

عنوان

نقش حمایت خانواده در پیش بینی افکار خودکشی در سالمندان

نازیلا قبادی

کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت ، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

Title

The role of family support in predicting addiction and suicidal thoughts in the elderly

Nazila Ghobadi , master's degree "MA" in Personality psychology

Department of Psychology , Faculty of Psychology , Islamic Azad university , Karaj Branch

Abstract

This research was conducted in order to investigate the role of family support in predicting suicidal thoughts in the elderly. This research is quantitative in terms of applied purpose, and descriptive in terms of data type and correlational based on the method of data collection. The statistical population of the research consisted of the elderly (60-80 years old) of Karaj city, using the Cochran formula, 384 people were selected as the sample group using the snowball sampling method. The tool of data collection in this research was a questionnaire, and the data were analyzed using the method of correlation coefficient and step-by-step regression analysis. The results of the research showed that family support plays a role in predicting suicidal thoughts of the elderly.

In Iranian culture, despite the physical and psychological frailty that may accompany aging, the elderly hold a deeply respected and honorable position within the family. They are valued as the carriers of wisdom, tradition, and emotional stability. Respecting and involving them in family life strengthens their sense of belonging and purpose, serving as a cultural and emotional buffer against suicidal ideation.

These findings highlight the importance of strengthening familial bonds and traditional respect toward the elderly as an effective protective factor in mental health promotion and suicide prevention programs in aging populations.

Keywords: Family support, Suicidal ideation, Elderly, Iranian culture, Respect for the elderly

چکیده

این تحقیق به منظور بررسی نقش حمایت خانواده در پیش بینی افکار خودکشی در سالمندان انجام شده است. این تحقیق به لحاظ هدف کاربردی، از نظر نوع داده‌ها کمی و بر اساس نحوه گردآوری داده‌ها توصیفی- از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری تحقیق مشتمل بر سالمندان (سن ۶۰ تا ۸۰ سال) شهر کرج بوده است که با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۴ نفر با استفاده از روش نمونه گیری گلوله برفی به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده‌ها در این تحقیق پرسشنامه بوده است که داده‌ها با استفاده از روش ضریب همبستگی

و تحلیل رگرسیون گام به گام بررسی شدند. یافته های حاصل از تحقیق نشان داد که حمایت خانواده در پیش بینی افکار خودکشی سالمندان نقش دارد. با توجه به اینکه ضریب تعیین برابر $0/682$ به دست آمد این نتیجه حاصل شد که افکار خودکشی سالمندان بطور همزمان به میزان ۶۸ درصد توسط حمایت خانواده پیش بینی می شوند. در فرهنگ ایرانی، سالمندان نه تنها به عنوان افراد ضعیف یا نیازمند دیده نمی شوند، بلکه حاملان خرد، تجربه و تداوم خانواده محسوب می گردند. احترام، توجه و حضور مؤثر در تصمیم گیری های خانوادگی از جمله ارزش هایی است که در خانواده های ایرانی موجب حفظ عزت و احساس ارزشمندی سالمند می شود و همین امر می تواند در کاهش تمایل به افکار خودکشی نقش حمایتی و محافظتی داشته باشد.

نتایج این تحقیق می تواند برای سیاست گذاران، روان شناسان و مشاوران در طراحی برنامه های ارتقاء سلامت روانی سالمندان مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه ها: حمایت خانواده، افکار خودکشی، سالمندان

مقدمه

این فصل از تحقیق به کلیات پژوهش اختصاص دارد. هدف از نگارش این فصل آشنایی خواننده با موضوع مورد تحقیق است. در این فصل در راستای تحقق اهداف تحقیق، به بیان مسئله، اهمیت و ضرورت تحقیق، اهداف و فرضیه های تحقیق و همچنین تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای تحقیق پرداخته شده است.

همه دانشمندان علوم اجتماعی اعم از جامعه شناسان یا روانشناسان بیش از هر عامل دیگری برآگاهی از خانواده و اهمیت بی بدیل آن تأکید دارند. اگر چه از تأثیر مدرسه، گروه همسالان، رسانه های جمعی و... غافل نمی شوند، اما نقش خانواده را مؤثرتر می دانند. زیرا فرد فرآیند فرهنگ پذیری را در خانواده می آموزد و خانواده ابتدایی ترین مکان شکل گیری رفتارهای فردی و تکامل افراد است. بنابراین از آن جایی که پیوندها و روابط بین اعضای خانواده با روابط رایج خارج از خانواده بسیار متفاوت است و فرد از بدو تولد تحت تأثیر آن ها قرار می گیرد و همچنین به دلیل تأمین بسیاری از نیازهای روانی و مادی توسط این نهاد به عنوان پشتوانه بزرگ انسان برای حضور در جامعه بزرگتر تلقی می شود (پرهوده، ۱۴۰۱). مطالعات نشان می دهد که حمایت خانواده^۱ می تواند در ایجاد و یا پیشگیری از معضلات مختلف اجتماعی نقش داشته باشد.

یکی از معضلات اجتماعی سالمندان، پدیده ی خودکشی^۲ است. خودکشی فقط یک تراژدی شخصی نیست که منجر به پایان زندگی یک نفر شود، بلکه فاجعه ای برای خانواده، دوستان و حتی جامعه به شمار می رود (سازمان بهداشت جهانی،^۳ ۲۰۱۹). خودکشی یک فرآیند چندمرحله ای شامل افکار خودکشی، برنامه ریزی برای خودکشی، اقدام به خودکشی و عمل کردن برای پایان دادن به زندگی است (وانگ و همکاران،^۴ ۲۰۱۹). در حقیقت افکار خودکشی، گونه ای اشتغال فکری پیرامون مرگ است که هنوز جنبه ی عملی به خود نگرفته است (آندریسن و همکاران،^۵ ۲۰۱۹). افکار خودکشی یک مشکل مهم در حوزه سلامت روانی است چرا که هرچه سطح افکار خودکشی که فرد تجربه می کند شدیدتر باشد، احتمال اینکه فرد از مرحله فکر به اقدام به خودکشی منتقل شود بیشتر خواهد بود (اورداز و همکاران، ۲۰۱۸).

¹ Family support

² Suicide

³ World Health Organization

⁴ Wang et al

⁵ Andriessen et al

با توجه به مطالب گفته شده به نظر می رسد حمایت خانواده می تواند در پیش بینی افکار خودکشی نقش داشته باشد. لذا در این تحقیق محقق در صدد تا با استفاده از چهارچوب مفهومی و نظری به این پرسش پاسخ دهد که به چه میزان حمایت خانواده در پیش بینی افکار خودکشی نقش دارد؟

حمایت و انسجام اجتماعی سهم چشمگیری در سلامت دارند. حمایت اجتماعی در جهت تحقق نیازهای واقعی و عاطفی افراد کمک‌کننده است. تعلق به یک شبکه اجتماعی جامعه و الزامات متقابل موجب می‌شود تا افراد احساس محبت، دوستی، احترام و ارزش نمایند. حمایت اجتماعی عبارت است از محتوای کارکردی روابط که در چهار گروه از ساختارها شامل پشتیبانی عاطفی، حمایت مادی، حمایت اطلاعاتی و حمایت ابزاری طبقه‌بندی می‌شود. این ساختارها به لحاظ مفهومی متفاوت هستند اما در عمل از یکدیگر مستقل‌اند. حمایت اجتماعی یک شبکه اجتماعی است که برای افراد منابع روان‌شناختی و محسوسی را فراهم می‌کند تا بتوانند با شرایط استرس‌زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند (شجاعی، ۱۳۹۴). حمایت اجتماعی عبارت است از ادراک فرد از اینکه مورد توجه و علاقه دیگران بوده، از دیدگاه آن‌ها فرد ارزشمند است، چنانچه دچار مشکل و ناراحتی شود سایر افراد مؤثر در زندگی‌اش مانند والدین و خانواده به او یاری خواهند رساند. بر اساس این تعریف حمایت اجتماعی مفهومی است که به دامنه ارتباطات متقابل بین افراد توجه دارد و هر چه میزان مبادلات بین فردی بیشتر باشد میزان حمایت اجتماعی که فرد دریافت می‌نماید نیز بیشتر خواهد بود و عکس این رابطه نیز صادق خواهد بود؛

ساراسون و ساراسون^۱ (۱۹۸۹) دوتن از پژوهش‌گران نامدار معاصر، حمایت اجتماعی را چنین تعریف کرده‌اند، این احساس که دیگران آدم را دوست دارند و برایش ارزش قائل هستند تا در صورت لزوم به او کمک کنند و پشتوانه عاطفی او باشند. از نظر آنان حمایت اجتماعی به عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی حمایت اجتماعی را واقعیت اجتماعی و برخی آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند. ساراسون و همکاران حمایت اجتماعی را دارای پنج بعد می‌دانند که عبارت‌اند از:

۱- حمایت عاطفی: داشتن مهارت لازم در کمک گرفتن از دیگران هنگام برخورد با دشواری‌ها است.

۲- حمایت شبکه اجتماعی: به معنای دسترسی به عضویت در شبکه‌های اجتماعی است.

¹ Sarason and Sarason

۳- حمایت خود ارزشمندی: اینکه دیگران در دشواری‌ها یا فشارهای روانی به وی بفهمانند که او فردی ارزشمند است و می‌تواند با به کارگیری توانایی‌های ویژه خود بر دشواری‌ها چیره شود.

۴- حمایت ابزاری: دسترسی داشتن به منابع مالی و خدماتی در سختی‌ها و دشواری‌ها گفته می‌شود.

۵- حمایت اطلاعاتی: می‌تواند اطلاعات مورد نیاز خود را برای درک موقعیت به دست آورد.

