

## پیش‌بینی گرایش به خودکشی بر اساس تحمل پریشانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در

### دانشجویان دانشگاه‌های شهر همدان

#### *Predicting Suicide Ideation Based on Distress Tolerance And Perceived Social Support In Students Universities of Hamadan*

محمد مهدی مهر آسا (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

Email: mahdi.mehrsa@yahoo.com

لیلا عروتی موفق

دکتری روانشناسی تربیتی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان.

چکیده

Mohammad Mahdi Mehr Asa (Corresponding author)

Master of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran.

Email: mahdi.mehrsa@yahoo.com

Leila Orvati Movaffagh.

PhD in Educational psychology. Assistant Professor in Islamic Azad University Of Hamadan.

#### Abstract

**Aim:** The aim of this study was to predict suicidal ideation based on distress tolerance and perceived social support in university students in Hamadan. The research method is descriptive-correlational. **Method:** The statistical population of the study consisted of all students of universities in Hamadan. The random sampling method was relative random. Based on the formula of Fidel and Tabachenik (2007), 106 people were selected from the statistical population, which was increased to 120 due to caution. The research instruments were three scales of suicidal tendencies (2006), Simmons and Gahr (2005) distress tolerance and perceived social support of Zimet, Dahlem, Zemmit and Farley (1988). Pearson correlation coefficient and regression analysis were used to test the research hypothesis. **Result:** Analysis of the results showed that perceived social support is a significant predictor of suicidal ideation. Anxiety tolerance could not be a significant predictor of suicidal ideation. **Conclusion:** By providing social support and increasing anxiety tolerance, suicidal ideation can be significantly reduced.

**Keywords:** Suicidal tendencies, Distress tolerance, Perceived social support, Students.

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی گرایش به خودکشی بر اساس تحمل پریشانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه‌های شهر همدان طی دوران کرونا انجام شد. روش: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر زمان یک پژوهش مقطعی، از لحاظ نوع داده‌ها کمی و از نظر روش تحقیق، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را همه دانشجویان دانشگاه‌های شهر همدان تشکیل دادند. نمونه‌ها تصادفی از نوع تصادفی طبقه‌ای نسبی بود. از جامعه آماری مذکور بر اساس فرمول فیدل و تاباچنیک (۲۰۰۷) ۱۰۶ نفر انتخاب که به لحاظ احتیاط این تعداد به ۱۲۰ نفر افزایش یافت. ابزار پژوهش سه مقیاس گرایش به خودکشی یک (۲۰۰۶)، تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت، داهلم، زمیت و فارلی (۱۹۸۸) بود. برای آزمون فرضیه پژوهش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل پژوهش از نرم‌افزار SPSS 25 استفاده شد. یافته‌ها: تحلیل نتایج نشان داد حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی کننده معنادار گرایش به خودکشی است. تحمل پریشانی نتوانست پیش‌بینی کننده معنادار گرایش به خودکشی باشد نتیجه-گیری: با تأمین حمایت اجتماعی و افزایش توان تحمل پریشانی، گرایش به خودکشی را می‌توان به میزان چشمگیری کاهش داد.

واژه‌های کلیدی: گرایش به خودکشی، تحمل پریشانی، حمایت اجتماعی ادراک شده، دانشجویان.

مطالعات مربوط به خودکشی طیف رفتار خودکشی را بررسی می‌کند که دارای دامنه‌ای از فکر خودکشی، تهدید به خودکشی و اقدام به خودکشی کامل است. بنا به تعریف افکار خودکشی مربوط به افکار مربوط به آرزوی مردن، برنامه‌ریزی برای زمان، مکان و نحوه خودکشی و اثر آن بر دیگران اطلاق می‌شود و یا اینکه افکار خودکشی به عنوان یک پاسخ مثبت به این سؤال است که آیا شما فکر گرفتن زندگی خود را دارید حتی اگر شما واقعاً نخواهید این کار را انجام دهید؟ خودکشی موفق نیز عبارت است از گرفتن جان خویش به دست خویشتن، در صورتی که آسیب منجر به مرگ شود خودکشی موفق نامیده می‌شود و اگر منجر به مرگ نشود اقدام به خودکشی تلقی می‌شود (علیزاده اصلی، فرقدانی‌رامندی، علیرضایی، علیخانی و قدیری، ۱۳۹۰).

