



بررسی رابطه احساس ذهنی رضایتمندی از زندگی و افسردگی با اندیشه پردازی خودکشی در

دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

الهه اسماعیلی^۱، فرح نادری^۲

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین احساس ذهنی رضایتمندی از زندگی و افسردگی با گرایش به خودکشی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بود. نمونه پژوهشی شامل 200 نفر (100 نفر زن و 100 نفر مرد) بودند که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها از مقیاس های رضایتمندی از زندگی پاوت و داینر (SWLS)، مقیاس افسردگی بک (BDI) و نیز مقیاس افکار خودکشی گر بک (BSSI) استفاده شد. روش پژوهش از نوع همبستگی بود و برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین احساس ذهنی رضایتمندی از زندگی با اندیشه پردازی خودکشی رابطه منفی معنی دار و بین افسردگی با اندیشه پردازی خودکشی رابطه مثبت معنی دار وجود دارد. به عبارت دیگر، از بین احساس ذهنی رضایتمندی از زندگی و افسردگی به عنوان متغیرهای پیش بین، متغیر افسردگی پیش بینی کننده برای اندیشه پردازی دانشجویان می باشد و احساس ذهنی رضایتمندی از زندگی در پیش بینی کنندگی اندیشه پردازی خودکشی دانشجویان نقشی ایفا نمی کند.

واژگان کلیدی: احساس ذهنی رضایتمندی از زندگی، افسردگی و اندیشه پردازی خودکشی

13- کارشناس ارشد روانشناسی و مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

14- عضو هیات علمی و استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز



مقدمه

رضایت از زندگی^۶ به عنوان یکی از مهمترین نیازهای روانی بشر، به دلیل تاثیرات عمده ای که بر شکل گیری شخصیت آدمی و در یک کلام مجموعه زندگی انسان دارد، همیشه ذهن انسان را به خود مشغول کرده است.

احساس ذهنی رضایت از زندگی، حوزه ای از روان شناسی مثبت نگراست که تلاش می کند ارزیابی های شناختی (قضاوت کلی در مورد رضایت از زندگی) و عاطفی (تجربه هیجانانگیز خوشایند و ناخوشایند) مردم از زندگی شان را مورد بررسی قرار دهد. احساس خرسندی و رضایت از زندگی، از مؤلفه های نگرش مثبت افراد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می کنند. رضایت از زندگی با ارزش ها^۷ ارتباطی نزدیک اما پیچیده دارد و معیارهایی که افراد بر پایه آن درک ذهنی خود را از خوشبختی ارزیابی می کنند، متفاوت است. در واقع تجربه شادکامی و رضایت از زندگی هدف برتر زندگی به شمار می رود و احساس غم و ناخرسندی اغلب مانعی در راه انجام وظایف شمرده می شود (22).

رضایت از زندگی، به رضایت خاطر یا پذیرش شرایط زندگی و به طور کلی به تحقق نیازها و خواسته های شخص اشاره دارد. خلاصه این که رضایتمندی از زندگی، برآوردی درونی از کیفیت زندگی یک فرد است و از آنجا که قضاوت در مورد رضایت از زندگی، ذاتا یک برآورد است، دارای مؤلفه شناختی عظیم می باشد (29).

احساس ذهنی بهزیستی^۸ و رضایتمندی از زندگی، یکی از پیش بینی کننده های سلامت روان است که هر دو مؤلفه، یعنی تاثیرگذار (عاطفی) و شناختی (قضاوتی) را داراست. جزء تاثیرگذار متشکل است از این که یک شخص با چه میزان فراوانی، تجربه اثر بخشی مثبت و منفی را گزارش می کند. در رضایتمندی از زندگی جزء شناختی به عنوان مفهوم وسیع تری در نظر گرفته می شود. احساس ذهنی رضایت از زندگی برای اشاره به جنبه خاصی از زندگی به کار نمی رود، بلکه کل زندگی فرد را در بر می گیرد. در واقع مراد از رضایت از زندگی، نگرش فرد، ارزیابی عمومی نسبت به کلیت زندگی خود و یا برخی از جنبه های زندگی، همچون زندگی خانوادگی و تجربه آموزشی است (18).

احساس ذهنی رضایتمندی از زندگی از چند جهت اهمیت دارد:

1- تامین سلامت روانی، جسمانی و افزایش طول عمر

⁶. life satisfaction

⁷. Values

⁸. Subjective well being



2- اثبات ارزش شادکامی برای انسان

3- اندازه گیری شاخص کیفیت زندگی در کنار شاخص های اقتصادی واجتماعی (17).

