

همایش علمی-پژوهشی مطالعات علمی علوم انسانی در جهان اسلام

نهاد برگزار کننده همایش: موسسه قانون یار

((با همکاری و حمایت معنوی دانشگاه فرهنگیان، آموزش و پرورش، بنیاد شهید و امور ایثارگران، سازمان ارشاد اسلامی، سازمان شهرداری (استان کرمانشاه) مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (استان تهران) و ...))
سردبیر علمی و مسئول برگزاری همایش: دکتر بهنام اسدی (نماینده مقالات در ۸ پایگاه ملی و بین المللی)
تاریخ برگزاری همایش: ۱۱ اسفند ۱۴۰۱ شماره مقاله: ۱۲/۵۵۲۲ رده بندی کنگره: ب ۲۱/۶۵۱۰

بررسی سطح بهداشت روانی و گرایش به خودکشی

در دختران دبیرستان شهرستان سنقر

اعظم اعتمادی

چکیده

خودکشی بالاترین درجه اعتراض و انقلاب است، در واقع شخص علیه هستی و بودنش اعتراض می کند. روان شناسان معتقدند که خودکشی در حقیقت یک روش کاهش درد و نگرانی است و اگر اطرافیان خطر را احساس کنند و به موقع اقدام کنند، می توان با کاهش این درد، جلوی خودکشی را گرفت، همچنین افرادی که خودکشی می کنند اغلب به انواع اختلالات و بیماری های روانی مبتلا هستند. اختلالات شخصیتی چون اسکیزوئید و شخصیت مرزی و انبوهی از فشارهای روانی، اضطراب شدید را تحمل می کنند و با پرخاشگری و بدبینی گاه با بیماری های ناعلاج جسمی درگیرند و چون با دیگران رابطه مناسب و خوب برقرار نمی کنند اکثرا گوشه گیر و منزوی می شوند. پژوهش حاضر درصدد بررسی میزان همبستگی بین سطح بهداشت روانی و گرایش به خودکشی دختران دبیرستانی شهرستان سنقر می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر دبیرستان های این شهرستان و نمونه انتخابی شامل ۳۰ نفر است که بصورت تصادفی ساده از بین دانش آموزان دبیرستان ها انتخاب گردید. جهت بررسی میزان بهداشت روانی از پرسشنامه SCL-90-R و در مقیاس گرایش به خودکشی از پرسشنامه انگاره پردازی خودکشی (ماخ) استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل آماری در سطح معنی داری ۰.۹۵/، اطمینان و با آلفای ($p < 0.05$) فرضیه اصلی پژوهش را مبنی بر وجود همبستگی معنی دار بین میزان بهداشت روانی و گرایش به خودکشی دختران دبیرستانی این شهرستان را تایید نمود و فرضیه های مربوط به شکایت جسمانی و وسواس به اجبار از مقیاس های نه گانه SCL-90-R نیز در سطح معنی داری فوق تایید شدند.

واژگان کلیدی: بهداشت روانی، وسواس به اجبار، گرایش به خودکشی، دانش آموزان

مقدمه

خودکشی یکی از معضلات اجتماعی است که امروزه با توجه به پیچیده تر شدن تعاملات و ارتباطات در بیشتر جوامع رو به افزایش است، آمارها نشان گر آن است که نابسامانی های اجتماعی، ناملایمات زندگی و عدم توانایی مقابله با مشکلات از جمله دلایلی است که به ویژه مردان را در معرض بسیاری از آسیب های روانی و میل به خودکشی قرار می دهد. همچنین خودکشی یکی از معضلات جدی رو به رشد جوانان در ایران است. هرروز از گوشه و کنار این سرزمین پهناور خبرهایی مبنی برخودسوزی در زنان، حلق آویز در مردان، سقوط از برج و بلندی و ... منتشر می شود. دختری بر اثر تجاوز، مردی بر اثر نداشتن مایحتاج زندگی، پسری در اثر شکست در تحصیل و قبول نشدن در دانشگاه، دختری در اثر آلوده شدن به ایدز و دختر و پسری در اثر اختلافات خانوادگی و ... خودکشی می کنند. علل خودکشی را می توان از نظر گاه اجتماعی مانند فقر، بیکاری، طلاق، فقدان حمایت خانوادگی، عشق های ناسرانجام و همچنین علل روان شناسی مانند پوچی، ناامیدی، احساس شکست، افسردگی، اعتیاد، بیماریهای روانی و جسمی مانند ایدز، سرطان و هپاتیت بررسی کرد (کاپلان، سادوک، ترجمه پورافکار، ۱۳۷۳). خودکشی ناشی از یک برخورد اجتماعی عمیق است، گرچه هدف خودکشی منحصرنا نبودن فرد است لیکن همچنین عمل تجاوز کارانه ای است علیه افراد دیگر. برخی صاحب نظران معتقدند که اقدام به خودکشی دارای اهدافی همانند میل به انتقام جویی، احساسات توام با ناامیدی، خیال پردازی های پیوستن به هم و یکی شدن مجدد (خودکشی در سالگردهای فوت نزدیکان) و

