، عدم خرسندی و لذت از زندگی و احساس عدم توانایی در فائق آمدن بر مشکلات می‌شود. این وضعیت روانی منجر به ناامیدی در حل مشکلات و به تبع آن ناامیدی از زندگی می‌شود. مشکلات و ناگواری‌های سخت در زندگی، نظیر شکست‌های عاطفی یا از دست دادن کسانی که بسیار به آن‌ها وابسته‌ایم، نیز می‌توانند به نوبه خود در فرد احساس ناامیدی ایجاد کنند و این ناامیدی می‌تواند موجب پدید آمدن تمایل به خودکشی در فرد شود. این مسیر علی از نظریه جوزف و رینج (۱۹۹۹) و نیز کاسلوفسکی (۱۹۹۲) پشتیبانی می‌کند.

دوم، وضعیت روانی عصبانیت و پرخاشگری است. افرادی که به لحاظ روانی پرخاشگر و عصبانی هستند به احتمال بیشتری اقدام به رفتارهای تکانشی می‌کنند و این اقدامات می‌تواند منجر به صدمه زدن به خود یا خودکشی شود. این مسیر علی نیز بخشی از نظریه کاسلوفسکی (۱۹۹۲) را حمایت می‌کند.

این دو مسیر علی، هر یک از جهتی منجر به آسیب‌پذیری از خودکشی در میان افراد جامعه می‌شود: افسردگی از طریق احساس ناامیدی و دلسردی از زندگی و آرزوی مرگ؛ و پرخاشگری از طریق رفتارهای احساسی و تکانشی در جهت صدمه زدن به خود.



شکل شماره ۱. نمودار روابط علی میان متغیرهای مستقل و وابسته

روش تحقیق

داده‌های تحقیق حاضر برگرفته از «طرح بررسی بهداشت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۳ دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، پورشریفی و همکاران (۱۳۸۴)» اخذ شده است. تحقیق حاضر یک تحلیل ثانویه بر روی داده‌های طرح است که می‌کوشد عوامل مؤثر بر آسیب‌پذیری از خودکشی را در میان دانشجویان کشور بیابد.

توصیف داده‌ها

پرسشنامه این پیمایش ملی حاوی ۱۰۲ پرسش است که در مورد وضعیت روانی دانشجویان کشور پرسش‌هایی را مطرح کرده است. موضوعاتی چون مشخصات عمومی دانشجویان (نام دانشگاه، استان محل سکونت، سن، وضعیت تأهل، رشته دبیرستانی، رشته

تحصیلی و نظایر آن)، احساس حمایت‌مندی و داشتن پشتیبان، نحوه مواجهه با مشکلات (مواجهه عقلانی و برنامه‌ریزی، انصراف از مشکل و مشغول شدن به امری دیگر، و در خود فرو رفتن و غمگین بودن)، داشتن بیماری‌های روانی و جسمی در خود یا خانواده، مشکلات و ناگواری‌های حاد در زندگی، میزان سازگاری با محیط، پرخاشگری، احساس حسادت نسبت به اطرافیان، وضعیت اقتصادی، مشخصات دوستان، مشخصات شخصیتی (داشتن اعتماد به نفس و نظایر آن)، مصرف مواد مخدر و الکل یا رابطه با مصرف‌کنندگان، وضعیت روانی - احساسی (احساس افسردگی، تحت فشار بودن و نظایر آن)، رابطه افراد خانواده با یکدیگر، ریسک خودکشی (تفکر به خودکشی، آرزوی مرگ، آسیب زدن به خود) و از این قبیل است.

تعداد کل دانشجویان مورد بررسی (نمونه پیمایش)، ۴۴۰۹۲ نفر است که از این میان، ۴۱ درصد آنان مرد و ۵۸ درصد زن بودند. میانگین سنی دانشجویان ۱۹/۱ سال محاسبه شده است که ۸۶/۷ درصد آنان بین ۱۸ تا ۲۰ سال داشته‌اند. همچنین ۹۸ درصد دانشجویان نمونه مجرد و تنها ۲ درصد متأهل بوده‌اند.

