

نقش مؤلفه های کارکرد خانوادگی در پیش بینی تفکرات خودکشی گرایانه دانش آموزان^۱

حسین عابدی پریجا^۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش مؤلفه‌های کارکرد خانوادگی در پیش بینی تفکرات خودکشی گرایانه در دانش آموزان انجام شد. روش: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام دانش آموزان دختر و پسر مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه دوره دوم شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بودند و از بین آنها تعداد ۳۰۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. آزمودنی‌ها با ابزارهای پژوهش شامل مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI)، پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده (FAD) مورد آزمون قرار گرفتند. برای تحلیل داده از ضرایب همبستگی پیرسون به منظور بررسی رابطه متغیرها و از تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی متغیرها استفاده شد. یافته‌ها: یافته های پژوهش نشان داد که بین نمره کارکرد کلی ناسالم خانواده با تفکر خودکشی گرایانه در دانش آموزان ارتباط مثبت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$)، یعنی با افزایش کارکردهای ناسالم خانواده که شامل، حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها و مسئولیت‌ها، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی می‌باشد، تفکر خودکشی گرایانه در دانش آموزان افزایش می‌یابد. نتیجه گیری: نوع کارکرد خانواده می‌تواند در تفکر خودکشی گرایانه دانش آموزان تاثیرگذار باشد و این مهم بیانگر اهمیت درمان‌های سیستمی و ارزیابی خانواده درمانی در طرح‌های درمانی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی می‌باشد.

واژگان کلیدی: تفکر خودکشی گرایانه، کارکرد خانواده، دانش آموزان.

^۱ تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۸/۲۶ - تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۱۰/۳

^۲ کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. Abedi005@gmail.com

مقدمه

نوجوانی یکی از بحرانی ترین دوره‌های رشدی است (احدی و جمهری، ۱۳۹۴) و برخی از محققان پیشنهاد کرده‌اند که سبب شناسی خودکشی در نوجوانان به دلیل اینکه این مرحله از زندگی با تغییرات سریع، نظیر تغییر در ساخت خانوادگی، ترک خانواده، افزایش دسترسی به مواد مخدر و الکل، مشکلات مالی، اجتماعی و تحصیلی همراه است، از سایر سنین بیشتر است (ما، باترهام، کالیر و هان^۱، ۲۰۱۶). آمار رفتارهای مرتبط با خودکشی در ایران از ۶/۶ نفر در سال ۲۰۰۰ به ۹/۹ نفر در سال ۲۰۱۷ افزایش یافته و به ازای هر خودکشی موفق، ۲۰ تا ۲۵ نفر اقدام به خودکشی نیز صورت می‌گردد و بر آوردهای محافظه کارانه نیز نشان می‌دهد که در سال ۲۰۱۶، ۱۹۸۰۰۰ نفر در ایران مرتکب خودکشی شده‌اند (حسنیان مقدم و زمانی، ۲۰۱۷؛ به نقل از کیانی، رشید و رضانی، ۱۳۹۸). همچنین نتایج یک مطالعه مروری منظم در کشور ایران نشان داده است که اقدام به خودکشی در نوجوانان ایرانی از ۱/۸ تا ۳/۵ درصد متغیر بوده است (باختر و رضاییان، ۱۳۹۵). پدیده خودکشی به عنوان تهدیدی جدی برای سلامت عمومی در جهان مطرح است و بیشترین میزان رفتارهای منجر به خودکشی، به کشورهای با سطح درآمد کم و متوسط اختصاص دارد (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۱۴) و به عنوان یکی از علل اصلی مرگ و میر در جهان و اولویت مهم بهداشت عمومی و مشکل بزرگی بر سر راه سلامت روان اعضای جامعه تبدیل شده است (آپتر^۳، ۲۰۱۲؛ دانکر، باترهام، وان اوردن، کریستینسن^۴، ۲۰۱۴). بر اساس گزارش رسمی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۱) در طی سال‌های اخیر، مرگ ناشی از خودکشی روندی صعودی داشته است و پیش بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ میلادی تقریباً یک میلیون و پانصد و سی هزار نفر، اقدام به خودکشی خواهند کرد و بر آورده شده که میزان اقدام به رفتار خودکشی واقعی ۱۰ تا ۲۰ برابر این رقم می‌باشد که از این بین افراد بین ۱۵ تا ۲۹ سالگی بیشترین آسیب پذیری را دارند. افکار خودکشی‌گرایانه بر وقوع هر گونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد. و این افکار، طیفی از اندیشه‌های مهم در مورد امکان خاتمه زندگی تا خودکشی کامل را در بر می‌گیرد و تصمیم به خودکشی‌گرایانه می‌تواند به علت احساس عدم قدرت مقابله با مشکلات خود و عدم پاسخ دیگران نسبت به احتیاجات او باشد (برنز و براون^۵، ۲۰۱۱). افکار خودکشی‌گرایانه مقدمه اقدام

¹ - Ma, Batterham, Calear & Han

² - World Health Organization

³ - Apter

⁴ - Donker, Batterham, Van Orden & Christensen

⁵ - Burns & Brown

به خودکشی است و معمولاً با احساساتی نظیر ناامیدی و بیچارگی همراه است (برنهام^۱، ۲۰۱۱) و افکار خودکشی گرایانه پیش بینی کننده مؤثری برای اقدام به خودکشی حتی بعد از کنترل عوامل روانشناختی مانند افسردگی است، بنابراین برای پیشگیری اولیه از خودکشی ضروری است که مطالعات عمیق تری روی همبسته‌های افکار خودکشی گرایانه انجام شود (تسیپ، اونز، هاجکک و گیپ^۲، ۲۰۱۷). خودکشی یک رفتار چند بعدی است که در نتیجه عوامل مختلف از جمله پیشینه خانوادگی، درگیری های خانوادگی، عوامل عصبی و زیستی و سو مصرف مواد بروز پیدا می کند (کلونسکی، کوتوف، باکست، رابینوویتز، برومت^۳، ۲۰۱۲). بسیاری از پژوهشگران خودکشی را به شکل طیفی در نظر می گیرند که با نبود افکار خودکشی گرایانه شروع می شود و به افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی کامل می رسد (سافر و کلونوسکی^۴، ۲۰۱۸).

