

Structural Equations Modeling of Social Support with Suicide Ideation by Mediating Role of Life Satisfaction in Students

Golara Maleki¹ , Ramezan Hassanzadeh^{1,*} , Mohammad Kazem Fakhri¹ 

¹ Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

* **Corresponding Author:** Ramezan Hassanzadeh, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. Email: rhassanzadehd@yahoo.com

Abstract

Received: 02/12/2021
Revised: 21/01/2022
Accepted: 25/01/2022
ePublished: 10/09/2022

How to Cite this Article:

Maleki G, Hassanzadeh R, Fakhri MK. **Structural Equations Modeling of Social Support with Suicide Ideation by Mediating Role of Life Satisfaction in Students.** *Pajouhan Scientific Journal.* 2022; 20(3): 169-76. DOI: 10.52547/psj.20.3.169

Background and Objectives: One of the most serious health threats is the prevalence of high-risk behaviors among adolescents. Adolescence is a period in which most people commit suicide due to the inability to deal with feelings of depression, anxiety, inefficiency, low self-esteem and dissatisfaction with life. Accordingly, the present study was conducted to determine the structural relationships between social support and suicidal ideation with the mediating role of life satisfaction in students.

Materials and Methods: The study was a cross-sectional study that was performed on 240 ninth grade male students in Babol city. Students were selected using two-stage cluster sampling method. Data collection method was through self-report using the Perceived Social Support Multidimensional Scale, Life Satisfaction Scale and Suicide Thought Questionnaire.

Results: The findings showed that the research model has a good fit and the total effects of direct and indirect paths of 80% of students' suicidal ideation variables can be attributed to social support and life satisfaction. There was also a significant negative correlation between the components of social support and life satisfaction with suicidal ideation.

Conclusions: The results of this study, by emphasizing the need for social support and also the mediating role of life satisfaction on students' suicidal ideation, can provide practical implications for improving the psychological status in this age group.

Keywords: Life satisfaction; Social support; Suicidal ideation; Students

مدل‌یابی روابط ساختاری حمایت اجتماعی با افکار خودکشی با نقش واسطه‌ای رضایت از زندگی در دانش‌آموزان

گل‌آرا مالکی^۱ ID، رمضان حسن زاده^{۱*} ID، محمد کاظم فخری^۱ ID

^۱ گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

* نویسنده مسئول: رمضان حسن زاده، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
ایمیل: rhassanzadehd@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: یکی از موارد جدی تهدیدکننده سلامت، شیوع رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان می‌باشد. نوجوانی، دوره‌ای است که در آن اغلب افراد دست به خودکشی برای مقابله با احساس افسردگی، اضطراب، ناکارآمدی، افت اعتماد به نفس و عدم رضایت از زندگی می‌زنند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین روابط ساختاری حمایت اجتماعی با افکار خودکشی با نقش واسطه‌ای رضایت از زندگی در دانش‌آموزان انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع مقطعی بود که بر روی ۲۴۰ نفر از دانش‌آموزان پسر پایه‌ی نهم در شهر بابل انجام شد. دانش‌آموزان با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها از طریق خودگزارش‌دهی با استفاده از پرسش‌نامه‌ی مقیاس چندوجهی حمایت اجتماعی ادراک شده، مقیاس رضایت از زندگی و پرسش‌نامه‌ی افکار خودکشی بود.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که مدل پژوهش، دارای برازش مناسب می‌باشد و مجموع اثرات مسیره‌های مستقیم و غیرمستقیم ۸۰ درصد از متغیر افکار خودکشی دانش‌آموزان توسط حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی قابل تبیین می‌باشد. همچنین بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با افکار خودکشی، همبستگی منفی معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش با تأکید بر ضرورت حمایت‌های اجتماعی و همچنین نقش واسطه‌ای رضایت از زندگی بر افکار خودکشی دانش‌آموزان می‌تواند تویجات کاربردی برای بهبود وضعیت روان‌شناختی در این گروه سنی ارائه دهد.

واژگان کلیدی: رضایت از زندگی؛ حمایت اجتماعی؛ افکار خودکشی؛ دانش‌آموزان

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۹/۱۱

تاریخ داوری مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۵

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۱/۶/۱۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

خودکشی، دومین علت اصلی مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال در سطح جهان و همواره یکی از نگرانی‌های عمده‌ی بهداشت عمومی می‌باشد. پیشگیری از خودکشی به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از اولین برنامه‌ی روان‌درمانی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۳ است که به موجب آن کاهش نرخ خودکشی در کشورها به میزان ۱۰ درصد تا سال ۲۰۲۰ هدف‌گذاری شد [۱، ۲]. به طوری که در شصت و ششمین نشست سازمان بهداشت جهانی در ماه مه سال ۲۰۱۳، به عنوان اولین برنامه‌ی روان‌درمانی سازمان بهداشت جهانی به تصویب رسید. میانگین سالانه‌ی جهانی خودکشی، ۴/۱۱ در هر ۱۰۰۰۰۰ جمعیت (۱۵ برای مردان و ۸ برای زنان) است [۳]. شیوع افکار خودکشی در طول دوره‌ی نوجوانی در محدوده‌ی