ویژگی مهم روانی که فرد واجد سلامت می بایست از آن برخوردار باشد، احساس بهزیستی یا رضایتمندی است. احساس بهزیستی اصطلاحاً این گونه تعریف می شود: احساس مثبت و رضایتمندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران درحوزه های مختلف خانواده، شغل و ... است (8).

احساس بهزیستی و رضایتمندی از زندگی هم دارای مولفه های عاطفی و هم مولفه های شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده ای هیجانانگیز مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و وقایع زندگیشان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانانگیز منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند (24).

مایرز و داینر⁹، در تحقیقات خود نشان دادند که رضایت از زندگی با سلامت روانی بالا همبسته است. هر چه میزان رضایت از زندگی بالاتر باشد، فرد مستعد عواطف و احساسات مثبت است (3).

عدم رضایت از زندگی با سلامتی ضعیف تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و ضعف در عملکرد و روابط اجتماعی، همبسته است. افرادی که رضایت از زندگی بالایی دارند از سبک های مقابله ای مؤثرتر و مناسب تر استفاده می کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق تری را تجربه می کنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند (23).

افزایش تنش ها و مشکلات رفتاری، ناامیدی، اضطراب و افسردگی از جمله آثار منفی نارضایتی از زندگی است که پیامدهایی همچون کاهش روحیه مشارکت جویی اجتماعی، تعاون و اعتماد اجتماعی را در پی خواهد داشت (5).

کووما، هانکانن و همکاران¹⁰ در مطالعات خود نشان دادند، افرادی که خود را شاد نمی دیدند و از زندگی ناراضی بوده اند، بیش از افراد شاد و راضی از زندگی، از افسردگی و اضطراب رنج می برند و اقدام به خودکشی¹¹ می کنند (20).

افسردگی احساس غم، ناکامی و ناامیدی در مورد زندگی، همراه با از دست دادن علاقه به اغلب فعالیت ها و اختلال در خواب، تمرکز و انرژی در فرد می باشد (4).

⁹Myers & Diener

¹⁰.Koivumaa & Honkanen & et al

¹¹.suicide



به طور کلی می توان افسردگی را نوعی واکنش عاطفی نسبت به وضعیت نا امید کننده و محرومیت دانست که با افکار و احساسات ناخوشایندی نظیر ترس، اضطراب، بی کفایتی و نیز اختلالات جسمی همراه است. افسردگی، احساس غم و اندوه شدید و مداوم و آشفتگی روانی است که با تقلیل بینش و تغییر ادراک از محیط و خویشتن همراه می شود (9). مشخصه وجود افسردگی، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، افکار مرگ و خودکشی، تغییر در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم و اعمال نباتی (یعنی خواب، اشتها و فعالیت جنسی) است (6).

بیرماهر و همکاران¹² معتقدند که افسردگی با احساس غم، نا امیدی، احساس گناه، اختلال در خواب، اشتها، تمرکز و افکار خودکشی شایع ترین مشکل روانی جوانان است (14).

خودکشی یکی از معضلات بهداشت روان و شایع ترین علت مراجعه زنان و دومین علت مراجعه مردان به مراکز فوریت های پزشکی است. بر اساس گزارش مؤسسه ملی سلامت روان (NIMH¹³، 1999)، بیش از 31 هزار نفر در سال 1996 به خاطر خودکشی مردند. برآورد شده است که نزدیک به یک نفر از هر 60 آمریکایی، فقدان یک فرد محبوب به علت خودکشی را تجربه کرده است (32).

بازنگری بررسی های انجام شده دو دهه اخیر در زمینه همه گیرشناسی خودکشی در ایران نیز نشان می دهد که میزان شیوع خودکشی و اقدام به آن در بیشتر استان های کشور به ویژه در میان نوجوانان و جوانان رو به افزایش است (7).

