

۱۹۲۵۳



دانشگاه شهید بهشتی  
پژوهشکده خانواده

پایان نامه

جهت اخذ کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی خانواده درمانی

موضوع

خودکشی و فرآیند و محتوی خانواده:

مقایسه اقدام کنندگان به خودکشی، بیماران افسرده و افراد غیر بیمار

استاد راهنما

دکتر فرشته موتابی

استاد مشاور

دکتر لیلی پناغی

اساتید داور

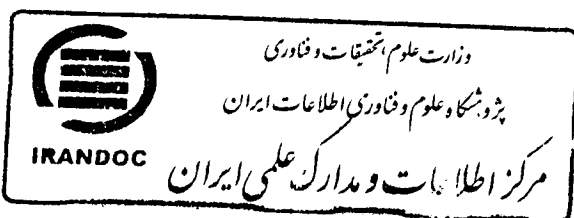
دکتر شهلا پاکدامن

دکتر علی زاده محمدی

پژوهشگر

شهرزاد ایزدپناه

شهریور ماه ۸۹



۱۴۹۲۵۳

۱۳۸۹/۱۰/۱۹

**تقدیم به سایه‌سار و پشتیبان همیشگیم...**

**پدر و مادرم...**

## سیاسگزارى

در خیال درختى سرسبز بذرى کاشتم آنگاه که بر گستره‌ى لایتناهیىش خاکى بیش نبودم. لطفش خاکم کرد، بذر م کرد و عشقش قوتى شد برای جوانه زدن... قد کشیدن... و آموزگارانى مهربان و صبور به من بخشید که کوچکی‌هايم را به بزرگواری لبخندشان ببخشند و در لحظه‌هایی که وزیدن‌های نابهنگام قامت نوپایم را خم می‌کرد جان تازه‌ای برای ایستادن و سر خم نکردم باشند. آنقدر که در سایه‌سارشان شهامت کاشتن دانه‌ای را یافتم. ممنونم از استاد گرانقدرم سرکار خانم دکتر موتابی بخاطر تمامی لحظاتی که راهنمایی‌هایشان روشنگر مسیرم شد و حضورشان دلگرمی‌ای بود برای مایوس نشدن و دانسته‌هایشان راه‌گشایی بر نادانسته‌های بی پایانم. سپاس بی‌پایان از سرکار خانم دکتر پناغی که با پیشنهادات و راهنمایی‌های ارزشمند و دلسوزانه‌شان در هموار شدن مسیر پیشرو یاریم کردند. همچنین بی‌نهایت از زحمات بی دریغ جناب آقای دکتر سامانی سپاسگذارم که در دشواری‌های کوچک و بزرگ پیشرو یاری‌های بی‌دریغشان همواره روشنگر و امیدبخش بود. از اساتید عزیزم، سرکار خانم دکتر پاکدامن و جناب آقای دکتر زاده محمدی بخاطر تقبل زحمت داورى این پژوهش و پیشنهادات کارگشایشان که به هرچه بهتر شدن مسیر این پژوهش کمک کرد، تشکر می‌کنم.

از سرکار خانم دکتر کیلانی‌پور و خانم دکتر رحمتی بخاطر همکاری بی‌دریغشان سپاسگذارم.

همچنین از مدیریت بیمارستان لقمان و بیمارستان روزبه بخاطر همکاری‌شان در این پژوهش و جناب آقای دکتر ناظمی که بدون همکاری ایشان این پژوهش با کاستی‌های بسیاری مواجه بود قدردانی می‌کنم.

امید است این پژوهش روزنه‌ای باشد بر نادانسته‌های بیکران ما و قدمی در راه نجات نفسی که مایوسانه گرفته می‌شود.

## چکیده

### خودکشی و فرآیند و محتوی خانواده:

#### مقایسه اقدام‌کنندگان به خودکشی، بیماران افسرده و افراد غیربیمار

اهداف پژوهش: هدف از این پژوهش، شناخت فرآیند و محتوی خانوادگی در سه گروه اقدام‌کننده به خودکشی، افراد غیربیمار و بیماران افسرده‌ی بدون سابقه‌ی اقدام به خودکشی و تعیین مدل خانوادگی غالب در این سه گروه بود.

روش پژوهش: اقدام‌کنندگان به خودکشی از بیمارستان لقمان تهران و در خلال روند مسمومیت زدایی مورد مصاحبه قرار گرفتند. بیماران افسرده از چند کلینیک روانپزشکی و بیمارستان دولتی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و افراد غیربیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس در مطالعه شرکت کردند. پرسشنامه‌ی فرآیند و محتوی خانواده، پرسشنامه سلامت روان و یک پرسشنامه دموگرافیک برای جمع‌آوری اطلاعات لازم در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند.