همواره باید به این موضوع توجه داشت که بروز مشکلات در دوره نوجوانی با نوع رفتار والدین، تربیت آنها، نوع مراقبت، ایجاد امنیت و غیره نیز در ارتباط است و خانواده اولین سازمانی است که بسترساز رشد و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی کودک و عامل رسیدن وی به تعادل (فیزیکی، روانی و اجتماعی) است. اجتماعی شدن و آشنایی با قوانین، نقش‌ها و ارزش های فرهنگی به طور طبیعی در خانواده صورت می پذیرد. این سیستم اجتماعی کامل با ایجاد پیوندهای عاطفی و مراقبتی قوی، اعضا را کنار یکدیگر نگه می دارد. در بخشی از این تعامل، هر خانواده دارای یک ساختار است که می تواند کارآمد یا ناکارآمد، بی نظم و آشفته یا خشک و انعطاف ناپذیر باشد. کارکرد خانواده نیز یکی از شاخص های مهم تضمین کننده سلامت جسم و روان خانواده و اعضای آن است (وان هرینگن^۵، ۲۰۱۱) و به عنوان آن چیزی تلقی می شود که خانواده به عنوان یک واحد اجتماعی انجام داده و شامل مواردی همچون ارتباط برقرار کردن و دستکاری محیط برای حل مشکلات را در بر می گیرد که مهمترین آنها کارکرد عاطفی، اجتماعی، زاد و ولد، اقتصادی و تأمین سلامتی، همبستگی، ابراز وجود خود در نظام خانواده، تعارض، گرایشهای فرهنگی و تفریحی، انضباط خانوادگی و جامعه پذیری خانواده است (بتانکورت و همکاران، ۲۰۱۷). تعارض با والدین به طور مستقیمی با خودکشی گرای نوجوان رابطه داشته و تعارض و مشکلات حل نشده خانوادگی از معمول ترین اتفاقات

¹ - Burnham

² - Tsypes, Owens, Hajcak & Gibb

³ - Klonsky, Kotov, Bakst, Rabinowitz & Bromet

⁴ - Saffer & Klonsky

⁵ - Van Heeringen

پراسترس گزارش شده ای است که قبل از اقدام به خودکشی و خودکشی های موفق در نوجوانان وجود داشته اند (ولز و هیلبرن، ۲۰۱۲). سطح پایین کارکرد خانواده نیز به عنوان منبع استرس مرتبط با افکار خودکشی گرایانه شناخته شده است، به طوری که می توان با استفاده از زیرمقیاس های پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده، جوانانی را که اقدام به خودکشی کرده اند از گروه افسرده و گروه طبیعی متمایز کرد (فرانکلین^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج مطالعات آینده نگر حاکی از آن است که برخی از ویژگی های سیستم خانواده از جمله حمایت خانوادگی، انسجام، سازگاری پذیری و شاخص های کلی بدکارکردی خانواده می توانند افکار خودکشی گرایانه را پیش بینی کنند. به عنوان مثال، یافته های به دست آمده از یک پژوهش طولی نشان داده است که تحلیل نمره های کارکرد خانواده با مدل لجستیک، افکار خودکشی گرایانه را تا ۰/۸۳ درصد طی دو سال آینده پیش بینی می کند (ارلانگسن، لیند و استوارت^۲، ۲۰۱۵). یافته های پژوهشی نشان می دهند که در خانواده هایی که والدین سبک طرد کننده دارند و روابط ضعیف و ناکارآمد بین والدین و فرزندان باعث می شود که فرزندان از استرس بیشتری رنج ببرند و احساس کنند که از نظر اجتماعی مورد حمایت نیستند و در موقعیت های مشکل زا نیز احساس تنهایی کنند (ماتیجویک، جووانویک، لازارویک^۳، ۲۰۱۴؛ کیم، لی^۴، ۲۰۱۳). روابط همخوان بین والدین و فرزندان باعث اعتماد به نفس آنها در مواجهه با چالش های زندگی می شود و باعث بالا رفتن خودکارآمدی می شود (گیورتز، سرگین^۵، ۲۰۱۴) و کیفیت این نوع از روابط و کارکرد مناسب خانواده در ساختار کلی، با پیامدهای مثبت و منفی در دوره جوانی همراه است که شامل شایستگی اجتماعی، ارزش های مثبت، افسردگی و پرخاشگری می گردد (مک کینی، رنک^۶، ۲۰۱۱). کوترا و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که اختلال در انسجام و ابعاد و مولفه های کارکردی خانوادگی باعث بیماری روانی می شود و می تواند فرد را به سمت اقدامات خود تخریب گرایانه سوق دهد. به همین جهت، در صورت روبرویی با مشکلات؛ بکارگیری مهارت های حل مساله، ایجاد ارتباط درست و پاسخدهی عاطفی نقش مهمی در بافت خانواده دارد و به طوری که باعث تسهیل شایستگی فرزندان می

¹ - Franklin

² - Erlangsen, Lind & Stuart

³ - Matejevic, Jovanovic, Lazarevic

⁴ - Kim & Lee

⁵ - Givertz & Segrin

⁶ - McKinney & Renk

شود و به صورت یک بافت اولیه عمل می کند که در آن سایر رفتارهای اجتماعی شدن رخ می دهد و آسیب ها را کاهش می دهد (آر، شافر^۱، ۲۰۱۶).

