

سورة الف

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری



پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی با گرایش خانواده
درمانی

عنوان:

مقایسه عملکرد خانوادگی و رضایت زناشویی والدین نوجوانان اقدام کننده و غیر اقدام کننده به خودکشی

استاد راهنما:

دکتر علیرضا مهدویان

استاد مشاور:

دکتر فرشاد بهاری

پژوهشگر:

حمید باباخانی پور

زمستان ۱۳۸۹



فرم ز

بسمه تعالی

صور تجلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد

با تأییدات خداوند متعال و با استعانت از حضرت ولی عصر(عج) جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد آقای حمید باباخانی پور تحت عنوان: " مقایسه عملکرد خانوادگی و رضایت زناشویی والدین نوجوانان اقدام کننده و غیر اقدام کننده به خودکشی" در تاریخ ۸/۱۲/۸۹ با حضور هیأت داوران در دانشگاه علم و فرهنگ برگزار گردید. به موجب آیین نامه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد، ارزشیابی هیات داوران به شرح ذیل است.

قبول با درجه (عالی) (دفاع مجدد مردود)

امضا	رتبه علمی	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
		۱- استاد راهنما: جناب آقای دکتر علیرضا مهدویان	
		۲- استاد مشاور: جناب آقای دکتر فرشاد بهاری	
		۳- استاد داور: جناب آقای دکتر پرویز دباغی	
		۴- استاد داور: جناب آقای دکتر حمید یعقوبی	
		۵- نماینده تحصیلات تکمیلی: جناب آقای دکتر علیرضا مهدویان	
		اداره کل تحصیلات تکمیلی	

ماده ۲۰ آیین نامه آموزشی - ارزشیابی پایان نامه	
الف) نمره از ۱۸ تا ۲۰	عالی
نمره از ۱۶ تا ۱۸	بسیار خوب
نمره از ۱۴ تا ۱۶	خوب
نمره از ۱۲ تا ۱۴	قابل قبول
ب) نمره کمتر از ۱۲	غیر قابل قبول

ضروری است که یک نسخه تکمیل شده این فرم مطابق شیوه نامه تدوین پایان نامه ها در ابتدای پایان نامه الصاق گردد.

تقدیم به همسر که همواره بهترین انتخاب زندگی بوده است

۹

تقدیم به فرزند عزیز هومن که وجودشان بهانه ای است سبز تا مقطع زیستنم.

۱۰

چکیده:

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه عملکرد خانوادگی و رضایت زناشویی والدین نوجوانان اقدام کننده به خودکشی با غیر اقدام کنندگان صورت گرفته است.

مواد و روش کار: نمونه این پژوهش شامل ۱۰۰ نفر (۵۰ نوجوان اقدام کننده به خودکشی و ۵۰ نفر غیر اقدام کننده) بود. که به ترتیب به روش نمونه گیری در دسترس و خوشه ای - تصادفی انتخاب شدند. گروه غیر اقدام کننده از نظر ویژگیهای جمعیت شناختی با گروه اقدام کننده همگن شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از نسخه ایرانی مقیاس سنجش خانواده (FAD-I) و پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH که پایایی آنها به ترتیب برابر با ۰/۹۳ و ۰/۹۲ محاسبه شده است. اولی توسط نوجوانان و دومی را مادران آنها تکمیل کردند. داده ها با استفاده از شاخصهای آمار توصیفی، آزمون آماری t گروه های مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: یافته ها نشان داد که بین عملکرد خانوادگی و رضایت زناشویی والدین و نیز ابعاد آنها در دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. ($p < 0/05$) بین این متغیرها همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد. ($p < 0/05$). همین طور، عملکرد خانوادگی و رضایت زناشویی می تواند پیش بینی کننده رفتار خودکشی در نوجوانان باشند. در این میان، بُعد نقشها در عملکرد خانواده، و حیطه مسایل شخصی، مدیریت مالی، و ازدواج و فرزندان (فرزندپروری) متغیرهای پیش بین بهتری برای اقدام به خودکشی در نوجوانان بودند.

نتیجه گیری: رضایت زناشویی والدین و عملکرد خانواده در رفتار خودکشی نوجوانان تاثیر داشته و این مهم بیانگر اهمیت درمان های سیستمی و ارائه خانواده درمانی و زوج درمانی در طرحهای درمانی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی می باشد.

کلید واژه ها: رضایت زناشویی، عملکرد خانواده، اقدام به خودکشی، نوجوانان .

تقدیر و تشکر

با سپاس فراوان از اساتید محترم و بویژه مدیر محترم گروه روانشناسی جناب آقای دکتر علیرضا مهدویان استاد راهنما و جناب آقای دکتر فرشاد بهاری استاد مشاور طرح که در راه کسب دانش و اعتلا فرهنگ و خدمات رسانی مطلوبتر به هموطنان عزیز اینجانب را یاری نمودند.