خودکشی

خودکشی را می‌توان به عنوان اقدام آگاهانه در جهت از بین بردن خود، با اهدافی همچون تحت تأثیر قرار دادن دیگران، رهایی از فشار روانی و مشکلات تعریف نمود که ممکن است به مرگ یا بهبودی منجر شود (حیدری و رسائی پور، ۱۳۹۳).

فکر، قصد و طرح خودکشی

وجود فکر خودکشی با خطر بالای خودکشی همراه است. اکثریت افرادی که فکر خودکشی دارند، در اثر اقدام به خودکشی نمی‌میرند. برخی از کسانی که به خودکشی اقدام می‌کنند، درباره‌ی افکار خودکشی حرف نمی‌زنند، حتی زمانی که به طور مستقیم از آن‌ها سؤال می‌شود. بدون تردید، باید از همه‌ی بیماران افسرده و ناامید، درباره‌ی وجود و ماهیت افکار خودکشی سؤال شود؛ وجود نقشه برای اقدام به خودکشی، به اندازه‌ی قصد و مصر بودن برای به انجام رساندن آن، برای برآورد خطر خودکشی ضروری است.

خودکشی یک بیماری روانی قابل تشخیص نیست، اما مجموعه‌ای از الگوهای رفتاری پیچیده را نشان می‌دهد. این الگوها الزاماً به خودکشی کامل منتهی نمی‌شوند، اما بر روی طیفی قرار دارند که یک طرف آن افکار و نقشه‌های خودکشی و طرف دیگر اقدام به خودکشی و خودکشی کامل قرار دارد. در شکل‌گیری رفتار خودکشی سه مرحله وجود دارد: افکار خودکشی گرایشی، اقدام به خودکشی و خودکشی (سان و همکاران، ۲۰۱۲).

افکار خودکشی: به افکار، خیال‌پردازی‌ها، نشخوارها و اشتغال ذهنی درباره‌ی مرگ و خود آسیمی اشاره دارد. هرچه قدر شدت و دوام خودکشی بیشتر باشد، خطر احتمال خودکشی در آینده بیشتر خواهد شد.

قصد خودکشی: به عزم جزم فرد برای خودکشی اطلاق می‌شود و انتخاب شیوه‌ای که مرگبار است و صد درصد منجر به مرگ می‌شود، حاکی از این است که بیمار قصد جدی برای مرگ دارد.

طرح و نقشه: داشتن طرح و نقشه دقیق و اختصاصی برای خودکشی، احتمال خطر خودکشی را افزایش می‌دهد.

برخی از محققین بین فکر خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی موفق، چندان تفاوتی قائل نمی‌شوند و آن‌ها را در راستای یک فرایند در نظر می‌گیرند که به دنبال هم اتفاق می‌افتد. آن‌ها معتقدند کسانی که چند بار اقدام کرده‌اند، بالاخره زمانی تک اقدامی بوده‌اند یا در واقع یک زمان هیچ سابقه اقدام به خودکشی نداشته‌اند، بنابراین امکان دارد درمانگر با فکر کننده و تک اقدام کننده‌ای مواجه شود که در راه چند اقدامی شدن یا خودکشی موفق باشد. آنان رفتار خودکشی را یک پیوستاری از فکر خودکشی که منجر به تعاملات در مورد خودکشی از جمله نقشه کشیدن، آماده شدن و... می‌دانند که به نوبه خود منجر به تهدید و اقدام خودکشی می‌شود که نهایتاً منجر به خودکشی کامل می‌گردد؛ اما محققان دیگری بر این باورند که افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند و آن‌هایی که فکر خودکشی دارند ماهیتاً با هم متفاوت می‌باشند. مثلاً در بعضی اوقات اشاره شده است که افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در مقایسه با کسانی که فکر خودکشی دارند، خودپنداره پایین‌تر، افسردگی بالاتر و سو استفاده جمعی و جنسی بالاتری داشتند. نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد فکر کننده بیش از اقدام کننده‌ها، ناامیدی و خود پنداره منفی داشتند. یک توجیهی که نویسندگان بر این یافته متناقض ارائه نمودند، این بود که احتمالاً اقدام کننده‌ها با انجام رفتار خودکشی، احساس رهایی موقتی از استرس‌های عاطفی نموده بودند که شبیه تخلیه عاطفی می‌باشد. در مطالعه دیگری این نتیجه حاصل شد که فکر کننده‌ها نسبت به اقدام کننده‌ها افسردگی بیشتری داشتند و دچار مشکلات رفتاری و تکانه‌ای بیشتری بودند. از مقایسه این گروه‌ها با هم این نتایج دست آمد که اقدام کننده‌ها بیش از فکر کننده‌ها، ناامیدی را قبل از حادثه استرس‌زایی که منجر به فکر خودکشی شده بود، تجربه کرده بودند و قبل از اینکه هر اقدامی صورت بگیرد، اقدام کننده‌ها بیش از فکر کننده‌ها، احساس طردشدگی داشتند و در مورد افکارشان با کسی صحبت نمی‌کردند. این دو گروه از نظر تفاوت‌های جمعیت‌شناسی، نوع

استرس قبل از رویداد خودکشی، سابقه فامیلی خودکشی، شدت افسردگی، تعداد راه‌حل‌های مناسب جانشین، عکس‌العمل‌های خانواده‌هایشان با هم تفاوتی نداشتند (آل سعدی ثانی، ۱۴۰۰).

سبب‌شناسی خودکشی

۱- برآورده نشدن نیاز به عشق، مقبول واقع شدن و تعلق و عضویت در گروه‌ها که با برآورده نشدن نیاز به کمک و پیوند جویی مرتبط است.

۲- عدم کنترل، پیش‌بینی‌ناپذیری و بی‌نظمی که معلول ناکام ماندن نیاز به پیشرفت، خودمختاری، نظم و شناخت است.

۳- خودانگاره نامطلوب و اجتناب از شرم، شکست، سرخوردگی و بدنامی که معلول ناکام ماندن نیاز به پیوندجویی، مراقبت و رسیدگی است.

۴- قطع روابط مهم و حساس و به دنبال آن سوگ و احساس بی‌کسی که معلول ناکام ماندن نیاز به پیوندجویی، مراقبت و رسیدگی است.

۵- عصبانیت، خشم و نفرت که معلول ناکام ماندن نیاز به برتری، پرخاشگری و مقابله به مثل است (علی آبادی و همکاران، ۱۳۹۸).

عوامل مؤثر بر خودکشی

عوامل زمینه‌ساز: عواملی که بسیاری از آن‌ها از اول در زندگی وجود داشته و موجب آسیب‌پذیری فرد در مقابله با عواملی که در زمان شروع بیماری اثر می‌گذارد، می‌شوند و شامل زمینه‌ها ژنتیکی، عوامل فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی در شیرخوارگی و کودکی نیز می‌شوند.

عوامل آشکارساز: وقایعی هستند که در مدت کوتاهی قبل از وقوع یک بیماری یا اختلال رخ می‌دهند و به عنوان عامل تسریع‌کننده آن ظاهر می‌شوند؛ این عوامل ممکن است فیزیکی، روان‌شناختی یا اجتماعی باشند و شامل مسائل روزمره نیز می‌شود.

عوامل تداوم بخش: دوره‌ی اختلال یا بیماری را پس از وقوع آن طولانی می‌سازد و در پیشگیری و درمان لازم است به این عوامل توجه شود.

می‌توان عوامل مؤثر بر انگیزه‌های خودکشی را در موارد زیر خلاصه کرد:

۱- عوامل زیستی: زیست‌شناسی خودکشی مطالب وسیعی را در برمی‌گیرد از بررسی ناقل‌های عصبی گرفته تا پژوهش‌های مربوط ستیزه‌جوئی، عوامل ژنتیک و سابقه خانوادگی. پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که سروتونین تأثیر آرام‌بخشی بر روی مغز دارد. کاهش تراز سروتونین در مغز موجب بروز افسردگی، رفتار خشونت‌آمیز و ایجاد تصمیمات ناگهانی در افراد می‌شود. بررسی‌های ژنتیک نیز نشان می‌دهد که خودکشی دارای الگوهای خانوادگی است به گونه‌ای که گزارش شده است 11٪. افرادی که در شیکاگو خودکشی کرده‌اند، دارای سابقه ارتکاب در یکی از بستگان درجه اول بوده‌اند.

۲- عوامل روان‌شناختی: معمولاً در مطالعات روانکاوی، روانشناسی و تا حدودی روان‌پزشکی علاقه و تأکید بر این مطلب است که چرا اشخاص خاصی و تحت تأثیر چه مکانیزم‌های درونی اقدام به خودکشی می‌نمایند. از منظر آن‌ها اختلالات ذهنی و ناراحتی‌های روحی - روانی از قبیل اختلالات شخصیتی، خلقی، افسردگی و اضطراب زمینه‌ساز خودکشی می‌باشند. در کل مطالعات آن‌ها بیشتر بر روی رفتارهای فردی متمرکز شده است که بیشتر انگیزه‌ها و دلایل خودکشی را مورد توجه قرار می‌دهند؛ بنابراین چنین مطالعات و پژوهش‌ها غالباً می‌تواند شرایط لازم و نه کافی را برای خودکشی مورد توجه قرار دهند.

