

## The Role of Effective Factors on Suicidal Tendency in Female High School Students

HosseinAli Mehrabi. Ph.D.

Assistant professor of psychology University of Isfahan

Homa Sheikh Darani. M.A.

in Psychology, Counselor in the Department of Education, Shahin Shahr

## نقش عوامل مؤثر در گرایش به خودکشی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه

حسینعلی مهرابی\*

استادیار گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان

هما شیخ دارانی

کارشناس ارشد روان‌شناسی مشاور آموزش و پرورش شاهین‌شهر

### Abstract

The goal of this research was to study the relationship to between suicidal tendency with demographic variables, life satisfaction, history of annoying events and drug dependency family factors relation with opposite sex and participation in social activity. In a correlation design, 415 female high school students of Shahin Shahr with classified random method were selected and assessed with SWLS (Deininger, 1985), scale of "Suicidal Tendency" MACI-IR (Mehrabi, 2010/1389s.c.) and demographic and family questionnaires. Results of Pearson correlation showed that all most of these variables have significant relation with suicidal tendency ( $P < 0.05$ ), but results of stepwise regression analysis showed that life satisfaction, severity of annoying events, family history of suicide, having a boyfriend, mothers education and mental health can predict 42.2% of suicidal tendency in the female adolescents ( $P < 0.05$ ). The findings emphasized on the role of traumatic events, family history for suicide, mothers education, fathers psychiatric illness, and relation with a boy friend on suicidal tendency.

**Keywords:** suicidal tendency, life satisfaction, demographic variables, family factors, relation with opposite sex.

### چکیده

هدف این پژوهش، بررسی رابطه گرایش به خودکشی با متغیرهای جمعیت‌شناختی، رضایت از زندگی، سابقه رویدادهای ناراحت‌کننده و وابستگی به مواد، عوامل خانوادگی، رابطه با جنس مخالف و مشارکت در فعالیت گروهی بود. لذا، در یک مطالعه همبستگی، از جامعه آماری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شاهین‌شهر در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ تعداد ۴۱۵ دانش‌آموز به شیوه تصادفی متناسب با حجم انتخاب و با مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران (۱۹۸۵) مقیاس «گرایش به خودکشی»، فرم ایرانی پرسشنامه بالینی نوجوانان میلون (MACI-IR؛ مهرابی، ۱۳۸۹) و پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و خانوادگی ارزیابی شدند. نتایج ضریب همبستگی پیرسون حاکی از رابطه معنادار اکثر متغیرهای مورد بررسی با گرایش به خودکشی بود ( $P < 0.05$ ). ولی نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد متغیرهای رضایت از زندگی، شدت اتفاق ناراحت‌کننده، سابقه خانوادگی خودکشی، داشتن دوست پسر، تحصیلات مادر و بیماری روانی مادر در مجموع ۴۲/۲ درصد از گرایش به خودکشی نوجوانان دختر را پیش‌بینی می‌کند ( $P < 0.05$ ). نتایج حاصل از این پژوهش بر نقش حوادث شدید، سابقه خودکشی در خانواده، سطح تحصیلات مادر، بیماری روانپزشکی پدر و رابطه با دوست پسر در گرایش به خودکشی تأکید داشت. واژه‌های کلیدی: گرایش به خودکشی، رضایت از زندگی، عوامل خانوادگی و رابطه با جنس مخالف.

\* نویسنده مسئول: اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی. (رایانامه): mehrahossein@yahoo.com

## مقدمه

در نوجوانان ۱۵ ساله یا بزرگتر، خودکشی سومین عامل مرگ و میر است. در نوجوانان، بروز علایم افسردگی، کاهش فعالیت تحصیلی یا شکست تحصیلی، شکست در ورزش، عشق و یا علایق مهم نوجوان، کناره‌گیری از دیگران و تنها ماندن (دور شدن از دوستان)، کاهش رابطه با والدین و عدم گفت‌وگو با آنان آرامش غیرمنتظره و ناگهانی پس از یک دوره اضطراب شدید، اختلال در خواب و خوراک، بیان مطالبی نظیر «کاش بمیرم، زندگی چه فایده‌ای دارد»، سابقه اقدام به خودکشی، تهیه وسایل خودکشی و نوشتن یا گفت‌وگو در مورد مطالبی که حکایت از خداحافظی یا حلالیت‌خواهی از دیگران دارد، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده خودکشی باشد (کشاورزی، ۱۳۸۵).

علاوه بر این خودکشی نوجوانان مهمترین موضوعی است که درمانگران در کار با نوجوانان با آن روبه‌رو می‌شوند. مشکل درمانگران ارزیابی نوجوانانی است که برای درمان ارجاع داده شده‌اند و برای علایم مرتبط با خودکشی پذیرش شده‌اند. آن چه ارزیابی خطر خودکشی را سخت می‌کند، نبود یک نیمرخ همخوان از نوجوانان خودکشی‌کننده و عوامل موقعیتی است که بر خودکشی اثر می‌گذارد. طیف گسترده‌ای از رفتارهای خودکشی وجود دارد که از سطح تنش و خطر شامل افکار، اشارات جزئی، تهدید و طرح شخص برای مرگ خود است (مورین، مونتگمری و مونسن<sup>۱</sup>، ۱۳۸۶).

مطالعات همه‌گیرشناسی خودکشی در ایران طی دو دهه اخیر نشان داده است که خودکشی و اقدام به آن رو به افزایش است. این بررسی‌ها بیشتر بر گروه‌های بیمار در مراکز درمانی یا پزشکی قانونی متمرکز بوده و در آنها به عوامل سبب‌سازی چون اختلافات خانوادگی و زناشویی، درگیری با بستگان، بیکاری و اختلالات روان‌شناختی اشاره شده است (محسنی، ۱۳۸۵). آمار خودکشی در استان‌های مختلف کشور ایران تفاوت محسوسی با یکدیگر دارند. هر چند تاکنون مطالعات علمی و نظام‌دار معدودی در زمینه خودکشی در کشور ما انجام شده است، اما داده‌ها نشان‌دهنده یک روند افزایشی به‌ویژه در دختران و زنان است. پورشهباز، محمدخانی و معصومیان (۱۳۷۴) در مطالعه‌ای در استان ایلام بر روی جمعیت ۱۵ تا ۲۴ ساله، ضمن تأیید روند افزایش میزان خودکشی، گزارش دادند که برخلاف الگوی جهانی که در آن مردان سه بار بیشتر از زنان خودکشی موفق می‌کنند، زنان بیشتر از مردان بر اثر اقدام

خودکشی از مشکلات مهم در جامعه است. براساس آمار سازمان بهداشت جهانی، خودکشی سیزدهمین علت مرگ در جهان (کرگ، دالبرگ، مرسی و لازانو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲) و سومین علت مرگ در گروه ۱۴ تا ۳۴ ساله است. در سال ۲۰۰۰ میلادی حدود یک میلیون نفر در جهان بر اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند و حدود ۲۰ برابر این رقم اقدام به خودکشی کرده‌اند (مان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲).