هزینه‌های خودکشی نه تنها از دست دادن زندگی است بلکه استرس‌های جسمی و روانی را بر اعضای خانواده و دوستان تحمیل می‌کند سایر زمینه‌ها مربوط به منابع عمومی می‌شود به این صورت که افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند اغلب نیاز به کمک از جانب سازمان‌های روان پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی دارند. بنا بر گفته سازمان بهداشت جهانی تخمین زده شده که در سال ۲۰۱۰ و بر اساس روند کنونی حدود ۱/۵۳ میلیون نفر بر اثر خودکشی جان خود را از دست خواهند داد و مردم سراسر جهان ۱۰ تا ۲۰ برابر بیشتر اقدام به خودکشی خواهند داشت. این برآوردها به طور متوسط نشان دهنده یک مورد مرگ در هر ۲۰ ثانیه و یک تلاش در هر یک تا ۲ ثانیه است (گوین و اپتر، ۲۰۱۲<sup>۱</sup>).

سابقه اقدام به خودکشی، با گذشته سخت، استعمال سیگار، سوء مصرف الکل، اختلاف با والدین و اطرافیان، جدا شدن از خانواده و ارتباط کم با دیگران (بولمن، تیم و کانگ‌هان، ۲۰۰۰<sup>۲</sup>) مرتبط است. خودکشی در بین همه طبقات و بخش‌های مختلف جمعیتی رخ می‌دهد. خودکشی با اختلالات روانی به ویژه افسردگی مرتبط است و بین ۵۰ تا ۷۰ درصد قربانیان خودکشی دچار افسردگی بوده‌اند. به عبارتی اختلالات خلقی مهمترین عامل در خودکشی هر دو جنس است (فاوکت، ۲۰۱۱<sup>۳</sup>). نظریه‌های روانشناسی به طور کلی به عوامل روانی و فردی توجه دارد و نظریه شناختی، خودکشی را نمونه‌ای از رفتار حل مسأله می‌داند (هاوتون، کومابلا، هاو و ساندرز، ۲۰۱۳<sup>۴</sup>).

یکی از سازه‌های همبسته احتمالی تأثیرگذار بر خودکشی تحمل پریشانی باشد، در این رابطه می‌توان گفت تحمل پریشانی، از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه بی‌نظمی عاطفی<sup>۵</sup> است. (سیمونز و گاهر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵) تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالت هیجانی منفی تعریف کرده است. در حقیقت، تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت-های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (اسلیریگ، آیرونسون و اسمیتز، ۲۰۰۷). تحمل پریشانی به طور فزاینده‌ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقاء آسیب‌های روانی و همچنین پیش‌گیری و درمان مشاهده شده است (زووالنسکی، برنستین و جانویک، ۲۰۱۱<sup>۸</sup>). افراد با

1. Gvion & Apter

2. Bullman, Tim & kang – Han

3. Fawcett

4. Hawton, Comabella, Haw & Saunders

5. affect dysregulation

6. Simons & Gaher

7. Ocleirigh, Ironson & Smits

8. Zvolensky, Bernstein & Janovic

تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند (کیوک، ریکاردی، تپانو، میتچل و اسمیت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰).

از دیگر متغیرهای مرتبط با خودکشی حمایت اجتماعی ادراک شده می‌باشد (آریا، اوگاردی، کالدیریا، وینکنت، ویلکوگس و ویش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). برخورداری از حمایت اجتماعی جهت تعمیق روابط و کاستن از نگرانی‌ها نیز از جمله راهکارهای عمده است که می‌تواند در بهبود سطح سلامت روان در دوران پر استرس کمک کننده باشد (کوهن و ویلز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که یک اثر کلی در مورد چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی در پیش‌بینی و تأثیرگذاری بر رفتار خودکشی وجود دارد. حمایت اجتماعی به عنوان نیرو یا عامل‌هایی در محیط که بقاء انسان را تسهیل می‌کند، تعریف شده است. ضعف حمایت اجتماعی به سطح پایین بهزیستی روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی می‌انجامد (ویلسون و ویس و شوک<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰ فان و لو<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰) سطح پایین بهزیستی و به تبع کاهش بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب منجر به گرایش به خودکشی خواهد شد. فراهم کردن حمایت اجتماعی به دنبال تأثیراتی مثبتی که بر بهزیستی ذهنی فرد دارد زمینه پیشگیری از آسیب‌های روانی و به دنبال آن افکار منفی را به همراه دارد (دران، مادوکی و باربر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). با عنایت به مطالب فوق و خلاء پژوهشی در این زمینه سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا تحمل پریشانی و گرایش به خودکشی می‌توانند پیش‌بینی کننده گرایش به خودکشی در دانشجویان دانشگاه‌های شهر همدان باشند؟

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر زمان یک پژوهش مقطعی، از لحاظ نوع داده‌ها کمی و از نظر روش تحقیق، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش را همه دانشجویان دانشگاه‌های شهر همدان تشکیل داد. نمونه آماری و روش نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری تصادفی از نوع تصادفی نسبی بود. از جامعه آماری مذکور بر اساس فرمول فیدل و تاباچنیک (۲۰۰۷) ۱۰۶ نفر انتخاب که به لحاظ احتیاط این تعداد به ۱۲۰ نفر افزایش یافت.