۳- عوامل محیطی و اجتماعی: عده‌ای از پژوهشگران به ویژه جامعه‌شناسان و روانشناسان اجتماعی و جرم‌شناسان بیشتر شرایط نامساعد و نامناسب فرهنگی و اجتماعی را مورد توجه قرار می‌دهند. از منظر آنان عوامل محیطی، خانوادگی و اجتماعی از جمله شیوه‌های تربیت، جامعه‌پذیری فقدان یا ضعف ارتباط و پیوندهای اجتماعی و تغییرات عمده در شرایط اقتصادی و پایگاه اجتماعی می‌تواند موجب ناکامی، ناامیدی و سرخوردگی در فرد شده و زمینه‌ساز خودکشی گردد. مشخصات پویایی، فشارها، یگانگی و جذابیت سازمان‌ها و نهادها و گروه‌های اجتماعی و میزان تعلق و همانندسازی فردی در رابطه با گروه‌های اولیه و ثانویه در اجتماع، تعیین کننده گستردگی نوع و انگیزه خودکشی می‌باشد؛ به عبارت دیگر جامعه است که انسان را تشویق یا وادار به

خودکشی، دیگرکشی و یا رفتارهای متعادل می‌نماید و ریشه‌های رفتار خودکشانه عملاً در رفتار متقابل فرد با گروه و جامعه معنی پیدا می‌کند. در واقع هسته اصلی این بحث را مفهوم همبستگی تشکیل می‌دهد. هر اندازه همبستگی اجتماعی سست گردد و از ارتباط و تعلیق فرد به گروه کاسته شود، فرد آمادگی بیشتری برای پایان دادن به حیات خود پیدا می‌کند. از طرف دیگر اگر همبستگی از حد تعادل زیاده‌تر شود، نوعی دیگر از خودکشی را موجب خواهد شد، زیرا فرد در چنین ساختاری خود را گرفتار و بدون اراده می‌بیند. به طور کلی زندگی بدون انسجام و نظم افراد جامعه دستخوش هرج و مرج خواهد شد (شرقی و همکاران، ۱۳۹۹).

دورکیم معتقد است، نظم اجتماعی امکان‌پذیر است و نیروهای جمعی زندگی اجتماعی، انگیزه‌های اصلی فرد را شکل می‌دهند و محدود می‌نمایند. دورکیم معتقد است جامعه به دو طریق افراد را محصور می‌کند: اول آن‌ها را از طریق پیوند با ارزش‌ها و هنجارهای گروه‌های اجتماعی انسجام می‌بخشد؛ دوم اینکه تمایلات و آرزوهای نامحدود وی را با ایجاد اهداف و وسایل ویژه‌ی دستیابی به آن‌ها کنترل می‌کند و منظم می‌نماید. در واقع وی معتقد است که بعضی روندهای آسیب‌شناسانه یا انحرافی در جامعه، همچون خودکشی، برحسب فقدان انسجام و در جامعه تبیین می‌شود (سالارزاده امیری، ۱۳۹۳).

خودکشی آنومیک! خودکشی آنومیک معلول عدم تعادل، دگرگونی ساختاری، وقفه ناگهانی شدید یا تغییرات عمیق و سریع سازمان‌ها و نظام‌های اجتماعی است که خود این عوامل معلول کساد سازمان اقتصادی، از هم پاشیدگی ارزش‌های سنتی، تورم، تغییر حکومت و انقلاب و... است؛ و کنش افراد به وسیله‌ی هنجارهای روشن و قاطع، تکوین می‌یابد. چهار شاخص در بروز این نوع خودکشی مؤثر است: تغییرات سریع اجتماعی، آشفتگی در نظام جمعی و نظم عمومی جامعه، داشتن مشاغل حرفه‌ای و لیبرال، طلاق و در نتیجه‌ی آن اغتشاش در روابط خانوادگی.

¹ Anomic suicide

بنا بر نظریه عدم تعهد، پیر شدن با عدم تعهد متقابل فرد و جامعه همراه است، فرد رفته رفته از مداخله در زندگی اجتماعی بازمی‌ایستد و اجتماع نیز کمتر از پیش انواع مختلف امتیازات را به او عرضه می‌دارد. نخست چنین به نظر می‌رسد که فرآیند عدم تعهد متقابل چه برای فرد و چه برای جامعه، مزایایی دارد، ولی این نظریه پس از چند سال پژوهش تغییر یافت و تنوع سبک زندگی سالمندان را منعکس ساخت. فرمول‌بندی‌های بعدی بیشتر روی تفاوت‌های فردی در سازگاری با پیری تأکید کرد و آن را رفته رفته به مفهوم گرایش کلی به سوی عدم تعهد قرارداد، به بیان دیگر نظریه عدم تعهد، به معنای تغییر در آینده سالمند و قطع ارتباط با افراد و در جامعه گذشته است (شرقی و همکاران، ۱۳۹۹).

نظریه نقش، موقعیت سالمندان را برحسب سازگاری با نقش‌های باارزش اجتماعی (به ویژه نقش کار در مردان) تبیین می‌کند. بازنشستگی و از دست دادن برخی نقش‌های سالمندان، غالباً برای خانواده‌ها نیز مسائل و مشکلات اجتماعی، اقتصادی و روانی ایجاد می‌کند و حتی برای افرادی که وقت آزاد تازه به دست آورده خود را به عنوان یک فرصت تلقی می‌کنند، دوره انتقالی مهمی است. بازنشستگی عملاً همیشه متضمن از دست دادن درآمد است و این امر بسیاری از سالمندان و خانواده‌های آنان را با فقر مواجه می‌سازد. در جامعه‌ای که کار در آن دارای ارزش اساسی است، بازنشستگی اغلب به معنای از دست دادن منزلت تلقی می‌شود و فقدان کارهای جاری که ممکن است زندگی یک فرد را برای مدتی، حدود نیم قرن شکل داده باشد، خلأی ایجاد می‌کند که پر کردن آن بسیار مشکل است. بدیهی است برای زنان خانه دار چیزی به عنوان بازنشستگی وجود ندارد و حضور شوهر در خانه طی روز، ممکن است کار اضافی ایجاد کند. سازگار شدن با این وضعیت جدید مسلماً مستلزم ایجاد تغییراتی است. سازگاری موفقیت‌آمیز با بازنشستگی، با به عهده گرفتن نقش‌های جدید و کیفیت گذران اوقات فراغت وابسته است و بر نیاز برای انعطاف و انطباق با نقش تأکید شده است (کیااحمدی و حسینی، ۱۴۰۰).

در طی فرآیند سالمندی، باوجود برخی تغییرات در ترکیب شبکه اجتماعی، سالمندان همچنان به حفظ اندازه شبکه اجتماعی‌شان علاقه‌مند باقی می‌مانند. سالمندان با آگاهی از نقاط قوت و ضعف موجود در ارتباطشان با دیگر اعضای شبکه، هریک از آنان را برای دریافت یک نوع حمایت (احساسی، ابزاری، ...) انتخاب کرده و از ارتباط با افرادی که به زعم خودشان نمی‌توانند حمایت‌کننده باشند، خودداری می‌کنند.

نظریه تکاملی خانواده

این دیدگاه که توسط اوایلین دووال ارائه شده بر اساس نظریه تکامل انسان شکل گرفته است و مشکلات خانواده‌ها را در ارتباط با والدین پیر و کمک به آن‌ها و بعضی اوقات سایر افراد پیر بررسی می‌کند. بر اساس این نظریه، مراقبت فرزندان از والدین ناتوان ممکن است منجر به فشارهای جسمی، عاطفی و مالی برای افراد در سنین میان‌سالی گردد. همچنین هم‌زمان با افزایش تعداد سالمندان، مسئله وابستگی به افراد دیگر مطرح می‌گردد. بر اساس این نظریه، افراد با سیر کهن‌سالی، علاوه بر خانواده، در سطحی وسیع‌تر باعث ایجاد بار مضاعف بر جامعه می‌شوند که برای رفع نیاز آن‌ها می‌بایست برنامه‌ریزی دقیقی انجام پذیرد. سند ملی ارتقاء سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران در این راستا حمایت‌های ویژه‌ای برای مراقبین سالمندان و اماکن ارائه‌دهنده خدمات پیش‌بینی نموده است (شرقی و همکاران، ۱۳۹۹).

کمالی پور و همکاران (۱۳۹۴) به بررسی نقش تعارض و حمایت خانواده در پیش‌بینی گرایش به خودکشی در دختران ساکن شهر اصفهان پرداختند. روش این پژوهش همبستگی است. نمونه پژوهش شامل ۲۳۹ نفر از دختران ۲۰ تا ۳۰ ساله شهر اصفهان بود و پرسشنامه‌های پژوهش شامل پرسشنامه محیط خانواده و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده و پرسشنامه افکار خودکشی بودند. نتایج ضریب همبستگی نشان داد که تعارض و حمایت خانواده با خودکشی رابطه معناداری دارند. بر اساس این نتایج می‌توان گفت که حمایت و تعارض در خانواده در خودکشی دختران نقش مهمی دارد و با توجه به نقش آن‌ها در پیش‌بینی خودکشی ضروری است در اقدامات پیش‌گیرانه و درمانی مورد توجه قرار گیرد.

حافظ نیا و همکاران (۱۳۹۴) به بررسی نقش شیوه‌های فرزند پروری والدین در پیش‌بینی افکار خودکشی دانش‌آموزان پرداختند. نمونه این مطالعه ۳۲۵ نفر (۱۹۴ دختر و ۱۳۱ پسر) از دانش‌آموزان پایه سوم مقطع متوسطه شهر ارومیه در سال تحصیلی ۹۳ - ۱۳۹۲ می‌باشند که به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها به کمک روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، خی دو، تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که خرده مقیاس‌های سبک مقتدرانه و سبک استبدادی والدین، از

ابعاد مقیاس شیوه‌های فرزند پروری، میزان افکار خودکشی را به ترتیب به صورت معکوس و مستقیم پیش‌بینی کردند.