بر اساس ادبیات پژوهش، آمارها نشان دهنده افزایش میزان اقدام به خودکشی و پیچیده و چندبعدی بودن علت وقوع آن در جامعه فعلی می باشد، که از این بین نقش عوامل و مولفه های کارکرد خانوادگی به دلیل پیچیده بودن تعریف، جایگاه، نقش و ساختار و رو به تغییر بودن مفهوم خانواده در زندگی افراد امروزی می تواند از عواملی باشد که در این مقوله باید بدان توجه خاصی شود. از آنجایی که الگوها، کارکردها و روابط در خانواده یکی از مهم ترین عوامل اثرگذار در خودکشی است و توجه چندانی به الگوها و مولفه های کارکردی خانوادگی اثرگذار در خودکشی نشده است (گران، بالارد، اولسون-مادن^۲، ۲۰۱۵) و همچنین با توجه به اهمیت موضوع خودکشی و افزایش آن در سال های آتی، مطالعه حاضر بر آن است تا به پیش بینی تفکرات خودکشی گرایانه بر اساس مولفه های کارکرد خانوادگی در دانش آموزان را مورد پژوهش قرار دهد.

روش شناسی

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بوده و جامعه آماری آن شامل تمامی دانش آموزان مقطع متوسطه دوره دوم مدارس دولتی شهر تهران در سال ۱۳۹۷-۹۸ تحصیلی است، که از جامعه آماری فوق مجموع ۳۰۰ نفر از دانش آموزان (دختر و پسر) با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. حجم نمونه از طریق فرمول کوکران ۳۵۰ نفر محاسبه شد، اما در نهایت به دلیل محدودش بودن برخی از پرسشنامه ها حجم نمونه ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد. پژوهشگر پس از هماهنگی های لازم، پرسشنامه ها را به دانش آموزان دبیرستانی تحویل داد و به آنها توضیح داد که این پرسشنامه ها برای انجام طرح پژوهشی گردآوری شده است. دانش آموزان مجبور به شرکت در طرح نیستند و در صورت شرکت در طرح، اطلاعات شخصی آنها محرمانه باقی خواهد ماند. تکمیل پرسشنامه ها حدوداً ۲۰ تا ۳۰ دقیقه زمان برد و بعد از تکمیل شدن در همان جلسه از آنها دریافت شد و در نهایت برای تحلیل داده های پژوهش از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون، به منظور بررسی رابطه متغیرها و از مدل تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی متغیرها از طریق نرم افزار SPSS استفاده شد. ملاحظات اخلاقی

¹ - Are & Shaffer

² - Grant, Ballard & Olson-Madden

که در این پژوهش رعایت شد، شامل آگاه نمودن مشارکت کنندگان در خصوص اهداف مطالعه، حق انصراف از شرکت در مطالعه در هر زمان از تحقیق، محرمانه نگه داشتن کلیه اطلاعات مربوط به آنان، اخذ رضایت نامه و حق آگاهی از نتایج مطالعه بود.

ابزار پژوهش

مقیاس افکار خودکشی بک^۱

این مقیاس توسط بک (۱۹۷۹) برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شد. اجرای آن از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته بوده و برآوردی عددی از شدت افکار و امیال خودکشی گرایانه گرایانه فراهم می کند. این مقیاس مشتمل بر ۱۹ ماده است که توسط بالینگر بر روی یک مقیاس سه نقطه ای از صفر (کمترین شدت) تا ۲ (بیشترین شدت) درجه بندی می شود. پنج ماده ی اول میل آزمودنی به زنده بودن یا مردن را غربالگری میکند و از این طریق مدت زمان اجرا در افراد فاقد میل خودکشی کاهش میدهد. تنها افرادی که آرزوی انجام اقدام فعالانه یا منفعلانه خودکشی را گزارش کنند در مواد ۶ تا ۱۹ درجه بندی می شوند. این مواد به طول مدت و فراوانی افکار خودکشی گرایانه، طرح و برنامه خودکشی، میزان آرزوی مردن، احساس کنترل بر آرزوهای خودکشی گرایانه، وسیله و فرصت روش خودکشی، نیرومندی آرزوی زنده بودن و آرزوی مردن، بازدارنده های درونی و بیرونی و سابقه اقدامات قبلی خودکشی مربوط می شود. اعتبار و پایایی مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک در پژوهش های گوناگون تایید شده است. آلفای کرونباخ (همسانی درونی) و پایایی هم زمان این مقیاس به ترتیب بین ۰/۸۹، ۰/۹۶ و ۰/۸۳ بوده است (بک و استیر^۲، ۱۹۹۱). این مقیاس در ایران توسط انیسی، فتحی آشتیانی، سلطانی نژاد و امیری (۱۳۸۴) اعتباریابی شده است. پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی هم زمان آن با مقیاس افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش شده است.

^۱- Beck suicide ideation scale: BSSI

^۲- Beck, Steer

پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده^۱

این آزمون دارای ۶۰ سؤال است که برای سنجش کارکرد خانواده طبق الگوی مک مستر^۲ تدوین شده است. این ابزار توسط اپشتاین^۳، بالدوین^۴ و بیشاب^۵ (۱۹۸۳) طراحی شده است و توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خود گزارش دهی، مورد سنجش و ارزیابی قرار میدهد. این الگو ویژگی‌های ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و دارای شش بعد است که عبارت است از: حل مساله، ارتباط، نقشها، پاسخدهی عاطفی، مشارکت عاطفی و کنترل رفتار. لذا این ابزار متناسب با این شش بعد، از شش خرده مقیاس برای سنجش آنها به علاوه‌ی خرده مقیاس هفتم که مربوط به عملکرد کلی است تشکیل شده است. نمره گذاری این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. تمام پاسخ‌ها از ۱ تا ۴ نمره گذاری شده است، نمره بالاتر نشانه کارکرد ناسالم تر است. به سؤال هایی که توصیف عملکرد ناسالم است، یعنی مجموعاً به (۳۳ سؤال) نمره معکوس داده می‌شود. در این آزمون نمرات کمتر بیانگر عملکرد سالم تر بود. این مقیاس پس از تهیه توسط مولفان در سال ۱۹۸۳ بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا گردید. دامنه ضریب آلفای خرده مقیاس های آن بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ به دست آمد که همسانی درونی خوبی را نشان می‌دهد. ابزار سنجش خانواده با ضریب آلفای خرده مقیاس های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی برخوردار بوده است (لافاور^۶، ۲۰۱۷). پایایی این پرسشنامه در ایران توسط سنایی (۲۰۰۸) برای هریک از مقیاس‌ها به ترتیب (حل مشکل ۰/۶۱، ارتباط ۰/۳۸، نقش‌ها ۰/۷۲، پاسخدهی عاطفی ۰/۶۴، مشارکت عاطفی ۰/۶۵، کنترل رفتار ۰/۶۱ و کل مقیاس ۰/۹۲) بدست آمده و مورد بررسی و تایید قرار گرفته است.