۹/۱-۲۹/۱۲ درصد تخمین زده می‌شود. نتایج مقایسه‌ی ۴۹ کشور در حال توسعه، متوسط شیوع کلی افکار خودکشی را ۱۵/۳ درصد گزارش کرده است. بالاترین شیوع مربوط به منطقه‌ی آفریقا حدود ۸/۱۹ درصد گزارش شده است [۴]. همچنین در یک مطالعه که در استان مازندران صورت گرفت، نتایج نشان داد که مردان بیشتر از زنان اقدام به خودکشی می‌کنند [۵]. مردان در تصمیم‌گیری جهت از بین بردن خود از قاطعیت و جدیت بسیار بالایی برخوردار بوده و برای پایان دادن به زندگی خود از روش‌هایی با میزان کشندگی بالا استفاده می‌کنند و همچنین مردان بیشتر با مشکلات اقتصادی و اجتماعی که منجر به خودکشی می‌شود مواجه می‌گردند [۶، ۷].

زندگی رابطه‌ای مستقیم دارد [۱۵، ۱۶]. افراد، هنگامی سطوح بالای رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند که شرایط زندگی آن‌ها با ملاک‌هایی که برای خود تعیین کرده‌اند، مطابقت داشته باشند [۱۷].

همچنین رضایت از زندگی را می‌توان به عنوان جامع‌ترین ارزیابی فرد از شرایط زندگی خود در نظر گرفت. مطالعات موجود حاکی از آن است که عدم رضایت از زندگی با سطوح پایین سلامت، نشانه و مشکلات افسردگی و تعاملات روزمره، رابطه‌ی معنی‌داری دارد [۱۸].

Valois و همکاران نیز با بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و رضایت از زندگی نوجوانان نشان دادند که در روزهایی که سطوح سلامت جسمانی و روانی نوجوانان پایین و فعالیت آن‌ها نیز محدود شده بود، میزان رضایت از زندگی نیز در سطح پایین قرار داشت؛ لذا چنانچه نوجوانان از سطح حمایت اجتماعی قابل توجهی برخوردار نباشند، مشکلات رفتاری بیشتری را به صورت پرخاشگری، افسردگی و اضطراب نشان می‌دهند [۱۹].

با توجه به مطالب بیان شده می‌توان اذعان داشت، آسیب‌شناسی و تعیین عوامل مؤثر در زمینه‌ی افکار خودکشی نوجوانان می‌تواند شناسایی دقیقی از عملکرد فعلی و پیش‌بینی‌هایی در آینده ارائه دهد و با اتخاذ تصمیمات لازم توسط مراکز حمایتی خانواده، مؤسسات آموزشی، مدارس و نهادهای مرتبط، در میزان سلامت کلی دانش‌آموزان نوجوان تأثیرگذار باشد. با استناد به مطالعات پیشین، به نظر می‌رسد این گمانه‌زنی‌ها مربوط به ارتباط حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی بر افکار خودکشی در سنین نوجوانی و دانش‌آموزی در سطح تئوریک بوده و بررسی روابط ساختاری متغیرهای یاد شده در قالب یک مدل جامع که پیش از این به لحاظ نظری توجیه گردد؛ مطالعات میدانی بیشتری می‌طلبد. از این‌رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین اثر حمایت اجتماعی بر افکار خودکشی با میانجی‌گری نقش رضایت از زندگی در دانش‌آموزان پسر انجام گردید. سؤال اصلی پژوهش عبارت است از این که آیا حمایت اجتماعی بر افکار خودکشی با میانجی‌گری نقش رضایت از زندگی در دانش‌آموزان اثر دارد؟

همچنین بر اساس مسأله‌ی بیان شده، مدل مفهومی زیر مبتنی بر یافته‌های پیشین درباره‌ی موضوع تدوین شده است (شکل ۱).

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش مقطعی مبتنی بر روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر متوسطه‌ی اول پایه‌ی نهم که در نیم‌سال دوم ۹۸-۱۳۹۷ شهر بابل در حال تحصیل بودند. برای سازگاری با الگوی معادلات ساختاری، تعداد نمونه باید حداقل ۱۵ برابر

افکار خودکشی و تلاش‌های قبلی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی برای خودکشی نوجوانان شناخته می‌شوند. تقریباً یک‌سوم از نوجوانانی که افکار خودکشی دارند در سنین نوجوانی برای خودکشی برنامه‌ریزی می‌کنند [۸]. حدود ۶۰ درصد از افرادی که چنین برنامه‌ای دارند، عمدتاً یک سال پس از شروع پیدایش ایده‌ی خودکشی در ذهن‌شان، اقدام به خودکشی می‌کنند [۹]. به صورت کلی عوامل مرتبط با خودکشی نوجوانان در سه دسته عوامل دموگرافیک شامل سن، جنسیت، گرایش جنسی، نژاد و قومیت؛ عوامل محیطی شامل عدم حمایت خانوادگی و اجتماعی، زندانی شدن، مهارت‌های ضعیف زندگی، سابقه‌ی خانوادگی خودکشی، اینترنت و رسانه‌های گروهی و عوامل روانی شامل اختلالات روانی تشخیص داده شده، حوادث ناگوار زندگی و سابقه‌ی سوء استفاده در دوران کودکی، استرس، استفاده از مواد مخدر و الکل و مزاحمت‌های سایبری طبقه‌بندی شده‌اند [۹].