تمایل به خودکشی و خودکشی به دوره‌ای خاص از زندگی تعلق ندارد، اما ظاهراً نوجوانان در لحظه‌هایی از زندگی که با مشکلات شخصی روبه‌رو می‌شوند، بیشتر شکنندگی نشان می‌دهند و این در حالی است که حس می‌کنند راه برگشت ندارند (دلیو و زندن، ۱۳۸۳). شیوع افسردگی و اقدام به خودکشی در دوران بلوغ به شدت افزایش می‌یابد (کامپوس و گرانت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳ و لوینسون، روهده و سیلی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶). در برخی مطالعات گزارش شده یک سوم نوجوانان دوره‌هایی از خلق افسرده را تجربه می‌کنند و بین یک سوم تا نیمی از آنها در نوجوانی این دوره‌ها طی می‌کنند و بین یک سوم تا نیمی از آنها معیارهای تشخیصی اختلال افسردگی اساسی را دارند (کامپوس و گرانت، ۱۹۹۳ و پترسون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳). افکار خودکشی نیز در بین نوجوانان بیش از بزرگسالان و کودکان شایع است. پژوهش‌ها نشان داده است که بین یک سوم تا نیمی از نمونه‌های خاص نظیر نوجوانان بزهکار یا وابسته به مواد گزارش داده‌اند که افکار خودکشی را تجربه کرده‌اند. علاوه بر این بین ۶ تا ۱۳ درصد نوجوانان حداقل یک بار اقدام به خودکشی کرده‌اند (دبو، کاش، بلوم، رید و بوش<sup>۶</sup>، ۱۹۹۰؛ گارلند و زیگلر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳ و لوینسون و همکاران، ۱۹۹۶). برخلاف آنچه که اکثر بزرگسالان فکر می‌کنند، اکثر تلاش‌های خودکشی نوجوانان اقداماتی از پیش برنامه‌ریزی شده هستند، نه واکنش‌های تکانه‌ای نسبت به ناکامی (لوینسون و همکاران، ۱۹۹۶).

براساس بررسی‌های انجام شده ۱۲ درصد نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، به‌طور جدی به خاتمه دادن زندگی خود فکر کرده‌اند. تعداد زیادی از دختران جوان دست به خودکشی می‌زنند، اما تعداد خودکشی‌هایی که به مرگ منجر می‌شود در بین پسران به مراتب بالاتر است؛ زیرا از روش‌های کارسازتر استفاده می‌کنند، اما دختران برای خودکشی معمولاً از مواد سمی یا دارو استفاده می‌کنند (دلیو و زندن، ۱۳۸۳).

1. Kureg, Dahulberg, Mercy & Lazano  
3. Compus & Grant  
5. Petersonson  
7. Garland & Zigler

2. Mann  
4. Lewinshon, Rohde & Seeley  
6. Dubow, Kuusch, Blum, Reed & Bush  
8. Morien, Montegmerry & Monsen

مطالعه برخورداری، جهانگیری و برخوردار (۱۳۸۸) نشان داد، در زنان و در گروه ۲۰ تا ۲۹ ساله میزان خودکشی بیشتر است. مصطفی‌زاده، مصری و فرزانه (۱۳۸۹) هم نشان دادند که سابقه بیماری روانی، رابطه معناداری با گرایش مجدد به اقدام به خودکشی دارد.

مطالعه قاضی طباطبایی و بخشی (۱۳۸۶) هم به منظور مدل‌بندی ساختاری عوامل تبیین‌کننده آسیب‌پذیری خودکشی در دانشجویان ساکن خوابگاه نشان داد که مدل ترسیم شده مبتنی بر علل روانی - اجتماعی خانوادگی، قادر به تبیین ۵۸ درصد از واریانس گرایش به خودکشی است. مطالعه ثقه‌الاسلام، رضایی و شاه‌بیگی (۱۳۸۵) هم نشان داد که حتی در ۶ تا ۱۲ سالگی، وجود عامل تنش‌زا، خانواده گسسته و مشکلات تحصیلی از علل اصلی اقدام به خودکشی می‌باشد.

مرور مطالعات مختلف نشان می‌دهد خودکشی و اقدام به خودکشی و حتی گرایش به آن در نوجوانی امر نادری نیست. بنابراین شناسایی علل مؤثر در این زمینه بسیار مهم است. این در حالی است که عمده مطالعات به بررسی افراد اقدام‌کننده به خودکشی در نمونه‌های عادی از نوجوانان و یا شناسایی علل مؤثر در گرایش به خودکشی در آنان پرداخته است.

بر این اساس در این مطالعه به بررسی رابطه بین گرایش به خودکشی و برخی علل فردی و خانوادگی مؤثر در خودکشی نوجوانان دختر و دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شاهین‌شهر پرداخته شده است. چنین مطالعه‌ای قبلاً در استان نیز صورت نگرفته است، کما اینکه در منطقه برخوردار و میمه نیز که شاهین‌شهر بخشی از این منطقه است، چنین مطالعه‌ای انجام نشده است. این در حالی است که به دلیل شرایط خاص و تنوع قومیتی و بافت ناهمگون ساکنان شاهین‌شهر، آسیب‌شناسی روانی در جوانان و نوجوانان این منطقه نیازمند توجه و برنامه‌های ویژه است. در این راستا اهداف اصلی این پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- بررسی رابطه بین گرایش به خودکشی و متغیرهای فردی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شاهین‌شهر
- ۲- بررسی رابطه بین گرایش به خودکشی و رضایت از زندگی در دانش‌آموزان دختر متوسطه شاهین‌شهر
- ۳- بررسی رابطه بین گرایش به خودکشی و متغیرهای خانوادگی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شاهین‌شهر
- ۴- بررسی رابطه بین گرایش به خودکشی و آسیب‌شناسی

به خودکشی فوت می‌کنند؛ به‌ویژه آنکه آنان از روش خودسوزی بیش از سایر روش‌ها استفاده می‌کنند. مطالعه حیدری پهلویان (۱۳۷۶) نشان داد میزان اقدام به خودکشی در استان همدان ۱۸۵ مورد در هر صد هزار نفر است که البته در مقایسه با آمار بین‌المللی، رقمی متوسط، ولی قابل ملاحظه محسوب می‌شود. این در حالی است که شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی به‌ویژه افسردگی در نوجوانانی که خودکشی می‌کنند، به اثبات رسیده است (کروول، بیوچاین، هیساو، واسیلو و یاپتانگکو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲).