## ابزار

**پرسشنامه دموگرافیک:** این پرسشنامه شامل سؤالات جمعیت شناختی سن، تحصیلات و جنسیت بود و توسط پژوهشگران تدوین شد. سایر ابزارهای مربوط به پژوهش حاضر، پرسشنامه‌های استاندارد بودند که شامل:

**پرسشنامه خودکشی:** مقیاس خودکشی بک<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس سه نقطه‌ای از ۰ تا ۳ تنظیم شده است. نمره کلی فرد از صفر تا ۳۸ متغیر می‌باشد، مقیاس افکار خودکشی بک دارای اعتبار بالایی است با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون - باز آزمون، اعتبار آزمون ۰/۵۴ به دست آمده است (انیسی، فتحی‌آشتیانی، سلطانی‌نژاد و امیری، ۱۳۸۵). روایی و

1 . Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell & Schmidt  
 2 . Arria, O'Grady, Caldeira, Vincent, Wilcox & Wish  
 3 . Cohen & Wills  
 4 . Wilson, Weiss & Shook  
 5 . Fan & Lu  
 6 . Drane, Modecki & Barber  
 7 . Beck

پایایی: مطالعات نشان داده مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون‌های استاندارد شده افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی داشته است، ضرایب همبستگی دامنه‌ای از ۰/۹۰ برای بیماران بستری تا ۰/۹۴ برای بیماران درمانگاهی بود. همچنین این مقیاس با سؤال خودکشی پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ بود. به علاوه همبستگی مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. همچنین مطالعات نشان دادند که اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون - بازآزمون ۰/۵۴ می‌باشد (بک، ۲۰۰۶). همچنین انیسی، فتحی‌آشتیانی، سلیمی و احمدی (۱۳۸۴) نشان دادند که روایی همزمان مقیاس افکار خودکشی بک با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ است.

**پرسشنامه تحمل پریشانی:** مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس است. عبارت‌های این ابزار، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند: (۱) کاملاً موافق، (۲) اندکی موافق (۳) به یک اندازه موافق و مخالف (۴) اندکی مخالف (۵) کاملاً مخالف. عبارت شماره ۶ در این مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود، نمرات بالا در این مقیاس نشان‌گر تحمل پریشانی بالا است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). روایی و پایایی: ضریب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است (سیمونز و گاهر ۲۰۰۵). پس از ترجمه عبارات این مقیاس به فارسی، در یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۸ هزار نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد). پایایی همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) محاسبه شد. نتایج این مطالعه، پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ( $a = 0.71$ ،  $M = 42/47$  و  $Sd = 8/59$ ) و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد (۰/۵۴ برای خرده مقیاس تحمل، ( $M = 7/83$  و  $Sd = 2/73$ ) ۰/۴۲ برای خرده مقیاس جذب ( $M = 9/02$  و  $Sd = 2/64$ ) ۰/۵۶ برای خرده مقیاس ارزیابی ( $M = 18/12$  و  $Sd = 4/24$ ) و ۰/۵۸ برای خرده مقیاس تنظیم ( $M = 7/5$  و  $Sd = 2/96$ ). (علوی، مدرس غروی، امین‌یزدی و صالحی‌فرددی، ۱۳۹۰).

**پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده:** مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بُعدی یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده فرد را در هر یک از سه حیطه مذکور در طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌سنجد. سلیمی، جوکار و نیک‌پور (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بُعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند.

روند اجرا

پرسشنامه‌های مذکور به صورت مجازی و آنلاین در اختیار دانشجویان دانشگاه‌های همدان قرار گرفت. پس از بیان هدف کلی اجرای آزمون و جلب اعتماد و همکاری دانشجویان و توضیح دادن درباره شیوه پاسخ دادن به پرسش‌ها، از آنان خواسته شد که بدون ذکر نام، به پرسش‌های آزمون پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری آزمون‌ها، پاسخ‌های آزمودنی‌ها مطابق دستورالعمل استاندارد این آزمون‌ها نمره‌گذاری و تجزیه و تحلیل شد.

