

بررسی رابطه ساده و تعدیل گر ناامیدی و عملکرد خانواده با افکار خودکشی گرا در بین دانش آموزان پایه اول دبیرستان های شهر اهواز

خالد اصلانی^۱، عباس امان الهی^۲، پری ولدمومن^۳، منوچهر تقی پور^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۵/۶

چکیده

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی بین ناامیدی و افکار خودکشی گرا با نقش تعدیل گر عملکرد خانواده در بین دانش آموزان دختر و پسر ناحیه‌ی یک و سه، شهر اهواز انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش آموزان پایه اول دبیرستان شهر اهواز بود که از میان ۱۸۱ دانش آموز دختر و ۱۷۹ دانش آموز پسر با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و سه مقیاس ناامیدی (BHS)، عملکرد خانواده (FAD) و افکار خودکشی گرا (SIS) را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین ناامیدی و عملکرد خانواده و عملکرد خانواده و افکار خودکشی گرا رابطه‌ی منفی و معناداری به لحاظ آماری در هر دو گروه وجود دارد، علاوه بر این بین ناامیدی و افکار خودکشی گرا رابطه‌ی مثبت و معناداری در هر دو گروه دختر و پسر وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که در میان دختران عملکرد خانواده تعدیل کننده رابطه‌ی میان ناامیدی و افکار خودکشی گرا نمی‌باشد، ولی در میان پسران عملکرد خانواده تعدیل کننده رابطه‌ی ناامیدی و افکار خودکشی گرا می‌باشد؛ بنابراین می‌توان گفت که میان ناامیدی به عنوان یکی از نشانه‌های اصلی افسردگی و افکار خودکشی گرا که به دنبال آن می‌آید رابطه‌ی بسیار قوی وجود دارد. **واژگان کلیدی:** ناامیدی، افکار خودکشی گرا، عملکرد خانواده.

۱- استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز. نویسنده مسئول: kh.aslani@scu.ac.ir

۲- استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز.

۳- دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز.

۴- مربی و عضو هیئت علمی گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز.

مقدمه

خودکشی به عنوان سومین عامل اخلاقی در آمریکا و دومین دلیل مرگ در سایر کشورها یکی از مشکلات عمده سلامت می‌باشد (سلمان، ادریس، حسن آریفولا و بدشاه، ۲۰۱۴). رفتارهای خودکشی گرایانه رفتارهای پیچیده‌ای و تلاشی غیرمنطقی برای پایان دادن به زندگی هستند (خان، ۲۰۱۱). بسیاری از نوجوانان در مقابله با دشواری‌ها و بحران دوره‌ی نوجوانی دست به رفتارهایی می‌زنند که سلامت حال و آینده‌ی آنان را مورد تهدید قرار می‌دهد. مصرف مواد، خشونت و رفتارهای جنسی نایمن، عامل بسیاری از موارد مرگ و میر در سنین نوجوانی و اوایل بزرگسالی می‌باشد (لیندبرگ، بوگست و ویلیامز^۱، ۲۰۰۱). موارد تهدید کننده سلامت جوانان و نوجوانان عبارتند از: قتل، خودکشی، تصادفات و ایدز که تقریباً همه آن‌ها زیربنای رفتاری داشته و لذا قابل پیشگیری و کنترل می‌باشند (آذر، پائول، بریندیز و اروین^۲، ۲۰۰۳). در سال‌های اخیر، خودکشی‌گرایی^۳ در نوجوانان، به میزان هشداردهنده‌ای بالا رفته و تقریباً به حد یک همه‌گیری رسیده است (سادوک و سادوک^۴، ۲۰۰۰). خودکشی هشتمین دلیل مرگ در کل افراد و دومین دلیل مرگ در نوجوانان ۱۹-۱۵ ساله می‌باشد (روزنبرگ^۵، ۱۹۹۹). خودکشی طیف‌های خاصی دارد، از افکار خودکشی که شایع‌ترین آنان است آغاز و به اقدام به خودکشی و تمایل به مرگ ناشی از خودکشی که هدف نهایی است، منتهی می‌گردد (هینسیک و کمپل^۶، ۱۹۷۰؛ دانر^۷، ۱۹۹۴).

همواره باید به این موضوع توجه داشت که بروز مشکلات در دوره‌ی نوجوانی با نوع رفتار والدین، تربیت آن‌ها، نوع مراقبت، ایجاد امنیت و... نیز در ارتباط است. خانواده به عنوان اولین

1 -Lindberg, Boggest, &Williams

2 -Ozer, Paul, Brindis, & Irwin

3 - suicidal

4 - Sadock, & Sadock

5 -Rosenberg

6 -Kampel

7 -Dunner

و مهم‌ترین کانون رشد و تربیت نوجوانان، اهمیت فوق‌العاده‌ای در شکل‌گیری و تکامل رفتاری دارد. مطالعات بسیاری نشان داده است نوجوانانی که تجربه‌های کودکی خود را در محیط‌های نامساعد خانوادگی کسب کرده‌اند، دگرگونی‌های رفتاری و نابهنجاری‌های اجتماعی را در دوران رشد بعدی خود نشان داده‌اند (شعاری‌نژاد، ۱۳۷۷). منظور از عملکرد خانواده، نقش‌ها و وظایف خانواده در قبال اعضای خود می‌باشد (ثنایی، ۱۳۷۹). بین عملکرد خانواده و سلامت روانی نوجوانان رابطه معناداری مشاهده شده است (حسینیان و خدابخشی کولانی، ۱۳۸۲). تعارض با والدین به طور مستقیمی با خودکشی‌گرایی نوجوان رابطه داشته و تعارض و مشکلات حل نشده خانوادگی از معمول‌ترین اتفاقات پراسترس گزارش شده‌ای است که قبل از اقدام به خودکشی و خودکشی‌های موفق در نوجوانان وجود داشته‌اند (برمان و شوارتز، ۱۹۹۰؛ اسپریتو، برون، اورهالسر و فریتز، ۱۹۸۹؛ به نقل از ولز و هیلبورن، ۲۰۱۲). نتایج تحقیقات همچنین نشان داده است که نگرانی‌های والدین نیز در پیش‌بینی افکار خودکشی نوجوان نقش مهمی دارد (تامپلین و گوودیِر، ۲۰۰۱). همچنین پژوهش ضرغام بروجنی، یزدانی و یزدان نیک (۱۳۸۰) در بین ۳۲۳ نوجوان ۱۷-۱۳ نشان داد که شیوع افسردگی بالینی در بین نوجوانان ۴۳/۴ درصد و افکار خودکشی ۵۸/۳ درصد بوده است. همچنین نتایج نشان داد که بیشترین شیوع افکار خودکشی در بین نوجوانانی گزارش شده است که والدین خود را سخت‌گیرانه ارزیابی کرده بودند و کمترین میزان شیوع افکار خودکشی در بین نوجوانانی بود که والدین خود را دموکرات‌منش ارزیابی کرده بودند، همچنین مشاهده شد که با عاطفی‌تر شدن روابط و کاهش کنترل در روابط والد-فرزند میانگین نمره افسردگی و افکار خودکشی در بین نوجوانان کاهش می‌یابد.