یافته‌ها

داده های به دست آمده با استفاده از روش های مناسب آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار توصیف شده اند و جهت تحلیل از روش هبستگی اسپیرمن و پیرسون و آزمون رگرسیون با استفاده از نرم افزار SPSS استفاده شد.

¹ - Family Assessment Device: FAD

² - Mac Master

³ -Epishtayn

⁴ - Baldovin

⁵ -Bishop

⁶ - Lafavor

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که ۵۰/۳ درصد پاسخگویان دختر و ۴۹/۷ درصد پسر هستند و میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه مورد مطالعه نیز ۱۶/۱۱ سال بوده است و میانگین سنی پدران آنها ۴۸/۱۱ و میانگین سنی مادران آنها ۴۵/۰۳ سال بود و ۱۵/۷ درصد پدران آزمودنی‌ها دارای تحصیلات ابتدایی و کمتر، ۶۷/۲ درصد آنها راهنمایی تا دیپلم و ۱۷/۵ درصد هم فوق دیپلم و بالاتر بودند. علاوه بر این ۲۲/۶ درصد مادران آزمودنی‌ها دارای تحصیلات ابتدایی یا کمتر، ۶۷/۵ درصد راهنمایی تا دیپلم و ۹/۵ درصد هم فوق دیپلم یا بالاتر بودند. ۲۳/۶ درصد آزمودنی‌ها بدون برادر، ۴۳/۵ درصد دارای یک برادر، ۴/۲۰ درصد دو برادر، ۶/۲ درصد سه برادر و ۵/۵ درصد دارای چهار برادر یا بیشتر بودند. ضمن اینکه ۲۷/۸ درصد آزمودنی‌ها بدون خواهر، ۳۵ درصد دارای یک خواهر، ۱۹/۹ درصد دو خواهر و ۱۷/۴ درصد دارای سه خواهر یا بیشتر بودند.

جدول شماره ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

تعداد	بیشینه	کمینه	انحراف معیار	میانگین	
۳۰۰	۲۰۴	۱۴۷	۱۶,۸۹۲	۱۷۲,۸۴	کارکرد کلی خانواده
۳۰۰	۲۲	۷	۳,۷۶۴	۱۴,۲۸	حل مسأله
۳۰۰	۳۰	۱۸	۳,۳۳۹	۲۴,۰۸	ارتباط
۳۰۰	۴۳	۲۴	۵,۰۵۲	۳۲,۲۰	نقش‌ها و مسئولیت‌ها
۳۰۰	۳۰	۱۳	۴,۴۱۲	۲۱,۰۴	آمیختگی عاطفی
۳۰۰	۳۶	۲۰	۳,۸۹۶	۲۸,۵۲	کنترل رفتار
۳۰۰	۲۴	۱۳	۲,۴۵۹	۱۸,۱۲	پاسخگویی عاطفی
۳۰۰	۱۹	۰	۴,۹۶۹	۱,۹۶	تفکرات خودکشی گرایانه

با توجه به جدول فوق ملاحظه می‌شود، میانگین کلی کارکرد خانواده 172.84، نقش‌ها و مسئولیت‌ها 32.20، کنترل رفتار 28.52، ارتباط 24.08، آمیختگی عاطفی 21.04، پاسخگویی عاطفی 18.12، حل مسأله 14.28 و تفکر خودکشی‌گرایانه هم 1.96 است.

جدول شماره ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	تفکرات خودکشی گرایانه	ارتباطات	نقش ها و مسئولیت ها	کنترل رفتار	آمیختگی عاطفی	پاسخگویی عاطفی	حل مسأله	کارکرد کلی
تفکرات خودکشی گرایانه	۱	۰.۲۲۹	۰.۲۲۹	۰.۲۲۸	۰.۱۶۹	۰.۱۱۹*	۰.۲۷۸	۰.۱۲۲
ارتباطات	۰.۲۲۹	۱	۰.۳۳۹**	۰.۴۲۰**	۰.۴۰۶**	۰.۱۴۴*	۰.۲۸۹**	۰.۳۱۲**
نقش ها و مسئولیت ها	۰.۲۲۸	۰.۳۳۹**	۱	۰.۲۶۰**	-۰.۳۸۹**	۰.۳۳۹**	-۰.۲۵۱**	-۰.۲۰۳**
کنترل رفتار	۰.۱۶۹	۰.۴۲۰**	۰.۲۶۰**	۱	۰.۳۶۱**	۰.۲۴۰**	۰.۴۳۸**	۰.۴۰۰**
آمیختگی عاطفی	۰.۱۱۹*	۰.۴۰۶**	-۰.۳۸۹**	۰.۳۶۱**	۱	۰.۶۵۹**	۰.۶۳۵**	۰.۴۱۵**
پاسخگویی عاطفی	۰.۲۷۸	۰.۱۴۴*	-۰.۳۳۹**	۰.۲۴۰**	۰.۶۵۹**	۱	۰.۵۸۳**	۰.۵۵۸**
حل مسأله	۰.۱۲۲	۰.۲۸۹**	-۰.۲۵۱**	۰.۴۳۸**	۰.۶۳۵**	۰.۵۸۳**	۱	۰.۳۷۹**
کارکرد کلی	۰.۱۲۸	۰.۶۹۰**	۰.۰۷۰	۰.۶۹۵**	۰.۷۶۸**	۰.۶۸۳**	۰.۷۳۴**	۱

** (p<۰/۱)، * (p<۰/۵)

نتایج جدول فوق نشان داد که بین کارکرد خانوادگی و ابعاد آن (حل مشکل، ارتباط، ایفای نقش، پاسخدهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار) با تفکرات خودکشی گرایانه دردانش آموزان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و به عبارت دیگر فرض صفر H_0 رد و فرض خلاف H_1 تایید می شود ($p<۰/۵$).