میل به مردن کشتن است و می توان از چهار مفهوم در مورد خودکشانه نام برد: گریزند، هنگامی که خودکشی به عنوان فرار از موقعیتی تحمل ناشدنی، تلقی شود. پرخاشجو، هنگامی که شخص متحر، قصد آزار یا جلب توجه دیگران را دارد. ایثارگرانه، خودکشی معطوف به برخی عقاید سیاسی یا اخلاقی است. مضحک، هنگامی که فرد خودکش با زندگی و مرگ به قمار بپردازد (قیصری، ۱۳۸۷). مین جر روانشناس، میل به مرگ را نزد فرد خودکش آرامشی می داند که در اثر تنش های جامعه محدودیت های اجتماعی و اخلاق که توانسته است مانع از رها شدن انرژی پرخاشگری و جنسی فرد شود و در نهایت فشار داخلی پدید می آورد به آن دست پیدا کرده است (رئیس دانا، ۱۳۸۰). دورکیم انواع خودکشی را شامل چهار نوع خودکشی خودخواهانه که خاص جوامع و اجتماعی است که دارای فلسفه و سنت فردگرایی، استقلال طلبی افراد و خودکفایی می باشد و به دو نوع مالیخولیایی و اپیکوری تقسیم می شود. خودکشی دگرخواهانه که بیشتر در جوامع ابتدایی و به صورت یک وظیفه اجتماعی تجلی پیدا می کند. نوع سوم خودکشی آنومیک است که معلول عدم تعادل، دگرگونی ساختاری، وقفه، ناگهانی شدید یا تغییرات عمیق و سریع سازمان ها و نظام های اجتماعی است. نوع آخر نوعی عکس العمل به بازبینی، کنترل و تنظیم اجتماعی جامعه است. زمانی که جامعه به حد مفرط و شدیدی دست به ایجاد نظامی دستوری می زند و فرد به شدت تحت انقیاد و تقلید اجتماعی قرار دارد و هرچیزی تجدید شده، کنترل شده، منظم، خشک و بی روح است در این مواقع حق گزینش از افراد سلب شده و فرد تحت شرایط اجباری، نمی تواند اهداف و راه های رسیدن به آن ها را فراهم

کند و سرانجام به قضا و قدر تن دهد (دورکیم، ۱۳۷۸). از سوی دیگر بهداشت روان چیزی فراتر از فقدان یا نبود بیماری است. بهداشت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی هاش را باز می شناسد و قادر است با استرس های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و به عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد. بهداشت روان به همه ما مربوط است نه فقط کسانی که از بیماری رنج می برند. بهداشت روانی را از نقطه نظرهای مختلفی و با در نظر گرفتن مسائل فرهنگی، اعتقادی و امثال آن می توان بررسی کرد. بهداشت روان با عملکرد فردی، اجتماعی و به تبع آن آسیب های روانی - اجتماعی مرتبط است و اهمیت آن باعث تدوین و اجرای برنامه های متعدد بهداشت روانی در سه بعد پیشگیری، درمان و توان بخشی می شود، این سه بعد این سه بعد تمام اهداف و فعالیت های بهداشت روانی را در بر می گیرند. گوستا و یونگ، سلامت روان را فرآیندی می دانند که موجب یکپارچگی شخصیت انسان می شود، فردیت یافتن یا تحقق خود از دیدگاه او فرآیندی طبیعی است. این کیفیت در واقع چنان نیرومند است که یونگ آن را معادل غریزه می داند. در انسان فردیت یافته هیچ یک از ابعاد شخصیت مسلط نیست. نه خود آگاه و نه ناخود آگاه، نه یک کنش یا گرایش و امثال آن همه آن ها به توازنی هماهنگ رسیده اند (فراهانی، کرمی نوری، ۱۳۸۰). آموزش مهارت های زندگی با ارتقا بهداشت روانی و آمادگی رفتاری، فرد را به رفتاری سالم و اجتماعی مجهز می کند آمادگی رفتاری به سه عامل توانایی های روانی اجتماعی فرد، احساس کفایت و کارآمدی فرد و قصد و تمایل فرد به اجرای مهارت ها بستگی دارد. افراد دارای سلامت روان دارای