1- Berman & Schwartz

2- Spirito, Brown, Overholser, & Fritz

3- Tamplin, & Goodyer

با توجه به اینکه افسردگی^۱ در نوجوانان و جوانان یکی از محدود اختلال‌های روانی است که عدم کنترل آن می‌تواند به مرگ (خودکشی) منجر شود (هوپ، ۲۰۰۹). بعضی از متخصصان اعتقاد ندارند که درد افسردگی به تنهایی عامل تسریع کننده‌ی خودکشی در نوجوانان باشد، بلکه احساس درماندگی و در نتیجه احساس ناامیدی است که بیشترین تأثیر را بر خودکشی نوجوانان دارد (کید^۲، ۲۰۰۴؛ به نقل از جوریج^۳، ۲۰۰۸). اگرچه خودکشی گاهی در نبود افسردگی روی می‌دهد و تمامی افراد افسرده اقدام به خودکشی نمی‌کنند، اختلال افسردگی به عنوان بزرگ‌ترین عامل تهدیدکننده در اقدام به خودکشی به شمار می‌رود (حناسب‌زاده، یزدان دوست، نژادفرید و غرابی، ۱۳۹۰). طبق نظر بک^۴، ناامیدی یک خصوصیت افسردگی است و در واقع اتصالی بین افسردگی و خودکشی می‌باشد. بسیاری از بیماران خودکشی را وسیله‌ای برای مبارزه با افسردگی تحمل‌ناپذیر و احساس ناامیدی می‌دانند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). بک از ناامیدی به عنوان علامت هسته‌ای افسردگی یاد نموده و یادآور می‌شود که این ناامیدی هم فلج‌کننده اراده است و هم باعث تحمل‌ناپذیر شدن و میل به گریز از یک موقعیت می‌گردد. ناامیدی عبارت است از این انتظار که اتفاقات مطلوبی اتفاق نخواهد افتاد و پیامدهای بسیار ناراحت‌کننده‌ای رخ خواهد داد و اینکه این موقعیت را هم نمی‌توان تغییر داد که خود به تنهایی می‌تواند دلیلی برای علائم افسردگی باشد (بروین^۵، ۱۹۸۸؛ ترجمه محمود علیلو، بخشی پور رودسری و صبوری مقدم، ۱۳۷۶). در پژوهشی دیگر آرنوفسکی^۶ (۱۹۷۷، به نقل از رینینگر، ایونز، گریفین، ساندرسون، وینسنت و ولیوس^۷، ۲۰۰۵) اظهار داشته است که احساس افسردگی، تنهایی و انزوا اغلب با رفتارهای پرخطر رابطه مستقیم

1 - depression

2 - Kidd

3 - Jurich

4 - Beck

5 - Bervin

6 - Arenofsky

7- Reininger, Evans, Griffin, Sanderson, Vincent, Valois,

دارد. مجموعه اطلاعات و پژوهش‌های موجود حاکی از آن است که عوامل شناختی همچون منفی‌گرایی و ناامیدی به همراه دیدگاهی بدبینانه درباره آینده باور به نقص و ناکارآمدی خود و انزوای اجتماعی می‌توانند آسیب‌پذیری فرد را در برابر افسردگی و خودکشی افزایش دهند (آبرامسون، ۱۹۸۹).

افراد خودکشی‌کننده، احساس می‌کنند که گرفتاری‌های اخیرشان غیر قابل تحمل است و اعتقاد دارند که امیدی به تغییر آن نیست؛ بنابراین منفی‌گرایی و ناامیدی درباره آینده به همراه دیدگاهی بدبینانه درباره‌ی خود، دنیا و دیگران عامل مهمی است که موجب اقدام به خودکشی فردی می‌شود که دارای اختلال افسردگی است و پیامد این شیوه اندیشیدن، خودکشی به‌عنوان تنها راه حل به ذهن آن‌ها خطور می‌کند (رینیکه، دیویوس و شولتز^۱، ۲۰۰۱). خودکشی نوجوانان در بسیاری از جوامع رو به افزایش است و فراوان‌ترین علت مرگ جوانان بوده و اغلب فریادی برای کمک می‌باشد (فولادی، ۱۳۸۱). جدیدترین آمار سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که فراوانی خودکشی ۱۱/۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است و بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۱۵-۲۹ است (وارنیک^۲، ۲۰۱۲). اگر چه خوشبختانه خودکشی موفق هنوز نسبتاً ناشایع است اما افکار خودکشی، کوشش برای خودکشی و سایر رفتارهای مخاطره‌آمیز در نوجوانان دنیا شایع است. افرادی که دارای افکار خودکشی هستند، در معرض خطر بالایی برای اقدام به خودکشی می‌باشند (پیرکیس، بارگس و دانت^۳، ۲۰۰۰؛ کو، گالو و تین^۴، ۲۰۰۱). خزایی و پرویزی فرد (۱۳۸۰) در پژوهشی دریافته‌اند بالاترین میزان اقدام به خودکشی در هر دو جنس در سنین ۱۷-۲۶ سال بوده است و ۸۰/۴ درصد افراد اختلالات روان‌پزشکی داشتند. شایع‌ترین این اختلالات شامل اختلال افسردگی عمده و اختلال انطباق با تابلوی افسردگی بود. همچنین آن‌ها دریافته‌اند که به نظر می‌رسد وجود اختلالات روانی و یا سابقه‌ی آن‌ها شاخص