عملیاتی سازی متغیرها و شاخص‌سازی

تمامی متغیرهای این پیمایش در سطح رتبه‌ای اندازه‌گیری شده‌اند و بیشتر آن‌ها متغیرها / گویه‌های دوگزینه‌ای هستند. برای سنجش میزان افسردگی از چهار گویه دوگزینه‌ای در مورد حالت روانی افسردگی استفاده شد. متغیر ناامیدی از یک گویه ذی‌ربط، ناگواری‌های سخت زندگی از دو گویه در مورد شکست‌های عاطفی و از دست دادن عزیزان، شاخص‌های متغیر پرخاشگری از سه گویه مرتبط ساخته شد و رفتار تکانشی نیز از دو گویه در رابطه با صدمه زدن به خود یا اطرافیان و شکستن اشیا در هنگام عصبانیت برگرفته شد. متغیر آسیب‌پذیری از خودکشی نیز از سه گویه دوگزینه‌ای اندیشیدن در مورد صدمه زدن به خود، آرزوی زنده نبودن و آسیب رساندن آگاهانه به خود ساخته شده است.

نمونه‌گیری و حجم نمونه

براساس شاخص‌ها و متغیرهای فوق، ۱۵ متغیر از میان متغیرهای پیمایش بهداشت روانی دانشجویان انتخاب و از میان کل افراد مورد مطالعه، ۴۰۰۰ دانشجویان با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. پس از آن، براساس نمونه انتخاب شده، متغیرها توصیف و مدل علی و ساختاری مورد نظر برازش شد و مورد آزمون قرار گرفت.

تکنیک تحقیق

این تحقیق با استفاده از روش تحلیل ثانویه، داده‌های حاصل از پیمایش ملی بهداشت روانی دانشجویان کشور را تحلیل نموده است. در این روش، با استفاده از مدل تحلیل ساختاری^۱، مدل علی و دیاگرام مسیرهای منتهی به آسیب‌پذیری از خودکشی مورد آزمون قرار گرفته است. برای انجام محاسبات مربوط به مدل ساختاری و محاسبه ضرایب مسیرها، نیکویی برازش و معنی‌داری ضرایب از نرم‌افزار لیزرل (قاضی طباطبایی ۱۳۷۷ و ۱۳۷۴) استفاده شده است.

اعتبار^۲ و قابلیت اعتماد^۳

اعتبار: در تحقیق حاضر از اعتبار سازه‌ای^۴ استفاده شده است. به این ترتیب که در مدل اندازه‌گیری لیزرل، ضرایب متغیرهای مشاهده شده بر روی متغیر وابسته، به عنوان اعتبار آن شاخص در نظر گرفته شده است. بارهای عاملی استاندارد شاخص‌های آسیب‌پذیری از خودکشی، یعنی اندیشیدن دربارهٔ صدمه زدن به خود (۰/۸۳)، آرزوی مرگ کردن (۰/۶۵) و آسیب رساندن آگاهانه به خود (۰/۷۶) هر سه مقادیری بالا دارند که نشانگر اعتبار سازه‌ای هر یک از متغیرهای نهفته^۵ تحقیق است. همچنین بارهای عاملی سایر متغیرهای سازه‌ای تحقیق نیز بالاتر از ۰/۷۵ و در سطح قابل قبول قرار دارند.

قابلیت اعتماد: گویه‌های متغیر وابسته تحقیق با یکدیگر در یک سطح قرار نداشتند، بلکه هریک شدت معینی از آسیب‌پذیری از خودکشی را می‌سنجیدند. از این‌رو نمی‌توان برای سنجش قابلیت اعتماد آن از آلفای کرونباخ استفاده کرد؛ چراکه این شاخص مربوط به گویه‌هایی است که فرض می‌شود دارای وزن یکسان هستند. به عبارت دیگر، در این جا نمی‌توان انتظار داشت پاسخگویی که مثلاً آرزوی مرگ کرده است، به فکر صدمه زدن به خود نیز افتاده باشد و نظایر آن. از این‌رو برای محاسبهٔ قابلیت اعتماد از ضریب بازنمایی گافمن استفاده شد. در این روش، فرض بر این است که گویه‌ها با یکدیگر دارای ترتیب مشخصی هستند و پاسخگویی که به پرسش دارای شدت بالاتر پاسخ مثبت می‌دهد، به سایر پرسش‌های دارای شدت کمتر نیز پاسخ مثبت دهد (رفیع‌پور ۱۳۸۳). از این‌رو با احتساب ترتیب شدت کم به زیاد گویه‌های آرزوی مرگ، فکر صدمه زدن به خود، و آگاهانه صدمه زدن به خود، ضریب بازنمایی گویه‌ها