ملاحظات اخلاقی جهت رعایت کردن ملاحظات اخلاقی، ابتدا توضیحاتی در خصوص اهداف پژوهش و نیز دریافت رضایت آگاهانه از افراد پژوهش به عمل آمد. اطمینان دادن به دانشجویان در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و کسب

رضایت و رعایت کردن امانت‌داری و صداقت در بررسی متون و تجزیه و تحلیل اطلاعات از موارد اخلاقی بود که رعایت شد همچنین داشتن آزادی کامل در شرکت در طرح پژوهشی و تکمیل پرسشنامه و در نهایت به منظور رعایت حریم خصوصی نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد.

#### یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی ۲۰ نفر زیر ۲۰ سال، ۶۰ نفر بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۴۰ نفر بیشتر از ۳۰ سال سن داشتند و ۱۰ درصد در مقطع فوق دیپلم، ۶۷ درصد دانشجویان در مقطع لیسانس و ۲۳ درصد در مقطع فوق لیسانس مشغول به تحصیل هستند همچنین ۶۷ درصد نمونه را زنان و ۳۳ درصد را مردان تشکیل دادند.

**بررسی مفروضه‌های تحلیل رگرسیون: سطح داده‌های فاصله‌ای:** سطح متغیرهای پیش‌بین و ملاک، زمانی که از spss برای برآورد پارامترها استفاده می‌شود باید حداقل فاصله‌ای باشد، که در این پژوهش از داده‌های فاصله‌ای استفاده شده است. همچنین متغیرهای پیش‌بین از نوع فاصله‌ای است.

- **آزمون مستقل بودن داده‌ها:** این آزمون با استفاده از آماره دوربین و اتسون اندازه‌گیری می‌شود. اگر آماره دوربین و اتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد نشان می‌دهد که این پیش فرض رعایت شده است. در این پژوهش آماره دوربین و اتسون ۲/۲۸ به دست آمد که نشان می‌دهد این پیش فرض رعایت شده است.

- **نرمال بودن توزیع صفات:** توزیع نمره‌های متغیر وابسته در جامعه برای هر ارزش متغیر مستقل بایستی به صورت نرمال باشد. برای بررسی این مفروضه آماره کولموگروف اسمیرنف با استفاده از spss مورد بررسی قرار گرفت که در جدول زیر ارائه شده است .

جدول ۱ آماره کولموگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن

متغیرها	Z آماره	DF	سطح معناداری
گرایش به خودکشی	۰/۰۵	۱۲۰	۰/۳۸

نتایج بررسی نرمال بودن متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف نشان داد متغیر پژوهش دارای توزیع نرمال است.

- **چند هم خطی:** جهت بررسی این پیش فرض اساسی از شاخص Tolerance و VIF استفاده شد و نتایج نشان داد از آنجایی که در همه متغیرها مقدار Tolerance کمتر از ۰/۱ نبوده و شاخص VIF نیز بیشتر از ۱۰ نبود بنابراین چندهم خطی وجود ندارد.

جدول ۲ بررسی چند هم خطی

متغیر	Tolerance	VIF
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۷۹	۱/۲۶
تحمل پریشانی	۰/۷۹	۱/۲۶

جهت بررسی پیش‌بینی گرایش به خودکشی بر اساس تحمل پریشانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه‌های شهر همدان از رگرسیون به روش همزمان استفاده شد. رگرسیون اجازه می‌دهد نمره یک فرد در یک متغیر بر اساس نمره او در متغیر دیگر پیش‌بینی شود. در جدول زیر خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل به روش همزمان ارائه می‌گردد.

جدول ۳ خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل

شاخص روش	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R Square	F	DF1	DF2	سطح معناداری
هم زمان	۰/۶۲	۰/۳۸	۰/۳۷	۳۶/۴۱	۱	۱۱۷	۰/۰۰۱

جدول ۳ خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل را نشان می‌دهد. نسبت **F** و سطح معناداری آن بیانگر اثر معنادار حمایت اجتماعی ادراک شده و تحمل پریشانی در معادله رگرسیون است ( $p \leq 0.05$ ). همانطور که مشاهده می‌شود در پیش‌بینی گرایش به خودکشی دانشجویان **R<sup>2</sup>** تنظیم شده محاسبه شده ۰/۳۸ است یعنی این متغیرها ۰/۳۸ درصد از واریانس متغیر گرایش به خودکشی دانشجویان را تبیین می‌کند.