موحدی و همکاران (۱۳۹۳) به بررسی پیش‌بینی گرایش به خودکشی دانشجویان بر پایه دین‌داری، حمایت اجتماعی، جو خانوادگی و افسردگی پرداختند. روش مورد استفاده در این پژوهش پیمایشی بود که در آن ۱۰۶۷ دانشجوی مشغول به تحصیل دانشگاه علوم پزشکی لرستان به مقیاس افکار خودکشی (اس.آی.اس)، پرسشنامه‌های دین‌داری آرین، حمایت اجتماعی زیمت و فارلی، جو خانواده رادولف موس و پرینس موس و پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش همبستگی و تحلیل رگرسیون انجام شد. یافته‌ها نشان داد سازه‌های دین‌داری، حمایت اجتماعی، جو خانوادگی و افسردگی، توانستند ۵۴ درصد از تغییرات افکار خودکشی دانشجویان را تبیین کنند. جو خانواده بیشترین مقدار رابطه و قدرت پیش‌بینی کنندگی را در مورد افکار خودکشی داشت.

کیانی و همکاران (۱۳۹۲) به بررسی کیفی عوامل خانوادگی دخیل در اقدام خودکشی پرداختند. این پژوهش از نوع توصیفی و در حیطه پژوهش‌های کیفی بوده است و به روش پدیدارشناسی انجام گرفته است. برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه در یک نمونه ۲۰ نفری اقدام کننده خودکشی و خانواده و دوستان آن‌ها بوده است. نتایج نشان داد عامل خانوادگی شامل طلاق واقعی و یا عاطفی خانواده، آزار اذیت روانی و جسمانی از جانب خانواده، سبک فرزند پروری مستبدانه و طرد کننده، فقدان تشویق، تقویت و امیدواری از سوی والدین، اعتیاد والدین، سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی والدین، جلب توجه و محبت والدین، فقدان جهت‌گیری مذهبی، نبود هدف و برنامه‌ریزی برای زندگی به ترتیب اهمیت در خودکشی نمونه مورد بررسی دخیل بوده‌اند.

نا و همکاران^۱ (۲۰۲۲) مدلی را برای پیش‌بینی افکار خودکشی در سالمندان ساکن جامعه با سن بالای ۵۵ سال ایجاد کردند. یک الگوریتم جنگل تصادفی برای کسانی که در پنل رفاه کره شرکت کردند، اعمال شد. آن‌ها در مجموع از ۲۶ متغیر به عنوان پیش‌بینی بالقوه استفاده کردند. برای حل عدم تعادل در مجموعه داده ناشی از فراوانی کم افکار خودکشی، آموزش با استفاده از تکنیک اقلیت ترکیبی بیش‌نمونه‌سازی انجام شد. شاخص عملکرد با اعمال مدل پیش‌بینی در مجموعه آزمون که در فرآیند آموزش لحاظ نشده بود، محاسبه شد. در مجموع

¹ Na et al

۶۴۱۰ سالمند کره ای بالای ۵۵ سال (میانگین، ۷۱،۴۸؛ انحراف معیار، ۹،۵۶) سال در تجزیه و تحلیل قرار گرفتند، که ۲،۷٪ افکار خودکشی داشتند. نتایج نشان داد مهم‌ترین متغیر در مدل پیش‌بینی، شدت افسردگی و پس از آن عوامل رضایت از زندگی و عزت نفس بود.

کیم و کیهیل^۱ (۲۰۲۱) تأثیر افسردگی را بر افکار خودکشی در میان سالمندان در کره جنوبی بررسی کردند. بر اساس یک نظرسنجی از ۲۶۰ سالمند در سئول و استان گیونگگی، افکار خودکشی، افسردگی و حمایت اجتماعی با استفاده از مقیاس بک برای افکار خودکشی، مقیاس افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک، و اندازه‌گیری حمایت اجتماعی در سالمندان مورد ارزیابی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل رگرسیون چندگانه تایید کرد که افسردگی و حمایت اجتماعی به طور معنی داری با افکار خودکشی مرتبط هستند. بر اساس تحلیل مسیر، آن‌ها دریافتند که حمایت اجتماعی رابطه بین افسردگی و افکار خودکشی را واسطه می‌کند.

جانگ و چو^۲ (۲۰۲۰) به بررسی تأثیر افسردگی، اضطراب و حمایت والدین بر افکار خودکشی و تلاش بر اساس جنسیت در نوجوانان کره‌ای پرداختند. نمونه مورد مطالعه شامل ۶۳۱۶ دانش‌آموز راهنمایی و دبیرستان بود. یافته‌ها نشان داد هر چه افسردگی و اضطراب یک گروه خاص (خفیف، متوسط، شدید) شدیدتر باشد، نسبت افکار و اقدام به خودکشی در گروه مبتلا بیشتر است. حمایت کم والدین برای نوجوانان پسر، پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌دار افکار خودکشی همه سطوح افسردگی، اضطراب خفیف و حمایت عاطفی والدین بود، در حالی که یک پیش‌بینی‌کننده معنادار تلاش‌های خودکشی، اضطراب شدید بود. برای نوجوانان دختر، پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌دار افکار خودکشی همه سطوح افسردگی و اضطراب و همچنین حمایت عاطفی و اطلاعاتی والدین بود.

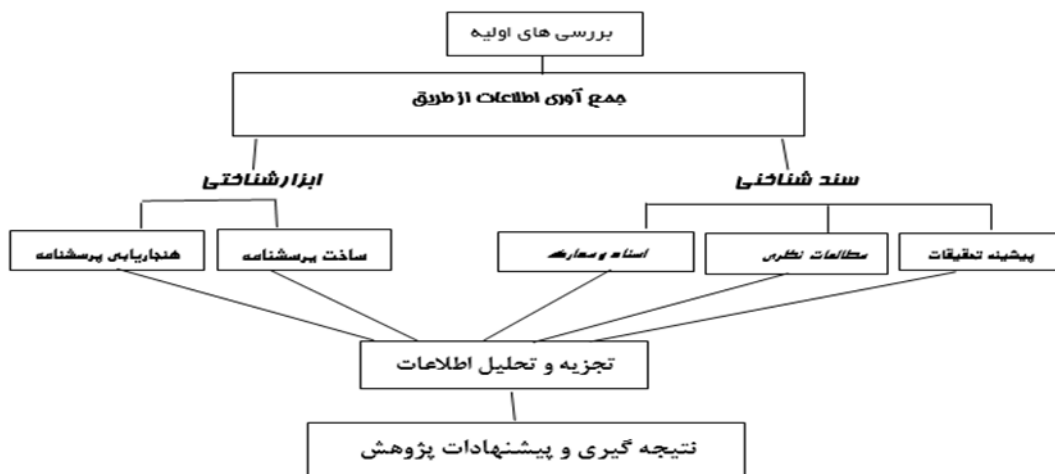
آهوخوش و همکاران (۲۰۱۶) به بررسی رابطه خانوادگی و ایده خودکشی: نقش میانجی اضطراب، ناامیدی و افسردگی در نوجوانان پرداختند. این مطالعه مدلی از افکار خودکشی را با روابط خانوادگی به عنوان پیشاینده و متغیرهای پنهان افسردگی، ناامیدی و اضطراب ایجاد و آزمایش کرده است. در این تحقیق ۱۲۰ نوجوان متوالی اقدام به خودکشی از نظر محیط خانوادگی و احساسات افسردگی، ناامیدی، اضطراب و افکار خودکشی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

¹ KIM & KIHIL

² Chang & Cho

۳-۲- روش تحقیق

هدف اصلی از انجام این پژوهش بررسی نقش حمایت خانواده در پیش‌بینی افکار خودکشی در سالمندان می‌باشد؛ لذا از آنجا که پژوهش حاضر در راستای عمل و نیازهای جوامع و بشریت به انجام می‌رسد؛ به لحاظ هدف کاربردی می‌باشد. همچنین پژوهش حاضر از نظر نوع داده‌ها کمی و بر اساس نحوه گردآوری داده‌ها توصیفی - از نوع همبستگی می‌باشد. فرایند اجرایی این تحقیق به شرح زیر می‌باشد:



نمودار ۳-۱- فرایند اجرایی این تحقیق

۳-۳- جامعه آماری

در مطالعات و پژوهش‌ها دیدگاه و اتفاق نظر ثابت و مشخصی در زمینه سن میان‌سالی وجود ندارد؛ اما اغلب اتفاق نظر این است که می‌توان طیف سنی ۶۰ تا ۸۰ سال را سن سالمندی در نظر گرفت. در این پژوهش جامعه آماری تحقیق مشتمل بر سالمندان (سن ۶۰ تا ۸۰ سال) شهر کرج است.

نمونه آماری

در این پژوهش به منظور نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری گلوله برفی استفاده شده است. برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شده است.

$$n = \frac{\left(Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \times S^2\right)}{d^2}$$

در این محاسبات $Z_{\alpha/2}$ در سطح خطای $\alpha = 5\%$ محاسبه شده و برابر $1/96$ است.

مقدار خطای d را پژوهشگر تعیین می‌کند و به صورت پیش‌فرض $0/05$ در نظر گرفته شده است.

اگر واریانس جامعه در دسترس نباشد مقدار σ بر اساس واریانس داده‌های نمونه اولیه تعیین می‌شود.

حداقل حجم نمونه با واریانس 1 و خطای $0/1$ برابر 384 نفر است که همان حداقل نمونه برای جوامع

نامحدود در فرمول کوکران است؛ بنابراین حجم نمونه آماری تحقیق برابر با 384 نفر برآورد شده است.

ابزار گردآوری داده‌ها

در این پژوهش روش‌های جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها به قرار زیر بوده است:

(۱) بررسی و مطالعات کتابخانه‌ای: به منظور مطالعه ادبیات پژوهش و بهره‌گیری از نتایج مطالعات مرتبط با موضوع پژوهش جهت شناخت ابعاد موضوع، تنگناها، یافته‌ها... در بخش تئوری پژوهش از منابع کتابخانه‌ای شامل کتاب‌ها، مقالات و... استفاده شده است.