نتایج پژوهش: اجرای آزمون تحلیل واریانس چندراهه نشان داد، اقدام‌کنندگان به خودکشی و بیماران افسرده در مقایسه با افراد غیربیمار در زیرمقیاس‌های مهارت ارتباطی، انسجام و احترام، مهارت مقابله و تصمیم‌گیری، بطور معنادار نمرات کمتری داشتند. اقدام‌کنندگان به خودکشی و بیماران افسرده در هیچ‌یک از زیرمقیاس‌ها فرآیند خانواده تفاوت معناداری نداشتند. اقدام‌کنندگان به خودکشی در بعد محتوی خانواده در زیرمقیاس‌های زمان با هم بودن، ظاهر بدنی و منزلت اجتماعی و سلامت جسمی-روانی عملکردی بهتر از بیماران افسرده نشان دادند. نمرات بیماران افسرده در زیرمقیاس‌های سلامت جسمی-روانی، شغل و تحصیلات، ظاهر بدنی و منزلت اجتماعی، زمان با هم بودن و منابع مالی در مقایسه با افراد غیربیمار بطور معناداری کمتر بود. اقدام‌کنندگان به خودکشی در مقایسه با افراد غیربیمار در تمامی ابعاد محتوی خانواده به استثناء منابع مالی و فضای زندگی نمرات بالاتری داشتند. مدل خانوادگی ناسالم در بیماران افسرده غالب بود. در اقدام‌کنندگان به خودکشی و افراد غیربیمار مدل خانوادگی سالم برتری داشت.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه روشن است که سطوح پایین فرآیند و محتوی خانوادگی اقدام‌کنندگان به خودکشی و بیماران افسرده در مقایسه با افراد غیربیمار، حاکی از عملکرد آسیب‌دیده و ناکارآمد خانواده در این دو گروه می‌باشد. سطح بهتر محتوی خانواده در کنار فرآیند خانوادگی ضعیف در اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌تواند عاملی برای تفکیک این دو گروه باشد.

کلیدواژه‌ها: خودکشی، فرآیند و محتوی خانواده، بیماران افسرده.

# فهرست‌ها

- فهرست مطالب
- فهرست جداول
- فهرست نمودارها

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: کلیات پژوهش
۲	مقدمه
۳	۱-۱- بیان مسأله
۱۱	۱-۲- ضرورت
۱۴	۱-۳- اهداف
۱۴	۱-۳-۱- اهداف کلی
۱۴	۱-۳-۲- اهداف اختصاصی
۱۴	۱-۳-۲- اهداف اختصاصی
۱۵	۱-۴- فرضیه های تحقیق
۱۵	۱-۵- سؤالات تحقیق
۱۵	۱-۶- تعریف مفهومی متغیرها
۲۰	۱-۷- تعریف عملیاتی متغیرها
	فصل دوم: ادبیات تحقیق
۲۲	مقدمه
۲۲	۲-۱- تعریف خودکشی
۲۳	۲-۲- تاریخچه خودکشی
۲۷	۲-۳- همه گیرشناسی
۳۳	۲-۴- انواع خودکشی
۳۵	۲-۵- مدل های مرتبط با خودکشی
۴۰	۲-۶- عوامل خطر خودکشی
۴۰	۲-۶-۱- جنسیت
۴۳	۲-۶-۲- سن و مجرد

۴۵	۲-۶-۳- وضعیت اقتصادی، تحصیلی و شغلی
۴۸	۲-۶-۴- مذهب
۵۲	۲-۶-۵- فقدان یا طلاق والدین
۵۳	۲-۶-۶- سلامت روان‌شناختی اعضای خانواده
۵۶	۲-۶-۷- سابقه اقدام به خودکشی در فرد، بستگان و دوستان
۵۸	۲-۶-۸- افسردگی
۶۳	۲-۶-۹- خانواده
۶۳	۲-۶-۹-۱- خانواده و افسردگی
۶۹	۲-۶-۹-۲- خانواده و خودکشی
۹۲	۲-۷- مدل فرآیند و محتوی خانواده
۹۴	۲-۸- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

### فصل سوم: روش تحقیق

۹۶	مقدمه
۹۶	۳-۱- نوع مطالعه
۹۶	۳-۲- جامعه و نمونه آماری
۹۹	۳-۳- ابزار گردآوری اطلاعات
۹۹	۳-۳-۱- پرسشنامه‌ی فرآیند و محتوی خانواده
۱۰۲	۳-۳-۲- پرسشنامه سلامت روان
۱۰۴	۳-۳-۳- پرسشنامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
۱۰۴	۳-۴- مراحل اجرایی تحقیق
۱۰۶	۳-۵- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