نتایج نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و سایر افراد منجر به کاهش فشار روانی و افکار خودکشی می‌شوند [۱۰]. حمایت اجتماعی، شکل بنیادین و اساسی مرادوی انسانی است که بین افراد در درون شبکه‌ای از روابط و وقایع زندگی عادی روزمره و اضطراب‌های مبادله می‌شود. حمایت اجتماعی به احساس تعلق، مورد عشق و محبت واقع شدن در خانواده اطلاق می‌شود و احساس محبت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این رابطه است [۱۱].

برخورداری از حمایت اجتماعی در تأمین بهداشت روانی و به تبع آن کاهش افکار خودکشی افراد، مؤثر می‌باشد، حمایت اجتماعی از طرف دوستان، خانواده و سایر افراد منجر به کاهش فشار روانی و افکار خودکشی در افراد می‌شود و در سلامت روانی آن‌ها تأثیرگذار است و همچنین حمایت اجتماعی بر استرس، نقش تعدیل‌کننده دارد [۱۲]. محققین روابط مثبت پدر و مادر را به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل محافظت‌کننده در برابر خودکشی نوجوانان گزارش می‌کنند. نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، محیط خانواده را استرس‌زا، غیرحمایتی، پر مشاجره و سرد از نظر عاطفی توصیف می‌نمایند [۹].

درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود و اعتماد به نفس فرد را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد برجای گذارد و به طور واضح باعث افزایش عملکرد و بهبود کیفیت زندگی فرد شود [۱۳]. همچنین کاهش حمایت اجتماعی با افزایش تنهایی و ناامیدی مرتبط بوده و به سطوح پایین‌تر کیفیت زندگی، نشانه‌های افسردگی افکار خودکشی و مرگ و میر منجر می‌شود [۱۴].

پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند، حمایت اجتماعی، نقش مهمی در رضایت از زندگی افراد ایفا می‌کند و با رضایت از

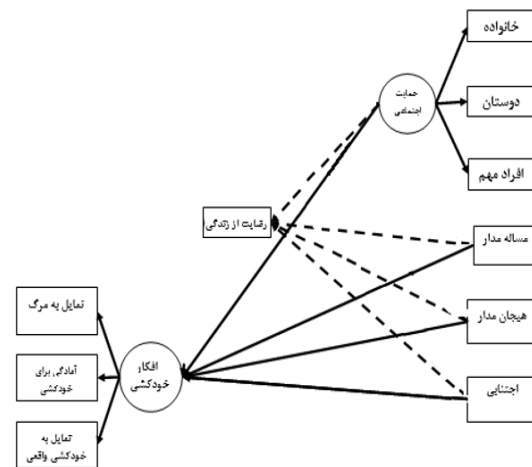
متغیرهای مشاهده شده باشد [۲۰].

جمع نمره‌ها در ماده‌های هر مقیاس، نمره‌ی کلی افراد در هر یک از زیرمقیاس‌های سه‌گانه به دست می‌آید. حداقل نمره‌ی آزمودنی‌ها، ۱۲ و حداکثر، ۸۴ خواهد بود. کسب نمره‌ی بالا، نشان‌دهنده‌ی ادراک بالای حمایت اجتماعی است. این مقیاس، همسانی درونی مطلوبی دارد. ضریب آلفای کل آزمون برابر با ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ قرار دارد [۲۱]. در پژوهش‌های ایرانی نیز مقدار آلفای کرونباخ، بالای ۰/۸۶ به دست آمده است [۲۲]. محققان روایی و پایایی آزمون را مطلوب گزارش کرده‌اند.

دومین پرسش‌نامه، مقیاس رضایت از زندگی Diener (Satisfaction with Life Scale) بود. این مقیاس ۵ سؤال دارد و به طور کلی رضایت فرد از زندگی را بررسی می‌کند [۲۳]. این مقیاس در ابتدا شامل ۴۸ گویه بود که بعد از تحلیل عاملی به ۱۰ گویه کاهش یافت. به علت شباهت معنایی میان گویه‌ها، نسخه‌ی نهایی آن به ۵ گویه کاهش یافت. پاسخ‌گویی به گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۷) تا کاملاً مخالفم (۱) انجام شده است؛ از این‌رو، دامنه‌ی نمره‌های این مقیاس از نمره‌ی ۵ تا ۳۵ نوسان دارد. نمره‌های بالاتر، نشان‌دهنده‌ی رضایت بیشتر از زندگی است. سازندگان اصلی این مقیاس، ضریب‌های پایایی هماهنگی درونی و بازآزمایی این مقیاس را میان دانشجویان، به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش‌های مختلف، آلفای کرونباخ این مقیاس بالای ۰/۸۵ گزارش شده است [۲۱].