با تشکر فراوان از دوست و همکار عزیزم جناب آقای منصور صفری و خانواده محترم که از حمایت‌های بی دریغ ایشان در این مدت بهره مند بودم.

و با تقدیر و تشکر از اساتید، سرپرست و پرسنل محترم بخش مسمومیت های بیمارستان فرشچیان همدان و نیز مسئولین محترم دبیرستانهای نواحی آموزش و پرورش شهر همدان که در انجام این طرح اینجانب را همراهی نمودند.

فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان
۱	فصل اول
۱	کلیات پژوهش
۱	۱-۱- مقدمه
۳	۱-۲- بیان مساله
۶	۱-۳- اهمیت پژوهش
۸	۱-۴- اهداف پژوهش
۸	۱-۵- سئوالات
۹	۱-۶- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها
۱۲	فصل دوم
۱۲	ادبیات و پیشینه پژوهش
۱۲	۲-۱- نوجوانی و مسائل رشد
۱۳	۲-۲-۱- آغاز نوجوانی:
۱۴	۲-۲-۲- اواسط نوجوانی
۱۵	۲-۲-۳- اواخر نوجوانی
۱۷	۲-۲- خودکشی در نوجوانان
۲۰	۲-۳- خودکشی از دید خانواده درمانی
۲۱	۲-۴- تشخیص و ویژگیهای بالینی
۲۳	۲-۵- درمان فردی و سیستمی
۲۵	۲-۶- تعریف خودکشی
۲۶	۲-۷- همه گیر شناسی خودکشی
۲۸	۲-۸- سبب شناسی
۲۸	۲-۸-۱- عوامل اجتماعی
۲۹	۲-۸-۲- عوامل روانشناختی
۳۱	۲-۸-۳- عوامل و پویایی های خانواده
۳۳	۲-۸-۴- عوامل زیستی:
۳۴	۲-۹- سلامت روانی و خودکشی
۳۴	۲-۹-۱- اختلال افسردگی:
۳۵	۲-۹-۲- اسکیزوفرنی:
۳۵	۲-۹-۳- سوء مصرف مواد:

۳۶	..... ۲-۹-۴- اختلالات شخصیت:
۳۶	..... ۲-۱۰- تحول خانواده
۴۱	..... ۲-۱۱- سبک های ناکارآمد فرزند پروری
۴۳	..... ۲-۱۲- دیدگاه سیستمی به خانواده
۴۵	..... ۲-۱۳- ارزیابی عملکرد خانواده
۴۵	..... ۲-۱۴- مدل ساختی ارزیابی کارایی خانواده
۴۶	..... ۲-۱۵- مدل چند مختصاتی ارزیابی کارایی خانواده
۴۷	..... ۲-۱۶- مدل عملکرد سیستمی خانواده بیورز
۴۸	..... ۲-۱۷- ارزیابی و درمان خانواده ها بر اساس مدل مک مستر
۴۸	..... ۲-۱۷-۱- مدل اولیه و توسعه آن
۴۹	..... ۲-۱۷-۲- مدل مک مستر
۴۹	..... ۲-۱۷-۳- توصیف، فرض و مفاهیم خاص مدل مک مستر
۵۰	..... ۲-۱۷-۴- ابعاد عملکرد خانواده
۵۵	..... ۲-۱۷-۵- سنجش در مدل مک مستر
۵۶	..... ۲-۱۷-۶- مدل خانواده درمانی مک مستر
۵۷	..... ۲-۱۸- پیشینه پژوهش در داخل
۶۲	..... ۲-۱۹- پیشینه پژوهش در خارج
۷۲	..... فصل سوم
۷۲	..... روش پژوهش
۷۲	..... ۳-۱- طرح پژوهش
۷۳	..... ۳-۲- جامعه آماری
۷۳	..... ۳-۳- نمونه و روش نمونه گیری
۷۳	..... ۳-۴- روش اجرای طرح :
۷۳	..... ۳-۵- ابزار اندازه گیری
۷۴	..... ۳-۵-۱- مقیاس سنجش عملکرد خانواده مک مستر (نسخه ایرانی FAD-I)
۷۵	..... ۳-۵-۲- هنجاریابی آزمون FAD
۷۷	..... ۳-۵-۳- نمره گذاری FAD-I
۷۸	..... ۳-۵-۴- پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH
۷۸	..... ۳-۵-۵- روایی و اعتبار پرسشنامه
۷۹	..... ۳-۵-۶- نمره گذاری
۸۰	..... ۳-۵-۷- پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته
۸۱	..... ۳-۶- روش تجزیه و تحلیل داده های آماری