1 -Reinecke, & Dubios, & Shultz

2 -Varnik

3 -pirkis, Burgess, & Dunt

4 -Kuo, Gallo, & Tien

خطر با همبستگی مثبت برای خودکشی باشند و افراد اقدام کننده به خودکشی نسبتاً جوان هستند. لای کوک و شک^۱ (۲۰۱۰) در پژوهشی که با هدف بررسی ناامیدی، عملکرد خانواده و افکار خودکشی گرا در میان ۵۵۵۷ نوجوان چینی انجام دادند، دریافتند که در حالی که ناامیدی ارتباط مثبتی با افکار خودکشی نوجوانان دارد، ادراک عملکرد خانواده ارتباط منفی با افکار خودکشی نوجوانان دارد. خواه در شرایط هماهنگی و خواه در شرایط تعارض، نگرانی و کنترل والدین بیشتر پیش‌بینی کننده‌ی افکار خودکشی هستند تا ارتباط و تقابل والدین. در ادامه نتایج نشان داده است که عملکرد خانواده، تعدیل کننده ارتباط بین ناامیدی و افکار خودکشی نوجوانان بوده است. پژوهش پارک، یانگ کو و شپ^۲ (۲۰۰۵) نشان داد که رضایت از زندگی، افسردگی و ارتباطات خانوادگی قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های افکار خودکشی در بین دختران بوده است. همچنین نتایج نشان داد که دختران نوجوان بیشتر در معرض خطر خودکشی قرار داشتند تا پسران. اشکانی، ده بزرگی و امامقلی (۱۳۸۱) در پژوهشی که بر روی ۱۶۰ بیمار بستری با هدف بررسی همه‌گیر شناسی خودکشی در مراجعان به بخش اتفاقات روان‌پزشکی انجام دادند، دریافتند که بیشترین علت خودکشی احساس ناامیدی و بیشترین وسیله‌ی خودکشی داروها بود. شایع‌ترین اختلال روانی در گروه مورد مطالعه افسردگی بود. همچنین خواجه موگهی، بهروزیان و قنواتی (۱۳۸۸) در تحقیقی نشان دادند که ناامیدی و جنسیت مرد عوامل مهمی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی می‌باشند. لذا با توجه به موارد ذکر شده و اهمیت بعد خانواده در اقدام به خودکشی، پژوهش حاضر در پی بررسی این سؤال است که آیا رابطه ساده و تعدیل‌گری بین ناامیدی و عملکرد خانواده با افکار خودکشی گرا در بین دانش‌آموزان پایه اول دبیرستان‌های شهر اهواز وجود دارد.

1 - Lai Kwok, & Shek

2 -Park, Young Koo, Schepp

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و رگرسیون تعدیل‌گر است. جامعه آماری این پژوهش کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر و دختر کلاس اول دبیرستان دو ناحیه‌ی شهر اهواز بودند که در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۱ مشغول به تحصیل بودند. نمونه شامل ۱۷۹ نفر از دانش‌آموزان پسر و ۱۸۱ نفر از دانش‌آموزان دختر مشغول به تحصیل در دو ناحیه شهرستان اهواز بود که به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و به آن‌ها پرسش‌نامه داده شد. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا از بین نواحی چهارگانه آموزش و پرورش اهواز دو ناحیه و از هر ناحیه پنج مدرسه پسرانه و پنج مدرسه دخترانه انتخاب و از هر مدرسه دو کلاس انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

۱- **مقیاس ناامیدی بک^۱ (BHS):** این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۸ توسط بک ساخته شده است و مجدداً در سال ۱۹۹۳ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این پرسشنامه یک مقیاس خود گزارشی مشتمل بر بیست جمله است که میزان منفی‌گرایی و بدبینی پاسخ‌دهندگان را درباره‌ی آینده می‌سنجد. اعتبار و پایایی این آزمون در مطالعات مختلف به‌ویژه در زمینه‌ی گرایش‌های خودکشی مورد مطالعه قرار گرفته است و همبستگی‌های مختلفی از ۰/۳۶ تا ۰/۷۶ با مقیاس افسردگی بک و ۰/۵۶ با مقیاس بالینی ناامیدی، نشان داده است. این مقیاس توانایی بالایی در اندازه‌گیری ساختارهای ناامیدی و توقعات منفی دارد (بک، ۱۹۸۵، به نقل از رحیمی درآبادی، ۱۳۷۸). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی مقیاس فوق از روش آلفای کرونباخ استفاده شده. ضریب آلفای کرونباخ در این پرسشنامه برای دانش‌آموزان دختر ۰/۷۶ و برای دانش‌آموزان پسر ۰/۶۴ می‌باشد؛ و برای روایی این پرسشنامه از یک سؤال کلی استفاده شده که ضریب همبستگی برای دخترها ۰/۵۵- و برای پسرها ۰/۴۴- می‌باشد.

1 - Beck helplessness scale

۲- **مقیاس افکار خودکشی گرا^۱ (SIS):** این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است که توسط رود^۲ (۱۹۸۹) برای اندازه گیری شدت افکار خودکشی گرایبی فرد در چند هفته اخیر تدوین شده است. این پرسش نامه ۱۰ ماده دارد که آزمودنی ها از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه یا اکثر اوقات) آن ها را درجه بندی می کنند. رود (۱۹۸۹) این مقیاس را روی ۲۱۵ نفر از دانشجویان اجرا کرد و نشان داد که این پرسشنامه از ثبات درونی بالایی (آلفای کرونباخ ۰/۹۰) برخوردار است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که روایی ملاکی این مقیاس با استفاده از مقیاس های افسردگی و ناامیدی همبستگی معناداری دارد و نمرات کسانی که اقدام به خودکشی کرده اند نسبت به دیگر افراد بالاتر بوده است. همچنین در پژوهش دیگری (رود، ۱۹۸۹) آلفای کرونباخ این مقیاس در ۷۳۷ نفر دانشجو ۰/۸۶ بود (به نقل از یاموکوزکی^۳، ۲۰۰۶)؛ که در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی مقیاس فوق ضریب آلفای کرونباخ در این پرسشنامه برای پسرها ۰/۷۰ و برای دخترها ۰/۸۳ به دست آمده است؛ و برای اندازه گیری روایی از پرسشنامه ی ۵ سؤالی (MFQ) افکار خودکشی گرا استفاده شده است؛ که ضریب همبستگی آن برای پسرها ۰/۷۶ و برای دخترها ۰/۷۳ می باشد.