(۲) استفاده از پرسشنامه جهت اندازه‌گیری متغیرها

الف) مقیاس حمایت خانواده مری پروسیدانو و کنیت هلر^۱ (مقیاس خانواده)

در این پژوهش به منظور سنجش متغیر حمایت اجتماعی خانواده از پرسشنامه حمایت اجتماعی مری پروسیدانو و کنیت هلر (مقیاس خانواده) استفاده شده است. این پرسشنامه مشتمل بر 20 گویه می‌باشد. براساس نتایج تحقیق استوک و همکاران (۲۰۱۰) این پرسشنامه با ضریب آلفای $0/90$ از هماهنگی درونی فوق العادی برخوردار است. ثنایی و همکاران (۱۳۸۹) روایی و پایایی پرسشنامه را تأیید و ضریب آلفای کرونباخ را $0/91$ گزارش کردند. در تحقیق کریمی و همکاران (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ $0/81$ به دست آمد.

¹ Mary Procidano and Kenneth Heller

ب) مقیاس افکار خودکشی بک و همکاران^۱ (۱۹۸۸)

در این تحقیق جهت سنجش و اندازه‌گیری افکار خودکشی از پرسشنامه بک و همکاران (۱۹۸۸) استفاده شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۱۹ گویه می‌باشد. براساس نتایج تحقیق بک و استر (۱۹۹۱) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ بوده است. همچنین دانیتز (۲۰۰۱) ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۸۹ گزارش کرده است. انیسی و همکاران (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۵ به دست آوردند و روایی صوری پرسشنامه را تأیید کردند. بشرپور و صمدی فرد (۱۳۹۷) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۸۱ برآورد کردند. در تحقیق ملکی گندوز و سرداری (۱۳۹۹) روایی صوری و محتوایی پرسشنامه تأیید و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

در این پژوهش نیز روایی و پایایی پرسشنامه ها و ابزار تحقیق با توجه به داده‌های به دست آمده مورد بررسی قرار گرفته است.

۳-۶- بررسی روایی و پایایی ابزار اندازه‌گیری

۳-۶-۱- روایی پرسشنامه

ازجمله مواردی که در جمع‌آوری داده‌ها باید به آن توجه کرد، روایی ابزارهای گردآوری داده‌ها می‌باشد. منظور از روایی آن است که مقیاس و محتوای ابزار یا سؤالات مندرج در ابزار، دقیقاً متغیرها و موضوع مورد مطالعه را بسنجد یعنی اینکه هم داده‌های گردآوری شده از طریق ابزار مازاد بر نیاز تحقیق نباشد و هم اینکه بخشی از داده‌های موردنیاز در رابطه با سنجش متغیرها در محتوای ابزار حذف نشده باشد و یا به عبارت دیگر، عین واقعیت را به خوبی نشان دهد. در این پژوهش برای تعیین روایی پرسشنامه‌ها از نوع روایی صوری استفاده شده است. روایی صوری پرسشنامه‌ها نیز بر اساس ظاهر گویه‌ها و طراحی آن‌ها، طبق نظر استاد راهنما مورد تأیید قرار گرفته است.

¹ Beck et al

۳-۶-۲- پایایی پرسشنامه

پایایی نشانگر آن است که تا چه اندازه ابزار اندازه‌گیری ویژگی‌های با ثبات آزمودنی و یا ویژگی‌های متغیر و موقتی وی را می‌سنجد. در این پژوهش به منظور سنجش پایایی ابزارهای اندازه‌گیری از روش ضریب آلفای کرونباخ با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شده است. در صورتی پرسشنامه پایایی پرسشنامه مورد تأیید است که ضریب آلفای کرونباخ بزرگ‌تر از مقدار ۰/۷ باشد. گزارش نتایج ضرایب آلفای کرونباخ در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۳-۱- نتایج ضریب آلفای کرونباخ

متغیر	تعداد گویه	ضریب آلفای کرونباخ	نتایج
حمایت خانواده	۲۰ گویه	۰/۹۳۵	تأیید
گرایش به اعتیاد	۴۱ گویه	۰/۸۶۵	تأیید
افکار خودکشی	۱۹ گویه	۰/۹۱۲	تأیید

۳-۷- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 انجام گرفته است. در بخش آمار توصیفی، جداول فراوانی مربوط به اطلاعات جامعه‌شناختی نمونه پژوهش ارائه شده است. در بخش آمار استنباطی برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است. جهت بررسی فرضیه‌های تحقیق از ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

۴-۲- توصیف داده‌ها

۴-۲-۱- آمار توصیفی

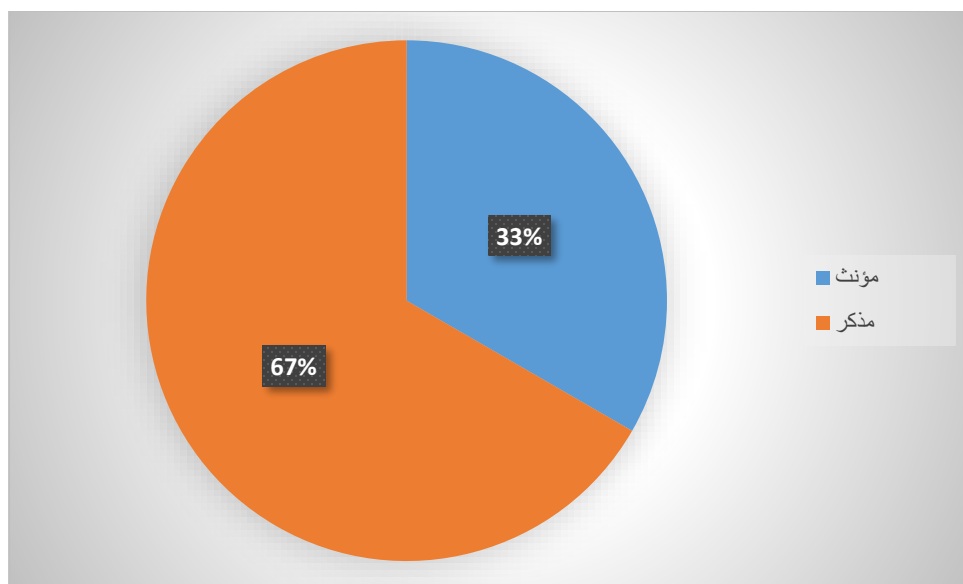
در این پژوهش ۳۸۴ نفر از سالمندان (سن ۶۰ تا ۸۰ سال) شرکت داشتند که ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها شامل وضعیت‌های جنسیت، تحصیلات، تاهل، تعداد فرزندان، اقدام به خودکشی، زندگی با افراد، زندگی با افراد، اختلال روانپزشکی و سابقه مواد مخدر در قالب جدول و نمودار ارائه می‌شود. در جدول (۴-۱) فراوانی و درصد فراوانی و در نمودار (۴-۱) درصد فراوانی سالمندان (سن ۶۰ تا ۸۰ سال) به تفکیک وضعیت جنسیت ارائه شد

- جنسیت پاسخ دهندگان

جدول زیر فراوانی و درصد فراوانی پاسخ‌دهندگان را بر اساس جنسیت نشان می‌دهد. با توجه به نتایج به دست آمده، اغلب سالمندان که به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند (۳۳٪) مؤنث و تنها (۶۷٪) پاسخ دهندگان مذکر بودند.

جدول ۴-۱- توزیع فراوانی برحسب جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد
مؤنث	۱۲۸	۳۳٪
مذکر	۲۵۶	۶۷٪
کل	۳۸۴	۱۰۰٪



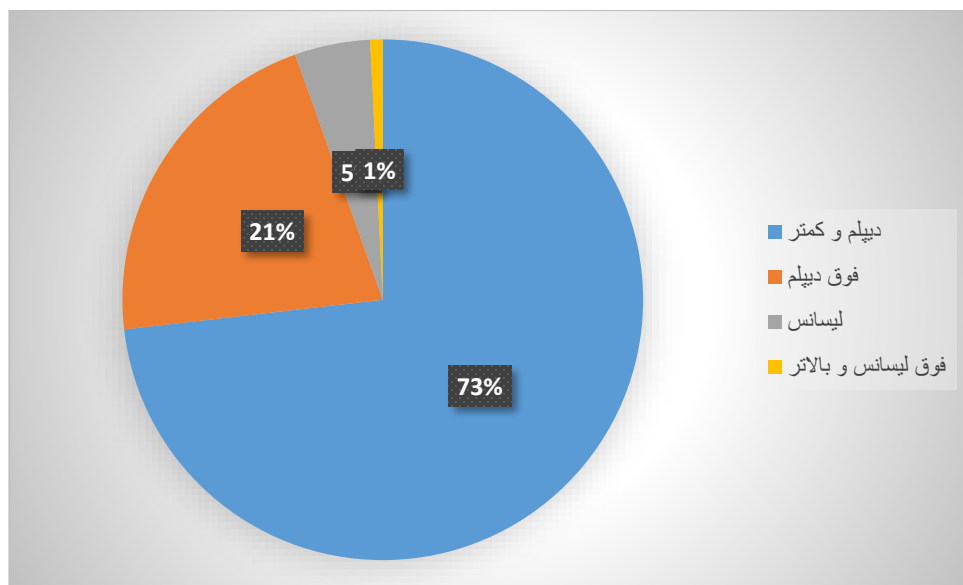
نمودار ۴-۱- توزیع فراوانی بر حسب جنسیت

- تحصیلات پاسخ دهندگان

جدول و نمودار (۴-۲) توزیع فراوانی پاسخ دهندگان براساس سطح تحصیلات را نشان می دهد. با توجه به نتایج به دست آمده سطح تحصیلات بیشتر پاسخ دهندگان (۷۳٪) دیپلم و کمتر و پس از آن (۲۱٪) فوق دیپلم بوده است.