1. SEM
3. Reliability
5. Latent variable

2. Validity
4. Construct validity

برای متغیر آسیب‌پذیری از خودکشی به عنوان قابلیت اعتماد ارزیابی شد و مقدار آن ۰/۹۶ به دست آمد که نشانگر قابلیت اعتماد بالای گویه‌ها است.

نتایج و یافته‌های پژوهش

نتایج توصیفی: در مورد گویه‌های پرخاشگری، ۱۷/۸ درصد از دانشجویان اعلام کرده‌اند که هنگام مواجهه با مشکلات شدیداً عصبانی می‌شوند، ۳۳/۶ درصد از آنان تصدیق کرده‌اند که «معمولاً زود از کوره در می‌روند»؛ همچنین در پاسخ به پرسش از میزان نزاع و درگیری با دیگران، ۵۶/۳ درصد بسیار کم، ۲۴/۶ درصد کم، ۱۴/۸ درصد در حد متوسط و ۲ درصد زیاد را ذکر کرده‌اند و یک درصد نیز اظهار کرده‌اند که درگیری بسیار زیادی با دیگران داشته‌اند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱. فراوانی و درصد مقادیر شاخص‌های متغیر نهفته پرخاشگری

شاخص	فراوانی	درصد نسبی	درصد تجمعی
عصبانی شدن هنگام مشکلات	خیر	۸۲/۲	۸۲/۲
	بله	۷۱۱	۱۰۰/۰
زود از کوره در رفتن	خیر	۲۶۲۲	۶۶/۱
	بله	۱۳۴۴	۱۰۰/۰
درگیری و نزاع با دیگران	بسیار پایین	۲۲۵۰	۵۷/۱
	پایین	۹۸۴	۸۲/۰
	متوسط	۵۹۰	۹۷/۰
	بالا	۷۹	۹۹/۰
	بسیار بالا	۳۹	۱۰۰/۰
			۱/۰

در میان گویه‌های رفتار تکانشی، در پاسخ به پرسش «آیا تاکنون آن‌قدر عصبانی شده‌اید که به خود یا دیگران آسیب بزنید؟»، ۸۶/۸ درصد پاسخگویان پاسخ خیر داده‌اند و ۴/۹ درصد یک‌بار، 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 ۷۳/۵ درصد پاسخ خیر داده‌اند و ۱۲ درصد یک‌بار، ۱۳ درصد چند بار و ۱/۳ درصد به دفعات اقدام به این عمل نموده‌اند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲. فراوانی و درصد مقادیر شاخص‌های متغیر نهفته رفتارهای تکانشی

شاخص	فراوانی	درصد نسبی	درصد تجمعی
آسیب زدن به خود یا دیگران	خیر	۸۶/۸	۸۶/۸
	بله یکبار	۱۹۴	۴/۹
	بله چندبار	۲۹۵	۷/۴
	بله به دفعات	۳۶	۰/۹
شکستن اشیا پیرامون	خیر	۲۹۲۴	۷۳/۶
	بله یکبار	۴۷۹	۱۲/۱
	بله چندبار	۵۲۱	۱۳/۱
	بله به دفعات	۵۰	۱/۳

در مورد گویه‌های سازه ناگواری‌های سخت در زندگی، ۱۸/۶ درصد دانشجویان اعلام کرده‌اند که اخیراً یکی از نزدیکان خود را از دست داده‌اند و ۲۲/۷ درصد آنان نیز بیان داشته‌اند که اخیراً در روابط عاطفی خود با دیگران با شکست مواجه شده‌اند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳. فراوانی و درصد مقادیر شاخص‌های متغیر نهفته ناگواری‌های سخت در زندگی