۳- **مقیاس عملکرد خانواده (FAD):** مقیاس ارزیابی عملکرد خانواده شامل ۵۳ ماده است و برای سنجش عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک^۴ مستر^۴ تدوین شده است. این ابزار توسط اپشتاین، بیشاب و بالدوین (۱۹۸۳) با هدف توصیف ویژگی های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده. نجاریان (۱۳۷۴) همسانی درونی کل آزمون را ۰/۹۳ به دست آورد. او با استفاده از روش تحلیل عاملی توانست سه عامل را در این مقیاس شناسایی و نامگذاری کند. این عوامل عبارت اند از: نقش های خانوادگی، حل مسئله و ابراز عواطف. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای پسرها ۰/۷۰ و برای دخترها ۰/۸۸ به دست آمد؛ و برای اندازه گیری روایی

1 - suicidal ideation scale

2 - Road

3- Yamokoski

4 -Mack Master

پرسشنامه از یک سؤال کلی استفاده شد که ضریب همبستگی آن برای پسرها ۰/۳۵ و برای دخترها ۰/۴۲ به دست آمده است.

یافته ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پسران و دختران را نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار، کم‌ترین و بیش‌ترین نمره‌ی متغیرهای پژوهش در پسران و دختران

جنسیت	متغیر	میانگین	انحراف معیار	کم‌ترین	بیش‌ترین
پسران	عملکرد خانواده	۱۲۷/۶۰	۱۶/۸۷	۹۳	۱۹۱/۰۵
	ناامیدی	۳/۹۱	۳/۷۴	۰	۲۴
	افکار خودکشی گرا	۱۳/۴۷	۵/۹۷	۸	۴۲
دختران	عملکرد خانواده	۱۲۵/۶۶	۱۷/۸۹	۷۸	۱۷۲
	ناامیدی	۵۳	۳/۳۰	۰	۲۲
	افکار خودکشی گرا	۱۵/۸۳	۹/۴۴	۱۰	۸۲

براساس مندرجات جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیر عملکرد خانواده در پسران به ترتیب ۱۲۷/۶۰ و ۱۶/۸۷، میانگین و انحراف معیار متغیر ناامیدی به ترتیب ۳/۹۱ و ۳/۷۴، میانگین و انحراف معیار متغیر افکار خودکشی گرا به ترتیب ۱۳/۴۷ و ۵/۹۷ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار متغیر عملکرد خانواده در دختران به ترتیب ۱۲۵/۶۶ و ۱۷/۸۹، میانگین و انحراف معیار متغیر ناامیدی به ترتیب ۳/۵۶ و ۳/۳۰ و میانگین و انحراف معیار متغیر افکار خودکشی گرا به ترتیب ۱۵/۸۳ و ۹/۴۴ می‌باشد. جدول ۲ ضریب همبستگی بین متغیرهای پیش بین و ملاک را در پسران و دختران نشان می‌دهد.

جدول ۲- ضریب همبستگی بین متغیرهای پیش بین و متغیر ملاک در پسران را نشان می‌دهد.

جنسیت	متغیر پیش بین	متغیر ملاک	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
پسران	نامیدی	عملکرد خانواده	۱۷۹	-۰/۳۷	۰/۰۰۱
		افکار خودکشی گرا	۱۷۹	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	عملکرد خانواده	نامیدی	۱۷۹	-۰/۳۷	۰/۰۰۱
		افکار خودکشی گرا	۱۷۹	-۰/۲۹	۰/۰۰۱
	افکار خودکشی گرا	نامیدی	۱۷۹	۰/۳۸	۰/۰۰۱
		عملکرد خانواده	۱۷۹	-۰/۲۹	۰/۰۰۱
دختران	نامیدی	عملکرد خانواده	۱۸۱	-۰/۳۸	۰/۰۰۱
		افکار خودکشی گرا	۱۸۱	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	عملکرد خانواده	نامیدی	۱۸۱	-۰/۳۸	۰/۰۰۱
		افکار خودکشی گرا	۱۸۱	-۰/۲۷	۰/۰۰۱
	افکار خودکشی گرا	نامیدی	۱۸۱	۰/۳۵	۰/۰۰۱
		عملکرد خانواده	۱۸۱	-۰/۲۷	۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۲- نشان می‌دهد که بین نامیدی و عملکرد خانواده در پسران همبستگی منفی (-۰/۳۷) وجود دارد و در سطح $p > ۰/۰۱$ معنادار است. همچنین بین عملکرد خانواده و افکار خودکشی گرا در پسران همبستگی منفی (-۰/۲۹) وجود دارد و در سطح $p > ۰/۰۰۱$ معنادار است. همچنین بین نامیدی و افکار خودکشی گرا در پسران همبستگی مثبت (۰/۳۸) وجود دارد؛ و در سطح $p > ۰/۰۱$ معنادار است. بین نامیدی و عملکرد خانواده در دختران همبستگی منفی (-۰/۳۸) وجود دارد و در سطح $p > ۰/۰۰۱$ معنادار است. همچنین بین عملکرد خانواده و افکار خودکشی گرا در دختران همبستگی منفی (-۰/۲۷) وجود دارد و در سطح $p > ۰/۰۰۱$ معنادار است.

همچنین بین ناامیدی و افکار خودکشی گرا در دختران همبستگی مثبت (۰/۳۵) وجود دارد؛ و در سطح $p > ۰/۰۰۱$ معنادار است. جدول ۳ روابط تعاملی بین ناامیدی و افکار خودکشی گرا با نقش تعدیل گری عملکرد خانواده را در پسران نشان می دهد.