جدول ۴-۲- توزیع فراوانی بر حسب تحصیلات

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد
دیپلم و کمتر	۲۸۱	۷۳٪
فوق دیپلم	۸۲	۲۱٪
لیسانس	۱۸	۴٪
فوق لیسانس و بالاتر	۳	۲٪
کل	۳۸۴	۱۰۰



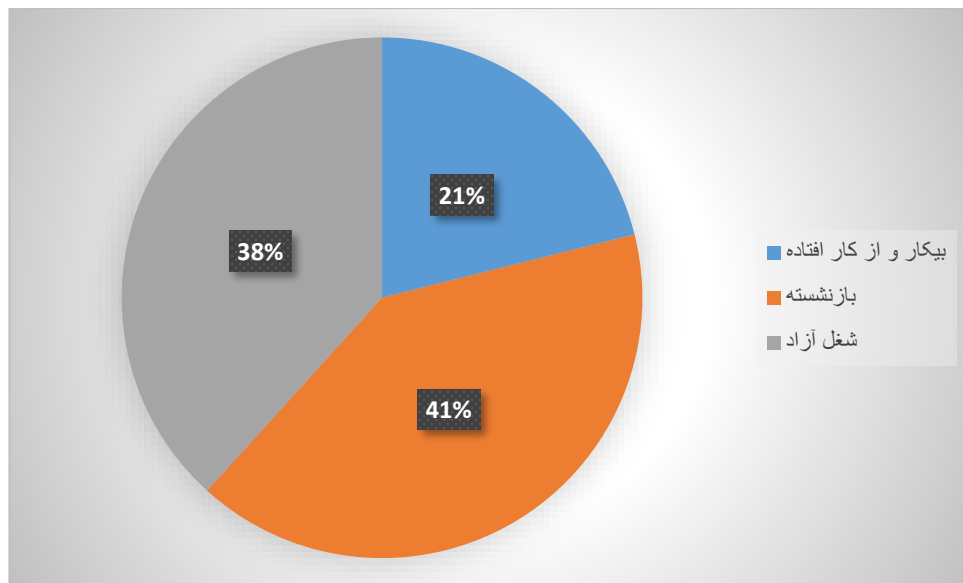
نمودار ۲-۴- نمودار توزیع فراوانی بر حسب تحصیلات

- شغل پاسخ دهندگان

جدول و نمودار (۳-۴) توزیع فراوانی پاسخ دهندگان براساس شغل را نشان می دهد. با توجه به نتایج به دست آمده بیشتر پاسخ دهندگان (۳۸٪) شغل آزاد و پس از آن (۲۱٪) بیکار و از کار افتاده بوده است.

جدول ۳-۴- توزیع فراوانی بر حسب شغل

درصد	فراوانی	شغل
۲۱٪	۸۱	بیکار و از کار افتاده
۴٪	۱۵۶	بازنشسته
۳۸٪	۱۴۷	شغل آزاد
۱۰۰	۳۸۴	کل



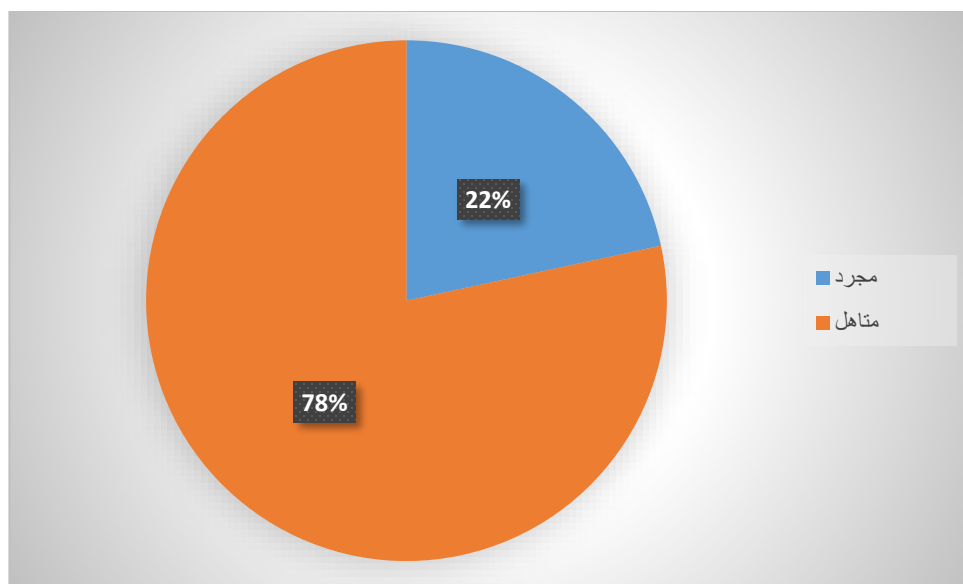
نمودار ۳-۴- نمودار توزیع فراوانی بر حسب شغل

- تاهل پاسخ دهندگان

جدول زیر فراوانی و درصد فراوانی پاسخ دهندگان را بر اساس تاهل نشان می دهد. با توجه به نتایج به دست آمده، اغلب سالمندان که به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند (۲۱٪) مجرد و (۷۹٪) پاسخ دهندگان متاهل بودند.

جدول ۴-۴- توزیع فراوانی بر حسب تاهل

تاهل	فراوانی	درصد
متاهل	۳۰۱	۷۹٪
مجرد	۸۳	۲۱٪
کل	۳۸۴	۱۰۰٪



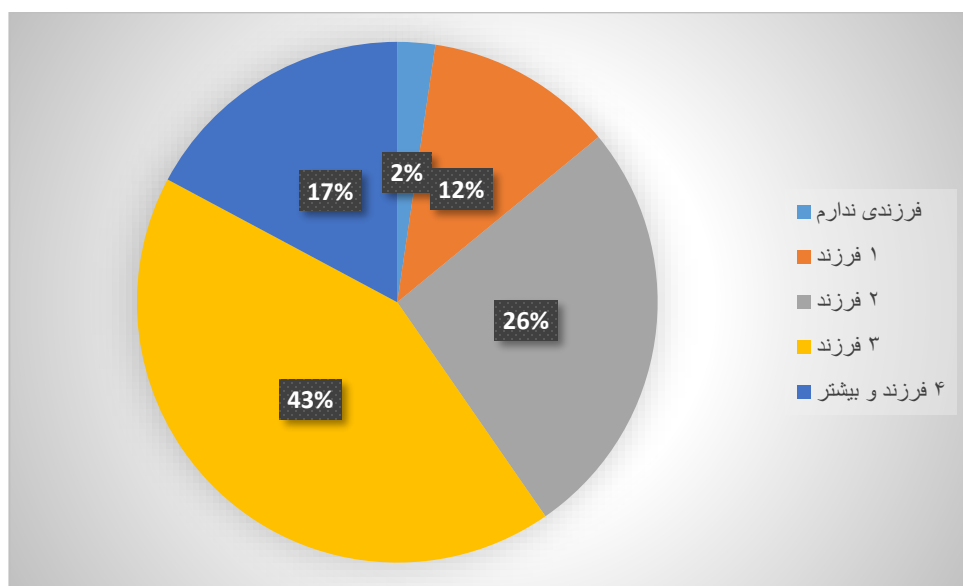
نمودار ۴-۴- توزیع فراوانی برحسب تاهل

- تعداد فرزندان

جدول و نمودار (۴-۵) توزیع فراوانی پاسخ دهندگان براساس تعداد فرزندان را نشان می دهد. با توجه به نتایج به دست آمده ۲ درصد بدون فرزند، ۱۱ درصد دارای یک فرزند، ۲۶ درصد دارای ۲ فرزند، ۴۲ درصد دارای ۳ فرزند و ۱۹ درصد دارای ۴ فرزند و بیشتر می باشند.

جدول ۴-۵- توزیع فراوانی برحسب تعداد فرزندان

تعداد فرزندان	فراوانی	درصد
فرزندی ندارم	۹	۲٪
۱ فرزند	۴۵	۱۱٪
۲ فرزند	۱۰۱	۲۶٪
۳ فرزند	۱۶۳	۴۲٪
۴ فرزند و بیشتر	۶۶	۱۹٪
کل	۳۸۴	۱۰۰



نمودار ۴-۵- نمودار توزیع فراوانی بر حسب تعداد فرزندان

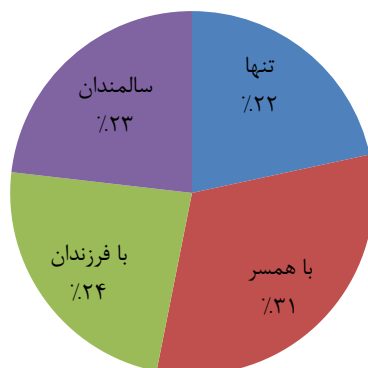
- زندگی با افراد

جدول و نمودار (۴-۶) توزیع فراوانی پاسخ دهندگان براساس زندگی با افراد را نشان می دهد. با توجه به نتایج به دست آمده بیشتر پاسخ دهندگان (۳۲٪) با همسر و پس از آن (۲۴٪) با فرزندان بوده است.

جدول ۴-۶- توزیع فراوانی بر حسب زندگی با افراد

درصد	فراوانی	زندگی با افراد
۲۲٪	۳۵	تنها
۳۲٪	۱۲۱	با همسر
۲۴٪	۳۵	با فرزندان
۲۳٪	۸۹	سالمندان
۱۰۰	۳۸۴	کل

زندگی با افراد



نمودار ۴-۶- نمودار توزیع فراوانی بر حسب زندگی با افراد

آمار استنباطی

آزمون نرمال بودن داده ها

پس از بررسی عادی یا نرمال بودن کشیدگی و یا چولگی توزیع داده‌ها، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده می شود تا از نرمال بودن داده‌ها اطمینان حاصل گردد.