جدول ۴ ضریب حاصل از رگرسیون به روش همزمان متغیر پیش‌بینی کننده گرایش به خودکشی

سطح معناداری	T	ضرایب استاندارد نشده			متغیر
		Beta	SD	B	
۰/۰۰۱	۱۲/۵۸		۴/۰۳	۵۰/۷۶	ثابت
۰/۷۲	۰/۳۶	۰/۰۳	۰/۰۸	۰/۰۳	تحمل پریشانی
۰/۰۰۱	-۷/۷۵	-۰/۶۳	۰/۰۵	-۰/۴۲	حمایت اجتماعی ادراک شده

## بحث و نتیجه گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی کننده معنادار گرایش به خودکشی می‌باشد. با توجه به جدول بالا، علامت منفی بتا نشان می‌دهد که یک واحد افزایش در نمره حمایت اجتماعی ادراک شده با ۰/۶۳ در واحد انحراف استاندارد کاهش در نمرات گرایش به خودکشی خواهد بود. متغیر تحمل پریشانی نتوانست پیش‌بینی کننده معنادار گرایش به خودکشی در سطح ۰/۰۵ باشد.

در تبیین این یافته که متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی کننده معنادار گرایش به خودکشی می‌باشد، می‌توان گفت، حمایت اجتماعی، میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه، کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و دیگران مهم تعریف شده است، همه عوامل مذکور یاد شده می‌توانند به نحوی فرد را در مقابل مشکلات زندگی مقاوم نموده و افکار منفی را از وی سلب نمایند. همین طور در مواجهه با تنش‌ها و تنیدگی‌های زندگی را به نحوی حمایت کنند، دریافت حمایت از جانب دیگران در موقع مشکلات، می‌تواند فشار روانی را کاهش داده، فرد به آرامش برسد. زیرا فرد در مواقع تنش‌زای زندگی است که به فکر خودکشی و از بین بردن خود می‌افتد، زمانی که فرد از سلامت روان و بهزیستی روانشناختی کافی برخوردار باشد و حمایت اجتماعی داشته باشد، هیچ‌گاه به فکر خودکشی و یا سایر رفتارهای منفی نخواهد افتاد. زمانی که فرد در برابر مصایب و مشکلات، کسی را در دسترس داشته باشد برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به راحتی می‌تواند مشکل خود را با وی مطرح کرده و کمک لازم و مناسب را دریافت نماید، پس دلیلی برای از بین بردن خود نمی‌بیند. وقتی که انسان در مقابل تنش‌های روزمره، حمایت اجتماعی لازم را نداشته باشد، دچار افسردگی، اضطراب، گوشه‌گیری و انزواطلبی، بی‌تفاوتی، ناامیدی، آشفتگی، اغتشاش ادراک، کاهش سرعت واکنش به محرک‌های محیطی، کاهش عزت نفس و ناتوانی در کنترل جریان جریانات زندگی شده، مسلماً این فرد تمایل بیشتری به پایان دادن زندگی خود دارد.

حمایت اجتماعی به سه طریق در برخورد با تنیدگی و استرس به فرد کمک می‌کند: اولاً، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند مستقیماً حمایت ملموسی به شکل منابع مادی در اختیار شخص قرار دهند (مثلاً قرض دادن پول، خرید مایحتاج زندگی)، ثانیاً، اعضای شبکه اجتماعی می‌توانند با پیشنهاد اقدامات متنوعی، فرد را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند و این اقدامات متنوع، می‌تواند به حل مشکلی که موجب تنیدگی و استرس شده، کمک کند. این پیشنهادها به شخص کمک می‌کند تا به مشکل از دیدگاه جدید نگاه کند، بدین ترتیب آن را حل کرده یا آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل برساند. ثالثاً، افراد شبکه اجتماعی می‌توانند با اطمینان بخشی دوباره به فرد، در خصوص اینکه او شخص مورد علاقه، با ارزش و محترم، است از وی حمایت عاطفی به عمل آورند، بدین ترتیب حمایت اجتماعی می‌تواند مانعی برای گرایش به خودکشی باشد.