شاخص	فراوانی	درصد نسبی	درصد تجمعی
از دست دادن عزیزان	خیر	۸۱/۲	۸۱/۲
	بله	۷۴۳	۱۸/۸
شکست عاطفی	خیر	۳۰۳۵	۷۷/۰
	بله	۹۰۷	۲۳/۰

تنها گویه متغیر احساس ناامیدی حاکی از آن است که ۵۰/۷ دانشجویان مورد پرسش، در بازه زمانی نزدیک به تکمیل پرسشنامه در حد بسیار کم، ۲۲ درصد کم، ۱۷ درصد در حد متوسط، ۶/۲ درصد زیاد و ۳/۹ درصد احساس ناامیدی بسیار زیادی را تجربه کرده‌اند (جدول شماره ۴).

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

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

سازه افسردگی دارای چهار گویه بوده است. در رابطه با پرسش «آیا احساس غمگینی و افسردگی داشته‌اید؟»، پاسخ ۳۹/۱ درصد پاسخگویان اصلاً، ۴۲/۷ درصد در حد معمول و ۱۳/۹ درصد بیش از حد معمول بوده است و ۴/۳ درصد اظهار داشته‌اند که خیلی بیش از حد معمول احساس افسردگی داشته‌اند. در پاسخ به پرسش مربوط به از دست دادن اعتماد به نفس، ۵۷/۶ درصد دانشجویان اظهار داشته‌اند که هیچ‌گاه اعتماد به نفس خود را از دست نداده‌اند، ۳۲/۷ درصد در حد معمول، ۷/۹ 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 این گویه که «آیا خود را آدم بی‌ارزشی پنداشته‌اید؟»، ۸۲/۱ درصد پاسخ داده‌اند که به هیچ‌عنوان خود را انسان بی‌ارزشی نپنداشته‌اند، ۱۳/۳ درصد در حد معمول، ۳/۵ درصد بیش از حد معمول و ۱/۱ درصد خیلی بیش از حد معمول چنین احساسی را تجربه کرده‌اند. همچنین در مورد احساس عدم توانایی در فائق آمدن بر مشکلات، ۵۸/۴ درصد دانشجویان بیان داشته‌اند که اصلاً دارای این احساس نبوده‌اند، ۳۳/۸ درصد در حد معمول، ۵/۷ درصد بیش از حد معمول و ۱/۹ درصد خیلی بیش از حد معمول خود را دارای این احساس معرفی کرده‌اند (جدول شماره ۵).

در نهایت، سازه آسیب‌پذیری از خودکشی با سه گویه ساخته شد. اولین گویه به این سؤال می‌پردازد که «آیا آن‌قدر احساس درماندگی کرده‌اید که آرزو کنید کاش زنده نباشید؟» در پاسخ به این پرسش، ۳۳/۲ درصد دانشجویان به آن پاسخ مثبت و ۶۶/۸ درصد پاسخ منفی داده‌اند. گویه دوم به تخیل و اندیشیدن در مورد صدمه زدن به خود می‌پردازد که ۷/۷ درصد دانشجویان تصدیق نموده‌اند که تاکنون به فکر صدمه زدن به خود افتاده‌اند. این پرسش به‌طور ضمنی اندیشه خودکشی را مطرح می‌کند که با لفظ مبهم صدمه زدن بیان شده است. پرسش سوم به‌طور مستقیم در مورد سابقه آسیب رساندن به خود سؤال می‌کند. ۹۶/۳ درصد دانشجویان اظهار

جدول شماره ۵. فراوانی و درصد مقادیر گویه‌های متغیر نهفته افسردگی

شاخص	فراوانی	درصد نسبی	درصد تجمعی
احساس غمگینی و افسردگی	اصلاً	۳۹/۱	۳۹/۱
	در حد معمول	۱۶۹۴	۴۲/۷
	بیش از حد معمول	۵۵۲	۱۳/۹
	خیلی بیشتر از حد معمول	۱۷۰	۴/۳
از دست دادن اعتماد به نفس	اصلاً	۵۷/۶	۵۷/۶
	در حد معمول	۱۲۹۵	۳۲/۷
	بیش از حد معمول	۳۱۳	۷/۹
	خیلی بیشتر از حد معمول	۷۱	۱/۸
بی‌ارزش پنداشتن خود	اصلاً	۸۲/۱	۸۲/۱
	در حد معمول	۵۲۹	۱۳/۳
	بیش از حد معمول	۱۴۱	۳/۵
	خیلی بیشتر از حد معمول	۴۴	۱/۱
احساس عدم توانایی در حل مشکلات	اصلاً	۵۸/۴	۵۸/۴
	در حد معمول	۱۳۵۰	۳۴/۰
	بیش از حد معمول	۲۲۵	۵/۷
	خیلی بیشتر از حد معمول	۷۵	۱/۹