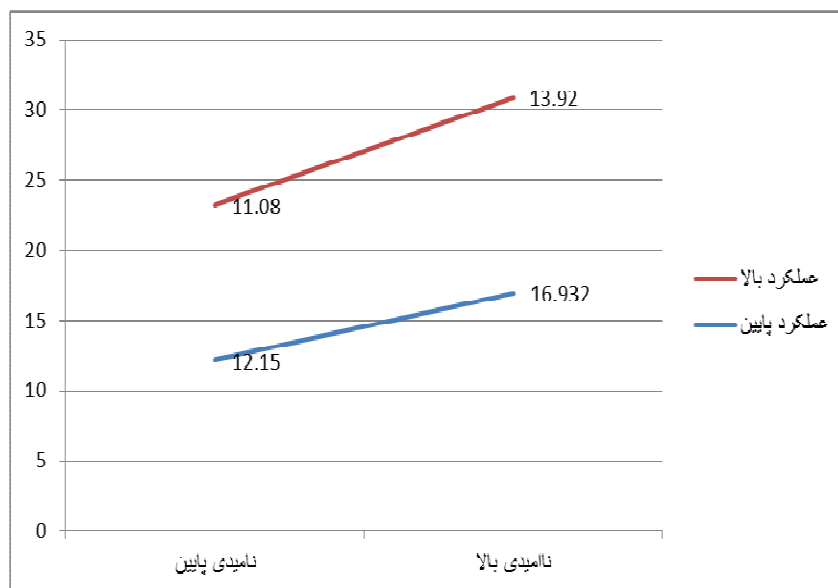
جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیل گر رابطه ی تعاملی ناامیدی و افکار خودکشی گرا با عملکرد خانواده در پسران

ضرایب رگرسیون			FP	RS	MR	متغیرها
۳	۲	۱				
		$\beta = ۰/۳۸$ $t = ۵/۵۱$ $P < ۰/۰۰$	۳۰/۳۹ $P < ۰/۰۰$	۰/۱۵	۰/۳۸	ناامیدی
	$\beta = -۰/۱۸$ $t = -۲/۴۱$ $P < ۰/۰۱$	$\beta = ۰/۳۲$ $t = ۴/۳۲$ $P < ۰/۰۰$	۱۸/۵۴ $P < ۰/۰۰$	۰/۱۷	۰/۴۲	عملکرد خانواده
$\beta = -۱/۹۲$ $t = -۳/۵۳$ $P < ۰/۰۰$	$\beta = ۰/۰۹$ $t = ۰/۸۵$ $P < ۰/۳۹$	$\beta = ۲/۳۰$ $t = ۴/۰۶$ $P < ۰/۰۰$	۱۷/۳۴ $P < ۰/۰۰$	۰/۲۳	۰/۴۸	ناامیدی × عملکرد خانواده

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، تعامل ناامیدی و عملکرد خانواده میزان واریانس تبیین شده ی متغیر ملاک یعنی افکار خودکشی گرا را ورای هر دوی آنها از ۰/۴۲ به

۰/۴۸ افزایش داده است. ضرایب رگرسیون مربوط به تعامل این سه متغیر ($\beta = -۱/۹۲$)، نشان می‌دهد که این افزایش از لحاظ آماری معنادار است؛ و می‌توان اظهار داشت که عملکرد خانواده تعدیل‌کننده‌ی رابطه‌ی بین ناامیدی و افکار خودکشی‌گرا در میان پسران است.

در ادامه به منظور نمایش این اثر تعدیل‌گر، آزمودنی‌های پسر براساس میانه‌ی نمره‌هایشان در دو متغیر ناامیدی و عملکرد خانواده به چهار گروه ناامیدی بالا و پایین و عملکرد خانوادگی بالا و پایین تقسیم شدند. وضعیت تعامل میانگین چهار گروه ایجاد شده از لحاظ میانگین نمره‌های افکار خودکشی‌گرا در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱ نشان می‌دهد که شیب خط‌ها رگرسیون مربوط به ناامیدی و افکار خودکشی‌گرا در پسران دارای عملکرد خانوادگی بالا (۱۳/۹۲) و عملکرد خانوادگی پایین (۱۶/۹۳) با هم برابر نیستند. شیب بیشتر خط رگرسیون گروه پسران با عملکرد

خانوادگی بالا نسبت به گروه پسران با عملکرد خانوادگی پایین بیانگر میزان بیشتر رابطه‌ی منفی دو متغیر ناامیدی و افکار خودکشی گرا است.

همان گونه که ملاحظه می‌شود در پسران با عملکرد خانوادگی بالا، افرادی که ناامیدی پایین دارند، میانگین افکار خودکشی گرای آن‌ها (۱۱/۰۸) است و افرادی که ناامیدی بالا دارند میانگین افکار خودکشی گرای آن‌ها (۱۳/۹۲) است که این تفاوت قابل ملاحظه است. همچنین در پسران با عملکرد خانوادگی پایین افرادی که ناامیدی پایین دارند، میانگین افکار خودکشی گرای آن‌ها (۱۲/۱۵) است و افرادی که ناامیدی بالا دارند میانگین افکار خودکشی گرای آن‌ها (۱۶/۹۳) است که بسیار قابل توجه است.

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیل‌گر رابطه‌ی تعاملی ناامیدی و افکار خودکشی گرا با عملکرد خانواده در دختران

ضرایب رگرسیون			FP	RS	MR	متغیرها
۳	۲	۱				
		$\beta = ۰/۳۶$ $t = ۵/۲۷$ $P < ۰/۰۰$	۲۷/۷۹ $P < ۰/۰۰$	۰/۱۳	۰/۳۶	ناامیدی
	$\beta = -۰/۱۸$ $t = -۲/۵۲$ $P < ۰/۰۱$	$\beta = ۰/۲۹$ $t = ۳/۹۷$ $P < ۰/۰۰$	۱۷/۴۹ $P < ۰/۰۰$	۰/۱۶	۰/۴۰	عملکرد خانواده
$\beta = -۰/۰۳$ $t = -۰/۰۷$ $P < ۰/۹۴$	$\beta = -۰/۱۸$ $t = ۱/۷۳$ $P < ۰/۰۸$	$\beta = ۰/۳۳$ $t = ۰/۶۶$ $P < ۰/۵۱$	۱۱/۵۹ $P < ۰/۰۰$	۰/۱۶	۰/۴۰	ناامیدی × عملکرد خانواده