چند ویژگی، پذیرش خود و دوست داشتن خود، برقراری روابط با دیگران، مقابله با نیازهای زندگی و بروز مناسب هیجان‌ها می‌باشند (وایت، ۲۰۰۱). یکی از نظریه‌های روان‌شناسی مربوط به خودکشی نظریه زیستی می‌باشد که بر اساس خصوصیات زیستی و جسمی افراد که معمولاً ارثی است و در رفتارهای آنان ارتباط و نزدیکی وجود دارد بیان می‌شود. باتوجه به رابطه ساخت بدن با شخصیت انسان افراد به گروه‌های آندومروف: که از نظر جسمی چاق و از نظر روانی، اجتماعی، آرام و خوشگذران هستند. و تیپ مزومروف که از نظر ویژگی‌های رفتاری پرخاش جو، فعال، نامختلط، ماجراجو، بی تفاوت نسبت به دیگران و پر سر و صدا هستند، و تیپ اکتومروف که از نظر جسمی لاغر و از نظر خصوصیات روانی، خوددار، گوشه گیر، تحریک پذیر، عصبی و حساس هستند تقسیم می‌شوند. افرادی که از نوع اکتومروف هستند بیشتر از تیپ‌های دیگر در معرض آسیب‌های روانی از جمله خودکشی قرار می‌گیرند (مصطفوی، ۱۳۸۸). فرد همواره ممکن است از وجود درد‌ها و امراض مشخص در وجود خویش رنج برده و از کارکردهای نامناسب مداوم و بیمارگونه در اعضای بدنش گلایه داشته باشد که نوعی شکایت جسمانی است (دراگویتس، ۱۹۷۳). یکی دیگر از اختلالات شخصیتی مرتبط با خودکشی وسواس جبری می‌باشد این وسواس به حدی است که اگر میز کار فردی کمی جا به جا شود، او می‌تواند کارش را انجام دهد تا کار به جایی می‌رسد که دل‌کندن از لوازم و لباس‌های کهنه و قدیمی نیز برای او سخت است، این قبیل افراد به دلیل کمال‌طلبی افراطی و حساسیت زیادی که نشان می‌دهند، هم خود و هم اطرافیان‌شان را می‌آزارند و متوجه این



رفتارشان نمی شوند، گرچه بسیاری از این خصوصیات با شدت و ضعف در میان بسیاری از ما دیده می شود نباید نام آن را بیماری یا اختلال گذاشت اما زمانی که این ویژگی از حد و مرز خارج شود و بر روابط سالم و سازنده فرد تاثیر بگذارد نه تنها سلامت جسم و روح و روح او را به خطر می اندازد، بلکه باعث بر هم زدن امنیت و سلامت خانواده و اجتماع می شود و حتی کار به جایی می رساند که بنیان خانواده را بر هم می ریزد (رمضانی، ۱۳۸۸). وسواس اجبار یک اختلال اضطرابی است که در آن، ذهن فرد از افکار مهار نشدنی و پایدار لبریز شده و فرد را مجبور به تکرار اعمال مشخصی می کند که سبب درماندگی و اخلاص در کارکرد روزانه اش می شود (قریشی، ۱۳۸۳). پژوهش های مختلفی در داخل و خارج در مورد خودکشی انجام شده که به عنوان مثال: شاکری، ایدیزاده، و یوسف زاده (۱۳۸۰) در پژوهشی با عنوان بررسی انگیزه های خودکشی در استان کرمانشاه انجام شدن نتایج پژوهش حاکی از شایع ترین سن خودکشی بین سال های ۲۵-۱۵ سالگی و اکثراً مجرد و زن بودند و شایع ترین انگیزه خودکشی بیماری روانی، که نوع شایع آن افسردگی بود. کارل ارنست، ناگوایب مکاوار، گوستا و ترکی در سال (۲۰۱۰) پژوهشی با عنوان عصب شناسی زیستی و خودکشی انجام داده اند که هدف ارتباط بین تغییرات در مغز و رفتار خودکشی گرایانه بود، پژوهشگران در این پژوهش دستگاههای عمده مغز (یعنی متابولیسم گلوتامات و عملکرد آستروسیتی را که دلالت بر خودکشی افراد دارند را بررسی کردند چیزی که احتمال رفت این بود که تغییرات در مناطقی از انتقال دهنده های

دوپایمینی ممکن است در اختلالات خلقی دخیل بوده و منجر به خودکشی شود. همچنین این مطالعه در مورد دگرگونی ژنتیکی در بروز خودکشی حمایت می‌کرد.