سومین پرسش‌نامه، افکار خودکشی بک (Beck Scale for Suicidal Ideation) بود (۲۴). این پرسش‌نامه‌ی ۱۹ سؤالی، ابزاری است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و همچنین برنامه‌ریزی برای خودکشی تهیه شده است. اعتبار آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی هم‌زمان آن با مقیاس افسردگی و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی، ۷۶ درصد گزارش شده است (۲۵). این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری نگرش، رفتار و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی تهیه شده و مقیاس بر اساس سه درجه‌ی نقطه‌ای از ۰-۲ تنظیم شده است. نمره‌ی کل فرد بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از ۰-۳۸ متغیر می‌باشد. این مقیاس از پایایی بالایی برخوردار بوده که با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۹ و با استفاده از روش آزمون-بازآزمون، پایایی آن ۰/۷۴ به دست آمد.

جمع‌آوری اطلاعات با مراجعه به دبیرستان‌های متوسطه‌ی اول صورت گرفت و پس از توجیه شرکت‌کنندگان و گرفتن رضایت‌نامه‌ی کتبی آگاهانه از والدین آن‌ها، پرسش‌نامه‌ها از طریق خودگزارش‌دهی از دانش‌آموزان پسر تکمیل شد.



شکل ۱: مدل مفهومی پیشنهادی پژوهش

در این پژوهش، برای تعیین حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده شده و تخصیص ضریب ۱۵ برای هر متغیر مشاهده شده (۱۶ متغیر مشاهده شده در مدل) و با احتساب احتمال وجود پرسش‌نامه‌های ناقص، ۲۴۰ نفر به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد.

شرکت‌کنندگان به شیوه‌ی تصادفی طبقه‌ای متناسب با جمعیت هر مدرسه‌ی پسرانه در مقطع متوسطه‌ی اول در شهر بابل انتخاب شدند. در سطح شهر بابل، ۵ مدرسه‌ی پسرانه در مقطع متوسطه‌ی اول وجود دارد که کلیه‌ی دانش‌آموزان را در این گروه تحت پوشش خود قرار می‌دهند. سپس از هر مدرسه، دو کلاس پایه‌ی نهم به صورت تصادفی ساده انتخاب شده و بر اساس تعداد نمونه‌ای که به هر مدرسه اختصاص داده شد، دانش‌آموزان به صورت تصادفی وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان عبارت بودند از: جنسیت پسر، تکمیل رضایت‌نامه‌ی کتبی، اشتغال به تحصیل در پایه‌ی نهم در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ و معیارهای خروج، عدم رضایت جهت ادامه‌ی همکاری بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه‌ی استاندارد استفاده گردید. اولین پرسش‌نامه، مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده بود. مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده در سال ۱۹۸۸ توسط Zimet و همکاران برای ارزیابی تدراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و فرد مهم در زندگی آزمودنی ساخته شده است [۲۱]. این ابزار یک مقیاس خودگزارشی ۱۲ آیتمی است که شامل ۳ خرده آزمون می‌شود و هر خرده آزمون دارای ۴ آیتم است. در این مقیاس، هر ماده بر یک طیف ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) درجه‌بندی می‌شود. با افزایش نمره‌ی افراد، نمره‌ی آن‌ها در عامل کلی، افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده را نشان می‌دهد. علاوه بر این از حاصل

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با افکار خودکشی

| متغیر | خانواده | دوستان | افراد مهم | حمایت اجتماعی | حمایت اجتماعی | تمایل به مرگ | آمادگی برای خودکشی | تمایل به خودکشی | افکار خودکشی |
|--------------------|----------|----------|-----------|---------------|---------------|--------------|--------------------|-----------------|--------------|
| خانواده | ۱ | | | | | | | | |
| دوستان | ۰/۴۲۰** | ۱ | | | | | | | |
| افراد مهم | ۰/۴۸۰** | ۰/۵۱۰** | ۱ | | | | | | |
| حمایت اجتماعی | ۰/۸۵۰** | ۰/۸۸۰** | ۰/۷۹۰** | ۱ | | | | | |
| رضایت از زندگی | ۰/۲۴۰** | ۰/۱۹۰** | ۰/۱۶۰** | ۰/۱۸۰** | ۱ | | | | |
| تمایل به مرگ | -۰/۱۸۰** | -۰/۱۲۰** | -۰/۱۷۰** | -۰/۲۲۰** | -۰/۱۷۰** | ۱ | | | |
| آمادگی برای خودکشی | -۰/۲۰۰** | -۰/۱۶۰** | -۰/۱۸۰** | -۰/۱۰۰** | -۰/۲۸۰** | -۰/۷۲۰** | ۱ | | |
| تمایل به خودکشی | -۰/۱۹۰** | -۰/۱۱۰** | -۰/۲۰۰** | -۰/۱۷۰** | -۰/۳۶۰** | -۰/۶۳۰** | -۰/۵۷۰** | ۱ | |
| افکار خودکشی | -۰/۲۸۰** | -۰/۲۸۰** | -۰/۳۰۰** | -۰/۳۱۰** | -۰/۲۸۰** | -۰/۸۱۰** | -۰/۷۷۰** | -۰/۷۳۰** | ۱ |