### فصل چهارم: یافته‌های مطالعه

۱۰۸	مقدمه
۱۰۸	۴-۱- اطلاعات توصیفی
۱۱۳	۴-۲- یافته‌های اصلی



۳-۴- یافته‌های جانبی.....۱۳۳

## فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

مقدمه.....۱۳۷

۱-۵- بحث و نتیجه‌گیری.....۱۳۸

۲-۵- محدودیت‌های پژوهش و پیشنهاداتی برای مطالعات آینده.....۱۶۹

### منابع پژوهش

منابع فارسی زبان.....۱۷۳

منابع انگلیسی زبان.....۱۷۶

### پیوست‌ها

پرسشنامه‌ی فرآیند و محتوی خانواده.....۱۹۹

پرسشنامه‌ی دموگرافیک بیماران افسرده و افراد غیربیمار.....۲۰۲

پرسشنامه‌ی دموگرافیک اقدام‌کنندگان به خودکشی.....۲۰۳

چکیده‌ی انگلیسی.....۲۰۴

## فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲ گونه‌های مختلف خانواده در مدل بافت‌نگر فرآیند و محتوی خانواده.....	۹۳
جدول ۱-۳- زیرمقیاس‌های فرآیندهای خانوادگی و سؤالات مربوط به آنها.....	۱۰۱
جدول ۲-۳- زیرمقیاس‌های پرسشنامه محتوی خانواده و سؤالات مربوط به آنها.....	۱۰۲
جدول ۱-۴- فراوانی نمونه‌های سه گروه و میانگین، حداقل و حداکثر سنی آنها.....	۱۰۸
جدول ۲-۴- فراوانی و فراوانی نسبی جنسیت نمونه‌ها در سه گروه مورد مطالعه.....	۱۰۹
جدول ۳-۴- فراوانی و فراوانی نسبی میزان تحصیلات نمونه‌ها در سه گروه پژوهش.....	۱۰۹
جدول ۴-۴- فراوانی و فراوانی نسبی وضعیت شغلی نمونه‌ها در سه گروه مورد مطالعه.....	۱۱۰
جدول ۵-۴- فراوانی و فراوانی نسبی سطح تحصیلات پدر در سه گروه مورد مطالعه.....	۱۱۱

- جدول ۴-۶- فراوانی و فراوانی نسبی سطح تحصیلات مادر در سه گروه مورد مطالعه..... ۱۱۲
- جدول ۴-۷- وضعیت زندگی والدین در سه گروه مورد پژوهش..... ۱۱۳
- جدول ۴-۸- میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس‌های فرآیند خانواده در سه گروه مورد پژوهش..... ۱۱۴
- جدول ۴-۹- میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس‌های محتوی خانواده در سه گروه مورد پژوهش..... ۱۱۴
- جدول ۴-۱۰- نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه نمره کلی فرآیند خانواده در سه گروه پژوهش..... ۱۱۵
- جدول ۴-۱۱- مقایسه نمره کلی فرآیند خانواده با استفاده از آزمون شفه در سه گروه پژوهش..... ۱۱۵
- جدول ۴-۱۲- نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه نمره کلی محتوی خانواده در سه گروه پژوهش..... ۱۱۶
- جدول ۴-۱۳- مقایسه محتوی خانواده با استفاده از آزمون شفه در سه گروه پژوهش..... ۱۱۷
- جدول ۴-۱۴- شاخص‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیره در سه گروه پژوهش..... ۱۱۸
- جدول ۴-۱۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس چندراهه برای زیرمقیاس‌های فرآیند خانواده..... ۱۱۸
- جدول ۴-۱۶- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای زیرمقیاس‌های فرآیند خانواده..... ۱۱۹
- جدول ۴-۱۷- شاخص‌های آماری F برای تفاوت زیرمقیاس‌های محتوی خانواده در سه گروه پژوهش..... ۱۲۱
- جدول ۴-۱۸- نتایج آزمون تحلیل واریانس چندراهه برای زیرمقیاس‌های محتوی خانواده..... ۱۲۲
- جدول ۴-۱۹- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای زیرمقیاس‌های محتوی خانواده..... ۱۲۴
- جدول ۴-۲۰- نتایج آزمون خی دو، مقادیر و درصد فراوانی هریک از گروه‌ها برای مدل خانوادگی..... ۱۲۷
- جدول ۴-۲۱- متغیرهای وارد شده و مقادیر ویلکز لامبدا در هر گام تحلیل..... ۱۲۹
- جدول ۴-۲۲- مقادیر ویژه و همبستگی کانونی برای دو عامل تشخیصی..... ۱۳۰
- جدول ۴-۲۳- مقادیر خی دو را برای تابع تشخیصی دو عاملی شناسایی شده ارائه می‌دهد..... ۱۳۰
- جدول ۴-۲۴- ضرائب استاندارد شده و مقادیر تابع تشخیص برای هریک از سه گروه..... ۱۳۱
- جدول ۴-۲۵- مهمترین دلایل اقدام‌کنندگان برای خودکشی..... ۱۳۳
- جدول ۴-۲۶- سابقه اقدام به خودکشی در خانواده و دوستان..... ۱۳۴

### فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
نمودار ۲-۱- عوامل خطر مرتبط با خودکشی.....	۸۳
نمودار ۴-۱- توزیع مدل خانوادگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی، بیماران افسرده و افراد غیربیمار.....	۱۲۸
نمودار ۴-۲- افتراق سه گروه پژوهش بر اساس دو عامل تشخیصی.....	۱۳۳

# فصل اول

## کلیات پژوهش

❖ مقدمه

❖ بیان مسأله

❖ اهمیت و ضرورت پژوهش

## مقدمه

خودکشی یک پدیده فردی و اجتماعی مهم است که علاوه بر تأثیرات فردی اعم از آسیب‌های جسمی و روانی جبران‌ناپذیر، پیامدهای سختی برای جامعه و خانواده که اساسی‌ترین نهاد اجتماعی است خواهد داشت. قصد فرد برای پایان بخشیدن به زندگی خود تحت تأثیر عوامل بسیار پیچیده‌ایست که سال‌ها مورد توجه محققان و مسئولین امر قرار داشته است. رشد فزاینده رفتارهای خودکشی بویژه در جمعیت جوان جوامع مختلف موجب شده است که این پدیده بعنوان یکی از مسائل مهم سازمان سلامت جهانی مطرح باشد. مطالعات جمعیتی نشان می‌دهد که ۴ تا ۸ درصد افراد جوان یک سابقه اقدام به خودکشی تا سن ۲۰ سالگی را گزارش می‌دهند (بئاتریس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

تحقیقات پیشین در مورد عوامل خطر خودکشی، از نقش افسردگی در افزایش خطر خودکشی حمایت می‌کند، بعلاوه آمار قابل توجهی از اقدام کنندگان به خودکشی علائم افسردگی را نشان می‌دهند (فولی<sup>۲</sup>، گولدستون<sup>۳</sup>، کاستللو<sup>۴</sup> و آنگولد<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶؛ هاستون<sup>۶</sup>، هاوتون<sup>۷</sup> و شپارد<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱؛ روی<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴؛ گولد<sup>۱۰</sup> و کرامر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۱). با این وجود شمار زیادی از بیماران افسرده اقدام به خودکشی نمی‌کنند (برنت<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹). مطالعه خودکشی نشان می‌دهد که عمل انسان هرچند فردی باشد، با سایر انسان‌ها تداخل دارد و شناخت فرد جدای از محیط و جامعه‌ای

---

<sup>1</sup> Beautrais, A, L

<sup>2</sup> Foley, D. L

<sup>3</sup> Goldstone, D. B

<sup>4</sup> Costello, E. J

<sup>5</sup> Angold, A

<sup>6</sup> Houston, K

<sup>7</sup> Hawton, K

<sup>8</sup> Shepperd, R

<sup>9</sup> Roy, A

<sup>10</sup> Gould, M. S

<sup>11</sup> Cramer, R. A

<sup>12</sup> Brent, D

که در آن زندگی می‌کند، شناخت کامل و دقیقی نیست (حسینی، ۱۳۷۸). بافت و شرایط خانوادگی یکی از مهمترین بسترهای رشد دهنده‌ی مؤثر بر سلامت روان فرد است و در تحقیقات پیشین هم بعنوان عامل حمایتی در برابر خطر خودکشی و هم بعنوان یک عامل فزاینده‌ی خطر خودکشی مورد توجه قرار گرفته است (هریس<sup>۱</sup> و مولوک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰؛ جانسون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ ویناس<sup>۴</sup>، کانالز<sup>۵</sup>، گراس<sup>۶</sup>، کلودیو<sup>۷</sup> و لیبریا<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲؛ بلوم<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۰).

پژوهش حاضر به منظور تعیین تفاوت ابعاد فرآیند و محتوی خانوادگی در سه گروه اقدام کنندگان به خودکشی، بیماران افسرده بدون سابقه اقدام به خودکشی و افراد غیربیمار انجام شده است.