داشته‌اند که هرگز چنین کاری نکرده‌اند؛ در مقابل، ۳/۷ درصد پاسخگویان بیان کرده‌اند که تاکنون آگاهانه به خود آسیب رسانده‌اند (جدول شماره ۶).

نتایج تبیینی و برخاسته از مدل ساختاری: مبتنی بر تبیین نظری تحقیق و زنجیره علی متناظر با آن، یک مدل نظری طراحی شد که در دو مسیر مجزا، آسیب‌پذیری از خودکشی را در میان دانشجویان ایران تبیین می‌کند. در مسیر اول، این فرضیه مطرح می‌شود که افسردگی بر ناامیدی تأثیر مثبت می‌گذارد و از سوی دیگر ناگواری‌های سخت زندگی نیز باعث افزایش ناامیدی در فرد می‌شود؛ در نتیجه با افزایش احساس ناامیدی در فرد، آسیب‌پذیری از خودکشی نیز افزایش می‌یابد.

جدول شماره ۶. فراوانی و درصد مقادیر گویه‌های متغیر نهفته ریسک خودکشی

شاخص	فراوانی	درصد نسبی	درصد تجمعی
آرزوی مرگ کردن	خیر	۶۶/۸	۶۶/۸
	بله	۱۳۰۳	۳۳/۲
فکر صدمه زدن به خود	خیر	۹۲/۲	۹۲/۲
	بله	۳۰۸	۷/۸
آسیب رساندن آگاهانه به خود	خیر	۹۶/۳	۹۶/۳
	بله	۱۴۸	۳/۷

در مسیر علی دوم، خوی پرخاشگری در فرد موجب انجام رفتارهای تکانشی در او و این رفتارها منجر به اقدامات انتحاری می‌شود.

داده‌ها، در حجم نمونه آماری ۴۰۰۰ نفر با ۱۵ متغیر، ابتدا توسط پیش پردازنده پری‌لیز^۱ (ژورس کاگ و سوربام^۲ ۱۹۹۶) از نرم‌افزار لیزرل آماده‌سازی شد و با توجه به این‌که تمامی متغیرها در سطح ترتیبی^۳ اندازه‌گیری شده‌اند، ماتریس آسمپتاتیک کوواریانس^۴ برای تحلیل تهیه شد. نحوه عمل با مقادیر گم شده^۵ به صورت حذف مورد^۶ بود. ماتریس خروجی برای تحلیل به نرم‌افزار لیزرل داده شد و مدل علی تبیین شده با استفاده از این نرم‌افزار مورد تحلیل قرار گرفت. مدل ساختاری ارائه شده به نرم‌افزار با ۲۵ دور گردش^۷ به همگرایی رسید. این مدل با همبستگی چند خطای متغیرهای مستقل و وابسته، نیکویی برازش بیشتری دارد که در شکل شماره ۲، مدل تصحیح شده با آزاد کردن کوواریانس خطای بین این متغیرها، نشان داده شده است.

ضریب کی دو مدل استقلال برابر ۴۸۹۳۴/۰۶ محاسبه شده است که با احتمال بالاتر از ۹۹ درصد استقلال متغیرها از یکدیگر را رد می‌کند. 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، می‌توان ضرایب نیکویی برازش را مورد نظر بررسی قرار داد (جدول شماره ۷). ضرایب NFI و CFI مدل هر دو

1. Prelis
3. ordinal
5. Missing values
7. Iteration

2. Joreskog & Sorbom
4. Asymptotic covariance
6. list wise

جدول شماره ۷. ضرایب و شاخص‌های نیکویی برازش مدل علی

۷۸	درجه آزادی مدل
۴۴۷/۴۹	کی دو مدل
۴۸۹۳۴/۰۶	کی دو مدل استقلال (independence) با ۱۰۵ درجه آزادی
۰/۹۰	GFI
۰/۹۴	CFI
۰/۹۴	NFI
۰/۰۳۶	RMSEA
۰/۱۶	RMR

خود نشان می‌دهد. اکثر معرف‌ها بیش از ۳۰ درصد واریانس متغیر نهفته خود را تبیین کرده‌اند (جدول شماره ۸).