**در سطح ۰/۰۱ معنی داری

آماره‌های به دست آمده از سه شاخص تطبیقی، مطلق و مقتصد نشان می‌دهد که مدل به دست آمده پس از تصحیح، دارای برازش‌های قابل قبول است و مدل در مسیر خطاها و واریانس‌های به دست آمده صحیح می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۳، مقادیر استاندارد شده و استاندارد نشده‌ی مسیرهای پیش‌بینی متغیرهای پژوهش برون‌زا را بر متغیر درون‌زا با یکدیگر با توجه به مقدار t به دست آمده در مدل را نشان می‌دهد. به طور کلی تمامی مقادیر به دست آمده، معنی‌دار می‌باشد و نشان‌دهنده‌ی پیش‌بینی معنی‌دار است. با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۴، برای مدل اندازه‌گیری می‌توان مدل نهایی پژوهش بین متغیرهای آشکار و پنهان را ترسیم نمود، به طور کلی مدل مفهومی تأیید گردیده است. با توجه به جدول ۵، همان گونه که مشاهده می‌گردد، مسیرهای غیرمستقیم در نظر گرفته شده با توجه به مقادیر استاندارد شده (β)، به دست آمده، مسیر غیرمستقیم، حمایت اجتماعی بر افکار خودکشی با میانجی‌گری نقش رضایت از زندگی با توجه به روش برآورد Bootstrap مورد تأیید واقع گردید. شکل ۲ مدل نهایی آزمون شده به همراه آماره‌های پیش‌بینی استاندارد شده را نشان می‌دهد.

روش آماری پژوهش از نوع معادلات رگرسیونی ساختاری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ (version 24, IBM Corporation, Armonk, NY) و Amos23 بود. این مطالعه توسط کمیته‌ی اخلاق پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری و با شناسه‌ی اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1398.031 مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها

در ابتدا با بررسی پیش فرض‌های آماری با استفاده از آزمون‌های کشیدگی و چولگی، جعبه‌ای، Kolmogorov-Smirnov داده‌های پرت شناسایی، سپس با استفاده از آزمون ماهالانوبیس (Mahalanobis test) داده‌های پرت حذف شد. همچنین پس از بررسی نرمالی داده‌ها، مدل اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش بررسی و تأیید شد.

نتایج جدول ۱ نشان داد که همبستگی مثبت معنی‌داری بین متغیرهای حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با افکار خودکشی وجود دارد. همبستگی منفی معنی‌داری بین حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان، افراد مهم و نمره‌ی کلی) با افکار خودکشی به دست آمد.

جدول ۲: شاخص‌های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و متغیرها پس از چهار گام تصحیح

| شاخص‌های نیکویی برازش | مقادیر مطلوب | مقادیر به دست آمده | نتیجه‌گیری |
|--|--------------|--------------------|-----------------|
| آزمون Chi-square | Nil | ۳۷۳/۶۲ | - |
| شاخص نیکویی برازش | $90 \geq$ | ۰/۹۸۷ | برازش قابل قبول |
| شاخص استاندارد برازش | $90 \geq$ | ۰/۹۵۷ | برازش قابل قبول |
| شاخص برازش تطبیقی | $90 \geq$ | ۰/۹۷۲ | برازش قابل قبول |
| ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب | $0.08 \geq$ | ۰/۰۴۳ | برازش قابل قبول |
| نسبت مجذور کای به درجات آزادی (Chi-square /df) | $3 \geq$ | ۲/۸۷۴ | برازش قابل قبول |
| درجه‌ی آزادی (df) | $0 \leq$ | ۱۳۰ | |

جدول ۳: آماره‌های وزنی رگرسیون و نسبت‌های بحرانی متغیرهای پژوهش

| متغیر برون‌زا | جهت | متغیر درون‌زا | b | β | t | P |
|----------------|-----|---------------|--------|---------|-------|-------|
| حمایت اجتماعی | ← | افکار خودکشی | -۰/۵۰۴ | -۰/۳۰۲ | ۴/۳۸۵ | ۰/۰۰۱ |
| مسئله‌مدار | ← | افکار خودکشی | -۰/۴۳۲ | -۰/۲۰۳ | ۳/۲۱۱ | ۰/۰۰۲ |
| هیجان‌مدار | ← | افکار خودکشی | ۰/۳۹۸ | ۰/۱۴۸ | ۲/۹۷۴ | ۰/۰۰۸ |
| اجتنابی | ← | افکار خودکشی | ۰/۲۴۷ | ۰/۲۱۶ | ۳/۲۴۱ | ۰/۰۰۱ |
| رضایت از زندگی | ← | افکار خودکشی | -۰/۲۹۴ | -۰/۲۳۴ | ۳/۵۲۱ | ۰/۰۰۱ |

Arabiat و همکاران [۲]، Casale و همکاران [۳]، Shain و همکاران [۲۷] و Emami Sigaroodi و همکاران [۱۷] همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان بیان نمود که پس از رضایت از زندگی پایین، افکار ناراحت‌کننده و به تبع آن برداشت منفی فرد از آن و ناراحتی بسیار شدید باعث افزایش میل به خودکشی در دانش‌آموزان می‌شود. البته ماهیت این اتفاقات ناگوار اگرچه از اهمیت برخوردار هستند، اما واقعیت آن است که نوع برداشت نوجوان به گونه‌ای است که ارزش کلی زندگی، خود و دیگران برای فرد به شدت کاهش می‌یابد و همین امر وی را به سمت نیستی و فناء خود سوق می‌دهد [۲۸].