بررسی مسئله خودکشی نه به جهت فردی و خانوادگی بلکه به جهت جمعی و اجتماعی نیز بسیار حائز اهمیت است زیرا با فنا شدن یک جوان نه تنها خانواده اش آسیب روانی خواهد یافت بلکه این امر به بهای از دست رفتن یک نیروی انسانی تازه نفس خواهد شد که اگر صحیح تربیت می‌شد و در مسیر درست قرار می‌گرفت به نوبه خود می‌توانست به مراتب بالای انسانی، علمی و فنی دست یافته، کشورش را در جهت آبادانی هر چه بیشتر یاری رساند. حال که او از بین رفته باید جلوی این فاجعه را گرفت. با توجه به مطالب گفته شده و نقش مثبت سلامت روان در چگونگی تفکر، احساس و عملکرد ما در مواجهه با موقعیت های زندگی و احتمال کاهش گرایش به خودکشی و عوامل موثر بر آن ضرورت مطالعه آن را ایجاب می‌کند.

فرضیه های پژوهش

فرضیه کلی: بین سطح بهداشت روانی و میزان گرایش به خودکشی دختران دبیرستانی سنقر همبستگی منفی معنی دار وجود دارد.

فرضیه های فرعی از مقیاس نه گانه SCL-90-R

۱- بین شکایت جسمانی و میزان گرایش به خودکشی دختران دبیرستانی همبستگی معنی دار وجود دارد.

۲- بین وسواس به اجبار و میزان گرایش به خودکشی دختران دبیرستانی همبستگی مثبت معنی دار وجود دارد.

روش پژوهش

در پژوهش حاضر جامعه آماری شامل کلیه دختران دبیرستان های شهرستان سنقر که شمال ۱۲۰۰ نفر بودند که به صورت روش تصادفی ساده ۳۰ نمونه انتخاب گردید.

ابزار پژوهش

تست SCL-۹۰R بهداشت روانی: توسط دراگوستین و همکاران (۱۹۸۴) تهیه شده این فهرست شامل ۹۰ سوال است که دارای پنج درجه (هیچ، کمی، تا حدی، زیاد، خیلی زیاد) است این آزمون ۹ اختلال Ag.Ps, Pa, Ph, An, DP, Is, So, oc را می سنجد. روایی و پایایی این پرسشنامه در داخل و خارج انجام شده است. یار احمدی (۱۳۷۶) ضرایب روایی ملاکی هم زمان را بین ۰.۲۷ تا ۰.۵۶ گزارش کرده است و رضاپور (۱۳۷۶) ضرایب روایی این آزمون را از پژوهش خود بین ۰.۳۸ تا ۰.۶۶ و ضریب روایی کلی آزمون را با (MMPI) به میزان $r = ۰.۷۲$ گزارش نموده است. همچنین در تحقیق نانانی (۱۹۷۰) ضرایب پایایی همه ابعاد این آزمون با استفاده از روش باز آزمایی بین ۰.۷۸ تا ۰.۹۰ گزارش شده است.

مقیاس انگاره پردازی خودکشی (ماخ): این مقیاس در سال ۱۹۷۹ توسط بک و همکاران طراحی شد آزمون گر پرسشنامه ای در اختیار دارد که حاوی ۱۹ پرسش است،

هر پرسش دارای سه گزینه است که به ترتیب نمره صفر، یک و دو به آن ها تعلق می گیرد. در مجموع نمرات از صفر تا ۳۸ در نوسان خواهد بود، در واقع پرسشنامه راهنمای مصاحبه ای خواهد بود که آزمون گر انجام می دهد او مطالب مطرح شده در پرسشنامه را طی یک مصاحبه هدفمند و نیمه ساختاری از آزمودنی سوال می کند و بر اساس نحوه همکاری و توانایی کلامی بیمار گزینه ها را بر می گزیند. کار ترجمه، انطباق و مطالعات مقدماتی بر روی مآخ در مرکز مطالعات شناخت و رفتار بیمارستان روزبه انجام گرفته است. مطالعات تایید کننده روایی محتوا و اعتبار نسبی نسخه فارسی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی رحیمی، مهدی (۱۳۷۹) مقایسه فرآیند های شناختی در بیماران افسرده دارای افکار خودکشی و بیماران افسرده فاقد افکار خودکشی انجام گرفته است.

یافته های پژوهش

یافته های توصیفی: ابتدا جدول توزیع فراوانی مقیاس ها به صورت جداگانه حاوی اطلاعات چون میانه، میانگین، مد، انحراف استاندارد و... در قسمت شاخصه، کوچکترین و بزرگترین اعداد و تعداد سطر و ستون ها جداول در جدول توزیع فراوانی ارائه می شود سپس توصیف آماری متغیرها و آوردن نمودارهای هر مقیاس بصورت مجزا می باشد.