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تعامل ناامیدی و عملکرد خانواده میزان واریانس تبیین‌شده‌ی متغیر ملاک یعنی افکار خودکشی‌گرا را تغییر نداده است (از ۰/۴۰ به ۰/۴۰). ضرایب رگرسیون مربوط به تعامل این سه متغیر ($\beta = -0/03$ ، $p > 0/94$) نشان می‌دهد که این تعامل از لحاظ آماری معنادار نیست؛ و عملکرد خانواده تعدیل‌کننده‌ی رابطه‌ی بین ناامیدی و افکار خودکشی‌گرا در میان دختران نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه ساده و تعدیل‌گر ناامیدی و عملکرد خانواده با افکار خودکشی‌گرایانه بود. نتایج نشان می‌دهند بین ناامیدی و عملکرد خانواده در بین پسران و دختران رابطه‌ی منفی معنادار وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات ضرغام بروجنی، یزدانی و یزدان‌نیک (۱۳۸۰)، لای کوک و شک (۲۰۰۸)، پارک، یانگ کو و شپ (۲۰۰۵)، لای کوک و شک (۲۰۱۰)، لی، ونگ، چو، مکبرید، (۲۰۰۶)، ونگ، من، لیونگ (۲۰۰۲) همخوانی دارد. ناامیدی دلمردگی ناشی از افسردگی است که می‌تواند خود را به شکل از دست دادن امید به آینده نشان دهد. در این شرایط شخص احساس می‌کند که در آینده هیچ چیز مثبتی در انتظار او نیست (عباس‌آبادی، ۱۳۸۳). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت عملکرد خانواده‌ها در سال‌های نخستین زندگی نقش زیادی در شکل‌گیری احساس فرد نسبت به آینده دارد. در خانواده‌هایی که هرج و مرج و درگیری وجود دارد و والدین از فرزندان خود حمایت نمی‌کنند، کودک نمی‌تواند به آن‌ها متکی باشد و خواه ناخواه کم و بیش احساس ناامیدی می‌کند؛ بنابراین در آینده هم نمی‌تواند شیوه‌ی مستقلی برای مقابله با مشکلات داشته باشند؛ و این به نوبه‌ی خود به ناامیدی بیشتر منجر می‌شود.

نتایج بیانگر این است که بین عملکرد خانواده و افکار خودکشی گرا در بین پسران و دختران رابطه‌ی منفی معنادار وجود دارد این یافته‌ها با نتایج تحقیقات ضرغام بروجنی، یزدانی و یزدان نیک (۱۳۸۰)، لای کوک و شک (۲۰۰۸)، پارک، یانگ کو و شپ (۲۰۰۵)، لای کوک و شک (۲۰۱۰)، ادویر، مویلی، زیمر-جمبک و دی‌لثو (۲۰۱۳)، همخوانی دارد. افکار خودکشی گرایانه، به افکار فرد درباره‌ی نابود کردن خود و یا تصور عمل خودکشی در ذهن گفته می‌شود. عملکرد خانواده‌ها در ایجاد این افکار نقش مهمی دارد. خانواده‌ها زمانی که از انسجام برخوردارند به گونه‌ای اثربخش عمل می‌کنند؛ بنابراین قادرند تعادلی را بین جدایی و با هم بودن برقرار سازند و در عین حال می‌باید انعطاف‌پذیری خود را برای برون‌سازی با تغییر حفظ کنند؛ بنابراین به اعضای خود در انطباق با تغییر کمک می‌کنند. خانواده صورت‌های پیچیده‌ای از پیام‌رسانی‌های آشکار و پنهان را به وجود می‌آورد و روش‌های مذاکره و مسئله‌گشایی مفصلی در اختیار اعضای خود قرار می‌دهد تا آن‌ها تکالیف مختلفی را با موفقیت به انجام رسانند (گلدنبرگ و گلدنبرگ (۱۹۹۶)، ترجمه حسین شاهی و نقشبندی و ارجمند، ۱۳۸۵). افرادی که در خانواده‌ای با عملکرد ضعیف زندگی می‌کنند در مواجهه با مشکلات توانایی لازم را برای تغییر یا انطباق ندارند و بیشتر به پایان دادن زندگی خود فکر می‌کنند.

نتایج نشان داد بین ناامیدی و افکار خودکشی گرا در پسران و دختران رابطه‌ی مثبت معنادار وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات پورشرفی و همکاران (۱۳۹۰)، خزایی و پرویزی فرد (۱۳۸۰)، اشکانی، ده بزرگی و امامقلی (۱۳۸۱)، خواجه موگهی، بهروزیان و قنواتی (۱۳۸۸)، لای کوک و شک (۲۰۰۸)، لای کوک و شک (۲۰۱۰) همخوانی دارد. ناامیدی نیز یک اتفاق نیست بلکه یک فرآیند است؛ یعنی از جایی شروع می‌شود و به ناامیدی ختم می‌شود. کودکانی که در خانواده با بی‌توجهی، بی‌تفاوتی، سلطه‌گری یا لوس کردن بزرگ می‌شوند در نوجوانی و بزرگسالی شکست و باخت نشان می‌دهند و سبک زندگی پرخاش‌جویانه را پرورش

می‌دهند و در پی انتقام‌جویی از خود و دیگران می‌باشند. تشخیص بین مراحل روان‌شناختی که فرد بدان طریق می‌تواند هنگامی که تفکر هدفمندش با مانع برخورد می‌کند، پیش برود بسیار مهم است. اگر افراد در خانواده یاد نگیرند که چگونه با موانع برخورد کنند و راه‌های مختلف حل مشکل را بیابد هنگام برخورد با موانع دچار ناامیدی می‌شوند و احساس می‌کنند که قدرت برخورد با موانع را ندارند. همان‌طور که گفته شد موانع قادرند که پاسخ‌های هیجانی منفی ایجاد کنند (اسنایدر و دیگران، ۱۹۹۶). چنین فردی در اثر ناامیدی به شدت غیر فعال شده و نمی‌تواند موقعیت‌های مختلف خود را بسنجد و تصمیم بگیرد. ناامیدی، شخص را سریعاً درهم شکسته و او را در برابر عوامل فشارزا، بی‌دفاع و تسلیم می‌کند. اگر افراد در این گونه مواقع از حمایت کافی برخوردار نباشند به فکر پایان دادن به زندگی خود می‌افتند؛ و به خودکشی فکر می‌کنند.