حمایت اجتماعی می‌تواند یک عامل محافظت‌کننده از فرد در مقابل افکار خودکشی و اقدام به خودکشی باشد. در تبیین بهداشت روانی به عنوان یکی از شاخصه‌های مهم در بروز افکار خودکشی، برخورداری از حمایت اجتماعی را در تأمین بهداشت روانی و به تبع آن کاهش افکار خودکشی افراد، می‌توان مؤثر می‌دانست، حمایت اجتماعی از طرف دوستان، خانواده و سایر افراد منجر به کاهش فشار روانی و افکار خودکشی در افراد می‌شود و در سلامت روانی آن‌ها تأثیرگذار است و همچنین حمایت اجتماعی بر استرس، نقش تعدیل‌کننده دارد. نظریه‌پردازان روان‌شناسی اجتماعی، حمایت اجتماعی را به معنای آرامش، مراقبت، احترام و کمکی که فرد احساس می‌کند که از افراد دیگر با گروه‌ها دریافت می‌کند، تعریف کرده‌اند [۱۴].

بر اساس نتایج به دست آمده، می‌توان گفت رضایت از زندگی، نقش مهمی در تشدید افکار خودکشی دانش‌آموزان دارد. حمایت‌های اجتماعی از یک سو به تبع فراهم کردن شرایطی که باعث می‌شود نوجوانان احساس رضایت کم یا زیادی داشته باشند و از سوی دیگر به صورت مستقیم ماهیت حمایت اجتماعی و خانوادگی بر وضعیت سلامت روان نوجوان تأثیر می‌گذارند و حتی می‌توانند به سوق دادن آنان به خودکشی منجر شود [۱۶].

جدول ۴: برآورد مستقیم مدل با روش حداکثر درست‌نمایی

| متغیر | b | β | R ² |
|--------------------------------|--------|---------|----------------|
| حمایت اجتماعی بر افکار خودکشی | -۰/۵۰۴ | -۰/۳۰۲ | ۰/۱۵۲ |
| مسئله‌مدار بر افکار خودکشی | -۰/۴۳۲ | -۰/۲۰۳ | ۰/۰۸۷ |
| هیجان‌مدار بر افکار خودکشی | ۰/۳۹۸ | ۰/۱۴۸ | ۰/۰۵۸ |
| اجتنابی بر افکار خودکشی | ۰/۲۴۷ | ۰/۲۱۶ | ۰/۰۵۳ |
| رضایت از زندگی بر افکار خودکشی | -۰/۲۹۴ | -۰/۲۳۶ | ۰/۰۶۹ |

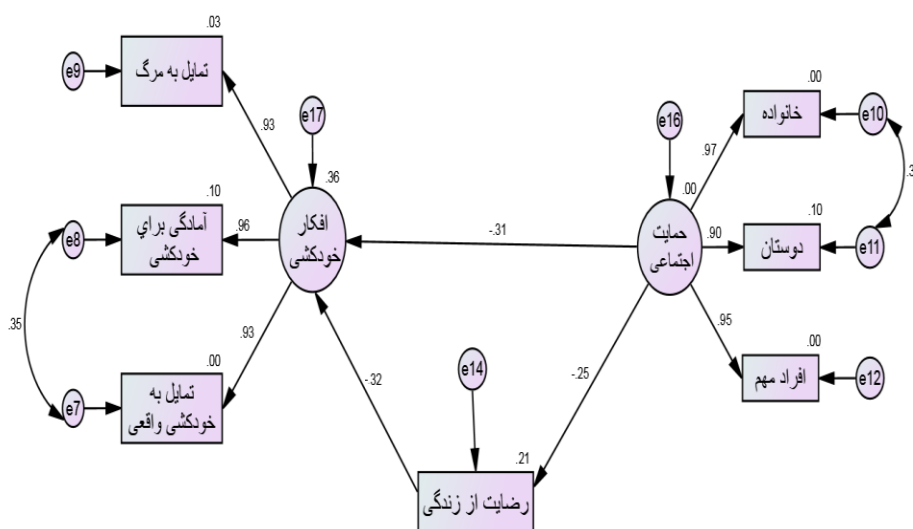
بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثر حمایت اجتماعی بر افکار خودکشی با میانجی‌گری نقش رضایت از زندگی در دانش‌آموزان بود. با توجه به مدل نهایی پژوهش به طور کلی اثرات مسیره‌های مستقیم و غیرمستقیم ۸۰ درصد از متغیر افکار خودکشی دانش‌آموزان توسط حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی قابل تبیین می‌باشد و به طور کلی مدل پژوهش مورد تأیید واقع گردید. زمانی که به علل مختلف نقصی در حمایت‌های اجتماعی که نوجوان از اطرافیان دریافت می‌کند، بوجود می‌آید، وضعیت روان‌شناختی خصوصاً در مواجهه با بحران‌های رشد، تحت تأثیر قرار می‌گیرد، زیرا این نقائص بر نحوه‌ی ارضای نیازهای عاطفی تأثیر منفی می‌گذارد و نوجوان را از امکانات لازم برای مواجهه با استرس‌های ناشی از بحران‌های رشدی، محروم می‌سازد. متعاقباً ارضای نامناسب نیازهای عاطفی دانش‌آموزان، زمینه‌ی بروز نشانگان آسیب‌شناسی روانی و ناسازگاری را در آن‌ها فراهم می‌کند. لذا حمایت‌های اجتماعی، با تقویت فرایند سازگاری و رشد روانی اجتماعی، سلامت روان‌شناختی نوجوان را بهبود می‌بخشد و خطرپذیری آن‌ها را کاهش می‌دهد [۲۶].