آزمون ضریب همبستگی پیرسون

جدول ۴-۱۱- نتیجه آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن

		گرایش افکار خودکشی سالمندان
حمایت خانواده	ضریب همبستگی اسپیرمن	.577
	سطح معناداری	.000
	تعداد نمونه	۳۸۴

فرضیه پژوهش

۲- حمایت خانواده در پیش‌بینی گرایش افکارخودکشی سالمندان نقش دارد. باتوجه به خروجی ارائه شده در جدول ۴-۱۱ مشاهده می‌شود که سطح معناداری بین حمایت خانواده در پیش‌بینی گرایش به افکار خودکشی سالمندان برابر با ۰۰۰۰ بدست آمده است که از سطح خطای ۰,۰۵ کوچکتر است بنابراین این رابطه معنادار است و فرضیه تایید می‌شود. مقدار آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن بین حمایت خانواده در پیش‌بینی گرایش به افکار خودکشی سالمندان برابر با ۰,۵۷۷ بدست آمده است که نشان دهنده رابطه مثبت بین این دو متغیر می‌باشد یعنی هرچه حمایت خانواده بیشتر باشد آنها بیشتر می‌توانند افکار خودکشی سالمندان را پی‌بند کنند و از آن جلوگیری کنند.

رگرسیون

حمایت خانواده در پیش‌بینی افکارخودکشی سالمندان نقش دارد. نتیجه تحلیل رگرسیون برای فرضیه اصلی در جدول زیر آمده است:

جدول ۴-۱۲- نتیجه تحلیل رگرسیون برای فرضیه اصلی تحقیق

مدل	ضریب تعیین	آماره F	سطح معناداری	آماره t	بتا	سطح اطمینان
	.682	404.060	۰/۰۰	7.105	-	۰/۹۵
گرایش افکارخودکشی سالمندان	-	-	۰/۰۰۰	21.358	-.055	۰/۹۵

با توجه به اینکه سطح معناداری بدست آمده در جدول برابر با ($Sig=۰/۰۰$) بدست آمده است و این مقدار از سطح خطای ۰/۰۵ کوچکتر است؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که رگرسیون معنادار می‌باشد. همچنین با توجه به اینکه ضریب تعیین برابر ۰/۶۸۲ به دست آمده است این نتیجه حاصل می‌شود که افکار خودکشی سالمندان بطور همزمان به میزان ۶۸ درصد توسط حمایت خانواده پیش‌بینی می‌شوند.

حمایت خانواده در پیش‌بینی گرایش افکارخودکشی سالمندان نقش دارد.

جدول ۴-۱۴- خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون برای فرضیه پژوهش

مدل		ضریب تعیین	آماره F	سطح معناداری	آماره t	بتا	سطح اطمینان
گرایش افکار خودکشی سالمندان		.675	787.972	.000 ^a	28.071	.826	۰/۹۵

با توجه به اینکه سطح معناداری بدست آمده در جدول برابر با ($Sig=0/00$) بدست آمده است و این مقدار از سطح خطای ۰/۰۵ کوچکتر است؛ بنابراین نتیجه می گیریم که رگرسیون معنادار می باشد. همچنین با توجه به اینکه ضریب تعیین برابر ۰/۶۷۵ به دست آمده است این نتیجه حاصل می شود که حمایت خانواده به میزان ۶۷ درصد قابلیت پیش بینی گرایش به خودکشی سالمندان را دارد.

بحث و نتیجه گیری

حمایت خانواده در پیش بینی گرایش افکار خودکشی سالمندان نقش دارد.

نتیجه تحلیل ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد بین حمایت خانواده در پیش بینی گرایش به افکار خودکشی سالمندان نقش دارد و نتیجه رگرسیون نشان داد حمایت خانواده می تواند به میزان ۶۷ درصد گرایش به افکار خودکشی سالمندان را پیش بینی کند. نتیجه بدست آمده با نتیجه بدست آمده با نتایج تحقیقات آهوخوش و همکاران (۲۰۱۶)، اسداله و همکاران (۱۳۹۵)، کمالی پور و همکاران (۱۳۹۴)، حافظ نیا و همکاران (۱۳۹۴)، موحدی و همکاران (۱۳۹۳)، کیانی و همکاران (۱۳۹۲)، دایر و همکاران (۲۰۲۲)، جانگ و چو (۲۰۲۰)، کوشولک و همکاران (۲۰۲۰)، تینگ و همکاران (۲۰۱۷) مشابهت دارد.

آهوخوش و همکاران (۲۰۱۶) به بررسی رابطه خانوادگی و ایده خودکشی: نقش میانجی اضطراب، ناامیدی و افسردگی در نوجوانان پرداختند. این مطالعه مدلی از افکار خودکشی را با روابط خانوادگی به عنوان پیشاینده و متغیرهای پنهان افسردگی، ناامیدی و اضطراب ایجاد و آزمایش کرده است. اسداله و همکاران (۱۳۹۵) به بررسی کارکرد خانواده ادراک شده و افکار خودکشی دانشجویان: نقش تعدیل کننده ناامیدی پرداختند. نتایج این تحلیل نشان داد که بین ادراک کلی خانواده و ناامیدی، ادراک کلی خانواده و افکار خودکشی و بین ناامیدی و افکار خودکشی دانشجویان همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. کمالی پور و همکاران (۱۳۹۴) به بررسی نقش تعارض و حمایت خانواده در پیش بینی گرایش به خودکشی در دختران ساکن شهر اصفهان پرداختند. نتایج ضریب همبستگی نشان داد که تعارض و حمایت خانواده با خودکشی رابطه معناداری دارند. بر اساس این نتایج

می‌توان گفت که حمایت و تعارض در خانواده در خودکشی دختران نقش مهمی دارد و با توجه به نقش آن‌ها در پیش‌بینی خودکشی ضروری است در اقدامات پیش‌گیرانه و درمانی مورد توجه قرار گیرد. حافظ نیا و همکاران (۱۳۹۴) به بررسی نقش شیوه‌های فرزند پروری والدین در پیش‌بینی افکار خودکشی دانش‌آموزان پرداختند. نتایج نشان داد که خرده مقیاس‌های سبک مقتدرانه و سبک استبدادی والدین، از ابعاد مقیاس شیوه‌های فرزند پروری، میزان افکار خودکشی را به ترتیب به صورت معکوس و مستقیم پیش‌بینی کردند. کیانی و همکاران (۱۳۹۲) به بررسی کیفی عوامل خانوادگی دخیل در اقدام خودکشی پرداختند. نتایج نشان داد عامل خانوادگی شامل طلاق واقعی و یا عاطفی خانواده، آزار اذیت روانی و جسمانی از جانب خانواده، سبک فرزند پروری مستبدانه و طرد کننده، فقدان تشویق، تقویت و امیدواری از سوی والدین، اعتیاد والدین، سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی والدین، جلب توجه و محبت والدین، فقدان جهت‌گیری مذهبی، نبود هدف و برنامه‌ریزی برای زندگی به ترتیب اهمیت در خودکشی نمونه مورد بررسی دخیل بوده‌اند. جانگ و چو (۲۰۲۰) به بررسی تأثیر افسردگی، اضطراب و حمایت والدین بر افکار خودکشی و تلاش بر اساس جنسیت در نوجوانان کره‌ای پرداختند. یافته‌ها نشان داد هر چه افسردگی و اضطراب یک گروه خاص (خفیف، متوسط، شدید) شدیدتر باشد، نسبت افکار و اقدام به خودکشی در گروه مبتلا بیشتر است. حمایت کم والدین برای نوجوانان پسر، پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌دار افکار خودکشی همه سطوح افسردگی، اضطراب خفیف و حمایت عاطفی والدین بود، در حالی که یک پیش‌بینی‌کننده معنادار تلاش‌های خودکشی، اضطراب شدید بود. برای نوجوانان دختر، پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌دار افکار خودکشی همه سطوح افسردگی و اضطراب و همچنین حمایت عاطفی و اطلاعاتی والدین بود. کوشولک و همکاران (۲۰۲۰) به بررسی افکار خودکشی، افسردگی و ساختار خانواده در دانش‌آموزان ابتدایی پرداختند. نتایج نشان داد بیش از ۵۰ درصد از کودکان مورد بررسی، مقداری افکار خودکشی را گزارش کردند. تجزیه و تحلیل عاملی عوامل افسردگی و افکار خودکشی را نشان داد. زندگی با مادر با سطوح پایین‌تر افسردگی، زندگی با پدر با سطوح پایین‌تر خودکشی مرتبط بود. زندگی با هر دو والدین با سطوح پایین‌تر افسردگی و خودکشی ارتباط دارد؛ بنابراین نقش یک پدر و یک مادر در زندگی کودک، هر دو به عنوان عوامل محافظتی ظاهر می‌شوند که هر یک از آن‌ها تأثیر مشخصی دارند. تینگ و همکاران (۲۰۱۷) به بررسی تعارض بین والدین و افکار خودکشی نوجوانان چینی و تلاش برای خودکشی: نقش میانجی قربان شدن همسالان پرداختند. نتایج نشان داد که پس از کنترل متغیرهای جمعیت شناختی، تعارض بین والدینی به طور مثبت هم افکار خودکشی و هم اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کند. علاوه بر این، قربانی شدن هم‌سالان تا حدی واسطه روابط بین تعارض بین والدینی و افکار خودکشی و اقدام به خودکشی بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت تغییرات دوره سالمندی تأثیر عمیق بر زندگی و بهداشت روانی سالمندان دارد و این دوره بیانگر فرآیندی است که طی آن بیشتر ساختارها و عملکردهای فیزیولوژیکی بدن نظیر دستگاه‌های عصبی مرکزی و محیطی دچار زوال و تغییر فرسایشی میشوند (خدابخش کولایی و هاشمی؛ ۲۰۱۶).