همچنین حمایت اجتماعی نقش ضربه‌گیری استرس ناشی از عوامل فشارزای درونی و بیرونی را بر عهده دارد. حمایت به عنوان سپری در مقابل افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه عمل می‌کند. حمایت اثرات منفی حاصل از فشار خانواده و افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد حمایت می‌تواند به عنوان عامل محافظت کننده عمل نماید، به عنوان مثال یک همسر خوب، یک مشاور مجرب و مواردی از این قبیل می‌تواند در مواقع بحرانی به یاری فرد شتافته و با ارائه

حمایت‌های عاطفی و روانی وی را از کشیده شدن به سوی رفتارهای خودکشی گرایانه باز دارند. برای نمونه یافته‌ها نشان می‌دهد که افراد بیوه، مطلقه و مجرد بیش از افراد متأهل در معرض خطر اقدام به خودکشی قرار دارند. تأثیر حمایتی ازدواج در مقابل خودکشی به طور خاص در میان افراد مذکر می‌باشد (شر، اوکیوندو و مان<sup>۱</sup>، و همکاران، ۲۰۰۱).

باویر، چاموت و پرینگر<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) نشان می‌دهند افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، از سلامت بهتری نیز بهره‌مند هستند. کسی که از سلامت روان بهره‌مند باشد هیچگاه به خودکشی دست نخواهد زد. سلامت روان، مجموعه‌ای از ویژگی‌هایی است که در برابر حوادث فشارزای زندگی به عنوان سپری محافظ عمل می‌کند و کمک می‌کند که افراد، در این موقعیت‌ها کارکرد بهتری داشته باشند، همچنین حالتی از توانمندی و بهزیستی است که به فرد توانایی لازم برای مقابله با تنش‌های روزمره زندگی را می‌دهد (منول، باریک، رابرتز و دوریسکو، ۲۰۱۵). در این راستا مطالعات گوودین، ماروزیک و هوان<sup>۴</sup> (۲۰۱۲) نشان داد که بیماری‌های جسمانی مزمن، ناعلاج و بیماری‌هایی که همراه با درد یا ناتوانی هستند خطر خودکشی را افزایش می‌دهد، منظور از ذکر این نکته در این قسمت این است که گفته شد کسی که از سلامت روانی برخوردار نباشد، دست به خودکشی می‌زند، یکی از مرفه‌های نداشتن سلامت روان، داشتن بیماری‌های جسمی است.

ارائه تعریف و دقت در مفهوم آن فرد را با این نکته می‌رساند که فرد برخوردار از سلامت روان، هیچ‌گاه دست به خودکشی نخواهد زد، زیرا سلامت روان فرد را برابر فشار حوادث مصون نگه می‌دارد، سلامت روان، کارکرد بهتر فرد را تضمین می‌کند، به طور کلی انسان زیر بار فشار روانی تاب تحمل نیآورده، دست به خودکشی می‌زند، فردی که از سلامت روان برخوردار است، فشار روانی بر خود احساس نمی‌کند که بخواهد زندگی خود را خاتمه دهد، فشار روانی است که برای انسان دلهره، اضطراب به همراه می‌آورد، اضطراب و دلهره، زمانی که خارج از توان انسان باشد، فکر را درگیر کرده فرد نمی‌تواند برای مشکلات راه حل مناسب پیدا کند، انسان باید از سلامت روان بهره‌مند باشد تا بتواند در مقابل تنش‌های روزگار از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده کند، کسی که از راهبرد مسئله‌مدار استفاده می‌کند از مهارت‌های شناختی برای حل مسئله استفاده می‌کند. بر این اساس راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شود و معمولاً با یافتن راه حل‌های مناسب برای مشکل رضایت روان‌شناختی حاصل می‌شود، از سوی دیگر دستیابی به رضایت روان‌شناختی، باعث نظم و انسجام فکری می‌شود، آشفته‌گی فکری کاهش می‌یابد، در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به دست آمده منبع استرس نیز بهتر شناسایی و قابل کنترل ارزیابی می‌گردد. هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس. از این نگاه، داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است. با ذکر مثالی به راحتی می‌توان استنباط نمود که کسی که در مشکلی مثل داشتن قرض بسیار زیاد، حامی و پشتوانه محکمی مثل والدین ثروتمند، دوستانی که بتواند روی حمایت مالی آنها حساب باز کند، بهتر می‌تواند در مقابل مشکل مقاومت کند، یا این که فرد مقروض است، والدین هم هیچ‌گونه حمایت مالی نمی‌توانند از وی داشته باشند، مسلم است که این فرد برای رهایی از فشار و تنش قرض بیشتر گرایش به از بین خود دارد، تا از این راه بتواند خود را خلاص کند، چون هیچ‌گونه حمایتی از اطرافیان ندارد، حتی حمایت فکری، که بخواهند چاره ساز مشکل وی

1. Sher, Oquendo & Mann

2. Bovier, Chamot & Perneger

3. Manwell, Barbic, Roberts & Durisko

4. Goodwin, Marusic & Hoven



باشند. حمایت اجتماعی ممکن است از طریق کاهش آثار منفی استرس‌های زندگی میزان احتمال اقدام به خودکشی را کاهش دهد، تا جایی که ارائه سطح ثابت و مناسب حمایت‌های اجتماعی تأثیر استرسی‌های زندگی را به حداقل کاهش می‌دهد.