مطالعات متعددی به بررسی علل مؤثر در خودکشی و خودکشی دختران پرداخته است. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه یانگ<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) اشاره کرد که به بررسی زندگی شخصی دختران کره‌ای اقدام‌کننده به خودکشی پرداخت. نتایج این مطالعه به نقش «میل به استقلال و فردگرایی» و «گریز از بدنامی اجتماعی» به‌عنوان عوامل فرهنگی در گرایش به خودکشی نوجوانان دختر تأکید داشت.

مطالعات نشان می‌دهد که نسبت بالایی از دختران نوجوانی که اقدام به خودکشی داشته‌اند، گرایش بیشتری به رفتارهای پرخطر دارند. آنان در بزرگسالی هم به احتمال بیشتری دست به اقدام مجدد به خودکشی می‌زنند (موران، کوفی، رومانیک، اولسون، بورچمن و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). لین، لی، فان و وانگ<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) هم نشان دادند گرایش به خودکشی با عملکرد تحصیلی پایین، ادراک فشار بیشتر از جانب همسالان برای گرایش به رفتارهای پرخطر و سابقه کودک‌آزاری قبلی در نوجوانان دختر اقدام‌کننده به خودکشی بیشتر است. راندی، وست و هال<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) دریافتند که افکار خودکشی با سوء مصرف مواد، احساس تنهایی، نومی‌دی و نگرانی در دختران نوجوان چینی همراه بوده و البته بروز اتفاق ناراحت‌کننده در یک ماه اخیر، یکی از عوامل خطرزا و در واقع ماشه‌چکان خودکشی برای فرد اقدام‌کننده است (هالگین و ویتبورن<sup>۶</sup>، ۱۳۸۶).

مرادی، اکبری زردخانه، چراغی و فولادوند (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای با عنوان بررسی تأثیر ساختار خانواده و حمایت اجتماعی در خودکشی نشان دادند عملکرد خانواده مختل و آشفتگی به‌خصوص در حیطه‌های میزان تعارض، گسستگی، گرایش‌های فرهنگی - عقلانی و درهم‌تنیدگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی بالاتر از افرادی است که اقدام به خودکشی نداشته‌اند. ضمن اینکه افراد اقدام‌کننده به خودکشی از حمایت‌های اجتماعی پایین‌تری در ابعاد مختلف برخوردار بوده‌اند.

1. Crowell, Beauchaine, Hsiao, Vasilev & Yaptangco

3. Moran, Coffey, Romaniuk, Olsson, Borschmann et al..

5. False Randy, West & Hall

2. Yang

4. Lin, Li, Fan & Fang

6. Halgin & Whitbourne

بازآزمایی به فاصله ۱۰ روز ۰/۷۳ و روایی آن ۰/۸۰ و روایی تشخیصی آن ۰/۸۷ است (مهرابی، ۱۳۸۹). نمونه‌ای از گویه‌های این مقیاس عبارت‌اند از: اغلب احساس تنهایی و پوچی می‌کنم. به مردن خودم زیاد فکر می‌کنم. پایایی این مقیاس در این مطالعه به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

**مقیاس رضایت از زندگی دینر:** به منظور ارزیابی رضایت از زندگی آزمودنی‌ها، از «مقیاس رضایت از زندگی»<sup>۳</sup> استفاده شد. این مقیاس را که دینر و همکاران (۱۹۸۵) ساختند. ۵ سؤال دارد که به طور کلی رضایت فرد از زندگی را در طیف لیکرت هفت گزینه‌ای از کاملاً نادرست (با نمره یک) تا کاملاً درست (با نمره هفت) بررسی می‌کند. سلطانی‌زاده (۱۳۸۴) ضریب پایایی این مقیاس را به شیوه آلفای کرونباخ و اجرا بر ۱۶۰ دانشجو، ۰/۷۸ به دست آورد. پایایی این مقیاس در این مطالعه به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. نمونه گویه‌های این مقیاس عبارت‌اند از: در اکثر موارد، زندگی من به آرمان‌هایم بسیار نزدیک بوده است. شرایط زندگی‌ام بسیار عالی است.

علاوه بر این در قالب پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سن و تحصیلات آزمودنی‌ها، سن و تحصیلات والدین آنها، سابقه اقدام به خودکشی در خانواده، اقوام و دوستان، سابقه بیماری روانی در خانواده، سابقه مصرف مواد و رابطه والدین با یکدیگر مورد ارزیابی قرار گرفت. نمونه‌هایی از سؤالات این پرسشنامه، در حوزه‌های مختلف، عبارت است از:

- در حال حاضر با چند دوست پسر در ارتباط هستید؟
- در سه ماه گذشته چقدر سیگار کشیده‌اید؟
- سه ماه گذشته چقدر مشروبات الکلی مصرف کرده‌اید؟

### روش اجرا و تحلیل

برای انجام این پژوهش، ابتدا با آموزش و پرورش شاهین‌شهر هماهنگی اداری انجام شد. سپس با مراجعه به واحد آمار و اطلاعات تعداد کل دانش‌آموزان دریافت و پس از تعیین حجم نمونه دانش‌آموزان برحسب شاخه، پایه و رشته، براساس فهرست مدارس متوسطه؛ پنج دبیرستان، دو هنرستان و دو مرکز کار و دانش دخترانه انتخاب و با مراجعه به هر مدرسه، از بین دانش‌آموزان پایه‌ها و رشته‌های تعیین شده به شیوه تصادفی ساده نمونه‌گیری انجام شد. سپس به دانش‌آموزان در مورد اهداف پژوهش توضیحاتی ارائه گردید. پرسشنامه‌ها برای تکمیل در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت و در همان جلسه نسخه تکمیل شده از آنان دریافت، نمره‌گذاری و براساس

روانی والدین (شامل داشتن بیماری روانی / سابقه خودکشی قبلی / مصرف مواد یا مشروبات الکلی) در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شاهین‌شهر

۵- بررسی رابطه بین گرایش به خودکشی و آسیب‌شناسی ارتباطی (رابطه با جنس مخالف) در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شاهین‌شهر

۶- بررسی رابطه بین گرایش به خودکشی و سابقه مصرف دخانیات، مواد مخدر و مشروبات الکلی در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شاهین‌شهر.

۷- پیش‌بینی گرایش به خودکشی براساس مجموعه عوامل فردی، خانوادگی و رضایت از زندگی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شاهین‌شهر.

### روش

**روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه:** طرح تحقیق مورد استفاده در این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. در طرح‌های همبستگی محقق به بررسی رابطه بین دو یا چند متغیر با یکدیگر می‌پردازد.