۱-بهداشت روانی و خودکشی

	بهداشت روانی	خودکشی
N valid	۳۰	۳۰
Missing	۸	۸
Mean	۱.۶۱۴۳	۳۰.۸۰۰۰
Std.Error of Mean	.۲۵۳۴۳	۱.۷۵۱۴۵
Median	۱.۰۵۰۰	۳۴.۵۰۰۰
Mode	.۱۰	۳۸.۰۰
Std.Deviation	۱.۳۸۸۰۷	۹.۵۹۳۱۰
Variance	۱.۹۲۷	۹۲.۰۲۸
Skewness	.۲۰۹	-۱.۶۵۹
Std.Error of skewness	.۴۲۷	.۴۲۷
Kurtosis	-۱.۷۸۴	۲.۱۸۰
Std.Error of kurtosis	.۸۳۳	.۸۳۳
Range	۳.۴۰	۳۶.۰۰
Minimum	.۱۰	۲.۰۰
Maximum	۳.۵۰	۳۸.۰۰
sum	۴۸.۴۳	۹۲۴.۰۰

جدول شماره ۱-میانگین نمرات

همانطور که از جدول بالا مشاهده می شود میانگین نمرات کسب شده دختران دانش آموز در مقیاس بهداشت روانی ۱/۶۱۴۳ و در مقیاس خودکشی ۳۰/۸۰۰۰ و انحراف استاندارد آن ها به ترتیب ۱/۳۸۸۰۷ و ۹/۵۹۳۱۰ می باشد.

	Frequency	percent	Valid percent	Cumulative percent
.۱۰	۷	۱۸.۴	۲۳.۳	۲۳.۳
.۲۳	۱	۲.۶	۳.۳	۲۶.۷
.۲۵	۱	۲.۶	۳.۳	۳۰.۰
.۳۵	۱	۲.۶	۳.۳	۳۳.۳
.۵۰	۱	۲.۶	۳.۳	۳۶.۷
.۷۰	۲	۵.۳	۶.۷	۴۳.۳
.۹۰	۱	۲.۶	۳.۳	۴۶.۷
۱.۰۰	۱	۲.۶	۳.۳	۵۰.۰
۱.۱۰	۱	۲.۶	۳.۳	۵۳.۳
۲.۰۰	۲	۵.۳	۶.۷	۶۰.۰
۲.۵۰	۱	۲.۶	۳.۳	۶۳.۳
۳.۰۰	۶	۱۵.۸	۲۰.۰	۸۳.۳
۳.۵۰	۵	۱۳.۲	۱۶.۷	۱۰۰.۰
Total	۳۰	۷۸.۹	۱۰۰.۰	
Missing system	۸	۲۱.۱		
total	۳۸	۱۰۰.۰		

	Frequency	percent	Valid percent	Cumulative percent
۲۰۰	۱	۲.۶	۳.۳	۳.۳
۱۰۰۰	۱	۲.۶	۳.۳	۶.۷
۱۲۰۰	۱	۲.۶	۳.۳	۱۰.۰
۱۵۰۰	۱	۲.۶	۳.۳	۱۳.۳
۲۲۰۰	۱	۲.۶	۳.۳	۱۶.۷
۲۶۰۰	۱	۲.۶	۳.۳	۲۰.۰
۲۸۰۰	۲	۵.۳	۶.۷	۲۶.۷
۳۰۰۰	۳	۷.۹	۱۰.۰	۳۶.۷
۳۲۰۰	۳	۷.۹	۱۰.۰	۴۶.۷
۳۴۰۰	۱	۲.۶	۳.۳	۵۰.۰
۳۵۰۰	۲	۵.۳	۶.۷	۵۶.۷
۳۶۰۰	۱	۲.۶	۳.۳	۶۰.۰
۳۷۰۰	۱	۲.۶	۳.۳	۶۳.۳
۳۸۰۰	۱۱	۲۸.۹	۳۶.۷	۱۰۰.۰
Total	۳۰	۷۸.۹	۱۰۰.۰	
Missing system	۸	۲۱.۱		
total	۳۸	۱۰۰.۰		

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی، درصد فراوانی و فراوانی تجمعی بهداشت روانی

تحلیل آماری: در این بخش چون هر دو متغیر کمی بوده و مقیاس فاصله ای نسبی بوده اذا مناسب ترین روش آماری برای متغیرهای این پژوهش روش آماری ضریب همبستگی پیرسون تشخیص داده شد که در جدول اطلاعاتی چون میزان همبستگی، مقدار Sig، مجموع مجذورات و کواریانس گنجانده شده است.