همچنین در تبیین این یافته که متغیر تحمل پریشانی نتوانست پیش‌بینی کننده معنادار گرایش به خودکشی باشد، می‌توان گفت، منظور از تحمل پریشانی توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف شده است، تحمل پریشانی به میزانی که یک فرد قادر به تحمل حالت‌های روان‌شناختی و یا جسمانی منفی است اشاره می‌کند، در این رابطه می‌توان گفت، هیچ انسانی در گذر از زندگی از مواجهه با مسایل و مشکلات و چالش‌ها مصونیت ندارد. به عبارتی دیگر می‌توان گفت کسی که از تحمل پریشانی پایین برخوردار است، در آینده دست به خودکشی خواهد زد، زیرا با افزایش سن میزان تحمل پریشانی تغییر می‌کند، کسی که در رده سنی پایین است به خاطر نداشتن بلوغ فکری، دانش و اطلاعات کم، وابستگی به والدین در برابر حل مشکلات ممکن است، نتواند مشکلات را به راحتی تحمل کند، ولی با بالا رفتن سن، تجربه زندگی، تحمل و تاب‌وی در برابر مشکلات بیشتر خواهد شد.

با گذشت زمان بینش و ذهنیت فرد در مورد مشکلات تغییر می‌یابد و آنها را قابل حل می‌بیند، پس راهی برای درگیر شدن در افکار منفی نمی‌بیند. با بالاتر رفتن سن، فرد در اجتماعات بزرگتر، شرکت می‌کند و به این نتیجه می‌رسد، که برای همه انسان‌ها مشکلات وجود دارد، تنها راه چاره این است که توان و تحمل خود را بالاتر ببرد نه این که بخواهد به زندگی خود خاتمه دهد. زمانی که انسان از نظر تجربیات زندگی غنی‌تر می‌شود، از راهبرد مقابله مسأله مدار استفاده می‌کند مشکلات را حل می‌کند نه اینکه بخواهد در برابر مشکلات تسلیم شود. از دلایل احتمالی ناهمخوان بودن نتیجه به دست آمده در این پژوهش با پژوهش‌های قبلی می‌توان به تفاوت در جامعه آماری، نمونه آماری، ابزار پژوهش و پرسشنامه‌های استفاده شده، تعداد سؤال‌های پرسشنامه، صحت و دقت داده‌ها، بافت فرهنگی پاسخ دهندگان اشاره کرد. در عین حال پژوهش‌های انجام شده رابطه بین تحمل پریشانی و خودکشی را مورد بررسی قرار داده‌اند اما به نقش تعیین‌کنندگی و پیش‌بینی‌کنندگی این متغیر در خودکشی نپرداخته‌اند و این در حالی است که در این پژوهش به نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیر خودکشی توسط تحمل پریشانی پرداخته است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مواردی اشاره نمود: شرایط بیماری کرونا و اجرای پرسشنامه‌ها به صورت مجازی، جمع‌آوری داده‌ها را با اندکی محدودیت مواجه ساخت. ۲- از آنجا که ابزار سنجش متغیرها از نوع ابزار خود گزارش‌دهی است، تکمیل پرسشنامه‌ها ممکن است تا حد زیادی تحت تأثیر علائق افراد به معرفی خود و یا بی‌دقتی قرار گرفته باشد. بنابراین بهتر است برای اطمینان یافتن از نتایج در کنار ابزارهای خود گزارش‌دهی، از روش‌های دیگری مانند مشاهده، مصاحبه استفاده شود. ۳- گروه نمونه مورد مطالعه حاضر تنها از دانشجویان دانشگاه‌های همدان، انتخاب شد. از این رو تعمیم نتایج و به کارگیری ابزار برای مناطق و شهرهای دیگر با توجه به گستردگی فرهنگی و نژادی و همچنین روی بر گروه‌های نمونه دیگر باید با احتیاط انجام پذیرد. ۴- آزمودنی‌ها ممکن است در پاسخ به سؤال‌ها محافظه کار بوده و نظر واقعی خود را در مورد سؤال پاسخ نداده باشند. لذا پیشنهاد می‌شود، ۱- با توجه به اینکه پدیده خودکشی حاصل تعامل عوامل متعددی همچون عوامل محیطی، اجتماعی، خانوادگی و فردی می‌باشد.