فصل چهارم	۸۲
تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش	۸۲
۴-۱- مقدمه:	۸۲
۴-۲- محاسبات توصیفی:	۸۲
۴-۳- استنباط آماری از داده ها	۹۲
فصل پنجم	۱۰۵
بحث و نتیجه گیری از یافته های پژوهش	۱۰۵
۵-۱- مقدمه	۱۰۵
۵-۲- بحث در یافته ها و سوالات پژوهش	۱۰۶
۵-۳- نتیجه گیری از یافته ها	۱۱۷
۵-۴- محدودیت های پژوهش	۱۱۸
۵-۵- پیشنهادات پژوهشی	۱۱۸
۵-۶- پیشنهادات کاربردی پژوهش	۱۱۸
منابع	۱۲۰
پیوستها	۱۳۹

فهرست جداول

عنوان	شماره صفحه
جدول ۱-۲- مراحل چرخه زندگی خانواده.....	۴۰
جدول ۲-۲. جدول حل مساله	۵۱
جدول ۲-۳- اصول اساسی در درمان متمرکز بر درمان سیستمی خانواده (PCSFT)	۵۴
جدول ۲-۴- مدل خانواده درمانی مک مستر	۵۶
جدول ۱-۳- : جدول ۲ × ۲	۷۲
جدول ۲-۳: مشخصه ساختار عاملی FAD-I (نجاریان، ۱۳۷۴)	۸۳
جدول ۳-۳: ضرایب آلفای کرونباخ FAD-I (نجاریان، ۱۳۷۴)	۷۵
جدول ۳-۴ پرسشنامه رضایت زناشویی و ابعاد آن (فرم کوتاه، سلیمانیان، ۱۳۷۴)	۸۰
جدول ۱-۴: توصیف جنسیت و تحصیلات به تفکیک دو گروه	۸۳
جدول ۲-۴: توصیف علت خودکشی، شغل و سابقه اقدام در گروه اقدام کننده	۸۴
جدول ۳-۴: توصیف تحصیلات و شغل والدین به تفکیک دو گروه	۸۶
جدول ۴-۴: توصیف تعداد فرزندان و درآمد خانواده به تفکیک دو گروه	۸۸
جدول ۴-۵: وضعیت عملکرد خانواده به تفکیک دو گروه	۸۸
جدول ۶-۴: گروهبندی وضعیت عملکرد خانواده به تفکیک دو گروه	۸۹
جدول ۷-۴: گروهبندی رضایت زناشویی به تفکیک دو گروه	۹۰
جدول ۸-۴: وضعیت ابعاد رضایت زناشویی به تفکیک دو گروه	۹۱
جدول ۹-۴: آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس ها	۹۴
جدول ۱۰-۴: آزمون مقایسه میانگین نمرات عملکرد خانواده و ابعاد آن به تفکیک دو گروه	۹۴
جدول ۱۱-۴: آزمون مقایسه میانگین نمرات رضایت زناشویی و ابعاد آن به تفکیک دو گروه	۹۶
جدول ۱۲-۴: همبستگی بین عملکرد خانواده و رضایت زناشویی	۹۸
جدول ۱۳-۴: پیش بینی اقدام به خودکشی از روی رضایت زناشویی و عملکرد خانوادگی	۹۸
جدول ۱۴-۴: درصد درستی پیش بینی اقدام به خودکشی از روی رضایت زناشویی و عملکرد خانواده	۹۸
جدول ۱۵-۴: ضرایب معادله	۹۸
جدول ۱۶-۴- خلاصه نتایج آزمون مربع کای برای آزمون مدل کلی رگرسیون پیش بینی احتمال اقدام به خودکشی از روی نمرات دو متغیر رضایت زناشویی و عملکرد خانواده	۱۰۰
جدول ۱۷-۴: درستی پیش بینی اقدام به خودکشی یا عدم اقدام به خودکشی از روی ابعاد عملکرد خانواده	۱۰۰
جدول ۱۸-۴: ضرایب معادله	۱۰۰
جدول ۱۹-۴- پیش بینی احتمال اقدام به خودکشی از روی نمرات ابعاد رضایت زناشویی	۱۰۱
جدول ۲۰-۴- درصد درستی پیش بینی اقدام به خودکشی یا عدم اقدام به خودکشی از روی ابعاد رضایت زناشویی	۱۰۲

جدول ۲۱-۴- خلاصه اطلاعات توصیفی متغیرهایی که وارد معادله شده اند. ۱۰۲.....

جدول ۲۲-۴: خلاصه نتایج حاصل از آزمون سوالات ۱۰۴.....