جامعه آماری مطالعه همه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شاهین‌شهر در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۹۰ بودند. نمونه آماری ۴۱۵ نفر از دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شاهین‌شهر بودند که به شیوه تصادفی متناسب با حجم براساس ملاک‌های پایه و رشته تحصیلی انتخاب شدند. از این تعداد ۸۸ نفر در پایه اول، ۱۸۳ نفر در پایه دوم و ۱۴۴ نفر در پایه سوم متوسطه مشغول به تحصیل بودند. از تعداد کل دانش‌آموزان پایه‌های دوم و سوم، ۵۶ نفر در رشته ادبیات و علوم انسانی، ۷۸ نفر در رشته تجربی، ۷۱ نفر در رشته ریاضی، ۵۰ نفر در هنرستان‌ها و ۷۲ نفر در مراکز کار و دانش مشغول به تحصیل بودند.

### ابزار سنجش

**مقیاس گرایش به خودکشی:** ابزار مورد استفاده در این پژوهش به منظور ارزیابی گرایش به خودکشی، مقیاس «گرایش به خودکشی»<sup>۱</sup> از «فرم ایرانی پرسشنامه بالینی نوجوانان میلون»<sup>۲</sup> (مهرابی، ۱۳۸۹) بود. این مقیاس ۲۷ گویه دارد و گرایش به خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخدهی به گویه‌های این مقیاس در قالب طیف لیکرت سه گزینه‌ای شامل بله (با نمره دو)، تا حدودی (با نمره یک) و خیر (با نمره صفر) است. پایایی این مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و به شیوه

1. Suicidal Tendency

2. Millon Adolescents Clinical Inventory- Iranian version

3. Satisfaction with Life Scale (SWLS)

بدون خواهر، ۳۵ درصد دارای یک خواهر، ۱۹/۹ درصد دو خواهر و ۱۷/۴ درصد دارای سه خواهر یا بیشتر بودند. از لحاظ سنی ۶/۶ درصد ۱۴ ساله یا کمتر، ۱۸/۹ درصد ۱۵ ساله، ۳۸ درصد ۱۶ ساله، ۲۹/۹ درصد ۱۷ ساله و ۶/۶ درصد ۱۸ یا ۱۹ ساله بودند. میانگین سنی آزمودنی‌ها هم ۱۶/۱۱ سال و میانگین سنی پدران آنها ۴۷/۱۱ و میانگین سنی مادران آنها ۴۲/۰۳ سال بود.

نتایج ضریب همبستگی پیرسون مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که سن آزمودنی‌ها دارای رابطه ۰/۰۸۲، تحصیلات آنان ۰/۱۲۱، مشارکت در فعالیت‌های ورزشی ۰/۱۲۳، بروز اتفاق ناراحت‌کننده در دو ماه اخیر ۰/۳۵۲، شدت ناراحتی از این اتفاق ناراحت‌کننده ۰/۴۲۵ و رضایت آزمودنی‌ها از زندگی دارای رابطه ۰/۵۲۱ - معنادار با گرایش به خودکشی می‌باشد (P < ۰/۰۵). این ضرایب نشان‌دهنده آن است که با افزایش سن، پایین بودن سطح تحصیلات، کمتر بودن شرکت در فعالیت‌های ورزشی، رخ دادن اتفاق ناراحت‌کننده در دو ماه اخیر و شدید بودن نگرانی حاصل از آن و پایین بودن رضایت از زندگی، گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان دختر افزایش می‌یابد.

اهداف پژوهش تحلیل آماری انجام شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS18 و استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام انجام شد.

### یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که ۱۵/۷ درصد پدران آزمودنی‌ها دارای تحصیلات ابتدایی و کمتر، ۶۷/۲ درصد آنها راهنمایی تا دیپلم و ۱۷/۵ درصد هم فوق‌دیپلم و بالاتر بودند. علاوه بر این ۲۲/۶ درصد مادران آزمودنی‌ها دارای تحصیلات ابتدایی یا کمتر، ۶۷/۵ درصد راهنمایی تا دیپلم و ۹/۵ درصد هم فوق‌دیپلم یا بالاتر بودند. علاوه بر این ۲۹/۹ درصد آزمودنی‌ها اولین فرزند خانواده، ۱۹/۷ درصد دومین، ۱۷/۵ درصد سومین، ۱۳/۵ درصد چهارمین و ۱۹/۵ درصد هم پنجمین فرزند خانواده یا بیشتر بودند. ۲۳/۶ درصد آزمودنی‌ها بدون برادر، ۴۳/۵ درصد دارای یک برادر، ۲۰/۴ درصد دو برادر، ۶/۲ درصد سه برادر و ۵/۵ درصد دارای چهار برادر یا بیشتر بودند. ضمن اینکه ۲۷/۸ درصد آزمودنی‌ها

جدول ۱- ضرایب همبستگی بین گرایش به خودکشی و برخی متغیرهای فردی دانش‌آموزان دختر

متغیر	تعداد	ضریب همبستگی	معناداری
سن آزمودنی	۴۱۵	۰/۰۸۲	۰/۰۴۷
تحصیلات آزمودنی	۴۱۵	۰/۱۲۱	۰/۰۰۷
شرکت در فعالیت‌های گروهی	۴۱۵	-۰/۰۳۸	۰/۲۱۸
فعالیت ورزشی	۴۱۵	-۰/۱۲۳	۰/۰۰۶
بروز اتفاق ناراحت‌کننده	۴۱۵	۰/۳۵۲	۰/۰۰۱
شدت ناراحتی از اتفاق بد	۴۱۵	۰/۴۲۵	۰/۰۰۱
رضایت از زندگی	۴۱۵	-۰/۵۲۱	۰/۰۰۱

جدول ۲- ضرایب همبستگی بین گرایش به خودکشی دانش‌آموزان و آسیب‌شناسی خانواده و دوستان