بنابراین پیشنهاد می‌شود با مصاحبه موردی با دانشجویان اقدام کننده به خودکشی، نقش عوامل سهیم در خودکشی دانشجویان به طور عمیق مورد بررسی قرار گیرد. ۲- با توجه به این که حمایت‌های اجتماعی در اشکال مختلف آن (خانوادگی، دوستان و افراد خاص) از عوامل محافظت کننده در برابر رفتارهای خودکشی‌گرایانه به شمار می‌روند، پیشنهاد می‌شود با آموزش شیوه‌های رویارویی کارآمد، شیوه‌های حل تعارض‌های خانوادگی، مهارت‌های ارتباطی و استقلال عاطفی در رویارویی با چالش‌های زندگی به گسترش شبکه حمایت اجتماعی دانشجویان کرده و آنها را در مواجهه با موقعیت‌های خطرناک واکسینه کرد. ۳- برگزاری کارگاه‌های آموزشی از طریق مشاوران و روان‌شناسان برای آموزش مهارت‌های افزایش تحمل پریشانی برای پیشگیری از رفتارهای خود آسیب‌رسان می‌تواند یکی دیگر از راهکارهای مفیدی باشد که به دانشجویان در معرض استرس کمک کند.

## منابع

- انیسی، جعفر؛ فتحی آشتیانی، علی؛ سلیمی، سیدحسین و احمدی، خدابخش. (۱۳۸۴) ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکارخودکشی بک در سربازان. پژوهشکده طب رزمی - مرکز تحقیقات علوم رفتاری - تهران - ایران. ۳۳-۳۷.
- سلیمی، عظیمه؛ جوکار، بهرام و نیک‌پور، روشنک. (۱۳۸۸) ارتباطات اینترنتی در زندگی. بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت، فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۵(۳)، ۱۰۲-۸۱.
- علوی، خدیجه؛ مدرس غروی، مرتضی؛ امین‌یزدی، سیدامیر و صالحی‌فرددی، جواد. (۱۳۹۰) اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مؤلفه‌های هشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۳ (۲)، ۱۳۵-۱۲۴.
- علیزاده اصلی، افسانه؛ فرقدانی‌رامندی، فاطمه؛ علیرضایی، نصرت‌ا...؛ علیخانی، حسن‌آقا و قدیری، حسن. (۱۳۹۰) عوامل روانشناختی و جامعه‌شناختی مؤثر بر خودکشی در زنان شهرهای شال و دانشفهان استان قزوین. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۱(۳)، ۹۱-۷۱.

Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 230-246.

Beck, A.T. (2006) Assessment of suicidal ideation: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.

Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. (2004) Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, 13:161-70.

Bullman, Tim - A, kang - Han- k. (2000) The risk of suicide among wounded Vietnam veterans. *Americal Journal of Public Health*. 86( 5) , 662- 667.

Cohen S, Wills TA. (2010) Stress, socialsupport and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*; 98: 310-57.

Drane, C. F., Modecki, K. L., & Barber, B. L. (2017). Disentangling development of sensation seeking, risky peer affiliation, and binge drinking in adolescent sport. *Addictive behaviors*, 66(17) 60-65.

Fan, X., & Lu, M. (2020). Testing the effect of perceived social support on left-behind children's mental well-being in mainland China: The mediation role of resilience. *Children and Youth Services Review*, 109(20), 104695.

Fawcett, J. (2011). anxiety disorders, anxiety symptoms, and suicide. In D. Wasserman (Ed) *Suicide: An Unnecessary Death*. Stockholm, Sweden: Martin Dunitz, 59-63.

Goodwin RD, Marusic A, Hoven CW. (2012) Suicide attempts in the United States: the role of physical illness *Social Science & Medicine*. 56(8):1783-1788.

Gvion, Y & Apter, A. (2012). Suicide and suicidal behavior. *Public health reviews*, 34(2), 1-20.

Hawton, K. I., Comabella, C. C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*. 147(1), 17- 28.

- Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behav Ther*; 41(4): 567-74.
- Manwell, L.A., Barbic, S.P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*. 2;5(6), e007079 .
- O' Cleirigh, C. Ironson, G. & Smits, J. A. (2007). Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV?. *Behavior therapy*, 38(3), 314-323.
- Sher, L., Oquendo, A., & Mann, J. (2001). Risk of suicide in mood disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 337-344.
- Simons, J., & Gaher, R. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83-102.
- Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, 152(20), 1-9.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Vujanovic, A. A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press.