جدول شماره ۳: تأثیر شاخص های کارکرد خانوادگی بر تفکرات خودکشی گرایانه

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		t	سطح معناداری	R ²
	B	خطای استاندارد	Beta				
مقدار ثابت	-4.049	3.258	-	0.018	0.215	0.029	
حل مسأله	0.171	0.116	0.131	1.466	0.144		
ارتباط	-0.067	0.117	-0.046	-0.575	0.566		
نقش ها و مسئولیت ها	0.372	0.103	0.359	4.958	0.041		
آمیختگی عاطفی	-0.132	0.103	-0.119	-1.281	0.201		
کنترل رفتار	0.111	0.104	0.088	1.066	0.287		
پاسخگویی عاطفی	0.246	0.159	0.215	3.925	0.045		

با توجه به مندرجات جدول ۳. ملاحظه می شود، ضریب تعیین مدل بسیار کم و $0/029$ است یعنی $0/029$ تغییرات مدل توسط متغیرهای مستقل شاخص های کارکرد خانوادگی تبیین می شود. در بین متغیرهای مستقل سطح معناداری کارکرد ناسالم، نقش ها و مسئولیت های ناسالم و پاسخگویی عاطفی ناسالم کمتر از $0/05$ است در نتیجه فرض صفر در سطح $0/05$ رد می شود. به این ترتیب کارکرد ناسالم، نقش ها و مسئولیت های ناسالم و پاسخگویی عاطفی ناسالم در خانواده با تفکر خودکشی گرایانه در دانش آموزان ارتباط معنادار دارد. یعنی با $0/30$ واحد کاهش کارکرد ناسالم تفکر خودکشی گرایانه در دانش آموزان به میزان یک واحد افزایش پیدا می کند. با $0/35$ واحد افزایش نقش ها و مسئولیت های ناسالم تفکر خودکشی - گرایانه در دانش آموزان به میزان یک واحد افزایش پیدا می کند. با $0/21$ واحد افزایش پاسخگویی عاطفی ناسالم تفکر خودکشی گرایانه در دانش آموزان به میزان یک واحد افزایش پیدا می کند. روابط بین سایر متغیرها معنادار نیستند.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش مؤلفه های کارکرد خانوادگی در پیش بینی تفکرات خودکشی گرایانه در دانش آموزان مقطع متوسطه دوره دوم شهر تهران انجام شد. براساس نتایج، ارتباط معنی دار آماری بین کارکرد خانواده و پیش بینی تفکرات خودکشی گرایانه در دانش آموزان وجود داشت، در واقع، نتایج نشان داد که کارکرد خانوادگی، می تواند پیش بینی کننده رفتار خودکشی گرایانه در دانش آموزان باشد، یعنی با افزایش کارکرد کلی ناسالم خانواده تفکر خودکشی گرایانه در دانش آموزان افزایش داشته است که این یافته ها با نتایج تحقیقات (ولز و هیلبرن، ۲۰۱۲؛ لای کوک و شک، ۲۰۱۰؛ بتانکورت و همکاران، ۲۰۱۷؛ ارلانگسن، لیند و استوارت، ۲۰۱۵؛ کوترا و همکاران، ۲۰۱۶) هم خوانی دارد. افکار خودکشی گرایانه، به افکار فرد درباره نبود کردن خود یا و تصور عمل خودکشی در ذهن گفته می شود. کارکرد خانواده ها در ایجاد این افکار نقش مهمی دارد. خانواده ها زمانی که از انسجام برخوردارند به گونه ای اثربخش عمل می کنند؛ بنابراین قادرند تعادلی را بین جدایی با و هم بودن برقرار سازند و در عین حال می باید انعطاف پذیری خود را برای برون سازی با تغییر حفظ کنند؛ بنابراین به اعضای خود در انطباق با تغییر کمک می کنند. خانواده صورت های پیچیده ای از پیام رسانی های آشکار و پنهان را به وجود می آورد و روش های مذاکره و مسئله گشایی مفصلی در اختیار اعضای خود قرار می دهد تا آن ها تکالیف مختلفی را با موفقیت به انجام رسانند و افرادی در که خانواده ای با کارکردهای

ضعیف زندگی می کنند در مواجهه با مشکلات توانایی را لازم برای تغییر یا انطباق ندارند و بیشتر به پایان دادن زندگی خود فکر می کنند (پارک، یانگ کو و شپ، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش لی^۱ و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که با افزایش کارکرد کلی ناسالم در خانواده خانواده و ابعاد آن (کارکرد ناسالم در خانواده، حل مسأله ناسالم در خانواده، ارتباطات ناسالم در خانواده، آمیختگی عاطفی ناسالم در خانواده، کنترل رفتار ناسالم در خانواده، پاسخگویی عاطفی ناسالم در خانواده) تفکر خودکشی گرایانه در دانش آموزان افزایش داشته است.