رد و تایید فرضیات:

فرضیه کلی: بین بهداشت روانی و گرایش به خودکشی رابطه معنی دار آماری وجود دارد.

	بهداشت-روانی	خودکشی
Pearson correlation	۱	-.۳۵۳
بهداشت-روانی		.۰۵۵
Sig.(۲-tailed	۳۰	۳۰
N		
Pearson correlation	-.۳۵۳	۱
خودکشی	.۰۵۵	
Sig.(۲-tailed	۳۰	۳۰
N		

جدول شماره ۸: جدول همبستگی میزان بهداشت روانی و گرایش به خودکشی

ضریب همبستگی بدست آمده از فرمول بالا ۰/۳۵۳ و ضریب همبستگی جدول ۰/۳۶۱ می باشد. بنابراین ضریب همبستگی فرمول از ضریب همبستگی جدول کوچکتر می باشد. نیز

سطح معنی داری جدول بالا با سطح معنی داری آلفای ۰/۵. برابر می باشد و درجه آزادی برابر با ۲۸ می باشد. بنابراین فرضیه فوق در سطح معنی داری ۰/۹۵. اطمینان و آلفای ۰/۵ ($P <$) تایید نمی شود. یعنی بین بهداشت روانی و گرایش به خودکشی همبستگی مثبت وجود ندارد.

فرضیه اول: بین شکایت جسمانی و گرایش به خودکشی رابطه مثبت معنی دار آماری وجود دارد.

	خودکشی	شکایت جسمانی
Pearson correlation	۱	۰/۶۳۲
خودکشی		۰/۰۰۰
Sig.(۲-tailed		
Sum of squares and	۲۶۶۸/۸۰۰	۱۲۰/۳۵۸
Cross-products		
Covariance	۹۲/۰۲۸	۴/۱۵۰
N	۳۰	۳۰
Pearson correlation	۰/۶۳۲	۱
شکایت جسمانی	۰/۰۰۰	
Sig.(۲-tailed		
Sum of squares and	۱۲۰/۳۵۸	۱۳/۶۰۴
Cross-products		
Covariance	۴/۱۵۰	۰/۴۶۹
N	۳۰	۳۰

جدول شماره ۹: جدول همبستگی میزان شکایت جسمانی و گرایش به خودکشی

ضریب همبستگی به دست آمده از فرمول بالا ۰/۶۳۲ و ضریب همبستگی جدول ۰/۳۶۱ می باشد بنابراین ضریب همبستگی فرمول از ضریب همبستگی جدول بالاتر است نیز سطح معنی داری جدول بالا ۰/۰۵ است که از ۰/۵ کوچکتر است همچنین درجه آزادی برابر با ۲۸ می باشد. بنابراین فرضیه فوق در سطح معنی داری ۹۵ درصد اطمینان و آلفای ($P < 0.05$) تایید می شود. یعنی بین شکایت جسمانی و گرایش به خودکشی رابطه مثبت وجود دارد.

فرضیه دوم: بین وسواس به اجبار و گرایش به خودکشی رابطه مثبت معنی دار آماری وجود دارد.

	خودکشی	وسواس
Pearson correlation	۱	۰/۶۱۴
خودکشی		۰/۰۰۰
Sig. (۲-tailed)		
Sum of squares and	۲۶۶۸۸۰۰	۱۳۱۸۱۶
Cross-products		
	۹۲۰۲۸	۴۰۵۴۵
Covariance	۳۰	۳۰
N		
Pearson correlation	۰/۶۱۴	۱
وسواس	۰/۰۰۰	
Sig. (۲-tailed)		
Sum of squares and	۱۳۱۸۱۶	۱۷۰۲۸۳