از نظر شافر و پففر¹⁴، تغییرساختاری و جوان تر شدن افرادی که اقدام به خودکشی می کنند بر مشکلات افزوده است. در این شرایط نه تنها جامعه نیروهای مولد خود را ازدست می دهد، بلکه باید به دلیل بیماری ها، معلولیت ها و آسیب های روانی - اجتماعی ناشی از این معضل، هزینه های نگهداری و ارائه مراقبت های خاص را برای سال های طولانی بپذیرد. از سوی دیگر خودکشی به سلامت روان اعضای خانواده قربانیان آسیب می زند، تاثیرات منفی بر زندگی اجتماعی به جای می گذارد و احتمال وقوع آن را در محیط خانواده و اجتماع افزایش می دهد. طیف رفتار خودکشی

¹². Birmaher & ets

¹³. National Institute of Mental Health

¹⁴. Shaffer & Pefeff



دارای دامنه ای از اندیشه پردازی خودکشی¹⁵، تهدید به خودکشی و اقدام به خودکشی، تا خودکشی کامل است (27).

افکار خود کشی عبارتی است که بر وقوع هرگونه اندیشه خود تخریبی دلالت دارد. این افکار، طیفی از اندیشه های مبهم در مورد امکان خاتمه زندگی تا خودکشی کامل را در بر می گیرد. شیوع سالانه افکار خودکشی در افراد بالغ 2/3 تا 5/6 در صد گزارش شده است. گذراز فکر خودکشی به نقشه کشیدن در 32 در صد افراد (دارای فکر خود کشی) صورت می گیرد. در نتیجه، 24 درصد افرادی که فکر خود کشی را گزارش می کنند، در نهایت به سمت اقدام می روند (12).

می توان گفت که قویترین عامل پیشگویی کننده اقدامات آتی خودکشی، قدرت گرایش و اندیشه پردازی خودکشی می باشد. افکار خودکشی، با واکنش های نا متعارف به استرس، نظیر مصرف الکل و مواد مخدر، درگیری با والدین، فرار از منزل و بد بینی به آینده، رابطه نزدیکی دارد. به عبارتی، افکار خود کشی خود یک عامل خطر برای خودکشی محسوب می شود (19).

به طور کلی آنچه بیش از همه گرایش به خودکشی را در افراد تبیین می کند، عدم شادکامی و رضایتمندی از زندگی است. رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت فعلی او می باشد. به بیان دیگر، هرچه شکاف میان سطح آرزوهای فرد و وضعیت عینی وی بیشتر گردد، رضایتمندی او کاهش می یابد. رضایتمندی از زندگی شاخصی از سلامت روان است که تاثیری بلند مدت بر خطر خودکشی دارد (20).

بخشی پررودسری و همکاران، دریک مطالعه رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان را مورد بررسی قرار دادند. یافته های پژوهشی نشان داد که رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به طور معنی داری سلامت روانی را پیش بینی می کردند (3).

در پژوهشی که توسط محمدخانی و با هدف بررسی همبودی نشانگان افسردگی و آشفتگی های روان شناختی کلی با افکار اقدام به خودکشی در دختران شهری صورت گرفت، یافته ها نشان داد که افراد انتحاری به طور معناداری نسبت به افراد غیر انتحاری از نشانگان افسردگی و آشفتگی های روان شناختی رنج بیشتری می برند. (10).

¹⁵. Suicidal ideation



تحقیقات متعدد حاکی از این امر است که بیماران افسرده بالاترین میزان خودکشی جهان را دارا هستند. در فرانسه با 10000 خودکشی موفق در سال، 64 درصد اقدام کنندگان دچار افسردگی اساسی بودند. در کپنهاگ دانمارک در 777 نفر از موارد اقدام به خودکشی، 66 درصد افسردگی اساسی داشتند. در اوهایو آمریکا در سال 2002، از کل 248 خودکشی موفق، 38 درصد دچار افسردگی اساسی بودند. در ایران هم در بررسی اقدام به خودکشی در کودکان و نوجوانان در استان اصفهان در فواصل سال های 1375-1374 میزان سابقه افسردگی اساسی در آنها 64 درصد گزارش شد(1).

پارک و همکاران¹⁶، در مطالعه ای عوامل پیش بینی کننده ایده پردازی خودکشی براساس جنس را در 501 نوجوان مورد بررسی قرار دادند. نتیجه این پژوهش نشان داد عوامل برجسته پیش بینی کننده ایده پردازی خودکشی برای نوجوانان مذکر عبارت بودند از: رضایتمندی از زندگی، افسردگی و روابط خانوادگی و برای نوجوانان مؤنث عبارت بودند از: افسردگی، استعمال دخانیات و رضایتمندی از زندگی(25).