جدول شماره ۸. ضریب تعیین و بارهای عاملی شاخص‌های متغیرهای نهفته

متغیر	شاخص	R ²	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 تکانشی	آسیب زدن به خود یا دیگران	۰/۴۶	۰/۶۸
	شکستن اشیای پیرامون	۰/۴۴	۰/۵۵
پرخاشگری	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
	بی‌ارزش پنداشتن خود	۰/۶۸	۰/۸۲
	احساس عدم توانایی در حل مشکلات	۰/۵۴	۰/۷۳

همان‌طور که در شکل شماره ۲ مشاهده می‌شود، احساس ناامیدی با ضریب مسیر استاندارد ۰/۶۷ تأثیر بیشتری بر آسیب‌پذیری از خودکشی در میان دانشجویان دارد؛ پس از آن، متغیر نهفته رفتارهای تکانشی با ضریب مسیر استاندارد ۰/۲۰ بر متغیر وابسته تحقیق تأثیر می‌گذارد. در مجموع ۵۸ درصد واریانس متغیر وابسته تحقیق (آسیب‌پذیری از خودکشی) توسط دو مسیر اصلی مدل تبیین شده است. همچنین متغیر پرخاشگری ۵۴ درصد واریانس رفتارهای تکانشی را و متغیرهای ناگواری‌های زندگی و افسردگی در مجموع ۴۷ درصد متغیر احساس ناامیدی را تبیین کرده‌اند (جدول شماره ۹).

جدول شماره 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

۱. ریسک خودکشی؛ ۲. رفتارهای تکانشی؛ ۳. احساس ناامیدی؛ ۴. پرخاشگری؛
۵. ناگواری‌های سخت در زندگی؛ ۶. افسردگی

بحث و بررسی

با توجه به این‌که در این پژوهش آسیب‌پذیری از خودکشی یک شاخص ترکیبی است، هر کدام از مؤلفه‌های ترکیبی آن فقط بعدی از مفهوم را اندازه می‌گیرند. نتایج نشان داد که دو مسیر علی ترسیم شده، هر کدام به نحو متفاوتی آسیب‌پذیری از خودکشی را افزایش می‌دهد. مسیر علی افسردگی و ناگواری‌های زندگی، باعث افزایش احساس ناامیدی در فرد می‌شود و به دنبال این احساس ناامیدی، آرزوی زنده نبودن پدید می‌آید. این تمایل به مرگ، مقدمه‌ای برای خودکشی و بالا برنده آسیب‌پذیری از خودکشی به شمار می‌رود. مسیر علی ترسیم شده، تأییدکننده تحقیقات انجام شده در مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌های ایالات متحده (۲۰۰۲) در مورد نقش افسردگی در بالا بردن آسیب‌پذیری از خودکشی است. همچنین این یافته‌ها با مطالعه سمها^۱ در مورد نقش افسردگی در اقدام به خودکشی موافق است. مسیر علی ترسیم شده در تحقیق، به‌ویژه مطالعه کاسلوفسکی

1. SAMHA

(۱۹۹۲) در مورد تأثیر افسردگی و اقدامات تکانشی بر افزایش آسیب‌پذیری از خودکشی را تأیید می‌کند. مطالعه جوزف و رینج (۱۹۹۹) نیز که مبتنی بر نظریه گریز از خود باومیستر است، مسیری علی از افسردگی به ناامیدی و از آن به اندیشیدن به خودکشی ترسیم می‌کند که با این بخش از مدل نظری پژوهش منطبق است. مسیر علی دوم تحقیق از خوی پرخاشگری و عصبانیت در افراد شروع می‌شود و آن را تأثیرگذار بر اقدامات ناگهانی و تکانشی در فرد می‌داند. این اقدامات از طریق خودزنی و آسیب رساندن به خود، آسیب‌پذیری از خودکشی را بالا می‌برد. این مسیر نیز با یافته‌های آپتر و همکاران (۱۹۹۲) در مورد تأثیر رفتارهای تکانشی بر افزایش آسیب‌پذیری از خودکشی هم‌منوا است. در مجموع یافته‌های تحقیق حاضر، یافته‌های تحقیقات پیشین در مورد آسیب‌پذیری از خودکشی را تأیید می‌کند.