متغیر	ضریب همبستگی	معناداری	متغیر	ضریب همبستگی	معناداری
تحصیلات پدر	-۰/۱۳۶	۰/۰۰۳	زندگی با والدین	۰/۰۶۷	-۰/۰۸۶
تحصیلات مادر	-۰/۱۴۱	۰/۰۰۲	رابطه والدین با یکدیگر	۰/۲۳۰	۰/۰۰۱
سن پدر	۰/۰۸۷	۰/۰۳۹	بیماری روانی پدر	۰/۱۵۰	۰/۰۰۱
سن مادر	۰/۰۳۲	۰/۲۵۸	بیماری روانی مادر	۰/۲۲۴	۰/۰۰۱
ترتیب تولد	۰/۰۵۲	۰/۱۴۴	مصرف سیگار در خانواده	۰/۱۲۰	۰/۰۰۷
تعداد خواهر	۰/۰۷۶	۰/۰۶۱	مصرف مواد مخدر در خانواده	۰/۰۸۹	۰/۰۳۵
تعداد برادر	۰/۱۰۳	۰/۰۱۸	مصرف مشروب در خانواده	۰/۱۷۱	۰/۰۰۱
وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده	-۰/۲۰۰	۰/۰۰۱	سابقه خودکشی در خانواده	۰/۳۵۳	۰/۰۰۱
در قید حیات بودن پدر	-۰/۰۳۷	۰/۲۲۷	سابقه خودکشی در اقوام	۰/۲۸۸	۰/۰۰۱
در قید حیات بودن مادر	-۰/۰۹۱	۰/۰۳۲	سابقه خودکشی در دوستان	۰/۲۵۳	۰/۰۰۱

اقدام به خودکشی در اقوام ۰/۲۸۸ و سابقه اقدام به خودکشی در دوستان دارای رابطه ۰/۲۵۳ با گرایش به خودکشی دانش‌آموزان دختر می‌باشد ( $P < ۰/۰۵$ ). این نتایج نشان‌دهنده آن است که وجود بیماری روانی در پدر و مادر، وجود سابقه مصرف سیگار، مواد مخدر و مشروبات الکلی در خانواده، سابقه اقدام به خودکشی در خانواده، اقوام، و دوستان، با گرایش و احتمال بیشتر گرایش دانش‌آموزان دختر به خودکشی همراه است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، داشتن دوست پسر در حال حاضر دارای رابطه ۰/۲۹۸ و در گذشته ۰/۲۸۱، تعداد دوستان پسر در زمان حال، ۰/۲۷۹ و در زمان گذشته ۰/۲۹۵ با گرایش به خودکشی می‌باشد ( $P < ۰/۰۵$ ). این نتایج نشان می‌دهد، داشتن دوست پسر در زمان حال و یا در گذشته و همچنین تعداد بیشتر دوستان پسر در زمان حال یا گذشته با گرایش بیشتر به خودکشی در دختران همراه است.

در جدول ۲ ضرایب همبستگی نشان می‌دهد که در قید حیات نبودن مادر، رابطه نامطلوب و پرتنش والدین با یکدیگر، وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین خانواده، تحصیلات پایین پدر و مادر، سن بالاتر پدر و تعداد برادران بیشتر، با گرایش بیشتر دانش‌آموزان دختر با خودکشی همراه است. علاوه بر این بررسی ضرایب همبستگی بین برخی متغیرهای خانوادگی و گرایش به خودکشی نشان داد که از بین این متغیرها، فوت مادر دارای رابطه ۰/۰۹۱-، رابطه والدین با یکدیگر ۰/۲۳۰، وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده ۰/۲۰۰-، تحصیلات پدر ۰/۱۳۶-، تحصیلات مادر ۰/۱۴۱-، سن پدر ۰/۰۸۷ و تعداد برادر دارای رابطه ۰/۱۰۳ و معنادار با گرایش به خودکشی است ( $P < ۰/۰۵$ ). از سوی دیگر، نتایج نشان داد که سابقه بیماری روانی پدر دارای رابطه ۰/۱۵۰، بیماری روانی مادر ۰/۲۲۴، مصرف سیگار در خانواده ۰/۱۲۰، مصرف مواد مخدر ۰/۰۸۹، مصرف مشروبات الکلی در خانواده ۰/۱۷۱، اقدام به خودکشی در خانواده ۰/۳۵۳،

جدول ۳- رابطه گرایش به خودکشی و داشتن دوست پسر و سابقه مصرف مواد در دانش‌آموزان دختر

متغیر	ضریب همبستگی	معناداری	متغیر	ضریب همبستگی	معناداری
داشتن دوست پسر	۰/۲۹۸	۰/۰۰۱	مصرف سیگار فعلی	۰/۱۸۳	۰/۰۰۱
سابقه داشتن دوست پسر	۰/۲۸۱	۰/۰۰۱	مصرف قلیان فعلی	۰/۱۸۷	۰/۰۰۱
تعداد دوستان پسر دارای رابطه فعلی	۰/۲۷۹	۰/۰۰۱	سابقه مصرف مواد مخدر	۰/۱۵۹	۰/۰۰۱
تعداد دوستان پسر دارای رابطه	۰/۲۹۵	۰/۰۰۱	سابقه مشروب‌خواری	۰/۱۴۵	۰/۰۰۲

جدول ۴- تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی گرایش به خودکشی دختران دانش‌آموز

مرحله	متغیر وارد شده به معادله	ضریب رگرسیون	سهم کل	سهم خالص	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
۱	رضایت از زندگی	۰/۵۲۱	۰/۲۷۱	۰/۲۷۱	۱۵۳/۷۱	۱	۴۱۳	۰/۰۰۱
۲	رضایت از زندگی + شدت اتفاق ناراحت‌کننده	۰/۵۸۵	۰/۳۴۲	۰/۰۷۱	۴۴/۳۶	۱	۴۱۲	۰/۰۰۱
۳	متغیرهای مرحله دوم + سابقه خودکشی در خانواده	۰/۶۲۱	۰/۳۸۵	۰/۰۴۳	۲۸/۸۸	۱	۴۱۱	۰/۰۰۱
۴	متغیرهای مرحله سوم + داشتن دوست پسر	۰/۶۳۳	۰/۴۰۱	۰/۰۱۶	۱۰/۷۵	۱	۴۱۰	۰/۰۰۱
۵	متغیرهای مرحله چهارم + تحصیلات مادر	۰/۶۴۵	۰/۴۱۶	۰/۰۱۵	۱۰/۷۶	۱	۴۰۹	۰/۰۰۱
۶	متغیرهای مرحله پنجم + بیماری روانی پدر	۰/۶۵۰	۰/۴۲۲	۰/۰۰۶	۳/۹۸	۱	۴۰۸	۰/۰۴۷

در نهایت در گام ششم، متغیر سابقه بیماری روانی پدر به معادله اضافه شد و ضریب رگرسیون را به  $0/650$  افزایش داد که به تنهایی  $0/6$  درصد از گرایش به خودکشی دختران را به طور معنادار تبیین می‌کند ( $P < 0/05$ ). توان دوم این ضریب رگرسیون نشان می‌دهد که در مجموع متغیرهای رضایت از زندگی، شدت اتفاق ناراحت‌کننده، سابقه خودکشی در خانواده، داشتن دوست پسر، تحصیلات مادر و بیماری روانی پدر  $42/2$  درصد از گرایش به خودکشی را در دانش‌آموزان دختر تبیین می‌کند ( $P < 0/05$ ).