در این میان، رخدادهایی مانند مشاهده مرگ همسر، دوستان یا همسالان، ترک خانواده توسط فرزندان، نزدیکی به زمان مرگ، از دست دادن تواناییهای جسمی و موقعیت اجتماعی و ... باعث میگردند افکار مرتبط با خودکشی و گرایش به آن در این دوره سنی افزایش یابند (میناتی و همکاران؛ ۲۰۱۷).

هر چند خودکشی در همه کشورهای جهان و همه گروههای سنی اتفاق میافتد، لیکن این احتمال در افراد میانسال و سالمند در مقایسه با سایر گروههای سنی بیشتر است (وقی و همکاران؛ ۲۰۱۷) و از مهمترین عوامل ابتا به خودکشی در این سنین وجود افسردگی و افکار خودکشی میباشد (ناصر و همکاران؛ ۲۰۱۶).

بیلینگز و موس^۵ (۱۹۸۴) پنج نوع مقابله اصلی را معرفی کرده است که شامل دو مقابله متمرکز بر حل مسأله و ارزیابی شناختی به عنوان راهبردهای مسأله مدار و سه مقابله متمرکز بر جلب حمایت اجتماعی از دوستان، خانواده و افراد غیرمتخصص، مهار جسمانی و مهار هیجانی که راهبردهای هیجانمدار محسوب میگردند.

یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که حمایت خانواده نقش مؤثری در کاهش افکار خودکشی در سالمندان دارد. در واقع، احساس تعلق، محبت و احترام از سوی اعضای خانواده می‌تواند حس ارزشمندی و هدفمندی را در سالمند تقویت کند و در نتیجه، از بروز افکار خودکشی جلوگیری نماید.

در فرهنگ ایرانی، علی‌رغم کاهش توان جسمی و ذهنی سالمندان، آنان همواره از جایگاه خاصی در خانواده برخوردارند. احترام، مشورت گرفتن از سالمند، حفظ نقش او در تصمیم‌گیری‌های خانوادگی و توجه عاطفی از جمله شاخصه‌های فرهنگی است که موجب احساس عزت و ارزشمندی در سالمند می‌شود. این احترام ریشه در آموزه‌های دینی، تاریخی و اخلاقی جامعه‌ی ایرانی دارد؛ آموزه‌هایی که سالمندان را به‌عنوان

¹ Khodabakhsh Kowlai & Hashemi

² Miniati et al

³ Vaghee et al

⁴ Naseh et al

⁵ Billings & Moos

گنجینه‌ای از تجربه و معنویت می‌نگرند. چنین جایگاهی می‌تواند نقش حفاظتی قوی در برابر احساس پوچی، تنهایی و افکار خودکشی ایفا کند.

نتایج این پژوهش تأکید می‌کند که برنامه‌های حمایت روانی و اجتماعی باید نه تنها بر کمک‌های مادی، بلکه بر احیای روابط عاطفی، گفت‌وگو و احترام بین نسلی تمرکز داشته باشند. در واقع، بازسازی شأن فرهنگی سالمندان در جامعه‌ی امروز ایران می‌تواند یکی از راهبردهای کلیدی در پیشگیری از مشکلات روانی و خودکشی در این قشر باشد.

منابع فارسی

- آقابخشی، حبیب. (۱۳۸۹). اثرات اعتیاد پدر بر کارکردهای خانواده. فصلنامه علوم اجتماعی.
- آل سعدی ثانی، علیرضا. (۱۴۰۰). علل و ابعاد روانشناختی خودکشی نوجوانان. فصلنامه بی-ن الملدا-ی قانون یار.
- ایاسه، علی. احمدی، حبیب. خسروی، رقیه. غفاری نسب، اسفندیار. (۱۴۰۰). واکاوی فرایند خودکشی در نظام معنایی زنان اقدام کننده به خودکشی در شهر کرمانشاه با رویکردی کیفی. دوفصلنامه پژوهش های انتظامی-اجتماعی زنان و خانواده. دوره ۹.
- اسلامی نسب، بجنورد. (۱۳۹۳). بحران خودکشی. تهران. انتشارات نشر فردوس.
- آریانپور، سروش. حسینی نیا، سید رضا. بحرالعلوم، حسن. (۱۳۹۹). ارتباط حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان و خودکارآمدی با میزان مشارکت ورزشکاران جانباز و معلول در فعالیتهای بدنی. نشریه مدیریت ورزشی.
- اقدامی، زهرا. فولادچنگ، محبوبه. (۱۴۰۱). پیش بینی افکار خودکشی بر اساس کنترل روانشناختی والدین: نقش واسطه ای ذهن آگاهی. مجله روانشناسی ۱۰۱. سال بیست و ششم. شماره ۱.
- اکبری، ا سداله. پناغی، لیلی. حبیبی، مجتبی. صادقی، منصوره سادات. (۱۳۹۵). کارکرد خانواده ادراک شده و افکار خودکشی دانش جویان: تعدیل کننده ناامیدی. دوره ۲۲. شماره ۴.
- پورمندی، علی. گرجی، محمدباقر. عباسی، ابراهیم. اشرفی، مجید. (۱۴۰۰). طراحی الگوی کارآفرینی سالمندی با رویکرد نظریه داده بنیاد. نشریه کارآفرینی در کشاورزی. جلد هشتم. شماره ۲.

پروایی. شیوا. (۱۴۰۰). سالمندی، جنسیت و رویکرد تلاقی؛ سالمندی در مطالعات فرهنگی و جنسیت. فصلنامه مطالعات فرهنگی و ارتباطات.

پناغی، لیلی. غلامرضایی، مریم. (۱۳۹۱). خودکشی: ارزیابی و مدیریت. ناشر ناردیس. جهانبخش، اسماعیل و دیگران. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر حمایت های اجتماعی در ارتقاء موقعیت بیماران ام.اس در شهر اصفهان.

حسین شاهی برواتی، حمیدرضا. نقشبندی، سیامک. ارجمند، الهام. (۱۳۹۲). خانواده درمانی. انتشارات ارسباران.

حافظ نیا، محمد و اصغری، شیما و امین پور، حسن و آذری، شفیع، (۱۳۹۴). نقش شیوه های فرزند پروری والدین در پیش بینی افکار خودکشی دانش آموزان، کنفرانس ملی پژوهش های کاربردی در علوم تربیتی و روانشناسی و آسیب های اجتماعی ایران، تهران، نوجوانان شهرستان شهریار. فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی، ۴(۱۳)، ۲۱-۱۲.

حیدری. آرمان. کیهان رسائی پور. (۱۳۹۳). بررسی عوامل اجتماعی و روان شناختی موثر بر گرایش به خودکشی: نمونه موردی زنان ۱۶ تا ۴۰ ساله شهر یاسوج. نشریه بررسی مسائل اجتماعی ایران. درتاج، فریبرز. محمدی اکبر. (۱۳۸۹). مقایسه عملکرد خانواده کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی. ۱۰۸.

شرقی، علی. قنبران، عبدالحمید. صالحی کو سالاری، فرزانه. (۱۳۹۹). مروری بر نظریه های سالمندی و بازتاب آن در ویژگی های معماری منظر اقامتگاه های سالمندان. فصلنامه انسان و محیط زیست. شماره ۵۵. شجاعی، پریا. (۱۳۹۴). نقش حمایت گری اجتماعی خانواده در پذیرش بیماری در بیماران ام اس شهر بندرعباس. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه هرمزگان.

علی آبادی، خدیجه. معدن دار، سیروس. محمد کاظمی، رضا. عباس پور، عباس. میناوند، محمدقلی. (۱۳۹۸). بررسی تأثیر برنامه های تلویزیونی کارآفرینی بر قصد کارآفرینانه با میانجیگری حمایت خانواده. فصلنامه خانواده و پژوهش شماره ۴۴.

غلامعلی زاده، حمزه. قریشی، صدیقه. (۱۳۹۴). بررسی نظریه های سالمندی و چگونگی استفاده از آنها در طراحی فضاهای زیست سالمندان. دومین کنفرانس بین المللی پژوهش در علوم و تکنولوژی. کیا احمدی، عاطفه. حسینی، ابوالفضل. (۱۴۰۰). مطالعه ادراک متخصصان حوزه سالمندی پیرامون پدیده سالمندی: یک پژوهش کیفی. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال ششم. شماره ۲۲.

کیانی، احمد رضا. فاتحی زاده. مریم. قاسمی نظام الدین. (۱۳۹۲). بررسی کیفی عوامل خانوادگی دخیل در اقدام به خودکشی. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱۱ (۴): ۲۵۱-۲۴۵.

میرعابدینی، سید حسین. (۱۳۹۹). رابطه حمایت خانواده با اضطراب مرگ و سلامت روان سالمندان. پایان نامه کارشناسی ارشد. مؤسسه آموزش عالی غیردولتی ادیب مازندران.

موحدی، یزدان. موحدی، معصومه. هاشمی، تورج. ماشینچی عباسی، نعیمه. بازگیر، زهره. (۱۳۹۲). پیش بینی گرایش به خودکشی دانشجویان بر پایه دینداری، حمایت اجتماعی، جو خانوادگی و افسردگی. نشریه: فرهنگ در دانشگاه اسلامی. دوره ۳. شماره ۱.

وحید دستجردی، لیلا. نیلفروشان، پریسا. (۱۳۹۴). امید شغلی: نقش عوامل شخصی، اجتماعی و حمایت خانواده. پژوهش نامه روانشناسی مثبت.

منابع لاتین

Andriessen, K., et al. (2019). Suicidal ideation in older adults: Psychological and social factors. *Aging & Mental Health* .

Wang, Y., et al. (2019). Family support and suicidal ideation among the elderly *International Journal of Geriatric Psychiatry* .

Cloninger, C. R., & Beck, A. T. (1988). Beck Scale for Suicidal Ideation. *Psychological Assessment*.

WHO (2019). Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. World Health Organization