نتیجه‌گیری

آسیب‌پذیری از خودکشی، متغیری است که نشانگر احتمال بروز خودکشی در فرد است. فردی که آرزوی مرگ یا زنده نبودن می‌کند، در شرایط یکسان، با احتمال بیشتری نسبت به فردی که چنین آرزویی نمی‌کند، در مورد ارتکاب به خودکشی آسیب‌پذیر است. همچنین افرادی که به دلیل خوی پرخاشگری، در هنگام عصبانیت، رفتارهای تند احساسی و تکانشی نظیر شکستن اشیا و یا آسیب رساندن به خود و دیگران انجام می‌دهند، بیشتر از دیگران در معرض ارتکاب خودکشی قرار دارند. نتایج تحلیل ثانویه داده‌های مربوط به نیم‌رخ روانی دانشجویان کشور نشان داد که دو فرضیه کلی تأثیرگذاری افسردگی و ناامیدی و همچنین تندخویی و رفتارهای تکانشی بر آسیب‌پذیری از خودکشی که توسط تحقیقات پیشین در جوامع و نمونه‌های مختلف و عمدتاً غربی آزمون شده‌اند، در جامعه ایران نیز تأیید می‌شود.

نتایج این تحقیق مؤیدی بر نظریات روان‌شناسانه تبیین آسیب‌پذیری از خودکشی در جامعه ایران است. از این رو با تأیید تجربی این نظریات در افراد جامعه، می‌توان از آن‌ها به عنوان معرف خوبی برای شناسایی افرادی که در آسیب‌پذیری از خودکشی قرار دارند، استفاده کرد. این افراد می‌بایستی، به‌ویژه در شرایط حاد، مورد مراقبت آشکارا یا پنهانی قرار گیرند و در این موقعیت‌ها نسبت به این افراد ملاحظات متناسب با شخصیت آن‌ها صورت گیرد.

همچنین نتایج بخش توصیفی این تحقیق نشان از آسیب‌پذیری چشمگیر دانشجویان کشور در برابر خودکشی دارد. دانشجویان، به‌ویژه آن‌هایی که در غیر محل سکونت خود و عمدتاً خوابگاه سکونت دارند، بیش از دیگران در معرض ابتلا به افسردگی هستند و نسبت به خودکشی آسیب‌پذیرترند. از این‌رو، استفاده از نیم‌رخ روانی دانشجویان و انجام مراقبت‌ها و مشاوره‌های روانی برای این دسته از افراد، مفید و محافظت‌کننده در برابر خودکشی خواهد بود. جامعه ما در گذار به سوی مدرن شدن است و هر چه بیشتر به این سو به پیش می‌رویم، پیامدهای روانی-اجتماعی یک جامعه مدرن بیشتر دامن‌گیر ما خواهد بود؛ بنابراین ضروری است پیش از ابتلای کامل به مسئله، آن را از پیش ببینیم و در پی درمان یا تخفیف عوارض ناشی از آن باشیم.