### بحث

نتایج نهایی این پژوهش نشان داد که مجموعه‌ای از متغیرهای فردی و خانوادگی در گرایش به خودکشی دانش‌آموزان دختر دخیل هستند؛ به گونه‌ای که افزایش سن، پایین بودن سطح تحصیلات، تحصیلات پایین پدر و مادر، سن بالاتر پدر و تعداد برادران بیشتر، وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین خانواده، در قید حیات نبودن مادر، رابطه نامطلوب و پرتنش والدین با یکدیگر، رخ دادن اتفاقات ناراحت‌کننده در دو ماه اخیر و شدید بودن نگرانی حاصل از آن، وجود بیماری روانی در پدر و مادر، وجود سابقه مصرف سیگار، مواد مخدر و مشروبات الکلی در خانواده، سابقه اقدام به خودکشی در خانواده، اقوام و دوستان، داشتن دوست پسر در زمان حال و یا گذشته و همچنین، تعداد بیشتر دوستان پسر در زمان حال یا گذشته، استعمال سیگار و قلیان و همچنین، مصرف مواد مخدر و مصرف مشروبات الکلی با گرایش بیشتر دانش‌آموزان دختر به خودکشی همراه است (جدول ۱-۳).

علاوه بر این ضرایب تحلیل رگرسیون نشان داد که در مجموع متغیرهای رضایت از زندگی، شدت اتفاق ناراحت‌کننده، سابقه خودکشی در خانواده، داشتن دوست پسر، تحصیلات مادر و بیماری روانی پدر  $42/2$  درصد از گرایش به خودکشی را در دانش‌آموزان دختر تبیین می‌کنند ( $P < 0/05$ ).

این نتایج با یافته‌های قبلی که بر نقش اتفاق ناراحت‌کننده در یکی دو ماه اخیر، رضایت کلی از زندگی، سابقه اقدام به خودکشی در خانواده و دوستان و همچنین، برخی متغیرهای خانوادگی نظیر تحصیلات پایین، حمایت اجتماعی پایین، با گرایش بیشتر به خودکشی در نوجوانان دختر، همخوانی دارد (اکبری زردخانه و همکاران، ۱۳۸۸؛ تقه‌الاسلام و همکاران، ۱۳۸۵ و قاضی طباطبایی و بخشی، ۱۳۸۶). علاوه بر این نتایج این مطالعه با مطالعات قبلی نشان‌دهنده نقش مشکلات فردی و روان‌شناختی (کروول و همکاران، ۲۰۱۲)، گرایش بیشتر به

این ضرایب همبستگی در مورد مصرف دخانیات و مواد برای دختران دانش‌آموز نشان داد که مصرف سیگار فعلی دارای رابطه  $0/183$ ، قلیان  $0/187$ ، مواد مخدر  $0/159$  و مصرف مشروبات الکلی دارای رابطه  $0/145$  با گرایش به خودکشی دانش‌آموزان دختر است ( $P < 0/05$ ). این ضرایب همبستگی نشان می‌دهد که استعمال سیگار و قلیان و همچنین مصرف مواد مخدر و مصرف مشروبات الکلی با گرایش بیشتر دانش‌آموزان دختر به خودکشی همراه است.

به منظور شناسایی مهمترین علل مؤثر در گرایش به خودکشی دانش‌آموزان دختر براساس این متغیرهای معنادار، از ضریب تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. در این تحلیل در هر گام و به ترتیب اهمیت متغیرهایی که بیشترین رابطه و سهم معنادار در پیش‌بینی گرایش به خودکشی دارند، به ترتیب وارد معادله رگرسیون می‌شوند و پس از آن متغیرهای اثرگذار دیگر که قدرت پیش‌بینی‌کنندگی معنادار دارند، به معادله اضافه می‌شوند. ضمن اینکه در زمان ورود هر متغیر به معادله، سایر متغیرها هم بررسی می‌شوند؛ یعنی تأثیر همگام بررسی می‌شود. بر این اساس نتایج تحلیل رگرسیون مندرج در جدول ۴ نشان داد از بین متغیرهای مورد بررسی، در گام اول «رضایت از زندگی» با ضریب رگرسیون  $0/521$  به عنوان مهمترین متغیر وارد معادله رگرسیون شده است. مجذور رگرسیون و تبدیل آن به درصد، نشان می‌دهد رضایت از زندگی دانش‌آموزان  $27/1$  درصد از گرایش خودکشی دانش‌آموزان را به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند ( $P < 0/05$ ).

در گام دوم علاوه بر رضایت از زندگی، «شدت اتفاق ناراحت‌کننده» به معادله اضافه شد و ضریب رگرسیون را به  $0/585$  افزایش داد. شدت اتفاق ناراحت‌کننده به تنهایی  $7/1$  درصد از گرایش به خودکشی را به طور معناداری تبیین می‌کند ( $P < 0/05$ ). در گام سوم علاوه بر دو متغیر قبلی، «سابقه خودکشی در خانواده» به معادله اضافه و ضریب رگرسیون را به  $0/621$  افزایش داد و به طور خالص،  $4/3$  درصد از گرایش به خودکشی دانش‌آموزان را پیش‌بینی می‌کند ( $P < 0/05$ ).

در گام چهارم، «داشتن دوست پسر در زمان حال» در کنار سه متغیر وارد شده قبلی، به معادله اضافه شده و ضریب رگرسیون به  $0/633$  افزایش یافت. سهم خالص این متغیر در پیش‌بینی گرایش به خودکشی،  $1/6$  درصد و معنادار است ( $P < 0/05$ ). در گام پنجم، متغیر تحصیلات مادر به معادله اضافه شده و ضریب رگرسیون را به  $0/645$  افزایش داده است. تحصیلات مادر هم سهم خالص  $1/5$  درصدی معنادار در پیش‌بینی گرایش به خودکشی دارد ( $P < 0/05$ ).

رفتارهایی نظیر مصرف مواد و داروها و استعمال دخانیات (موران و همکاران، ۲۰۱۲ و راندی و همکاران، ۲۰۱۱)، عملکرد تحصیلی پایین و تسلیم شدن در برابر فشار دوستان (لین و همکاران، ۲۰۱۱) در گرایش به خودکشی نوجوانان دختر همخوانی دارد.

در ارزیابی این ضرایب همبستگی معنی‌دار، توجه به این نکته هم لازم است که در نمونه‌های بزرگ، ضرایب همبستگی پایین و ناچیز هم می‌توانند معنی‌دار و قابل توجه به‌دست آیند و قاعدتاً حجم نمونه بر این نتایج مؤثر بوده است. اما همان‌طور که اشاره شد، مطالعات قبلی هم بر رابطه این مؤلفه‌ها با گرایش به خودکشی تأکید داشته‌اند و این همخوانی، نشان می‌دهد که صرفاً عامل حجم نمونه موجب مشاهده همبستگی‌های ضعیف نشده است.