فهرست اشکال

عنوان ----- شماره صفحه

شکل ۱-۲ و ۲-۲- خانواده های بالینی در مرحله حاد و بهبودی در مقابل گروه کنترل یا غیر بالینی نمره بالاتر عملکرد بدتر ... ۶۳

شکل ۳-۲- نمرات FAD در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با گروه غیر اقدام کننده به خودکشی ۶۴

شکل ۱-۴: نسبت علت خودکشی در گروه اقدام کننده ۸۴

شکل ۲-۴: مقایسه وضعیت ابعاد عملکرد خانواده در دو گروه ۸۸

شکل ۳-۴: مقایسه وضعیت شاخص عملکرد خانواده در دو گروه ۸۹

شکل ۴-۴: مقایسه وضعیت رضایت زناشویی در دو گروه ۹۰

شکل ۵-۴: مقایسه ابعاد رضایت زناشویی در دو گروه ۹۱

شکل ۶-۴: منحنی توزیع نمرات رضایت زناشویی در گروه اقدام کنندگان به خودکشی ۹۲

شکل ۷-۴: منحنی توزیع نمرات FAD در گروه اقدام کنندگان به خودکشی ۹۳

شکل ۸-۴: منحنی توزیع نمرات رضایت زناشویی در گروه شاهد ۹۳

شکل ۹-۴: منحنی توزیع نمرات FAD در گروه شاهد ۹۴

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه

افکار و اقدامات خودکشی غالباً با اختلالات افسردگی ارتباط دارند و این پدیده های انتحاری خصوصاً در نوجوانان یک مشکل روبه رشد بهداشت روانی عمومی است. میزان خودکشی در بین نوجوانان از سال ۱۹۵۰ چهار برابر شده است و از ۲/۵ درصد در صدهزار به ۱۱/۲ درصد در صدهزار رسیده است (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۵).

خودکشی اخیراً علت ۱۲ درصد مرگ و میر گروه سنی نوجوانان شناخته شده است و میزان اقدام به خودکشی در این گروه در سالهای اخیر افزایش یافته است. خصوصیات همگانی نوجوانان انتحاری، ناتوانی آنان دریافتن

راه حل مسائل و فقدان راهبردهای مدارا برای کنار آمدن با عوامل استرس زای اضطرابی است. بنابراین دید محدود نسبت به راه‌های موجود برای مدارا با اختلافات خانوادگی مکرر، طرد یا شکست در اتخاذ تصمیم خودکشی موثر هستند. کودکان و نوجوانان نسبت به محیط‌ها مسامحه‌آمیز و خشن آسیب‌پذیر هستند و به نظر می‌رسد رفتارهای پرخاشگرانه، خودتخریبی و انتحاری در افرادی که زندگی خانوادگی آنها به مدت طولانی استرس‌آمیز بوده بیشتر می‌شود (کاپلان، سادوک^۱، ۱۳۸۵).

به عقیده ادوین اشنایدمن خودکشی با نیازهای برآورده نشده یا نیازهایی که با مانع مواجه شده‌اند احساس درماندگی و نومیدی، تعارض دو سوگرایانه بین بقا و فشار روانی غیرقابل تحمل، محدود شدن گزینه‌ها از دیدگاه فرد و نیاز به گریز ارتباط دارد. شخصی که اقدام به خودکشی می‌کند پیام‌هایی مبنی بر ناراحتی منتقل می‌کند (کاپلان، سادوک، ۱۳۸۵).

خانواده به عنوان اولین و مهمترین کانون رشد و تربیت نوجوانان، نقش فوق‌العاده‌ای در شکل‌گیری و تکامل رفتاری دارد. مطالعات بسیاری نشان می‌دهد نوجوانانی که تجربه‌های کودکی خود را در محیط‌های نامساعد خانوادگی کسب کرده‌اند، دگرگونی‌های رفتاری و نابهنجاری‌های اجتماعی را در دوران بعدی رشد خود نشان داده‌اند. (نیچ و همکاران^۲ ۲۰۰۰، مک‌کارتی، هاگان و مارتین^۳ ۲۰۰۲).

در این دوره نوجوانان نیازهای گوناگونی از قبیل کسب هویت، درک ارزش وجودی خویش، خودآگاهی، استقلال عاطفی از خانواده، برقراری روابط سالم با دیگران و کسب مهارت‌های لازم در دوست‌یابی دارند و تأمین این گونه‌نیازها در محیط خانوادگی گرم و ارضاء‌کننده صورت می‌گیرد و در حقیقت خانواده تأمین‌کننده سلامت روانی نوجوانان است (شعاری نژاد، ۱۳۷۷).

نقش عملکرد خانواده و روابط آن با سطوحی از آسیب روانی و مسائل رفتاری در مطالعات زیادی مورد توجه قرار گرفته است. اختلاف‌های خانوادگی با افسردگی و خودکشی نوجوان با هم پیوند خورده‌اند (اسلتین^۴ و همکاران: ۱۹۹۴ به نقل از میکوچی ۱۳۸۴). بین عملکرد ضعیف خانواده و ابتلاء فرزندان به علائم جسمی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد (سعادت‌مند، ۱۳۷۷).