منابع

- ایسنا، خبرگزاری دانشجویان ایران (۱۳۷۹) خبر مورخ ۱۳۷۹/۳/۲۸، قابل دسترس در:
<http://www.isna.ir/Main/NewsView.aspx?ID=News-9293>
- ایسنا، خبرگزاری دانشجویان ایران (۱۳۸۵) خبر مورخ ۱۳۸۵/۷/۱۰، قابل دسترس در:
<http://www.isna.ir/Main/NewsView.aspx?ID=News-799463>
- پورشریفی، حمید و حمید پیروی، فرهاد طارمیان، فریبا زرانی، معصومه قار و علی‌اکبر جمفری (۱۳۸۴) «طرح بررسی بهداشت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۳ دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم»، معاونت دانشجویی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- دورکیم، امیل (۱۳۷۸) *خودکشی*، ترجمه سالارزاده امیری، نادر، تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۸۳) *کندوکاوها و پنداشته‌ها*، تهران، شرکت سهامی انتشار.
- قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۷۴) «مدل‌های ساختار کواریانس یا مدل‌های لیزرل در علوم اجتماعی»، *نشریه دانشکده علوم انسانی و اجتماعی*، شماره ۲، دانشگاه تبریز، زمستان.
- قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۷۷) «فرآیند تدوین، اجرا و تفسیر ستاده‌های یک مدل کلی لیزرل: یک مثال عینی»، *سالنامه پژوهشی*، شماره یکم.
- محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۷۳) «ملاحظات در باب نظریه خودکشی دورکهایم»، *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۷، زمستان، صص: ۱۱۷-۱۴۹.

- Andersen, N. (1997) "Are Lesbians and Gays still Stigmatized in Norway Memo on Attitudes regarding Lesbians and Gays", In: Vite for å forstå - Oslo: LLH, available online from: URL. <http://www.med.uio.no/ssff/engelsk/menuprevention/Friis.htm>
- Askari, S. (1998) "Wemen, Main Victims of Suicide in Iran", Available online from

- URL:http://www.parstimes.com/women/womens_suicide.html.
- Apter A, Plutchik R, van Praag HM. (1993) "Anxiety, Impulsivity and Depressed Mood in Relation to Suicidal and Violent Behavior", *Acta Psychiatr Scand*, Jan; 87 (1): 1-5.
- Baumeister, Roy F. (1990) "Suicide as Escape from Self", *Psychological Review*. 97 (1), Jan, 90-113.
- Britannica Encyclopedia (1999) suicide.
- Caruso, Kevin (2001) "Suicide Statistics", Available online from URL: <http://www.preventsuicidenow.com/suicide-statistics.html>.
- CDC (2005) "Highlights in Minority Health", Available online from URL: http://www.cdc.gov/omhd/highlights/2005/Hjune_05.htm
- Center for Disease Control and Prevention (2002) "Injury fact book", Available online from URL:http://www.cdc.gov/ncipc/fact_book/Index.htm.
- Center for Disease Control and Prevention (1977) "Regional variations in suicide rates-United States 1990-1994", August 29 MMWR; 46 (34): 789-92. Available online from URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00049117.htm>.
- Department of Health and Human Services (1999) "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>.
- Freud, S. (1959) *The Origins of Psychoanalysis*, Basic Books, New York, NY.
- Guynup, S. (2000) "A Suicide Gene, Is there a genetic cause for suicide", Available online from URL: <http://www.genomenewsnetwork.org/articles/05-00/suicide-gene.shtml>.
- Hufford M. R. (2001) "Alcohol and Suicidal Behavior", *Clinical Psychology Review*, Volume 21, Number 5, July 2001, pp. 797-811 (15), abstract is available online from URL: <http://www.ingentaconnect.com/content/els/02727358/2001/00000021/00000005/art00070>
- Joreskog Karl G. & Sorbom Dag (1996), *PRELIS2 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.

- Kaslowsky 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): 157-65.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. (2004) "World Report on Violence and Health [serial online]", May, Available online from URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrwhen.
- Offerdal, A. (1995) "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/060915-suicide.aspx>
- Violanti, John M. (1977) "Suicide and the Police Role: a Psychosocial Model", *An International Journal of Police Strategies & Management*, Volume 20 Number 4 pp. 698-715. Abstract available online from URL: <http://www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet?Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/1810200408.html>
- Wasserman, I. M. (1984) "Imitation and Suicide: A Re-Examination of the Werther Effect", *American Sociological Review*, 49: 423-436.
- 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"
- Who, Geneva (2006_a) Available online from URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr53/en/index.html>
- Zhang J; Jin S (1998) "Interpersonal Relations And Suicide Ideation In China", *Genet Soc Gen Psychol Monogr*, Vol. 124 No. 1 Feb. 1998, Pp. 79-94. Available online

from: URL: http://findarticles.com/p/articles/mi_hb3131/is_199802/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: 451-467 (2 p. 1/4).