نتایج تحلیل رگرسیون تعدیل‌گر نشان داد که عملکرد خانوادگی، رابطه‌ی میان ناامیدی و افکار خودکشی‌گرا در بین پسران را تعدیل می‌کند. در واقع عملکرد خانوادگی بالا در نمونه‌ی پسران به عنوان یک بافر یا عامل محافظتی برای شرکت‌کنندگانی که ناامیدی داشتند عمل می‌کند؛ به عبارت دیگر رابطه‌ی منفی بین ناامیدی و افکار خودکشی‌گرا در پسران با عملکرد خانوادگی بالا کم‌تر از پسران با عملکرد خانوادگی پایین است و عملکرد خانوادگی بالا رابطه‌ی منفی بین ناامیدی و افکار خودکشی‌گرا را کاهش می‌دهد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات قبلی همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت اگر چه تحقیقات زیادی ارتباط بین ناامیدی و افکار خودکشی‌گرا را نشان داده‌اند اما عملکرد خانواده می‌تواند این ارتباط را تحت تأثیر قرار داده و آن را کاهش دهد. به این معنی که خانواده‌های دارای عملکرد بالا نسبت به اعضای خود حمایت‌گر بوده و برای اعضای خود احساس امنیت فراهم می‌کنند؛ و به دلیل ایفای نقش درست و یاددادن روش‌های حل مسئله به فرزندان

خود، اعضای این خانواده‌ها در مواجهه با مشکلات کم‌تر دچار ناامیدی شده و در صورت ناامیدی هم به خاطر اعتماد به پشتیبانی و همکاری خانواده کم‌تر به افکار خودکشی گرا روی می‌آورند. در این خانواده‌ها ناامیدی به میزان زیادی افکار خودکشی گرا را پیش‌بینی نمی‌کند؛ زیرا عملکرد خوب و حمایت خانواده به عنوان یک تعدیل گر وارد عمل می‌شود و این ارتباط را کاهش می‌دهد.

اما نتایج تحلیل رگرسیون تعدیل گر نشان داد که عملکرد خانوادگی، رابطه‌ی میان ناامیدی و افکار خودکشی گرا در بین دختران را تعدیل نمی‌کند. در واقع عملکرد خانوادگی بالا در نمونه‌ی دختران به عنوان یک عامل حافظتی برای شرکت‌کنندگانی که ناامیدی داشتند عمل نمی‌کند. این نتیجه با نتایج تحقیقات انجام شده در گذشته ناهمسو می‌باشد. در پژوهش حاضر عملکرد بالای خانواده‌ی دختران هیچ تأثیری در بهبود و یا بدتر کردن رابطه‌ی ناامیدی با افکار خودکشی گرا نداشت. سن انتخاب شده در دختران می‌تواند یکی از دلایل به دست آمدن این نتیجه باشد. همچنین نوع ارتباط متفاوت اعضای خانواده با پسران و دختران می‌تواند تفاوت نتیجه بدست آمده را تبیین کند. در این صورت و با توجه به فرهنگی بودن این مسئله، ایجاد پتانسیل‌های فرهنگی در ارتباطات اعضای خانواده با دختران می‌تواند نتایج تأثیرگذاری داشته باشد.

به نظر می‌رسد علت متفاوت بودن این نتیجه با یافته‌های پیشین، متفاوت بودن سن بلوغ در دختران و پسران باشد. چون میانگین سنی دو گروه پژوهش ما ۱۶-۱۵ سال بود، در این سن دختران چند سال از تغییرات هورمونی و فیزیولوژیکی و بی‌ثباتی خلقی آن‌ها گذشته ولی پسران در این سن شروع تغییرات و بی‌ثباتی‌ها را تجربه می‌کند و واضح است که حمایت و همکاری بیشتری از طرف خانواده می‌طلبند. در این سن دختران بیشتر نگران ظاهر و جذابیت فیزیکی خود هستند ولی پسران به دلیل حس مسئولیتی که برای اداره زندگی آینده خود دارند نگرانی کسب هویت، ادامه تحصیل، شغل مناسب هستند؛ این باعث می‌شود که حمایت و همکاری خانواده و

روش‌های درست تصمیم‌گیری تأثیر بیشتری بر آن‌ها داشته باشد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم بررسی متغیرهای تعدیل‌گر دیگری است که می‌توانند بین ناامیدی و افکار خودکشی گرایانه نقش تعدیل‌گر داشته باشند. از جمله این متغیرها می‌توان به وضعیت اقتصادی، فرهنگی و انسجام خانوادگی و هوش اشاره کرد. براین اساس پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی نقش تعدیل‌گر متغیرهای نامبرده در رابطه بین ناامیدی و افکار خودکشی گرایانه مورد سنجش قرار گیرد. با توجه به عدم معناداری نقش تعدیل‌گر عملکرد خانواده در دختران، پژوهش‌های بیشتری جهت شناسایی متغیرهای تعدیل‌گر در دختران انجام پذیرد

منابع:

- اشکانی، حمید؛ ده‌بزرگی، غلامرضا؛ امام‌قلی‌پور، نادر. (۱۳۸۱). بررسی همه‌گیر شناسی خودکشی در مراجعان به بخش اتفاقات روان‌پزشکی، *مجله‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، شماره پنجاه و شش، صص. ۲۲-۱۶.
- بروین، گریس. (۱۹۸۸). *بنیادهای روان‌شناختی روانشناسی بالینی*، ترجمه: علیلو، مجید محمود؛ بخشی‌پور رودسری، عباس؛ صبوری مقدم حسن (۱۳۷۶). تبریز، نشر: روان پویا.
- ثنایی‌ذاکر، باقر. (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*، تهران، موسسه: انتشارات بعثت.
- جانگسما، آرتور ای؛ پیترسون، ال‌مارک؛ مک‌اینیز، ویلیام، پی. (۲۰۰۶). *روان‌درمانی نوجوانان*. ترجمه حمیدرضا آقامحمدیان و سیدعلی کیمیایی (۱۳۹۰)، تهران، انتشارات: رشد.
- حسین‌پور، مهناز؛ غفاری، محمدحسین؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۸۳). بررسی علل اقدام به خودکشی نوجوانان ارجاع شده به بیمارستان گلستان اهواز، *مجله‌ی علمی پزشکی اهواز*، شماره چهل و یک، صص. ۳۰-۲۵.

حسینیان، سیمین؛ خدابخشی کولائی، آناهیتا. (۱۳۸۲). بررسی سؤاستفاده جنسی دوران کودکی از دختران بر قربانی شدن جنسی و فرار آن‌ها در نوجوانی و جوانی، خلاصه مقالات اولین همایش سراسری خانواده و مشکلات جنسی، دانشگاه علوم پزشکی شاهد.