## ۱-۱: بیان مسئله

خودکشی یکی از پدیده‌های اجتماعی مهم است که علیرغم نوظهور نبودن آن همچنان مورد توجه زیاد محققین و مسئولین امر قرار دارد. بیش از ۳۳۰۰۰ نفر از مردم سالانه خودشان را می‌کشند و بیش از ۳۹۵۰۰۰ نفر سالانه بخاطر جراحاتی که به خودشان وارد می‌کنند در مراکز اورژانس تحت درمان قرار می‌گیرند. خودکشی هفتمین دلیل مرگ در مردان، شانزدهمین دلیل مرگ در زنان، سومین دلیل مرگ در افراد ۱۵-۲۴ سال و دومین دلیل مرگ در افراد ۲۵-۳۴ سال است (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹).

---

<sup>1</sup> Harris, T. L

<sup>2</sup> Molock, S. D

<sup>3</sup> Johnson, J. G

<sup>4</sup> Vinas, F

<sup>5</sup> Canals, J

<sup>6</sup> Gras, M. E

<sup>7</sup> Claudia, R

<sup>8</sup> Liberia, E. D

<sup>9</sup> Blum, R. W

<sup>10</sup> Center for Disease Control and prevention (CDC)

در نوجوانان نرخ خودکشی طی ۵۰ سال تقریباً سه برابر شده است. همچنین در بین افراد جوان بسیاری از کشورهای توسعه یافته نیز در سه دهه گذشته افزایش قابل توجهی در رفتارهای خودکشی دیده می شود (شافر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱).

رفتارهای خودکشی ممکن است بعنوان صفتی نهفته در خیلی از افراد مشاهده شود. البته این صفت در تمام دوران زندگی پایدار نمی ماند. سطوح این تمایل از زمانی به زمان دیگر و با توجه به دوران زندگی، خود فرد و سطح تحمل وی متفاوت است. سطح این آستانه تحت تأثیر مجموعه عوامل پیچیده ای مانند شرایط زندگی روانی اجتماعی، روابط شخصی، ابهامات و ارزش ها قرار می گیرد (کرخوف<sup>۲</sup> و آرنسمان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). بطور کلی خودکشی بعنوان یک پدیده فردی و اجتماعی تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می گیرد. بئاتریس (۲۰۰۳) مدلی از عوامل تأثیرگذار بر تحول رفتارهای خودکشی در افراد جوان ارائه می دهد. بر اساس این مدل، عوامل سهیم در رفتارهای خودکشی به چند حیطه دسته بندی می شوند که در هر یک از این قلمروها عواملی مشابه از لحاظ مفهومی قرار دارد:

(۱) عوامل زیستی و ژنتیک

(۲) عوامل دموگرافیک و اجتماعی

(۳) مصائب و نابسامانی دوران کودکی

(۴) صفات شخصیتی و سبک های شناختی

(۵) مواجهه با استرس و مصیبت

---

<sup>1</sup> Shaffer, D

<sup>2</sup> Kerkhof, J.F.M

<sup>3</sup> Arensman, E

این مدل فرض را بر این می‌گذارد که این متغیرها مجموعه‌ای عوامل را تشکیل می‌دهند که بر آسیب‌پذیری فرد نسبت به استرس، اختلال روانی، و مصیبت مؤثر بوده و بعنوان مبدایی بر رفتارهای خودکشی تأثیر می‌گذارند. همچنین از سوی دیگر این عوامل می‌توانند بطور مستقل از تأثیرات عوامل واسطه‌ای بر رفتارهای خودکشی نقش داشته باشند.

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر آسیب‌شناسی فرد، از جمله خودکشی، شرایط خانوادگی است که در تحلیل مکانیسم‌های اجتماعی مرتبط با رفتارهای خودکشی یکی از مهمترین عوامل محسوب می‌شود. تحقیقات، مشکلات خانوادگی و تنش و تعارض در خانواده را بعنوان عوامل خطر در خودکشی معرفی کرده‌اند (ویناس و همکاران، ۲۰۰۲). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که مشکلات اقتصادی (فرگوسن<sup>۱</sup>، وودوارد<sup>۲</sup> و هوروود<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰؛ بئاتریس، ۲۰۰۰)، مشکلات قانونی و بیماری جسمی والدین (برنت و همکاران، ۱۹۹۴)، اختلال روانی والدین (برنت و همکاران، ۱۹۹۴) و طلاق والدین (کوسکی<sup>۴</sup>، سیلبرن<sup>۵</sup> و زوبریک<sup>۶</sup>، ۱۹۹۰)، تضاد و تعارض با والدین (کوسکی و همکاران ۱۹۹۰؛ برنت و همکاران، ۱۹۹۴) و سابقه سوءاستفاده و بدرفتاری در کودکی (برنت و همکاران، ۱۹۹۴)، از عواملی است که می‌تواند مصائب و نابسامانی دوره کودکی را رقم زده و خطر خودکشی را افزایش بدهد.