با توجه به نتایج تحلیل انجام شده، حمایت اجتماعی بر افکار خودکشی با میانجی‌گری نقش رضایت از زندگی در دانش‌آموزان، دارای اثر غیر مستقیم می‌باشد و این نتایج در جهت روابط این متغیرها با یافته‌های Fredrick و همکاران [۱]،

جدول ۵: برآورد غیرمستقیم مدل با استفاده از روش Bootstrap

| متغیر | B | حد پایین | حد بالا | معنی‌داری |
|--|-------|----------|---------|-----------|
| حمایت اجتماعی بر افکار خودکشی با میانجی‌گری رضایت از زندگی | ۰/۳۵۸ | ۰/۲۵۱ | ۰/۴۲۶ | ۰/۰۰۱ |



شکل ۲: مدل نهایی مسیرهای آزمون شده به همراه آماره‌های پیش‌بینی استاندارد شده

کاهش افکار خودکشی مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی دانش‌آموزان و کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، کمال تشکر را دارند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه توسط کمیته‌ی اخلاق پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری و با شناسه‌ی اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1398.031 مورد تأیید قرار گرفت.

حمایت مالی

این پژوهش با هزینه‌ی شخصی نویسنده‌ی اول انجام شده است.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به روش پژوهش اشاره داشت که در این روش از ابزارهای خودگزارشی استفاده شده است و می‌تواند پاسخ‌های آزمودنی‌ها تحت تأثیر مطلوبیت اجتماعی مقداری با خطا رو به رو باشد. مقطعی بودن روش، شامل حالات روحی و روانی و وضعیت شخصی افراد در بازه‌ی تکمیل ابزارها بر نحوه‌ی تکمیل ابزارها اثرگذار بود و همچنین محدود شدن پژوهش به دانش‌آموزان پسر پایه‌ی نهم متوسطه شهرستان بابل از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به تأثیرات حمایت در دانش‌آموزان، ضرورت دارد تا خانواده‌ها و مسؤولین ذیربط در سیستم آموزشی و مدارس کشور ترتیبی اتخاذ نمایند تا آموزش‌های مناسبی در جهت شناسایی وضعیت روانی و چگونگی حمایت اجتماعی به دانش‌آموزان و والدین آنان داده شود.

پیشنهاد می‌شود در مسیر مشاوره‌های ارائه شده در مدارس، توجه به الگوهای مبتنی بر حمایت اجتماعی می‌تواند در شناسایی و تدوین برنامه‌هایی برای ارتقای سلامت روان و

REFERENCES

1. Fredrick SS, Demaray MK, Malecki CK, Dorio NB. Can social support buffer the association between depression and suicidal ideation in adolescent boys and girls? *Psychology in the Schools*. 2018;55(5):490-505. [DOI: [10.1002/pits.22125](https://doi.org/10.1002/pits.22125)] [PMID]
2. Arabiat DH, Shaheen A, Nassar O, Saleh M, Mansour A. Social and health determinants of Adolescents' wellbeing in Jordan: Implications for policy and practice. *J Pediatr Nurs*. 2018;39:55-60. [DOI: [10.1016/j.pedn.2017.03.015](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.03.015)] [PMID]
3. Casale M, Boyes M, Pantelic M, Toska E, Cluver L. Suicidal thoughts and behaviour among South African adolescents living with HIV: Can social support buffer the impact of stigma? *J Affect Disord*. 2019;245:82-90. [DOI: [10.1016/j.jad.2018.10.102](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.102)] [PMID]
4. Gunn 3rd JF, Goldstein SE, Gager CT. A longitudinal examination of social connectedness and suicidal thoughts and behaviors among adolescents. *Child Adolesc Ment Health*. 2018;23(4):341-50. [DOI: [10.1111/camh.12281](https://doi.org/10.1111/camh.12281)] [PMID]
5. Pishbin S, Vaziri Nejad R, Khalili P, Ahmadinia H, Arabi M, Ahmadi AK, et al. Epidemiology of complete suicide and suicide attempt in the townships covered by Mazandaran University of Medical Sciences during the years 2012 to 2016: A cross-sectional study [in Persian]. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2021;19(10):1105-22. [DOI: [10.29252/jrums.19.10.1105](https://doi.org/10.29252/jrums.19.10.1105)]
6. Mobaraki K, Ahmadzadeh J. The comparison trend of suicide in Hamadan province in 2006 to 2010: a death registry system-based study [in Persian]. *J Urmia Univ Med*