لی و همکاران¹⁷، در مطالعه ای به بررسی نگرش مردم چین، نسبت به خودکشی پرداختند. نتیجه این مطالعه نشان داد که جنسیت (زن بودن)، عدم رضایت از زندگی، سن بالاتر و وجود اندیشه پردازی به خودکشی با تامل در مورد خودکشی مرتبط بودند(21).

والدروپ و همکاران¹⁸، در یک مطالعه به بررسی فاکتورهای ریسک برای رفتار خودکشی در میان نوجوانان پرداختند. نتیجه این بررسی نشان داد که بین اندیشه پردازی خودکشی با جنسیت مؤنث، سن، مشکلات خانوادگی، مصرف الکل و مواد مخدر، قرار گرفتن در معرض خشونت، افسردگی در طول دوران زندگی، اختلال استرس پس از سانحه و عدم رضایت از زندگی در کل، رابطه مثبت وجود داشت(31).

کووما، هانکانن و همکاران، در یک مطالعه طولی به بررسی رابطه بین خودکشی و رضایتمندی از زندگی پرداختن. نتیجه تحقیق نشان داد که رضایتمندی کمتر از زندگی با خطر بالاتر خودکشی ارتباط دارد. حتی وقتی متغیرهایی مثل سن، جنس، وضعیت سلامت پایه و مصرف الکل کنترل شوند، عدم رضایتمندی از زندگی تاثیری درازمدت بر خطر خودکشی دارد(20).

¹⁶. Park & et al

¹⁷. Lee & et al

¹⁸. Waldrop & et al



در یک مطالعه روی جمعیت عمومی ایالات متحده 45 درصد از قربانیان خودکشی تشخیص افسردگی اساسی را دریافت نموده اند. مطالعات پیگیری بیماران افسرده حاکی از آن است که حدود یک مورد از 6 مورد (15 درصد) آنها بر اثر اقدام به خودکشی می‌میرند (28).

به طور کلی والاترین هدف خلقت انسان، رسیدن به احساس رضایتمندی از زندگی و در پی آن تجربه شادکامی است، در واقع کم بها دادن به این هدف برتر زندگی - احساس رضایتمندی - باعث تأثیرات منفی در روحیات افراد گردیده و موجب بروز مشکلاتی در بهداشت روانی و جسمانی آنها می‌شود. یکی از عمده ترین مشکلات روانی ناشی از عدم احساس رضایتمندی از زندگی، افسردگی و متعاقب آن اندیشه پردازی خودکشی می‌باشد. گرایش به خودکشی، زاییده ترس از مقابله با واقعیت‌ها و انعکاسی از افسردگی و عدم رضایتمندی از زندگی است. خودکشی یکی از معضلات بهداشت روانی است که پیوندی دیرینه با افسردگی و عدم رضایتمندی دارد. با توجه به اهمیت نقش احساس ذهنی بهزیستی و رضایتمندی از زندگی در بهداشت روان، هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه احساس ذهنی رضایتمندی از زندگی و افسردگی با اندیشه پردازی خودکشی می‌باشد.

فرضیه های تحقیق عبارتند از:

- 1- بین احساس ذهنی رضایتمندی از زندگی و اندیشه پردازی خودکشی رابطه وجود دارد.
- 2- بین افسردگی و اندیشه پردازی خودکشی رابطه وجود دارد.
- 3- بین احساس ذهنی رضایتمندی از زندگی و افسردگی با اندیشه پردازی خودکشی رابطه چند گانه وجود دارد.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه گیری: جامعه پژوهش در این تحقیق شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بود و نمونه پژوهشی شامل 200 دانشجوی (100 زن و 100 مرد) بود که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند.

ابزار پژوهش:

1) مقیاس رضایت از زندگی (SWLS):