Cross-products		
	۴.۵۴۵	۰.۵۹۶
Covariance	۳۰	۳۰
N		

جدول شماره ۱۰- جدول همبستگی میزان وسواس اجبار و گرایش به خودکشی

ضریب همبستگی به دست آمده در فرمول بالا ۰/۶۱۴۴/ و ضریب همبستگی جدول ۰/۳۶۱/ می باشد. بنابراین ضریب همبستگی فرمول از ضریب همبستگی جدول بالاتر است. نیز سطح معنی داری جدول بالا ۰/۰۰۰/ است که ۰/۰۵/ کوچکتر می باشد همچنین درجه آزادی برابر با ۲۸ است. بنابراین فرضیه فوق در سطح معنی داری ۰/۰۵/ و آلفای (P < ۰/۰۵) تایید می شود. یعنی بین وسواس اجبار و گرایش به خودکشی رابطه مثبت وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه های پژوهش حاضر بر اساس تحلیل داده های مساله مطرح شده در این پژوهش این بود که بین بهداشت روانی و گرایش به خودکشی رابطه منفی معنی دار آماری وجود دارد. نتایج حاصل از تحلیل همبستگی بین نمرات حاصل از پرسشنامه خودکشی و میانگین نمرات مقیاس های شکایت جسمانی و وسواس به اجبار که جز مقیاس های نه گانه آزمون بهداشت روانی SCL-90-R بود نشان داد که این مقیاس ها بجز مقیاس کلی بهداشت روانی در سطح ۰/۰۵/ در سطح معنی داری ۰/۰۵/ تایید شدند. در مجموع میتوان نتیجه گرفت که عوامل زیادی می تواند در گرایش به خودکشی موثر باشند این عوامل را می توان به صورت عوامل درونی و بیرونی تقسیم کرد. عوامل درونی بیشتر مربوط به شخصیت،

مشکلات روانی یا اختلالات و بیماری های روانی، عواطف و احساسات شخص می باشد و عوامل بیرونی هم که مربوط به ناملایمات و ناسازگارهای محیط و اجتماع و خانواده (سخت گیری ها و نامهربانی های والدین) می باشد. در رابطه با دسته اول می توان گفت که مطالعه روحیه و طرز تفکر کسانی که اقدام به خودکشی می کنند نشان می دهد که اغلب آن ها آدم های بد بینی هستند که زندگی برایشان، کابوسی جهنمی است. اقدام به خودکشی ناشی از یک باور غیر منطقی است که خیال می کنند حالشان از آن چه هست بهتر نمی شود، مطمئن هستند که آینده دردناکی در انتظارشان است که به استناد هزار و یک دلیل بدبینی شان را توجیه می کنند، احساس غیر واقع بینانه ناامیدی یکی از دلایل اصلی ظهور میل به خودکشی است، احساس می کنند که ناراحتی شان پایدار و تحمل ناپذیر است و جز خودکشی راه نجاتی ندارند. انگیزه خودکشی در دسته های ناموسی، اختلافات خانوادگی، تحصیل و ازدواج، شکست و ناامیدی، فقر و تنگدستی، اختلال حواس، بر ملا شدن حقایق و اسرار، ترس از مراجعت به خانواده به خصوص در زنان بعد از ازدواج، استرس ها و فشار های لحظه ای، روحی و روانی، تنهایی، عشق و تمایلات شدید عاطفی و اعتیاد به مواد مخدر، مواد توهم زا و الکل تقسیم بندی می شود. در رابطه با دسته دوم می توان گفت که شامل: ناهنجاری های خانوادگی در اثر طلاق، سخت گیری های بیش از حد والدین به فرزندان و خصوصا دختران (به علت داشتن دیدگاه های سنتی)، فقر خانواده و تامین نشدن مایحتاج خانواده، مشکلات تحصیلی و شغلی، ایجاد پوچی فرزندان که در نتیجه تضاد بین خانواده و محیطی است که در آن زندگی می کنند (گیلدر و

همکاران، خبرنامه گذر ۱۳۷۶، ۱۳۸۱). روان شناسان معتقدند که خودکشی در حقیقت یک روش کاهش درد و نگرانی است، اگر اطرافیان خطر را احساس کنند و به موقع اقدام کنند می توان با کاهش این درد جلوی خودکشی را گرفت.

هر پژوهشگری در رابطه با هر پژوهشی با محدودیت هایی مواجه می شود از محدودیت های این پژوهش می توان به استفاده از طرح پژوهشی همبستگی که امکان استنباط روابط علت و معلولی را فراهم نمی کند، عدم صداقت و صراحت برخی از آزمودنی ها در پاسخ گویی به سوالات آزمون و همچنین زیاد بودن تعداد سوالات که باعث عدم تمایل به ادامه آزمون می شد نام برد.

پیشنهاد ها: پیشنهاد می شود پژوهشگران بعدی این پژوهش را در سطح گسترده تر و در سطح کل کشور انجام دهند، مقیاس های بعدی نه گانه در رابطه با خودکشی را مورد بررسی قرار دهند، از طرح های پژوهش پیشرفته تری جهت بررسی این موضوع استفاده شود و در نهایت پژوهشگران بعدی ارتباط اختلالات روانی را با گرایش به خودکشی را بررسی نمایند.