- Sci 2019;30(1):41-8.
7. Gorgi Z, Rezaeian M, Rezaie F, Sheikh Fathollahi M. Epidemiology of Suicide and Suicide Attempts in Counties under the Supervision of Shiraz University of Medical Sciences from 2009 to 2012 [in Persian]. *Journal of Health & Development* 2016;5(1):58-70.
 8. Campisi SC, Carducci B, Akseer N, Zasowski C, Szatmari P, Bhutta ZA. Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health*. 2020;20:1102. [DOI: [10.1186/s12889-020-09209-z](https://doi.org/10.1186/s12889-020-09209-z)] [PMID]
 9. Simbar M, Golezar S, Alizadeh S, Hajifoghaha M. Suicide risk factors in adolescents worldwide: A narrative review. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* [in Persian]. 2018;16(12):1153-68.
 10. Robins A, Fiske A. Explaining the relation between religiousness and reduced suicidal behavior: Social support rather than specific beliefs. *Suicide Life Threat Behav*. 2009;39(4):386-95. [DOI: [10.1521/suli.2009.39.4.386](https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.4.386)] [PMID]
 11. June A, Segal DL, Coolidge FL, Klebe K. Religiousness, social support and reasons for living in African American and European American older adults: An exploratory study. *Aging Ment Health*. 2009;13(5):753-60. [DOI: [10.1080/13607860902918215](https://doi.org/10.1080/13607860902918215)] [PMID]
 12. Shang L, Li J, Li Y, Wang T, Siegrist J. Stressful psychosocial school environment and suicidal ideation in Chinese adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(2):205-10. [DOI: [10.1007/s00127-013-0728-5](https://doi.org/10.1007/s00127-013-0728-5)] [PMID].
 13. Lee EH, Chung BY, Park HB, Chun KH. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2004;27(5):425-33. [DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2003.10.007](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.10.007)] [PMID]
 14. Simon MA, Chen R, Dong X. Gender differences in perceived social support in US Chinese older adults. *J Gerontol Geriatr Res*. 2014;3(4):163-72. [DOI: [10.4172/2167-7182.1000163](https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000163)]
 15. van Leeuwen C, Post MWM, van Asbeck FW, van der Woude LH, de Groot S, Lindeman E. Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *J Rehabil Med*. 2010;42(3):265-71. [DOI: [10.2340/16501977-0502](https://doi.org/10.2340/16501977-0502)] [PMID]
 16. Alorani OI, Alradaydeh MF. Spiritual well-being, perceived social support, and life satisfaction among university students. *Int J Adolesc Youth*. 2018;23(3):291-8. [DOI: [10.1080/02673843.2017.1352522](https://doi.org/10.1080/02673843.2017.1352522)]
 17. Emami Sigaroodi A, Haghdoost Z, Moghadamnia M T, Kazemnezhad Leyli E. Life satisfaction of patients with burn injuries admitted to Velayat Burn & Plastic Surgery Center in Rasht, 2017 [in Persian]. *Dermatol Cosmet*. 2019;9(4):261-71.
 18. Ferreira S, Dickason-Koekemoer Z. The Relationship Between Depositor Behaviour and Risk Tolerance in a South African Context. *Adv Decis Sci*. 2019;23(3):1-19.
 19. Valois RF, Zullig KJ, Brown LK, Carey MP, Vanable PA, Romer D, et al. Is the brief multidimensional student's life satisfaction scale valid and reliable for African American adolescents? *Am J Health Educ*. 2019;50(6):344-55. [DOI: [10.1080/19325037.2019.1662348](https://doi.org/10.1080/19325037.2019.1662348)] [PMID]
 20. Thompson B. Ten commandments of structural equation modeling. In: Grimm LG, Yarnold PR. Editors. *Reading and understanding MORE multivariate statistics*. Washington DC; American Psychological Association; 2000. p. 261-283.
 21. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1990;55(3-4):610-7. [DOI: [10.1080/00223891.1990.9674095](https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095)] [PMID]
 22. Parpouchi B, Ahmadi M, Sohrabi F. The relationship of religiousness and social support with life satisfaction among University Students [in Persian]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2013; 14(53):60-8.
 23. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull*. 1999;125(2):276-302. [DOI: [10.1037/0033-2909.125.2.276](https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276)]
 24. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71. [DOI: [10.1001/archpsyc.1961.01710120031004](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004)] [PMID]
 25. Toosi F, Rahimi C, Sajjadi S. Psychometric properties of beck depression inventory-II for high school children in Shiraz City, Iran. *Int J School Health*. 2017;4(3):1-6. [DOI: [10.5812/intjsh.41069](https://doi.org/10.5812/intjsh.41069)]
 26. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, Stanley BH. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):74. [DOI: [10.1038/s41572-019-0121-0](https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0)] [PMID]
 27. Shain B, Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(1):e20161420. [DOI: [10.1542/peds.2016-1420](https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420)] [PMID]
 28. Mehrabi HA, Sheikhdarani H. The role of effective factors on suicidal tendency in female high school students [in Persian]. *Knowl Res Appl Psychol*. 2013;14(3):91-100.