^۱- Kaplan & Sadock 2-

^۲- Nich

^۳- Mc caety, Hagan & Martin

^۴- Asseltine

همچنین پژوهش های زیادی در رابطه با رضایت زناشویی و تأثیر آن بر مسائل رفتاری یا روانی صورت گرفته است. برای نمونه، مطالعات جیف و ساندرمن^۱ (۲۰۰۱) نشان داد که رابطه معنی داری بین اختلالات رفتاری کودکان و عدم رضایت زناشویی والدین آنها وجود دارد.

۲-۱- بیان مساله

اقدام به خودکشی یک مساله مهم در حیطه بهداشت روان و یکی از مشکلات جوامع بشری می باشد و پیامدهای ناگواری در ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و خانوادگی به جای می گذارد.

بر مبنای تعریف مرکز مطالعات انستیتو ملی بهداشت روانی امریکا^۲، خودکشی تلاش آگاهانه به منظور خاتمه دادن به زندگی شخص توسط خودش می باشد که ممکن است این تلاش به اقدام تبدیل گردد یا فقط به شکل احساس در فرد بماند. طیف رفتار خودکشی دارای دامنه ای از خودکشی، تهدید به خودکشی و اقدام به خودکشی تا خودکشی کامل است (شافر^۳، ۲۰۰۱).

نوجوانی زمانی با شروع و طول تغییر بین کودکی و بزرگسالی است و این دوره با تغییرات ژرف روانشناختی، زیست شناختی و اجتماعی مشخص است. نوجوان بهنجار از یک مرحله بحرانی سرکشی، نوسان خلق و رفتار تکانشی می گذرد. بحران هویتی اریکسون فرایندی بهنجار است که اگر به طور موفقیت آمیز حل نشود، سردرگمی نقش مثل فرار از خانه، رفتار جنایی و بیماری روانی ممکن است پدید آید (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۵). بر اساس گزارش رسمی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ هر ساله ۵۰۰ هزار نفر در جهان از طریق خودکشی به زندگی خود پایان می دهند. از سال ۱۹۶۰ میزان خودکشی در میان نوجوانان به طور تقریب ۲۰۰ درصد افزایش پیدا کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳).

در طول ۳۰ سال گذشته موارد خودکشی نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله امریکایی به دو برابر رسیده است و در استرالیا این آمار برای دختران نسبتاً ثابت مانده اما در پسران به دو برابر افزایش یافته است. طبق گزارش کمیته نوجوانی امریکا در سال ۲۰۰۰ خودکشی سومین عامل اصلی مرگ و میر نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله بوده است (کمیته نوجوانی امریکا به نقل از بروجنی، ۱۳۸۰)

^۱- Jeef & Sanderman

^۲- American Meantal Health Institute

^۳- Shaffer

خودکشی یکی از مشکلات عمده مربوط به سنین نوجوانی به شماره می آید (هاوتون و کالاکان^۱، ۱۳۸۷) و سومین علت مرگ و میر در میان نوجوانان بوده که نسبت به کل جمعیت به طور چشمگیری افزایش یافته است (گارلند، زیگلر، لوینسون^۲ و همکاران، ۱۹۹۶). خودکشی موفق در پسران نوجوان تقریباً ۵ بار بیشتر از دختران نوجوان دیده می شود. ولی اقدام به خودکشی در نوجوانان دختر بیشتر از نوجوانان پسر می باشد. تعداد خودکشی ها در نوجوانان در چند دهه گذشته ۳ تا ۴ برابر شده است (کاپلان، سادوک، ۱۳۷۵). اگر چه خوشبختانه خودکشی موفق هنوز نسبتاً ناشایع است، اما افکار خودکشی، کوشش برای خودکشی و سایر رفتارهای مخاطره آمیز در نوجوانان دنیا شایع است.

تغییر ساختاری جمعیتی کشور و جوانتر شدن آن مساوی است با افزایش افراد اقدام کننده به خودکشی و از این حیث پژوهش های مختلف در ابعاد اتیولوژی و درمان می تواند در امر پیشگیری از این معضل اجتماعی در سطوح مختلف آن موثر باشد.