سامانی (۱۳۸۷) در مدل فرآیند و محتوی خانواده<sup>۷</sup> سه بعد را برای خانواده به عنوان یک سیستم معرفی می‌کند:

(۱) فرآیندهای خانواده                      (۲) محتوی خانواده                      (۳) بافت اجتماعی خانواده

<sup>1</sup> Fergusson, D. M

<sup>2</sup> Woodward, L.J

<sup>3</sup> Horwood, L.J

<sup>4</sup> Kosky, R

<sup>5</sup> Silburn, S

<sup>6</sup> Zubrick, S.R

<sup>7</sup> Family Process and Content Model

در این مدل، فرآیند خانواده به راهبردها و مهارت‌هایی بر می‌گردد که به سازگاری خانواده با نیازهای جدید و شرایط جدید کمک می‌کند. به بیان دیگر فرآیندهای خانوادگی کنش‌هایی هستند که خانواده را در سازگاری با شرایط گوناگون یاری می‌کنند. بعد دوم، محتوی خانواده یا ویژگی‌های خانواده است. این بعد به سطح کیفیت سلامت روان، شغل، درآمد، سطح تحصیلی، حضور یا عدم حضور اعضای خانواده و مانند این‌ها بر می‌گردد. بر اساس این مدل، سطوح بالای فرآیند و محتوی خانواده سودمندتر بوده و با عملکرد سالم خانواده مرتبط است. در حالیکه سطوح پایین این دو بعد با عملکرد خانواده‌های ناسالم ارتباط دارد. بنابراین خانواده‌ها بر اساس این مدل به سه دسته خانواده سالم (سطح بالای فرآیند و محتوی)، خانواده ناسالم (سطح پایین فرآیند و محتوی) و خانواده های مشکل‌دار (سطح پایین یکی از دو بعد) تقسیم بندی می‌شوند.

مشکلات خانوادگی (بلس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶) و رضایتمندی از خانواده (کلارک<sup>۲</sup> و اسوالد<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶) از مواردی هستند که از کیفیت کارکردهای خانوادگی تاثیر می‌پذیرند و شناخت و تقویت این کارکردها و فرایندها در خانواده با توجه به اهمیت تاثیر آنها در کیفیت عملکرد خانواده، سلامت خانواده را ارتقا خواهد داد.

بر اساس مدل فرایند و محتوی خانواده و مدلی که بثاتریس (۲۰۰۳) از عوامل خطر ساز خودکشی معرفی می‌کند می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که از یکسو محتوی خانواده با در برگرفتن سلامت روان، درآمد و وضعیت اشتغال خانواده با متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی هم‌پوشی دارد و احتمالاً با میزان استرس و مصائبی که فرد در دوران کودکی تجربه کرده است مرتبط خواهد بود و از سوی دیگر فرآیندهای خانوادگی به سطح کیفیت کارکردهای خانوادگی از قبیل حل مساله و ارتباط برمی‌گردد که برچگونگی مواجه شدن خانواده با مشکلات و

---

<sup>1</sup> Boles, J

<sup>2</sup> Clark, A.E

<sup>3</sup> Oswald, J.A



استرس‌ها تأثیر گذاشته و از جمله عوامل احتمالی تعیین کننده میزان خطر اقدام به رفتارهای خودکشی است. خانواده به عنوان یک پایگاه مهم و اولیه برای افراد، از یک سو می‌تواند نقش یک بستر نامناسب برای رشد آسیب پذیری‌های قبلی آنها را ایفا کند و از سوی دیگر می‌تواند یک منبع حمایتی و حفاظت‌کننده در برابر استرس‌زا های مختلف باشد.