براساس نتایج به‌دست آمده، می‌توان گفت ساختار خانواده نقش مهمی در تشدید گرایش به خودکشی دانش‌آموزان دختر دارد؛ خانواده از یک‌سو به تبع فراهم کردن شرایطی که باعث می‌شود نوجوانان دختر احساس رضایت کم یا زیادی داشته باشند، و از سوی دیگر به‌صورت مستقیم ماهیت روابط والدین با یکدیگر، سطح تحصیلات مادر و به تبع آن میزان نزدیکی و صمیمیت مادر و دختر، سن بالای پدر و تفاوت‌های فاحش فکری و رفتاری آنها، بر وضعیت سلامت روان دختران نوجوان تأثیر می‌گذارند و حتی می‌توانند به سوق دادن آنان به خودکشی منجر شود.

به نظر می‌رسد آنچه در خانواده می‌گذرد، به همراه وضعیت و شرایطی که دختران نوجوان درگیر آن هستند، می‌تواند به رضایت داشتن یا نداشتن آنان از زندگی شان منجر شود. در صورتی که این رضایت از زندگی در سطح پایینی باشد، عاملی مهم و اساسی برای سوق دادن دختران به سوی گرایش به خودکشی است.

در این مطالعه مشخص شد پس از رضایت از زندگی پایین، بروز این اتفاق ناراحت‌کننده و به تبع آن برداشت منفی فرد از آن و ناراحتی بسیار شدید از بروز چنین اتفاقی، باعث افزایش میل به خودکشی در دختران نوجوان می‌شود. البته ماهیت این اتفاقات ناگوار اگرچه از اهمیت برخوردار هستند، اما واقعیت آن است که نوع برداشت نوجوان به‌گونه‌ای است که ارزش کلی زندگی، خود و دیگران برای فرد به‌شدت کاهش می‌یابد و همین امر وی را به سمت نیستی و فناي خود سوق می‌دهد. این در حالی است که شاید این‌گونه اتفاقات ناگوار، مثلاً بروز جدال و دعوی شدید بین والدین، طلاق گرفتن آنان از یکدیگر و فوت یا تصادف والدین یا یکی از اعضای خانواده در رابطه با خانواده باشد.

ضمن اینکه این اتفاق ناگوار ممکن است در جمع دوستان نیز باشد؛ به‌گونه‌ای که مثلاً دختر نوجوان تجربه طرد یا تحقیر شدیدی را در جمع دوستان داشته، یا یکی از دوستان خود را از دست بدهد و یا فوت یا خودکشی یکی از دوستان صمیمی خود را تجربه نماید. علاوه بر این اتفاق ناگوار شاید در محیط مدرسه بوده باشد؛ مثلاً نوجوان نزاع شدیدی با همکلاسی‌ها داشته و یا در سر کلاس از جانب معلم یا همکلاسی‌ها به‌شدت احساس تحقیر و توهین کند که ناراحتی شدیدتر و میل به خودکشی در وی تشدید می‌شود.

به هر حال براساس یافته‌های این پژوهش، به نظر می‌رسد خانواده نقش مهمی در سلامت روان و امید به زندگی دختران نوجوان ایفا می‌کند. در وضعیتی که مسائل و مشکلاتی در درون خانواده وجود دارد، لازم است عضو و فرد مطلعی از خانواده برای درک و همراهی و حمایت از نوجوان دختر در این وضعیت و تنش وجود داشته باشد. به فرض نبود چنین عضو همراه در درون خانواده، این نقش مشاوران و روان‌شناسان نظام آموزشی است که پررنگ‌تر می‌شود و باید بر عملکرد کلی دانش‌آموزانی که می‌دانند نظام خانوادگی آشفته‌ای دارند، ناظر باشند و حداقل هر از گاهی به‌صورت مقطعی این دانش‌آموزان را حمایت و همراهی کند.

علاوه بر این ضروری است مشاوران مدارس، به‌ویژه مشاوران دوره متوسطه مدارس دخترانه، نسبت به تغییر رفتار نوجوان در زمینه رخ دادن یک استرس جدی و مهم در زندگی وی حساس باشند و به محض اینکه دریافته‌اند دانش‌آموزی واقعه ناراحت‌کننده یا پرتنش را تجربه کرده است، در قالب جلسات مشاوره‌ای یا درگیر کردن وی در فعالیت‌های جمعی و گروهی، تا حدی به او توجه کنند و او را حمایت نمایند.

علاوه بر این به نظر می‌رسد که نظام آموزشی مدرسه و مشاوران مدرسه باید در حد امکانات و توانایی‌ها و شرایط خود، تمهیداتی را به‌منظور فعال کردن و یا نشاط‌سازی مدارس و محیط تحصیل برای نوجوانان و به‌ویژه نوجوانان دختر فراهم کنند، تا رضایت کلی نوجوانان از زندگی با بودن در مدرسه و در جمع دبیران و همکلاسی‌ها، افزایش و میل به خودکشی در آنها نیز کاهش یابد.

این در حالی است که به نظر می‌رسد مشاوران آموزش و پرورش به ارائه آموزش‌های لازم برای ایجاد رابطه بهتر و صمیمی بین دختران نوجوان با خانواده‌های خود به‌ویژه وقتی که یکی از دو ویژگی تحصیلات پایین مادر و یا سن بالای پدر و یا هر دو عامل در ساختار خانواده وجود دارد، اقدام کنند. البته این امر بدان معنا نیست که همه مسئولیت‌ها به گردن مشاوران انداخته شود؛ بلکه منظور آن است که در شرایط



سلطانی‌زاده، م. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین لذت جسمانی، هیجان‌طلبی و سلامت ذهن دانشجویان دانشگاه اصفهان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.*

کشاوری، م.ع. (۱۳۸۵). *مسائل جوانان و نوجوانان*، تهران: انتشارات روزبهان.

قاضی طباطبایی، م.، و بخشی، ح. (۱۳۸۶). مدل‌بندی ساختاری عوامل تبیین‌کننده آسیب‌پذیری از خودکشی در میان دانشجویان دانشگاه‌های ایران، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۲، (۴): ۱۹-۱۲.

محسنی، م. (۱۳۸۵). *انحرافات اجتماعی*، تهران: انتشارات مروی.

محمدخانی، پ.، محمدی، م.، رضایی دوگاهه، ا.، و نظری، م. (۱۳۸۲). بررسی همه‌گیرشناسی افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، عوامل زمینه‌ساز و آشکارساز خودکشی در دختران نوجوان و جوان مناطق پرخطر ایران. دفتر تحقیقات مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری.