ساخت خانواده مجموعه نامرئی انتظارات عملکردی است که شیوه های مرادده یا میان کنش های اعضای خانواده را سازمان می دهد. خانواده سیستمی است که عملکرد آن از طریق الگوهای مرادده ای صورت می گیرد. مراددهات تکراری الگوهایی را به وجود می آورند مبنی بر اینکه چطور، چه وقت و با چه کسی رابطه برقرار می شود. همین الگوها زیربنای سیستم را تشکیل می دهند. ساخت خانواده باید بتواند با تغییر شرایط تطبیق پیدا کند و تداوم وجود خانواده به عنوان یک سیستم بستگی به دامنه قابل قبول الگوها، وجود الگوهای مرادده ای آلترناتیو و انعطاف در به حرکت درآوردن الگوها در هنگام لزوم دارد. چون خانواده پاسخگوی تغییرات درونی و بیرونی است باید بتواند خود را طوری دگرگون کند که جوابگوی شرایط تازه باشد بی آنکه یکنواختی خود را که ضامن چارچوبی برای اعضای آن است از دست بدهد (مینوچین^۳، ۱۹۷۴، به نقل از ثنایی، ۱۳۷۵). خانواده درمانی معرف «راه کاملاً جدیدی برای مفهوم سازی مشکلات، شناخت رفتار و پدیدآیی نشانه های بیماری و درمان آنهاست» (اسلاسکی^۴، ۱۹۷۸: ۳۶۶). این دیدگاه به جای آنکه به ویژگی های تشخیصی دائمی رفتار علاقمند باشد خانواده را موضوع مورد بررسی خویش قرار می دهد.

^۱- Howton, calaton

^۲- Garland- zigler Lewinson

^۳- minuchin

^۴- Sluzki

خانواده درمانگران معتقدند در بررسی مشکل روانی باید پویائی های تعاملی بین اعضاء و در واقع سیستم و ساختار حاکم بر روابط اعضا مورد توجه قرار گیرد (فرانکلین و هافربری^۱، ۲۰۰۰). نقش عملکرد خانواده و رابطه آن با سطوحی از آسیب روانی و مسائل رفتاری در مطالعات زیادی مورد توجه قرار گرفته است .

«عملکرد خانواده، توانائی خانواده در هماهنگی و تطابق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات ، حل تضادها و تعارضها ، همبستگی بین اعضاء و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و حریم میان افراد و اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم می باشد»(پورتس، هاول^۲، ۱۹۹۲: ص ۱۷).

در اکثر تحقیقات بیشترین سهم در تعیین عوامل یک رفتار به خانواده اختصاص داده شده است. غنا و محتوای آموخته های فرد ارتباط مستقیمی با عملکرد و محتوای محیط خانواده دارد. این عملکرد شامل رشد اخلاقی خانواده، نحوه برقراری ارتباط بین اعضاء، مناسب بودن مقررات خانواده، تقسیم وظایف، نحوه برخورد اعضاء خانواده با مشکل (حل مسئله)، ابراز عواطف، رفع نیازهای عاطفی و غیره می شود. (اپستین، بالدوین و پیشاب^۳، ۱۹۸۳)

مینوچین^۴ (۱۹۷۴) معتقد است سیستمی که بیشتر از همه بر رفتار فرد اثر دارد، خانواده است. در واقع خانواده نه تنها رفتار سازشی و بهنجار بلکه رفتار نابهنجار را شکل می دهد(ثنایی، ۱۳۷۵).

مطالعه اپستین و همکاران (۱۹۸۳) درباره عملکرد و کارائی خانواده نشان داده اند که کارائی خانواده بیشتر بر ویژگی های نظام خانواده ، شیوه های سیستمی و الگوهای تبادلی بین اعضاء مربوط است نه بر ویژگی های درون روانی یک یک اعضا خانواده.

آگربو و همکارانش^۵ (۲۰۰۲) در دانمارک در یک مطالعه مورد - شاهدی به بررسی عوامل خطر خانوادگی روانی و اقتصادی در خودکشی پرداختند. نتایج نشان داد که خطر خودکشی در بین افراد جوان با سابقه خانوادگی خودکشی ، جدائی از والدین دارای تحصیلات پایین و با درآمد کم افزایش بیشتری داشته است.

¹- Franklin & Hafer- bray

²- Ports, Hawel

³- Epstein, Baldwin, Bishop

⁴- Minuchin

⁵- Agerbo

در یک پژوهش معلوم شد که رابطه‌ی منفی بین عملکرد خانواده در حل مسائل اجتماعی با افکار خودکشی در نوجوانان وجود دارد و با بهبود عملکرد خانواده و توانایی در حل مسائل، افکار خودکشی در نوجوانان کاهش می‌یابد. (سیک ووک^۱، ۲۰۰۹).

پژوهشهای زیادی نیز در رابطه با رضایت زناشویی و تأثیر آن بر مسائل روانی یا رفتاری صورت گرفته است. رضایت زناشویی «حالتی از رضایتمندی در ازدواج است که به وسیله ادراک درون فردی (واکنش تجربه شده درونی) یا یک ادراک بین شخصی (یعنی سازش بین انتظارات یکی و رفتار دیگری) تعریف می‌شود. تمرکز رضایت زناشویی احتمالاً بر رضایتمندی از فرصتها، تصمیم‌گیری، درآمد، سبک زندگی، ارتباط، رابطه جنسی و دوستان است» (اسپانیر، لوویز^۲، ۱۹۸۰، ص ۸۲۵-۸۳۹).