افراد اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با افراد غیر اقدام کننده به خودکشی، مؤلفه های خانوادگی (ارتباط، حل مسأله، نقش ها و مسئولیت، پاسخگویی عاطفی، کنترل رفتار و آمیختگی عاطفی) و کارکرد کلی خانواده، کارکرد ضعیف تری داشتند، این اقدام کننده به خودکشی از سبک حل مسأله هیجان مدار استفاده کرده و پیش از اقدام به خودکشی با رویدادهای استرس زای بیشتری در زندگی روبرو بوده اند، که یافته های پژوهش حاضر، با یافته های سایر پژوهش هایی که به ارزیابی و مقایسه متغیرهای روانشناختی و خانوادگی در افراد اقدام کننده به خودکشی با غیر اقدام کننده پرداخته اند (کلونسکی، کوتوف، باکست، رابینوییتز، برومت، ۲۰۱۲)، همخوانی دارد.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که کارکردهای خانوادگی بالا به عنوان یک عامل محافظتی برای شرکت کنندگان عمل می کند، به عبارت دیگر داشتن کارکرد خانوادگی بالا، افکار خودکشی گرا را کاهش میدهد که این یافته با ها نتایج تحقیقات قبلی همخوانی دارد؛ همچنین نتایج نشان داد که از بین ویژگی های خانوادگی، حل مسأله و کارکرد کلی خانواده و از بین سبک های حل مسأله، سبک مدار به طور منفی و رویدادهای استرس زای زندگی به طور مثبتی اقدام به خودکشی را در نمونه مورد بررسی پیش بینی می کند. خانواده همواره یک تکیه گاه برای اعضای خود محسوب میشود و نخستین مدرسه سلامت روان است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که خانواده های دارای کارکرد بالا نسبت به اعضای خود حمایت گر بوده و برای اعضای خود احساس امنیت فراهم می کنند و به دلیل ایفای نقش درست و یاد دادن روش های حل مسئله به فرزندان خود، اعضای این خانواده ها در مواجهه با مشکلات کم تر دچار فشار روانی زیاد شده و در صورت وجود مشکلات زیاد هم به خاطر اعتماد به پشتیبانی و همکاری خانواده

^۱ - Lee

کم تر به افکار خودکشی گرا روی می آورند. از این رو شناخت به موقع و آگاهی از مشکلات عاطفی و روانی خانواده برای برنامه های مداخله ای و پیشگیری از خودکشی گرایانه امری ضروری است. مطالعات زیادی ارتباط بین ویژگی های خانوادگی و رفتار خودکشی را مورد بررسی قرار داده اند که مؤید نتایج این پژوهش می باشند (کیدز^۱، ۲۰۰۷؛ آر، شافر، ۲۰۱۶).

همچنین نتایج پژوهش ها بیانگر این است که قربانیان دارای رفتارهای مرتبط با خودکشی، فشارهای خانوادگی بیشتری را نسبت به گروه کنترل تجربه می کنند. به هر حال کسانی که در خانواده دارای مشکل می باشند ممکن است دامنه باریکی از احساس ها را در جهت سازگاری با منابع فشار نشان دهند. هماهنگ با یافته های این تحقیق، ادبیات گسترده های از این یافته حمایت می کند که رویدادهای ناخوشایند زندگی افراد را نسبت به رفتار خودکشی آسیب پذیر می کند. برای مثال، رویدادهایی مانند والدین طلاق گرفته، والدین ناسازگار، خانواده پرمشاجره، تاریخچه سوءاستفاده جسمی و جنسی در دوره کودکی، سبک فرزندپروری معیوب و غفلت کننده که در آن والدین عامل استرس به شمار می رود، با رفتارهای خودکشی گرایانه رابطه دارد (پامپیلی و همکاران، ۲۰۱۱). مطابق با مطالعات صورت گرفته، الگوهای ارتباطی موجود در خانواده، بر الگوهای ارتباطی که فرزندان بعدها در خانواده خود به کار خواهند برد، مؤثر است. ارتباط محدود به کلمات نمی شود بلکه گوش دادن، سکوت، برخورد نگاه ها، حالت چهره، ژست ها، لمس کردن، حالت بدن و تمام نمادهای غیر کلامی دیگر و رمزهایی که برای ارسال و دریافت معنا به کار می روند را نیز شامل می شود (ویتنبرگ، بورنمان، کوزیواس، دل فرارو، فرل^۲، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش چن و چانگ^۳ (۲۰۱۰) نیز در هنگ کنگ نیز نشان داد حمایت خانواده می تواند منجر به کاهش گرایش به خودکشی در افراد گردد و حمایت بهتر در خانواده با کارکرد بهتر خانواده و آمیختگی عاطفی و پاسخگویی عاطفی در خانواده همراه است، از این رو این یافته نیز با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در تبیین این یافته ها می توان گفت کارکرد خانواده در سال های نخستین زندگی نقش زیادی در شکل گیری احساس فرد نسبت به آینده دارد. خانواده هایی که هرج و مرج و درگیری وجود دارد و والدین از فرزندان خود حمایت نمی کنند، کودک نمی تواند به آن ها متکی باشد و

^۱ - Kids

^۲ - Wittenberg, Borneman, Koczywas, Del Ferraro & Ferrell

^۳ - Chen & Chung

خواه ناخواه و کم بیش احساس ناامیدی می کند؛ بنابراین در آینده هم نمی توانند شیوه مستقلی برای مقابله با مشکلات داشته باشند و این به نوبه ی خود به ناامیدی بیشتر منجر می شود و در نهایت این افکار ممکن است که آنها را به سمت ایده پردازی هایی در زمینه خودکشی سوق دهد. همچنین میتوان گفت که عوامل خانوادگی ذکر شده مانند دل بستگی سالم، رابطه سالم والدین، سبک فرزندپروری، وجود همبستگی در خانواده و رابطه سالم بین والدین و فرزندان و سلامت روان والدین باعث می شود که افراد در بستری از روابط سالم و ایمن و با شیوه های درست ابراز هیجانات رشد یابند و الگویی از فرایندهای حل مسأله را در خود ایجاد کنند که کمتر به راه حل های هیجان مدار و ناکارآمدی مانند خودکشی در برخورد با تعارضات و مشکلات گریزناپذیر زندگی خانوادگی استفاده کنند. روابط سالم بین والدین با همدیگر و با فرزندان و سلامت روان والدین چنانکه در پژوهش های بالا نیز مشخص شد، میتواند با ایجاد دل بستگی ایمن و شکل دهی هیجانات مثبت، افراد خانواده را از پیشروی در چرخه معیوب تعاملات آسیب زای درون خانوادگی میرا دارد. در این خانواده ها تعاملات باز و شفاف و گشوده است، هیجانات سرکوب نمی شود و به درستی ابراز می شود، افراد از نیازها و مشکلات هم دیگر آگاهی دارند و به همین دلیل افراد درون چنین خانواده هایی از مکانیزم های مؤثرتری برای روبرو شدن با مشکلات استفاده می کنند.