اختلالات روان‌شناختی متغیر دیگری است که شواهد زیادی از نقش آن در علت‌شناسی خودکشی حمایت می‌کند (بناتریس، ۲۰۰۳). مطالعات کالبدشکافانه نشان می‌دهد که بالای ۹۰ درصد از افرادی که در نتیجه خودکشی می‌میرند در زمان مرگ حداقل یک اختلال روانی داشته‌اند. (برنت، باگر<sup>۱</sup>، بریدج<sup>۲</sup>، چن<sup>۳</sup>، چیاپتا<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹؛ هاستون و همکاران، ۲۰۰۱؛ مارتونن<sup>۵</sup>، آرو<sup>۶</sup>، هنریکسون<sup>۷</sup> و لانکویست<sup>۸</sup>، ۱۹۹۱). مطالعات طولی و موردی نرخ اختلالات روانی در افرادی که درگیر رفتارهای خودکشی بوده‌اند و آنهایی که درگیر این رفتارها نبوده‌اند را مقایسه کرده‌اند. نتایج این مطالعات نشان داده‌اند که افراد با اختلالات روانی در یک خطر فزاینده برای رفتارهای خودکشی هستند (برنت و همکاران، ۱۹۹۱؛ فرگوسن و همکاران، ۲۰۰۰). هر دو نوع مطالعات ۴ اختلال را بعنوان شرایط روان‌پزشکی عمده مرتبط با خودکشی و رفتارهای خودکشی شناسایی کرده‌اند:

(۱) اختلالات خلقی (۲) اختلالات سوء مصرف مواد (۳) رفتارهای ضد اجتماعی (۴) اختلالات اضطرابی

---

<sup>1</sup> Baugher, M

<sup>2</sup> Bridge, J

<sup>3</sup> Chen, T

<sup>4</sup> Chiappetta, L

<sup>5</sup> Martunnen

<sup>6</sup> Aro, H

<sup>7</sup> Henriksson, M. M

<sup>8</sup> Lonqvist, J

نتایج مطالعه‌ی پارک<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) روی ۳۱۳ بیمار روانپزشکی با افکار و خیال پردازی راجع به خودکشی و یا سابقه‌ی اقدام به خودکشی و خودکشی موفق نشان داد ۲۷/۸٪ آنها اختلال اضطراب و افسردگی مرکب داشتند، ۱۶/۳٪ افسردگی اساسی و ۹/۲٪ به اسکیزوفرنیا مبتلا بودند. در بیماران با سابقه‌ی اقدام به خودکشی ۳۴/۶٪ اختلال سازگاری همراه با افسردگی و ۲۰/۷٪ اختلال افسردگی و اضطراب مرکب داشتند و ۲۵/۹٪ نیز به هیچ اختلالی مبتلا نبودند.

نتایج مطالعات دیگر نشان داد اکثریت کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، رفتارهای خودکشی قبلی (هو<sup>۲</sup>، لانگ<sup>۳</sup>، هانگ<sup>۴</sup>، لی<sup>۵</sup> و تانگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰) و یا اختلالات افسردگی داشته‌اند (استوارت<sup>۷</sup>، لم<sup>۸</sup>، بتسون<sup>۹</sup> و چانگ<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۹؛ گولد و کرامر، ۲۰۰۱؛ ییپ<sup>۱۱</sup>، لیو<sup>۱۲</sup>، لم، استوارت، چن<sup>۱۳</sup> و فن<sup>۱۴</sup>؛ ۲۰۰۴).

با وجود شواهدی که از نقش اختلالات در خودکشی حمایت می‌کنند اما بسیاری از این مطالعات یک نقص اساسی دارد. در اکثر آنها گروه کنترل مورد مقایسه یا افراد از جامعه‌ی نرمال بوده‌اند یا بیمارانی انتخاب شده‌اند که رفتارهای خودکشی داشته‌اند در صورتی که با وجود آمار بالای اختلالات روانی در بین اقدام‌کنندگان به خودکشی، اکثریت کسانی که اختلال روانی دارند اقدام به خودکشی نمی‌کنند (برنت، ۲۰۰۹).