مطالعات جیف و ساندرمن^۳ (۲۰۰۱) نشان داد که رابطه معنی داری بین اختلالات رفتاری کودکان و عدم رضایت زناشویی والدین آنها وجود دارد. همینطور، نوع مشکلات عاطفی نوجوانان با تجربه عاطفی آنان از تعارضات زناشویی والدین رابطه دارد (جرمی^۴، ۲۰۰۳).

با توجه به موارد فوق به نظر می‌رسد عملکرد خانواده و میزان سازگاری والدین می‌تواند در بروز آسیب در فرزندان نقش داشته باشد.

بنابراین پژوهش حاضر درصدد است که نقش عملکرد خانواده و رضایت زناشویی والدین را در اقدام به خودکشی نوجوانان مورد بررسی قرار دهد و به سوالات پژوهش در این رابطه پاسخ دهد.

۳-۱- اهمیت پژوهش

میزان بالای اقدام به خودکشی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه و آثار ناگوار آن بر جوامع و خانواده‌ها باعث گردیده که پژوهشگران در کنار مطالعات همه‌گیرشناسی، عوامل فردی، اجتماعی، خانوادگی، و فرهنگی مرتبط با خودکشی را مورد بررسی و مطالعه قرار دهند.

در سال‌های اخیر خودکشی در افراد نوجوان و جوان در کشورهای مختلف افزایش نگران‌کننده‌ای نشان داده است (موسوی، ۱۳۸۷) تغییر ساختار جمعیتی کشور و جوانتر شدن آن که مساوی است با افزایش افراد

^۱- Sykwok

^۲-Spanier & Lewis

^۳- Jeff & Sander man

^۴- Jermy

اقدام کننده به خودکشی نیز بر ابعاد مشکل افزوده است. به نظر می رسد که نوجوانان و جوانان در لحظه هایی از زندگی که با مشکلات شخصی و خانوادگی روبرو می شوند، شکنندگی بیشتری نشان می دهند.

خودکشی یکی از پدیده هایی است که همواره مورد بحث علوم مختلف به ویژه روانشناسی و روانپزشکی بوده است. مطالعه ای نشان داد که شیوع افسردگی بالینی در بین نوجوانان ۳/۳۴٪ و شیوع افکار خودکشی ۷/۳۲٪ بوده است. و بیشترین شیوع افکار خودکشی در نوجوانانی دیده شده که رفتار والدین خود را سخت گیرانه ارزیابی کرده بودند. همینطور مشاهده شد که با عاطفی شدن روابط و کاهش کنترل در روابط والد، نوجوان میانگین نمره افسردگی و افکار خودکشی کاهش می یابد (بروجنی و همکاران، ۱۳۸۰).

طبق شواهد بیشترین اختلاف های والدین و فرزندان در دوره نوجوانی فرزند پیش می آید و یکی از مسائل عمده این دوره شکل مناسبات و روابط آنها با والدین است (گنجی، ۱۳۷۶). محیط خانوادگی زیان آور در افزایش خطر افسردگی و خودکشی نوجوان بسیار موثر است.

با توجه به بررسی های همه گیر شناختی و شیوع بالای اقدام به خودکشی در میان نوجوانان و با توجه به اهمیت این دوره در رشد و کسب هویت و تأثیر آن در مراحل بعدی رشد، و نیز با در نظر داشتن این موضوع که آسیب روانی یک عضو خانواده می تواند یک فرایند تعاملی بین اعضا خانواده باشد. شناخت دشواری ها و مشکلات این دوران حائز اهمیت می باشد.

انجام پژوهشهایی در خصوص اقدام به خودکشی در نوجوانان به ویژه بررسی سبب شناسی عملکرد خانواده می تواند به دانش و آگاهی بیشتر و در نهایت اقدامات پیشگیرانه موثرتر در سطوح مختلف آن انجامد.

رویکرد خانواده درمانی در رابطه با نوجوان اقدام کننده به خودکشی ممکن است به شناسایی تعارض جدی در والدین یا عدم کارآیی خانواده بینجامد که در این صورت می توان زوج درمانی یا خانواده درمانی را در طرح درمان گنجانند و به بازسازی ساختار خانواده و بالا بردن کارآیی آن پرداخت در این صورت اعضاء رشد کرده و احتمال عود اقدام به خودکشی کاهش می یابد.

از طرف دیگر می توان با برنامه های پیشگیری اولیه به بالا بردن کارآیی خانواده، اصلاح ساختار و بهبود روابط زوجین پرداخت و از این طریق از ایجاد نشانه ها و علائم جلوگیری نمود.