حناسب‌زاده، مریم؛ یزدان دوست، رخساره؛ اصغر نژادفرید، علی‌اصغر؛ غرایبی، بنفشه. (۱۳۹۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مورد بیماران افسرده خودکشی‌گر، یک مطالعه کیفی، مجله علوم رفتاری، سال اول، شماره پنجم، صص. ۳۳-۳۸.

خزایی، حبیب‌الله؛ پرویزی فرد، علی‌اکبر. (۱۳۸۰). بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ارزیابی وضعیت روانی اقدام‌کنندگان به خودکشی، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، شماره سوم، صص. ۴۲-۵۱.

خواجه موگهی، ناهید؛ بهروزیان، فروزان؛ قنوتی، فروغ. (۱۳۸۸). بررسی رابطه‌ی ناامیدی با خودکشی در بیماران با اختلال‌های خلقی، مجله‌ی علمی پزشکی، صص. ۴۰۷-۴۱۳.

رود، دیوید. (۱۹۸۹). مقابله با گرایش به خودکشی، ترجمه: مهشیدفروغان (۱۳۸۶). تهران: رشد.

شعاری نژاد، علی‌اکبر. (۱۳۷۷). روانشناسی رشد، تهران، چاپ دانشگاه پیام نور.

ضرغام بروجنی، علی؛ یزدانی، محسن؛ یزدان نیک، احمدرضا. (۱۳۸۰). ارتباط الگوی رفتاری والدین با افسردگی و افکار خودکشی در نوجوانان، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، سال سوم، شماره دوم، صص. ۴۶-۵۴.

عباس‌آبادی، محمود. (۱۳۸۳). بررسی هوش هیجانی و ناامیدی در نوجوانان پسر ۱۴-۱۸ ساله ساکن در شبه‌خانواده‌های بهزیستی بر حسب مدت اقامت آن‌ها در سازمان با نوجوانان عادی در استان کرمان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

فولادی، عزت‌الله. (۱۳۸۱). استراتژی‌ها و برنامه‌های پیشگیری از خودکشی با تمرکز بر نوجوانان و جوانان، تهران، فجر اندیشه.

نجاریان نژاد، فاطمه. (۱۳۷۴). بررسی ویژگی‌های ابزار سنجش خانواده *FAD*، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد رودهن.

Abramson, L. Y., Metalsky, G. L., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, (96), 358-372.

Brooks, T. L., Harris, S. K., Thrall, J. S., & Woods, E. R. (2002). Association of Adolescent Risk Behaviors with Mental Health Symptoms in HighSchool Students, *Journal of Adolescent Health*, (3), 240-246.

Dunner, D. L. (1994). *Current psychiatric psychiatry*. Saunderpress, London.

Epstein, N. B, Bishop, D., Ryam, C., Miller, I .W., & Keitner, G. I (1993). The mc master model view of healthy family functioning. In fwalsh(ed), *normal family processes*, 32, 138-160.

Hinsic, L. E., & Cample, R. J. (1970). *Psychiatry Dictionary*. London Oxford University press.

Hope, K. L. (2009). *A reason to live: The protective influence of close friendships on college students*. A dissertation presented to the Graduate School of The University of Florida.

Jurich, A. P. (2008). *Family therapy with suicidal adolescents*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. New York, NY 100 16 tony-china on Aug 60.

Khan, I. (2011). Relationship of suicide ideation with depression and hopelessness. *Indian Journal of Psychological Science*, 2 (2): 126-133.

Kuo, W. H., Gallo, J. J., & Tien, A. Y. (2001). Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of acommunity sample in Baltimore, Maryland. *Psychology Medicion*, 31 (7), 1181-1191.

Lai Kwok, S. Y. C., & Shek, D. T. L. (2010). Personal and Family Correlates of Suicidal Ideation Among Chinese Adolescents in Hong Kong. Department of Applied Social Studies, City University of Hong Kong, Hong Kong, China. *Social Indicators Research*, (95), 407-419.

Lindberg, L. D., Boggess, S., & Williams, S. (2001). *Multiple Threat: The Co occurrence of Teen Health Risk Behaviors*. The Urban Institute.

Ozer, E. M., Park, M. J., Paul, T., Brindis, C. D., & Irwin, C. E. (2003). *America's Adolescents: Are They Healthy?* San Francisco. CA, University of California, National Adolescent Health Information Center.

- Park, H. S., Young Koo, H., & Schepp, K. G. (2005). Predictors of Suicidal Ideation for Adolescents by Gender. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35, (8), 1433-1442.
- Pirkis, J., Burgess, P., & Dunt, D. (2000). *Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults*. *Crisis*, 21 (1), 16-25.
- Reinecke, M. A., Dubios, D. L., & Schultz, T. M. (2001). Social problem solving, mood, and suicidality among inpatient adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 743-756.
- Reininger, B. M., Evans, A. E., Griffin, S. F., Sanderson, M., Vincent, M. L., Valois, R. F. et al. (2005). Predicting adolescent risk behaviors based on an ecological framework and assets. *American Journal of Health Behavior*, 29 (2): 150-161.
- Rosenbrtg, J. L. (1999). Suicide prevention: An integrated using affective and action based integrated using affective and action based intervention. *Professional psychology: research & practice*. 30 (1), 83-87.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *comprehensive textbook of psychiatry*. New York. Lippincott Williams & wilkins.
- Salman, S., Idrees, J., Hassan, F., Idrees, F., Arifullah, M., & Badshah, S. (2014). Predictive Factors of Suicide Attempt and Non-Suicidal Self-Harm in Emergency Department. *Emergency*, 2(4), pp. 166-169.
- Scott, D. (2005). *Program Outcome for Youth*, Evaluation the National Outcomes.
- Snyder, C. R. (1996). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73 (3), 355-360.
- Tamplin, A., & Goodyer, I. M. (2001). Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 170-179.
- Varnik, P. (2012). International journal of environmental research and public health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 760-771.
- Wells, K. C. & Heilbron, N. (2012). Family-based cognitive-behavioral treatments for suicidal adolescents and their integration with individual treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 301-314.
- Yamokoski, C. A. (2006). *ABC's of suicidology: the role of affect in suicidal behaviors and cognitions*. A Dissertation Presented to The Graduate Faculty of The University of Akron.