داینر و همکاران¹⁹، مقیاس رضایت از زندگی را برای همه گروههای سنی تهیه کردند. این مقیاس متشکل از 48 سؤال بود که میزان رضایت از زندگی و احساس بهزیستی را منعکس می کرد و تحلیل عاملی آن نشان داد که از سه عامل تشکیل شده است. 10 سؤال آن با رضایت از زندگی مرتبط بود که پس از بررسی های متعدد در نهایت به 5 سؤال کاهش یافت و به عنوان یک مقیاس مجزا مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس دارای پنج ماده است و هر ماده هفت گزینه دارد که در این بررسی از یک (کاملاً مخالفم) تا هفت (کاملاً موافقم) نمره گذاری شده است. داینر و همکاران، در نمونه ای به حجم 176 نفر از دانشجویان دوره کارشناسی، ضریب همبستگی بازآزمایی نمره ها را پس از دو ماه اجرا، 0/82 و ضریب آلفای کرونباخ را 0/87 به دست آورد (16). اسپیمک و همکاران²⁰، اعتبار مقیاس رضایت از زندگی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ملت های امریکایی، آلمانی، ژاپنی، مکزیکی و چینی به ترتیب 0/90، 0/82، 0/79، 0/76 و 0/61 گزارش کردند (26). در ایران، مظفری، اعتبار فرم ایرانی مقیاس رضایت از زندگی را به کمک مقایسه با آزمون عاطفه مثبت و منفی، مورد ارزیابی قرار داد و همبستگی مثبت و معنی داری را بین این دو مقیاس گزارش کرد (11). در پژوهش حاضر نیز اعتبار این مقیاس از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس شادکامی آکسفورد، 0/66 ($P < 0/0001$) و ضریب پایایی آن با روش آلفای کرونباخ 0/80 به دست آمد.

2) پرسشنامه افسردگی بک (BDI):

پرسشنامه افسردگی بک، برای سنجش شناخت افراد افسرده به کار می رود. پایایی و قابلیت اعتماد این پرسشنامه بارها مورد بررسی قرار گرفته است. بک و همکاران²¹، همسانی درونی ماده های پرسشنامه را از 0/73 تا 0/92 با میانگین 0/86 گزارش کرده اند (15). در تحقیقی رجبی، عطاری و حقیقی اعتبار و پایایی این پرسشنامه را بر روی دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران آزمودند و ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف را برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر 0/87 و 0/83 و ضریب بازآزمایی آن را در فاصله 3 هفته برابر 0/49 به دست آوردند. همچنین آنها ضریب همبستگی بین پرسشنامه افسردگی بک و خرده مقیاس D از پرسشنامه MMPI، 0/60 گزارش کردند.

3) مقیاس سنجش افکار خودکشی بک (BSSI):

¹⁹.Diener & ets

²⁰. Schimmack & et al

²¹.Beck & ets



مقیاس افکار خودکشی بک، یک ابزار خودسنجی 19 سؤالی می باشد. این پرسشنامه توسط بک و استیر²²، به منظور آشکارسازی و اندازه گیری شدت نگرش ها، رفتارها و طرح ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته گذشته، تهیه شده است. این مقیاس بر اساس 3 درجه نقطه ای از 0 تا 2 تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می شود که از 0 تا 38 قرار دارد. بک و استیر، استیر و همکاران، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، پایایی آزمون را بین 0/87 تا 0/97 به دست آوردند (13 و 30). انیسی و همکاران، اعتبار این مقیاس را از طریق همبسته نمودن با پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ، 0/76 و پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با 0/95 و با روش دو نیمه کردن 0/75 به دست آوردند (2). در پژوهش حاضر اعتبار مقیاس افکار خودکشی گر بک از طریق همبسته نمودن با مقیاس افسردگی بک، 0/75 ($P < 0/0001$) و ضریب پایایی آن با روش آلفای کرونباخ 0/96 به دست آمد.

یافته های تحقیق:

ابتدا به توصیف متغیرهای تحقیق و پس از آن آزمون فرضیه ها از طریق ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون پرداخته می شود.

جدول 1: شاخص های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	میانگین	انحراف معیار	تعداد
رضایتمندی از زندگی	22/10	5/69	200
افسردگی	19/80	14/08	200
اندیشه پردازی خودکشی	4/86	6/63	200

چنان که در جدول 1 ملاحظه می شود میانگین و انحراف معیار مقیاس رضایت از زندگی به ترتیب برابر 22/10 و 5/69، افسردگی 19/80 و 14/08 و اندیشه پردازی خودکشی 4/86 و 6/63 می باشد.