مرادی ع.ر.، اکبری زردخانه، س.، چراغی، ف.، و فولادوند، خ. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر ساختار خانواده و حمایت اجتماعی در خودکشی دانشجویان، *خانواده‌پژوهی*، ۵، (۲۰): ۵۰۲-۴۰۷.

مصطفی‌زاده، ب.، مصری، م.، و فرزانه، ا. (۱۳۸۹). بررسی نقش عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی مجدد، پژوهش در پزشکی، ۳۴، ۲: ۱۱۶-۱۱۱.

مهرابی، ح.ع. (۱۳۸۹). *هنجار‌یابی فرم ایرانی پرسشنامه بالینی نوجوانان میلون و تعیین تأثیر گروه‌درمانی به شیوه TTM بر نیمرخ روانی نوجوانان وابسته مواد مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر اصفهان. رساله دکترای روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.*

مورین، د.ا. کی.، مونتگمری، اس.، و مونس، م. (۱۳۸۶). *بهداشت روانی و روانپزشکی کودک و نوجوان*. ترجمه محمدرضا اسکندری و صغری کریمی، تهران: انتشارات ارجمند.

هالجن، ر.پی.، و ویتبورن، س.ک. (۱۳۸۴). *آسیب‌شناسی روانی؛ دیدگاه‌های بالینی درباره اختلال‌های روانی*، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر ساوالان (سال انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

Compus, B.E., S., & Grant, K.E. (1993). Taxonomy, assessment and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 114, 323-344.

Crowell, S.E., Beauchaine, T.P.; Hsiao, R.C.; Vasiley, C.A.; Yaptangco, M. (2012). Differentiating Adolescent Self-Injury from Adolescent Depression: Possible Implications for Borderline Personality Development, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1): 45-57.

پرتنش، دشوار و نامطلوب برخی خانواده‌ها و همچنین وضعیت روان‌شناختی نامطلوب برخی دانش‌آموزان، می‌طلبد که مشاوران مدارس ضمن شناسایی این دسته از دانش‌آموزان در معرض خطر نسبت به بهبود وضعیت آنان به صورت مستقیم - از طریق ارائه مشاوره و برنامه‌های حمایتی مدرسه‌ای - و یا غیرمستقیم - از طریق ارائه مشاوره و راهنمایی به سایر اعضای خانواده - اقدام نمایند.

این پژوهش چون صرفاً در مورد دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شاهین‌شهر انجام شده است، در تعمیم نتایج آن به دانش‌آموزان پسر و دانش‌آموزان سایر مقاطع تحصیلی باید جانب احتیاط را در نظر گرفت. علاوه بر این در تعمیم نتایج آن به دانش‌آموزان دختر متوسطه سایر مناطق هم رعایت اندکی احتیاط لازم است و باید در مطالعات بعدی، اولاً به بررسی علل مؤثر در گرایش به خودکشی سایر دانش‌آموزان در مقاطع دیگر و دانش‌آموزان پسر پرداخت و علاوه بر آن، مطالعات مشخصی هم بر دانش‌آموزان اقدام‌کننده به خودکشی انجام گیرد تا مشخص شود در این افراد چقدر از عوامل مورد اشاره در این پژوهش و حتی سایر عوامل فردی، خانوادگی و تحصیلی دخیل هستند.

در پایان پژوهشگران لازم می‌دانند از همکاری‌های صمیمانه تمامی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه و همچنین مدیران و مشاوران مدارس متوسطه، هنرستان‌ها و مراکز کار و دانش شاهین‌شهر کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

## منابع

برخوردار، ن.، جهانگیری، ک.، و برخوردار، ن. (۱۳۸۸). بررسی روند خودکشی و عوامل مؤثر بر آن در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه، *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی*، ۲، (۲۷): ۲۲۵-۲۱۹.

پورشهباز، ع.، محمدخانی، پ.، و معصومیان، ح. (۱۳۷۴). گزارش فرایند طرح تدوین برنامه عملیاتی پیشگیری از خودکشی در استان ایلام، تهران: معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی.

ثقه‌الاسلام، ط.، رضایی، ا.، و شاه‌بیگی، س. (۱۳۸۵). خودکشی در کودکان ایرانی، *فصلنامه علوم مغز و اعصاب ایران*، ۵، (۱۵-۱۶): ۷-۱۵.

حیدری پهلویان، ا. (۱۳۷۶). وضعیت روانی، اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان. *اندیشه و رفتار*، ۳، (۲-۱): ۲۵-۳۱.

دبلیو، ج.، و زندن، و. (۱۳۸۳). *روان‌شناسی رشد*، ترجمه حمزه گنجی، تهران: انتشارات رشد. (سال انتشار به زبان فارسی، ۲۰۰۶).

- Diener, E., Emmons, R.A. Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life satisfaction scale. *Journal of Personality Assessment, 49*: 71-75.
- Dubow, D., Kuusch, R.H. Blum, N. Reed M.E. and Bush M. (1990). Current utilization of psychological tests atdiagnostic practicum sites. *The Clinical Psychologist, 43*, 29-36.
- Garland S. & Zigler L. (1993). Diagnosis of disruptive behavior disorders using the Millon Adolescent Personality Inventory. *Psychological Reports, 73*, 895-914.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1996). *Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalance, risk risk factors, and clinical implication*. *Clinical Psychology: Scince and Practice, 3*, 25-46.
- Lin, D.; Li, X.; Fan, X. & Fang, X. (2011). Child sexual abuse and its relationship with health risk behaviors among rural children and adolescents in Hunan, China, *Child Abuse & Neglect, 35, (9)* : 680-691.
- Kureg, E. Dahulberg, I.L. Mercy, J.A. & Lazano, R. (2002). World report in violence and health, Genava: WHO.
- Mann, J.J. (2002). A current perspective of suicide and attempt suicide, *An International Journal of Medicine, 4, (130)*: 302-31.
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J., & Patton, G. (2011). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet*. Available online November 17. doi: 10.1016/S0140-6736 (11)61141-0
- Peterson, G.T. (1993) .*Social Systems Contributes to adolescent Psycho therapy*. In M. Slomowitz (ED), *Adolescent Psychotherapy*, Washington DC. APA pp: 57-59.
- Randy, f.P.M.; West, J.H. & Hall, P. (2011). Psychosocial Distress and Suicide Ideation in Chinese and Philippine Adolescents, *Asia-Pacific Journal of Public Health, 23, (5)*: 774-791.
- Yang, S. (2012), A Life History of a Korean Adolescent Girl Who Attempted Suicide., *Death Studies, 36, (3)*: 253-259.