منابع و مآخذ

- ۱- دورکیم، امیل (۱۳۷۸)، ترجمه نادرسلار زاده امیری، خودکشی، چاپ پنجم، تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
- ۲- رئیس دانا، فربرز (۱۳۸۰)، بررسی هایی در آسیب شناسی ایران، تهران، انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- ۳- رضائی، زهره، (۱۳۸۸)، اختلالات شخصیتی و خودکشی، سال اول، انتشارات مهر.
- ۴- فراهانی، محمد تقی، کرمی نوری رضا، (۱۳۸۰)، روان شناسی، چاپ اول، تهران، ناشر شرکت چاپ و نشر کتاب های درسی ایران.
- ۵- کارل ارنست، ناگوایت مکاوا، کوست و ترکی، (۲۰۰۹)، عصب شناسی زیستی خودکشی، دانشگاه مگیل، مونترال استان کبک در کانادا.
- ۶- شاکری، ایدی زاده، یوسف زاده (۱۳۸۰)، بررسی پدیده خودکشی در استان کرمانشاه.
- ۷- قیصری، سودابه (۱۳۸۷)، جامعه شناسی خودکشی، چاپ دوم، تهران.
- ۸- کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین، (۱۳۷۳)، ترجمه نصرت الله پور افکاری، خلاصه روان شناسی پزشکی، چاپ دوم، تهران، انتشارات آزاده.

۹- گیلدر، ام؛ گات، د؛ مایو، آو؛ کوون، آو. (۱۳۷۶). درسنامه پزشکی آکسفورد، ترجمه پور افکاری، نصرت الله، تبریز: معاونت پژوهشی دانشگاه تبریز.

۱۰- قریشی، ابوالفضل، (۱۳۸۳)، ارزیابی علایم و سواس و اجبار در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دوره ۱۲، شماره ۴۸، صفحه ۳۷ تا صفحه ۴۱.

۱۱- Deragotis KR, Lipman RS, Covi L (۱۹۷۳). SCL- ۹۰-AR outpatients psychiatric rating scale preliminary report. *Psycho pharma Bull*; ۱۲- ۲۷. ۱۱- Dobovar s. Old age [MA. tousi, trans]. Tehran: Sabzvar Pub; ۱۹۷۲.

۱۲- White, J. (۲۰۰۱). Mental health concepts and skill online." Salem-Keizer Public Schools.

**موسسه علمی و حقوقی قانون یار
برگزار می کند**

 وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی کرمانشاه
 جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش
 دانشگاه فرهنگیان
 جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش
 پژوهشگاه فرهنگ، اندیشه و ادب

پنجمین همایش علمی-پژوهشی

مطالعات علمی علوم انسانی در جهان اسلام

ارگان ها و سازمان های حامی معنوی برگزاری همایش (در استان کرمانشاه)
دانشگاه فرهنگیان - سازمان ارشاد اسلامی - آموزش و پرورش - بنیاد شهید، سازمان شهرداری و

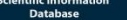
www.Olomensani.ir
www.Ghanonyar.ir

محورهای پذیرش مقالات

تمام گرایش های رشته فقه، حقوق و علوم قضایی ■ علوم تربیتی، تکنولوژی آموزشی و آموزش و پرورش ■
 روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم دینی و مذهبی ■ علوم اقتصادی، بانکی و تمام گرایش های مدیریت ■

مکان و زمان برگزاری همایش کرمانشاه - ۱۴۰۱/۱۲/۱۱
دبیر علمی و مسئول همایش دکتر بهنام اسدی
مدیر اجرایی همایش دکتر شهلا رضایی

ایمیل رسمی همایش جهت دریافت مقالات پژوهشگران OLOMENSANI@YAHOO.COM
ارسال مقاله از طریق واتس آپ، ایتا، سروش، تلگرام، روبیکا به شماره ۰۹۱۰۰۶۳۶۰۰۲
 دبیرخانه مرکزی موسسه قانون یار: تهران، میدان انقلاب، خیابان اردیبهشت، موسسه قانون یار ۵۲۶-۰۲۱۶۶۹۷۹۵۱۹
 (در صورت طرح سوال درخصوص ارسال مقاله یا جذب در هیات علمی همایش با خانم دکتر قبادی تماس بگیرید. ۰۹۱۹۶۷۴۸۶۲۵)

 CiteFactor
Academic Scientific Journals
 MENDELEY
 جهاد
دانشگاهی
 DRJI
Directory of Research Journals Indexing
 CONF PAPER
 Academia.edu
California-San Francisco
 PBIN.com
Sponsored And Indexed
 Scientific Information Database
 ICI WORLD of JOURNALS
 CIVILICA
We Respect the Science