جدول 2: ضرایب همبستگی بین متغیرهای پیش بین با اندیشه پردازی خودکشی

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی (r)	سطح معناداری (p)
---------------	------------	------------------	------------------



رضایت مندی از زندگی	اندیشه پردازی خودکشی	-0/22	0/02
افسردگی	اندیشه پردازی خودکشی	0/75	0/0001

همانطور که در جدول 2 ملاحظه می شود، با توجه به ضریب همبستگی، بین رضایتمندی از زندگی و اندیشه پردازی خودکشی رابطه منفی وجود دارد ($r = -0/22$ ، $P < 0/02$). براین اساس، فرضیه اول تایید شد. همچنین با توجه به ضریب همبستگی بین افسردگی و اندیشه پردازی خودکشی ($r = 0/75$ ، $P < 0/0001$) بین افسردگی و اندیشه پردازی خودکشی رابطه مثبت وجود دارد. براین اساس، فرضیه دوم تایید شد.

جدول 3: ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش بین با اندیشه پردازی خودکشی با روش ورود مکرر

متغیر ملاک	شاخصهای آماری ← متغیرهای پیش بین	همبستگی چندگانه MR	ضریب تعیین RS	ضرایب رگرسیون (β)	
				نسبت F احتمال p	نسبت F احتمال p
اندیشه پردازی خودکشی	1- رضایتمندی از زندگی	0/22	0/05	$\beta = -0/22$ $t = -3/21$ $p = 0/002$	F=10/32 p=0/002
	2- افسردگی	0/75	0/57	$\beta = -0/01$ $t = -0/29$ $p = 0/770$	F=130/16 p=0/0001
متغیر ملاک	شاخصهای آماری ← متغیرهای پیش بین	همبستگی چندگانه MR	ضریب تعیین RS	ضرایب رگرسیون (β)	
				نسبت F احتمال p	نسبت F احتمال p
اندیشه پردازی خودکشی	1- افسردگی	0/75	0/57	$\beta = 0/75$ $t = 16/16$ $p = 0/0001$	F=261/44 p=0/0001

همان طوری که در قسمت «الف» جدول 3 ملاحظه می شود، طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش ورود مکرر، ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی رضایتمندی از زندگی و افسردگی با اندیشه پردازی



خودکشی دانشجویان برابر با $MR=0/75$ و $RS=0/57$ می باشد که در سطح $P=0/0001$ معنی دار می باشد. بنابراین فرضیه سوم تأیید می گردد. با توجه به مقدار ضریب تعیین (RS) مشخص شده که 57 درصد واریانس اندیشه پردازی خودکشی دانشجویان توسط متغیر های پیش بین قابل تبیین می باشد. همچنین با توجه به قسمت «ب» جدول مذکور مشاهده می شود که از میان رضایتمندی از زندگی و افسردگی به عنوان متغیرهای پیش بین، متغیر افسردگی پیش بینی کننده برای اندیشه پردازی خودکشی دانشجویان می باشد و رضایتمندی از زندگی در پیش بینی کنندگی اندیشه پردازی خودکشی دانشجویان نقشی ایفا نمی کند.

بحث و نتیجه گیری:

چنان که یافته های تحقیق نشان دادند فرضیه های تحقیق تأیید شدند. فرضیه اول بیان می کند بین احساس ذهنی رضایتمندی از زندگی و اندیشه پردازی خودکشی رابطه وجود دارد. این یافته با تحقیقات (5, 20 و 21)، هماهنگ است. فرضیه دوم بیان می کند بین افسردگی و اندیشه پردازی خودکشی رابطه وجود دارد. این یافته با تحقیقات گذشته (10, 1 و 28) همخوان است. فرضیه سوم بیان می کند بین احساس ذهنی رضایتمندی از زندگی و افسردگی با اندیشه پردازی خودکشی رابطه چند گانه وجود دارد. این یافته با تحقیقات گذشته همچون (25, 32 و 20) هماهنگ است. والاترین هدف خلقت انسان، رسیدن به احساس رضایتمندی از زندگی و در پی آن تجربه شادکامی است، چرا که خداوند سبحان در کتاب قرآن، (سوره یونس، آیه 58)، نگاهی جامع به این مسأله دارد و می فرماید: ((بگو: به فضل خدا و رحمت او شادکام شوند، زیرا این، از هر چه می اندوزند، بهتر است)). احساس ذهنی بهزیستی و رضایتمندی از زندگی، یکی از پیش بینی کننده های سلامت روان و از مؤلفه های نگرش مثبت افراد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می کنند. تجربه شادکامی و رضایت از زندگی هدف برتر زندگی به شمار می رود و به دلیل تاثیرات عمده ای که بر شکل گیری شخصیت آدمی و در یک کلام مجموعه زندگی انسان دارد، یکی از مهمترین نیازهای روانی بشر است. در واقع کم بها دادن به این هدف برتر زندگی - احساس ذهنی بهزیستی و رضایتمندی - باعث تاثیرات منفی در روحيات افراد گردیده و موجب بروز مشکلاتی در بهداشت روانی و جسمانی آنها می شود.