از این رو به نظر مطالعه عملکرد خانواده نوجوانان اقدام کننده به خودکشی و بررسی سازه های آن و نیز بررسی سطح سازگاری والدین آنها نه تنها می تواند مبنایی برای پژوهش های دیگر در

خانواده درمانی قرار گیرد بلکه می تواند به نگاهی جامعتر از حیث آموزشی، درمانی در مواجهه با نوجوانان اقدام کننده به خودکشی و در نهایت خدمات موثرتر و مطلوب تر بینجامد .

۴-۱- اهداف پژوهش

۱- تعیین میزان رابطه عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در خانواده های دو گروه دارای نوجوان اقدام کننده به خودکشی و غیر اقدام کننده.

۲- مقایسه عملکرد خانواده و رضایت زناشویی دو گروه دارای نوجوان اقدام کننده به خودکشی و غیر اقدام کننده.

۳- پیش بینی احتمال اقدام به خودکشی در نوجوانان براساس عملکرد خانواده و رضایت زناشویی .

۵-۱- سئوالات

۱- آیا بین عملکرد خانواده نوجوانان اقدام کننده به خودکشی با غیراقدام کننده به خودکشی تفاوت وجود دارد؟

۲- آیا بین ابعاد عملکرد خانوادگی نوجوان اقدام کننده به خودکشی با غیراقدام کننده به خودکشی تفاوت وجود دارد؟

۳- آیا بین رضایت زناشویی والدین دارای نوجوانان اقدام کننده به خودکشی و غی اقدام کننده به خودکشی تفاوت وجود دارد؟

۴- آیا بین ابعاد رضایت زناشویی در خانواده دارای نوجوان اقدام کننده به خودکشی با غیر اقدام کننده به خودکشی تفاوت جود دارد؟

۵- آیا بین عملکرد خانواده و رضایت زناشویی رابطه وجود دارد؟

۶- آیا عملکرد خانواده و رضایت زناشویی پیش بینی کننده رفتار خودکشی می باشند؟

۷- کدامیک از ابعاد عملکرد خانواده پیش بین بهتری برای احتمال اقدام به خودکشی در نوجوانان است؟

۸- کدامیک از ابعاد رضایت زناشویی پیش بین بهتری برای احتمال اقدام به خودکشی در نوجوانان است؟

۶-۱. تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

در این پژوهش متغیرهای عملکرد خانواده و رضایت زناشویی متغیرهای پیش بین، رفتار خودکشی متغیر ملاک و متغیرهای جمعیت شناختی سن، جنس، تحصیلات، محل اقامت و داشتن والدین متغیرهای تعدیل کننده می‌باشند.

تعریف متغیرها

۶-۱-۱. **تعریف نظری عملکرد خانواده:** عملکرد خانواده، توانایی خانواده در هماهنگی و تطابق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تضادها و تعارضها، همبستگی بین اعضا، موفقیت در الگوی انضباطی، رعایت حد و مرز میان افراد و اجرای قوانین و مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم می‌باشد» (پورتس، هاول، ۱۹۹۲، ص ۱۷).

«عملکرد خانواده شامل رشد اخلاقی خانواده، نحوه برخورد اعضا خانواده، مناسب بودن مقررات خانواده، تقسیم نقش‌ها، نحوه برخورد اعضا خانواده با مشکل (حل مسئله)، ابراز عواطف، رفع نیازهای عاطفی و ... می‌شود» (اپستین، بالدوین و پیشاب، ۱۹۸۳)

در این پژوهش عملکرد خانواده براساس سازه‌های آن : ۱. نقش‌های خانوادگی، ۲. حل مشکل و ۳. ابراز عواطف مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱- نقش‌های خانوادگی: این بعد مربوط به نقش‌ها و وظایف خانواده، چگونگی تقسیم وظایف، قدرت برنامه‌ریزی برای ادای وظایف، تعیین نقش‌ها و مرزها برای اعضا خانواده و وضع مقررات برای برقراری نظم در خانواده است. این سازه‌ها نشان می‌دهد که کارآئی خانواده در گرو مشخص بودن جایگاه و وظایف اعضا آن، تفاهم درباره نقش‌های محول شده، عادلانه و منطقی بودن وظایف و نقش‌های اعضا، پیگیری و نظارت مستمر بر تحقق این وظایف می‌باشد.

۲- حل مشکلات: در این بعد مسایلی نظیر قدرت ابداع خانواده در حل مشکلات خویش، حمایت از یکدیگر در مواقع بحران، تدبیر راه‌هایی برای حل مشکل، ارزشیابی راه حل‌های اعمال شده، ارتباط صریح، اعتماد متقابل، مسئولیت‌پذیری و ایجاد مقررات و آگاهی از مسایل سایر اعضا خانواده وجود دارد.

۳- ابراز عواطف: این بعد در زمینه ارتباط عاطفی از طریق آگاهی یافتن از احساسات سایرین و ابراز عواطف نسبت به یکدیگر است (نجاریان، ۱۳۷۴).