---

<sup>1</sup> Park, A

<sup>2</sup> Ho, T. P

<sup>3</sup> Leung, P. W

<sup>4</sup> Hung, S. F

<sup>5</sup> Lee, C. C

<sup>6</sup> Tang, C. P

<sup>7</sup> Stewart, S. M

<sup>8</sup> Lam, T. H

<sup>9</sup> Betson, C

<sup>10</sup> Chung, S. F

<sup>11</sup> Yip, S

<sup>12</sup> Liu, K Y

<sup>13</sup> Chen, E

<sup>14</sup> Fan, S

پورترزکی<sup>۱</sup>، آدنارت<sup>۲</sup> و هیرینگن<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) بیان می‌کنند که مقایسه قربانیان خودکشی با گروه نرمال در تحقیقات قبلی باعث شده که اختلالات خلقی بعنوان مهمترین عامل خودکشی شناخته شود. در حالیکه مقایسه این گروه با بیماران روان‌پزشکی که رفتارهای خودکشی نشان می‌دهند می‌تواند نتایج متفاوتی بدست دهد. پورترزکی و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود بیماران روان‌پزشکی با رفتارهای خودکشی و افراد با خودکشی موفق را بررسی کردند. آنها بیان می‌کنند که اگرچه برخی عوامل ویژه برای خودکشی موفق می‌توان شناسایی کرد اما این دو گروه شباهت‌های زیادی به هم دارند. ممکن است گروه بیماران با رفتارهای خودکشی در مقایسه با افراد با خودکشی موفق در مرحله مقدماتی‌تری از فرآیند تحولی خودکشی باشند و یا اینکه روند تحولی کندتری را نشان دهند. بنابراین اگر این دو گروه احتمالاً در دو مرحله تحولی متفاوت باشند قرار دادن یک گروه مقایسه با اختلالات خلقی که سابقه اقدام به خودکشی نداشته‌اند می‌تواند اطلاعات مفیدتری بدست دهد.

همانطور که گفته شد در بین افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، آمار اختلالات روانی کم نیست. اما نکته اساسی این است که اگر با توجه به تحقیقات گذشته اختلالات خلقی را یک عامل مهم در اقدام به خودکشی در نظر بگیریم، می‌توان این احتمال را در نظر گرفت که در بیماران با اختلالات خلقی که سابقه اقدام به خودکشی ندارند احتمالاً عوامل حمایتی وجود دارد که آنها را در برابر خودکشی مقاومتر می‌کند. شرایط خانوادگی یکی از عواملی است که می‌تواند در یافتن پاسخ این سؤالات به ما کمک کند.

نتایج مطالعه‌ی توماس<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) از تاثیر غیرمستقیم عوامل خانوادگی بر خودکشی حمایت کرد. یافته‌های وی نشان داد عوامل خانوادگی بر عوامل شخصیتی تاثیر می‌گذارد و عوامل شخصیتی به نوبه خود بر عوامل خلقی از

---

<sup>1</sup> Portzky, G

<sup>2</sup> Audenaert, K

<sup>3</sup> Heeringen, K.V

<sup>4</sup> Thomas, K.A

جمله افسردگی و در نهایت عوامل خلقی بر رفتارهای خودکشی تاثیر می‌گذارد. همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که یک محیط خانوادگی ناکارآمد و نقص حمایت والدینی ناشی از آن، منابع نهفته‌ایست که بر درک نوجوان از استرس، خلق افسرده و اعتماد بنفس پایین مؤثر است (گرینبرگ<sup>۱</sup>، چن<sup>۲</sup>، تالی<sup>۳</sup> و دانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰؛ چن<sup>۵</sup>، وسلی<sup>۶</sup> و باند<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). پرینستاین<sup>۸</sup>، برگر<sup>۹</sup>، اسپریتو<sup>۱۰</sup>، لیتل<sup>۱۱</sup> و گراپتین<sup>۱۲</sup>، (۲۰۰۰) نیز در مطالعه خود نشان دادند که عوامل خطر روانی- اجتماعی مرتبط با خانواده مستقیماً افکار خودکشی و علائم افسردگی را در بیماران روان‌پزشکی پیش‌بینی می‌کند. بنابراین می‌توان گفت محیط خانوادگی متفاوت تاثیر متفاوتی بر ادراک فرد از استرس و افسردگی که از عوامل خطر خودکشی هستند خواهد داشت.

با در نظر گرفتن این یافته اهمیت شرایط خانوادگی بیش از پیش آشکار می‌شود و بر همین اساس می‌توان این احتمال را در نظر گرفت که شرایط خانوادگی بعنوان یک عامل زیربنایی احتمالی می‌تواند در بروز آسیب‌شناسی و خودکشی مؤثر بوده و یا از تحول آسیب‌ها به خودکشی پیشگیری کند. همچنین مشکلات کارکرد خانواده و شرایط خانوادگی مساعدتر ممکن است شرایطی ایجاد کند که فرد با اختلالات روانی، درگیر رفتارهای خودکشی شود. اگر اختلالات روانی را یکی از عوامل خطر رفتارهای خودکشی در نظر بگیریم و همچنین خانواده را بعنوان یک فاکتور مهم در بروز آسیب‌پذیری فرد و یا عامل حمایتی در پیشگیری از خودکشی تلقی

---

<sup>1</sup> Greenberg, E

<sup>2</sup> Chen, C.S

<sup>3</sup> Tally, S.R

<sup>4</sup> Dong, Q

<sup>5</sup> Chen, S.X

<sup>6</sup> Wesley, C. H

<sup>7</sup> Bond, M.H

<sup>8</sup> Prinstein, M.J

<sup>9</sup> Boergers, J

<sup>10</sup> Spirito, A

<sup>11</sup> Little, T.D

<sup>12</sup> Grape tine, W. L