به طور کلی یافته های این پژوهش بیانگر این امر بوده که مشخص شدن ویژگی های ناسالم کارکردی در خانواده در افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، می تواند پیش بینی کننده گرایش فرد به خودکشی باشد و توجه به الگوهای ارتباطی موجود در خانواده برای پیشگیری از خودکشی ضروری است. با توجه به اهمیت کارکرد خانواده در بروز آسیب های روانی همچون اقدام به خودکشی در نوجوانان، پیشنهاد می شود که در سطح کشور مشاوره های قبل از ازدواج و فرهنگ سازی توسط متخصصان مربوط اجرا گردد. با شروع زندگی و به ویژه سال های اولیه زندگی مشترک، جهت آموزش ارتباط و کمک به تقویت اتحاد والدین و افزایش کارایی همسران میتوان برنامه های آموزشی مناسبی را تدوین نمود. از نتایج حاصل از پژوهش میتوان در جلسه های مشاوره خانواده و آموزش مهارت های زندگی اجتماعی برای والدین سود جست و نهادها و سازمان های متولی تربیتی میتوانند از یافته های این پژوهش در جهت کاهش احساسات و رفتارهای نامطلوب و نادرست در فرزندان و ایجاد شرایط مطلوب در خانواده، به ارتقا سلامت جامعه کمک کنند. درخصوص مراحل چرخه زندگی، در سطح عمومی میتوان از طریقه رسانه های جمعی، به افزایش سطح آگاهی و دانش خانواده ها اقدام کرد و در سطح اختصاصی با ایجاد کارگاه های آموزشی برای خانواده ها، آموزش ارتباط، حل تعارض،

شیوه های فرزندپروری و غیره را اجرا نمود. بدیهی است که با بالا بردن سطح کارایی خانواده ها، احتمال بروز مسایل روانی - رفتاری در فرزندان کاهش می یابد و بدین وسیله از صرف هزینه های بیشتر ناشی از بروز اختلالات و پیامدهای سنگین آن جلوگیری می شود.

این پژوهش چون صرفا در مورد دانش آموزان دختر و پسر متوسطه شهر تهران انجام شده است، در تعمیم نتایج آن به دانش آموزان دختر و پسر سایر شهرها و سایر مقاطع تحصیلی باید جانب احتیاط را در نظر گرفت. از جمله محدودیت های دیگر این پژوهش عدم بررسی متغیرهای تعدیل گری است که می توانند بین افکار خودکشی گرایانه و کارکرد خانوادگی نقش تعدیل گر داشته باشند، از جمله این متغیرها می توان به وضعیت اقتصادی، فرهنگی، هوش و غیره اشاره کرد. براین اساس پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی نقش تعدیل گر متغیرهای نامبرده مورد سنجش قرار گیرد. همچنین باید در مطالعات بعدی، اولاً به بررسی علل موثر به خودکشی دانش آموزان پرداخت و علاوه بر آن نیز مطالعات مشخصی هم بر دانش آموزان اقدام کننده به خودکشی انجام گیر تا مشخص شود در این افراد چقدر از عوامل مورد اشاره در این پژوهش و حتی سایر عوامل فردی و تحصیلی دخیل هستند. همانطور که می دانیم در تبیین رفتارهای پرخطر از جمله خودکشی تنها یک یا چند عامل معدود دخیل نیستند، بلکه این پدیده حاصل تعامل عوامل متعددی چون عوامل محیطی، اجتماعی، خانوادگی و فردی می باشد، لذا بهتر است به منظور افزایش دقت و کارآمدی برنامه های پیشگیری در پژوهشهای آتی سایر متغیرها نیز شناسایی و بررسی شده و روابط ساختاری آن ها با یکدیگر در پیشینی اقدام به خودکشی مورد مطالعه قرار گیرد و همچنین عوامل و مولفه های کارکرد خانوادگی شناسایی شده دخیل در گرایش به تفکرات خودکشی گرایانه در پژوهش حاضر میتواند از لحاظ سبب شناسی، آموزش و پیشگیری، مؤثر و جنبه کاربردی داشته باشد.

یافته های این پژوهش میتواند منبع اطلاعاتی خوبی برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی - درمانی و آموزش های پیشگیرانه باشد. علاوه بر این، میتواند به توسعه علم و اهمیت آن در ارتباط با افرادی آسیب پذیر، افرادی که اقدام به خودکشی نموده اند کمک نماید. یافته های حاصله در آموزش نوع رفتار و روابط در خانواده می توان عامل کمک کننده ای باشد. توصیه می شود کلاس هایی در مراکز بهداشتی و درمانی با روش های نوین تدریس به خصوص در زمینه چگونگی مقابله با مشکلات و شیوه های حل مشکل برگزار و به پرسنل و مددکاران در این مراکز، آموزش کافی داده شود که مراحل بهبود شرایط این افراد از جنبه های مختلف پیگیری گردد.