افزایش تنش ها و مشکلات رفتاری، نا امیدي، اضطراب و افسردگی از جمله آثار منفی نارضایتی از زندگی است. از آنجا که رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت فعلی او می باشد، هرچه شکاف میان سطح آرزوهای فرد و وضعیت عینی وی بیشتر گردد، رضایتمندی او کاهش می یابد. عدم رضایت از زندگی با سلامتی ضعیف تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و ضعف در عملکرد و روابط اجتماعی، همبسته است. افرادی که رضایت از زندگی بالایی دارند از سبک های مقابله ای مؤثرتر و مناسب تر استفاده می کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق تری را تجربه می کنند و از سلامت عمومی بالاتری بر خوردارند، در حالی که افراد با احساس رضایتمندی پایین حوادث و وقایع زندگیشان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند. رضایتمندی از زندگی پیش بینی کننده بهداشت روان است که میل به بودن، ماندن و مواجهه شدن با مشکلات را بر تمایل به خودکشی قدرتمند می سازد. در حالی که خودکشی یکی از معضلات بهداشت روانی و زاییده ترس از مقابله با واقعیت ها و انعکاسی از عدم رضایتمندی از زندگی است که پیوندی دیرینه با افسردگی و بی لذتی دارد. افرادی که مراحل مختلف زندگی را با احساس ذهنی رضایتمندی پشت سر گذاشته اند، به واقع شادکامی و بهزیستی را تجربه می کنند، همواره معتقدند زندگی شاهد شیرین بشری است پس تا شقایق هست زندگی باید کرد. لذا به زندگی عشق می ورزند و هرگز از اندیشه خودکشی و مرگ استقبال نمی کنند.

منابع :

- 1- آذر، ماهیار؛ نوحی، سیما؛ شفیع کنجدجانی، علیرضا. (1385). خودکشی، چاپ اول، انتشارات ارجمند.
- 2- انیسی، جعفر؛ فتحی آشتیانی، علی؛ سلیمی، سید حسسین؛ احمدی، خدابخش. (1384). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) در سربازان. مجله طب نظامی، دوره هفتم، شماره 1، صفحه 37-33.
- 3- بخشی پوررودسری، عباس؛ پیروی، حمید؛ عابدیان، احمد. (1384). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان، فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هفتم، شماره 27 و 28، صفحه 152 - 145 .
- 4- برک، لورا ای . (2001). روانشناسی رشد (جلد دوم)، ترجمه سید محمدی، سید یحیی . (1386). چاپ نهم، نشر ارسباران.



- 5- زکی، محمد علی. (1386). اعتباریابی مقیاس چند بعدی رضایت از زندگی دانش آموزان، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره 1، صفحات 57 - 49.
- 6- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (2003). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری، ترجمه نصرت ا... پورافکاری (1385). جلد سوم، چاپ دوم، تهران: انتشارات شهر آب.
- 7- شاکری، جلال؛ پرویزی فرد، علی اکبر؛ صادقی، خیراله؛ مرادی، رضا. (1385). ویژگی های شخصیتی، استرس، شیوه های مقابله و نگرش های مذهبی در افراد اقدام کننده به خودکشی. مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، پیاپی 46، شماره 3، صفحات 250 - 244
- 8- کرمی نوری، رضا؛ مکرری، آذرخش؛ محمدی فر، محمد؛ یزدانی، اسماعیل. (1381). مطالعه عوامل مؤثر بر احساس شادی و بهزیستی در دانشجویان دانشگاه تهران. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال سی و دوم، شماره 1، صفحات 41 - 3.
- 9- مجتهدزاده، فاطمه سادات (1382). مقایسه اضطراب، افسردگی پرخاشگری و عملکرد تحصیلی دانش آموزان دختر دارای ناپدیری یا نامادری با دانش آموزان دختر دارای پدر و مادر واقعی سال سوم راهنمایی مدارس اهواز، پایان نامه دوره کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- 10- محمد خانی، پروانه؛ محمدی، محمدرضا؛ رضایی دوگاهه، ابراهیم؛ نظری، محمدعلی. (1382). بررسی همه گیر شناسی افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، عوامل زمینه سازو آشکار ساز در دختران جوان و نوجوان مناطق پر خطر ایران. مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری.
- 11- مظفری، شهباز. (1382)، همبسته های شخصیتی شادمانی ذهنی بر اساس الگوی پنج عاملی در میان دانشجویان دانشگاه شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه شیراز.
- 12- همتی، ناصر؛ دانش آموز، بدری؛ پناغی، لیلا. (1383). فراوانی افکار خودکشی در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان آبدانان استان ایلام. فصلنامه تازه های علوم شناختی، سال ششم، شماره 1 و 2، صفحات 85 - 79.
- 13- Beck, A.T & Steer, R. (1991). Manual for the Beck Scale For Suicide Ideation. San Antonio, TX: psychological Corporation.



- 14- Birmaher, Ryan, N; Williamson, D; Brent, D & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*, 35, 1575- 1583.
- 15- Burns, D. D. & Beck, A. T. (1978) Cognitive – behavior modification of mood disorders: In J. P. Foregt, & D. P. Rathjen (eds). *Cognitive behavior therapy. Research and implication*. New york: Plenum press.
- 16- Diener, E.D; Emmons, R; Larsen, R & Griffin, S.(1985).The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*,1: 71-75.
- 17- Diener, E.D; Oishi, S.H & Lucas, R.E.(2003). Personality, culture, and subjective well – being: Emotional and cognitive evaluation of life. *Annual Review Of Psycholog*,45: 403-425.
- 18- Diener, E.D; Suh, E. M; Lucas, R.E & Smith, H.L.(1999). Subjective well – being. Three decades of well – being. *Psychological Bulletin*,125(2): 276-302.
- 19- Groleger, U; Tomori, M & Kocmur, M.(2003). Suicidal Ideation in adolescent an indicator of actual risk. *Israel Journal of Psychiatry and related sciences*, 40: 202-208.
- 20- Koivumaa – Honkanen, H; Honkanen, R; Viinamaki, Heikkila, K; Kaprio, J & Koskenvuo, M.(2001). Life satisfaction and suicide: A – 20 year follow – up study. *American Journal of Psychiatry*, 158(3): 433- 439.
- 21- Lee,S; Tsang, A; Li, X.Y; Phillips, M. R & Kleinman, A.(2007). Attituds toward suicide among Chinese people in Hong Kong. *Suicide life threat behave*, 37(5): 565 -575.
- 22- Loughlin, J. E & Huebner, E.S.(2001). Life exprrience locus of control and school satisfaction in adolescence. *Social Indicators Research*, 55: 156 -183.
- 23- Maltaby, J; Day, L; Mccutcheon, L.E; Gillet, R; Houran, J; Ashe, D. D.(2004). Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. *British Journal of Psychology*, 95: 411 -428.
- 24- Myers, D.G.&Diener,E.(1995)." Who is happy?". *Psychological science*. 6pp.10-19
- 25- Park, H. S; Koo, H. Y; Schepp, K. G.(2005). Predictors of suicide ideation for adolescents by gender. *Taehan kanho hakhoe chi*, 35(8): 1433 -1442.



- 26- Schimmack,U; Radharishnan, P; Oishi, S. H; Dzokoto, V; Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well – being: Integrating process model of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82: 582 -593.
- 27- Shaffer, David & Pfeffer, Cynthia. R.(2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40: 24 -57.
- 28- Shaphar National center for health statistis (2002) . Death rates for72 selected causes by 5 years ago . 104-112.
- 29- Sousa, L & Lyubomirsky, S.(2001). Life satisfaction. INJ. Worell(E.D). *Encyclopedia of women and gender: sex similarities and differences and impact of society on gender*. (2: 667 -676). San Diego, C.A: Academic Press.
- 30- Steer, R; Kumar, G; Beck, A.(1993). Self – reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Consuling and Clinical Psychology*,61: 1096 -1099.
- 31- Waldrop, A. E; Hanson, R. F; Resnick, H. S; Kilpatrick, D. G; Naugle, A. E; Saunders, B. E.(2007). Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: implications for prevention. *J Trauma stress*, 20(5): 869 - 879.
- 32- Westefeld, J. S; Range, L. M; Rogers, J. R; Maples, M.R; Bromley, J. L & Alcorn, J.(2000). Suicide: An over view. *The counseling psychologist*, 28: 445 - 510.