منابع و مآخذ

- احدی، حسن؛ جمهری، فرهاد. (۱۳۹۴). روانشناسی رشد: نوجوانی، بزرگسالی (جوانی، میانسالی و پیری). تهران: آینده درخشان.
- انیسی، جعفر؛ فتحی آشتیانی، علی؛ سلطانی نژاد، عبدا...؛ امیری، ماندانا. (۱۳۸۵). بررسی شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در میان سربازان. *مجله طب نظامی*، ۸ (۲)، ۱۱۳-۱۱۸.
- باختر، مرضیه؛ رضائیان، محسن. (۱۳۹۵). شیوع افکار و اقدام به خودکشی و عوامل خطر مرتبط با آن در دانشجویان ایرانی: یک مطالعه مروری منظم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۵ (۱۱)، ۱۰۷۶-۱۰۶۱.
- ثنایی، باقر. (۱۳۸۸). *مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: بعثت.
- کیانی چلمردی، احمدرضا؛ رشید، سجاده؛ رضانی، شکوفه. (۱۳۹۸). اعتباریابی مدل یکپارچه انگیزشی ارادی خودکشی در بین دانشجویان: مدل ساختاری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۲۵ (۲)، ۱۹۴-۲۰۹.
- Apter, A. (2012). Suicide and suicidal behavior. *Public health rev*, 34(2), 1
- Are, F., Shaffer, A. (2016). Family emotion expressiveness mediates the relations between maternal emotion regulation and child emotion regulation. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(5), 708-15.
- Beck, A.T., Steer, R.A. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. San Antonio. TX: Psychological Corporation.
- Becker-Weidman, E.G., Jacobs, R.H., Reinecke, M.A., Silva, S.G., March, J.S. (2010). Social problem- solving among adolescents treated for depression. *Behavior Research and Therapy*, 48(1), 11-8.
- Betancourt, T.S., N.g, L.C., Kirk, C.M., Brennan, R.T., Beardslee, W.R., Stulac, S., et al. (2017). Family-based promotion of mental health in children affected by HIV: a pilot randomized controlled trial. *J Child Psychology Psychiatry*, 58(8), 922-30.
- Burnham, G. (2015). Suicide Attacks-the Rationale and Consequences. *The Lancet*, 378: 855-857
- Burns, J., Brown, L. (2011). The Effect of Meditation on Self-Reported Measures of Stress, Anxiety, Depression, and Perfectionism in a College Population. *Journal of College Student Psychotherapy*, 25 (2), 132-144.
- Chen, K., Chung, J. (2010). Motivation in online learning: Testing a model of self-determination theory. *Computers in Human Behavior*, 26, 741-752
- Donker, T., Batterham, P.J., Van Orden, K.A., Christensen, H. (2014). Gender-differences in risk factors for suicidal behavior identified by

- perceived burdensomeness, thwarted belongingness and acquired capability: cross-sectional analysis from a longitudinal cohort study. *BMC psychology*, 2(1), 20
- Erlangsen, A., Lind, B.D., Stuart, E.A. (2015). Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. *Lancet Psychiatry*, 2, 49–58.
 - Franklin, J., Ribeiro, J. D., Fox, K. Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232.
 - Givertz, M., Segrin, C. (2014). The association between overinvolved parenting and young adults' self-efficacy, psychological entitlement, and family communication. *Communication Research*, 41(8), 1111-36. 14.
 - Grant, C., Ballard, E.D., Olson-Madden, J.H. (2015). An empowerment approach to family caregiver involvement in suicide prevention: Implications for practice. *The Family Journal*, 23(3), 295-304.
 - Kid, S A., Carroll, MR. (2007). Coping and suicidality among homeless youth. *The Family Journal*, 30 (2), 283-96.
 - Kim, E., Lee, M. (2013). The reciprocal longitudinal relationship between the parent-adolescent relationship and academic stress in Korea. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 41(9), 1519-31.
 - Klonsky, E., Kotov, R., Bakst, S., Rabinowitz, J., Bromet, E.J. (2012). Hopelessness as a predictor of attempted suicide among first admission patients with psychosis: a 10 year cohort study. *Suicide Life-Threat Behavior*, 42(1), 1-10
 - Koutra, K., Simos, P., Triliva, S., Lionis, C., Vgontzas, A.N. (2016). Linking family cohesion and flexibility with expressed emotion, family burden and psychological distress in caregivers of patients with psychosis: A path analytic model. *Psychiatry research*, 240, 66-75.
 - Lafavor, T. (2017). Predictors of Academic Success in 9-to 11-Year-Old Homeless Children: The Role of Executive Function, Social Competence, and Emotional Control. *The Journal of Early Adolescence*, 12(2), 50-7.
 - 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.
 - Lee, S., Tsang, A., Li, X. Y., Phillips, M. R., & Kleinman, A. (2007). Attitudes toward suicide among Chinese people in Hong Kong. *Suicide Life Threat Behave*, 37(5), 565-575.

- Ma, J., Batterham, P.J., Calear, A.L., Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal- Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical Psychology Review*, 46, 34-45.
- Matejevic, M., Jovanovic, D., Lazarevic, V. (2014). Functionality of family relationships and parenting style in families of adolescents with substance abuse problems. *Procedia Social and Behavioral Science*, 128, 281-87.
- McKinney, C., Renk, K. (2011). A multivariate model of parent-adolescent relationship variables in early adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev*, 42(4), 42-62.
- 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.
- Pompili, M., Innamorati, M., Szanto, K., Vittorio, C.D., Conwell, Y., Lester, D., Tatarelli, R., Girardi, P., Amore, M. (2011). Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 300-323.
- Saffer, B. Y., & Klonsky, E. D. (2018). Do neurocognitive abilities distinguish suicide ttempters from suicide ideators? A systematic review of an emerging research area. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Advance online publication.
- Tsypes, A., Owens, M., Hajcak, G., Gibb, B. E. (2017). Neural responses to gains and losses in children of suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(2), 237-243.
- Van Heeringen, K. (2011). Sex differences in moral development. In W.M. Kurtines & J.Gewirtz (Eds.), *Moral behavior and development (vol.2)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 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.
- Wittenberg, E., Borneman, T., Koczywas, M., Del Ferraro, C., Ferrell, B. (2017). Cancer Communication and Family Caregiver Quality of Life. *Behavior Science, (Basel)*, 7(1), 12.
- World Health Organization. (2011). *Preventing Suicide: a Resource Series*. http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide. (Last Accessed 5 March 2015).
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization.