

## همبودی نشانگان افسردگی آشتفتگی‌های روان‌شناختی با افکار خودکشی و اقدام به

\*دکتر پروانه پنجه‌خانی\*

(Comorbidity) پژوهش حاضر به بررسی همبودی افسردگی و آشتفتگی های روان‌شناختی کلی با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران شهرهای کرمانشاه، همدان، ایلام و دره شهر اختصاص دارد. به همین منظور ر تعداد 2650 دانشآموز دختر به عنوان نمونه پژوهش از جامعه آماری دختران دانشآموز (6587 نفر)، نوجوان و جوان شهرهای مذکور (که دارای بالاترین نرخ خودکشی در بین کلی شهرهای کشور در سال 1380 بودند)، طی دو مرحله با روش‌های نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای و تصادفی ساده انتخاب شدند (دامنه سنی 14 تا 21 سال با میانگین 16/27 و انحراف معیار 1/30). ابتدا آزمودنی ها به وسیله شاخص نشانگان افسردگی - خرد و مقیاس خودکشی: (Depressive Symptom Index-Suicidality Subscale (DIS-SS)) مجموعه آیتم های غربالگری خودکشی مرکز مطالعات شیوع‌شناسی افسردگی:

\* روان‌شناس، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و تو انبخشی، [parmohamir@yahoo.com](mailto:parmohamir@yahoo.com)

(The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CED-D)

Scale-Suicidality Screening Items)

و همچنین یک مجموعه محقق ساخته 4 آیتمی برای سنجش اقدام به خودکشی مورد سنجش قرار گرفتند و براساس نقاط برش تعیین شده کروههای انتحاری (دارای افکار خودکشی و سابقه اقدام به خودکشی) و غیرانتحاری (بدون افکار خودکشی یا افکار کم و بدون سابقه اقدام به خودکشی) شناسایی شدند. سپس بر مبنای مقیاس افسردگی از فهرست نشانگان تجدید نظر شده 90 آیتمی (Symptom Checklist-Revised-90) (SCL-R-90)) افسردگی و آشفتگی های روان‌شناختی کلی با افکار و اقدام به خودکشی مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج نشان داد که افراد انتحاری در مقایسه با افراد غیرانتحاری به طور معناداری نشانگان افسردگی بیشتری داشتند، همچنین براساس آزمون های همواری، توازنی برای همه مقیاس های SCL-90-R و آزمون سطوح (میانگینها) برای سه شاخص آشفتگی روان‌شناختی کلی، تفاوت نیم رخ کروه ها معنادار بود . به این ترتیب با توجه به یافته های پژوهش نشانگان افسردگی و آشفتگی های روان‌شناختی کلی با افکار خودکشی و سابقه اقدام به خودکشی در افراد انتحاری همبودی داشتند.

کلید واژه‌ها: آشفتگی‌های روان‌شناختی، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی،  
نشانگان افسردگی، همبودی

#### مقدمه

رشد و گسترش آسیب‌های اجتماعی و روانی در جوامعی که حالتی انتقالی را طی می‌کنند امری گریزناپذیر است. شکی نیست که جامعه ایران امروز در حال طی دوران گذار است. این گذار که آن را از مرحله سنت به مدرنیته می‌نامند با مسائل و مشکلات خاص اجتماعی و فرهنگی توأم است (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، 1380). خودکشی یکی از این آسیب‌های اجتماعی است. (Shafer & Pfeffer, 1999) و اگر چه مشکلی تراژیک در سلامت عمومی محسوب می‌شود، بالقوه قابل پیشگیری است (Hoyert, Kochanek & Murphy, 1999).

رفتار انتحاری (Suicide behavior) که شامل طیفی از آرزوی مردن تا خودکشی کامل (Completed suicide) می‌شود معمولاً همراه غمگینی، ناامیدی، خشم و ناکامی اتفاق می‌افتد (Kaplan & Sadock, 2000). به دنبال مطالعه کلاسیک دورکیم در مورد خودکشی، تحقیقات گسترده و تا حدی ناهمانگ بر موضوع خودکشی متمرکز شد. صرف نظر از گستردگی این پیشینه، عدم اثبات تحقیقات

درباره خودکشی جوانان ، گرفتار مجموعه ای از محدودیتهاي روش شناختي است زира اين مطالعات :  
الف) بر نمونه هاي باليني گزينش شده متمرکز بوده اند؛ ب) آزمودني هاي انتحاري و غيرانتحاري را با هم مقایسه نکرده اند؛ ج) از روش مطالعه طولي استفاده نکرده اند و د) به طور مكرر مرتكب اشتباهات روش شناختي از جمله سوگيري گزينش آزمودني و خطاي اندازه گيري شده اند. اثر اصلی اين محدوديتشا آن است که عدم ة یافته ها و نتیجه گيري هاي به عمل آمده در اين حوزه دچار عدم قطعیت (Uncertainty) روش شناختي هستند (Beautrais, 2000).

در منابع مختلف عوامل خطر خودکشی طبقه بندي شده اند.

(Beautrais, 2000; Kaplan & Sadock, 2000; Shaffer & Pfeffer, 2001; Merek, 2002)

در اين ميان شواهد قاطعي مبني بر اين وجود دارد که اختلالات روانی (خصوصاً اختلالات خلقي، اختلالات سوء مصرف مواد و رفتارهای ضد اجتماعی ) در سبب شناسی رفتارهای انتحاري جوانان، دارای نقش اساسی است. شواهدی که از این نتیجه گيري حمایت می کنند بر گرفته از منابع زیر است : الف) مطالعات تشريحی روان شناختی (Psychological Autopsy) که شیوع اختلالات روانی را در افرادي که به علت خودکشی از بين رفته اند بررسی می کنند؛ و ب) پژوهش های کنترل موردي یا طولي که نرخ اختلالات

روانی را در افراد دچار رفتارهای انتخابی و غیر انتخابی مقایسه می‌نماید (Beautrais, 2000).

محدودیت‌های روی کرد تشریح روان‌شناختی نیز آن است که گرچه به وضوح نرخ بالای اختلال روانی را در افرادی که به علت خودکشی از بین می‌رونند ثابت می‌کند، قادر نیست برآورد کند که افراد دچار اختلال روانی در مقایسه با افراد فاقد اختلال روانی چه قدر احتمال دارد که اقدام به خودکشی کرده یا در اثر خودکشی از بین بروند. مطالعات موجود با وجود محدودیت‌های برشمرده، برآورد کرده‌اند که اختلال خلقي شایع ترین تشخيص همراه خودکشی است. در یک مطالعه روی جمعیت عمومی در ایالات متحده، 45 درصد از قربانیان خودکشی تشخيص افسردگی اساسی را دریافت نمودند. مطالعات پیگیری بیماران افسرده حاکی از آن است که حدود یک مورد از 6 مورد (15 درصد) آن‌ها بر اثر اقدام به خودکشی می‌میرند. اگرچه مردان افسرده بیشتر از زنان افسرده اقدام به خودکشی می‌کنند ولی زنان بطور کلی 2 تا 3 بار بیشتر از مردان اقدام به خودکشی دارند و نسبت 1 به 3 موارد خودکشی در زنان نسبت به مردان در سنین 15-24 سالگی تقریباً به نسبت 1 به 5/5 افزایش می‌یابد.

(National Center for Health Statistic, 2002; Shaffer & Pfeffer, 2001).

مطالعاتی که تاکنون در ایران انجام یافته‌اند کماکان با این محدودیت‌ها مواجه است، هرچند برآوردهای با مطالعات مشابه ذکر شده تقریباً برابر می‌باشند. برای مثال مطالعه پورشهباز، عُجّانی، معصومیان (1374) و قهرمانی (1375) با مراجعه به آمار قربانیان خودکشی نسبت‌های همسانی را برای اقدام به خودکشی زنان نسبت به مردان اعلام می‌دارند. اگرچه به طور کلی این تفاوت در مطالعه‌آن‌ها آشکار است که زنان برای خودکشی به دلیل برگزیدن شیوه‌های خشن (خودسوزی) بیشتر فوت می‌کنند.

هدف مطالعه حاضر (با روش شناسی‌ای که محدودیت‌های برشمده را در برندارد) بررسی همبودی نشانگان افسردگی و آشفتگی‌های روان‌شناختی کلی با افکار خودکشی و سابقه اقدام به خودکشی است. بنا به تعاریف موجود افکار خودکشی به افکار مربوط به آرزوی مردن، برنامه ریزی برای زمان و مکان و نحوه خودکشی و اثر آن بر دیگران اطلاق می‌شود و اقدام به خودکشی طیفی از آسیب رساندن غیرعمدی به خود تا اقدام جدی برای مردن را در بر می‌گیرد (Gunneil, 2000). در این پژوهش فرضیه همبودی معنادار نشانگان افسردگی و آشفتگی‌های روان‌شناختی کلی با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران جوان شهرهای در معرف خطر مورد

آزمون قرار گرفت.

### ۱) روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش دانش آموزان دختر شهرهای کرمانشاه، همدان، ایلام و دره شهر (که براساس داده‌های به ثبت رسیده مربوط به موارد خودکشی در سال ۱۳۸۰ بالاترین نرخ خودکشی را در بین شهرها و استانهای کشور داشتند) (مرکز مطالعات اجتماعی وزارت کشور، ۱۳۸۰) بودند. از میان ۶۵۸۸۷ دانش آموز دبیرستان‌ها، مراکز پیش دانشگاهی، مدارس فنی - حرفه‌ای، کار و دانش و هنرستان‌ها، با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه تعداد ۲۶۵۰ نفر با رعایت نسبت‌ها (۴۶/۱۸ درصد از کرمانشاه، ۴۰/۹۲ درصد از همدان و ۱۲/۸۹ درصد از ایلام و دره شهر) در نظر گرفته شدند. ابتدا با روش نمونه‌گیری خوش‌ای، مناطق آموزش و پرورش هر یک از شهرها و مدارس واقع در این مناطق تعیین و سپس با اخذ فهرست اسامی دانش آموزان در این مدارس با روش نمونه گیری تصادفی ساده تعداد مورد نظر برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند (۱۳۱۲ نفر از کرمانشاه، ۹۴۰ نفر از همدان و ۳۹۸ نفر از ایلام و دره شهر با دامنه سنی ۱۴ تا ۲۱ سال).

## 1-1) ابزار پژوهش

در این پژوهش از:

الف) شاخص نشانگان افسردگی - خرده مقیاس خودکشی

(DSI-SS) متالسکی و جوینر (Metalsky & Joiner, 1997، نقل

از (Joiner et al, 2002)

ب) مجموعه آیتم های غربالگر خودکشی مرکز

مطالعات شیوع‌شناسی افسردگی (CED-SS) (Lewinsohn et al., 1996):

ج) مقیاس چهارآیتمی محقق ساخته برای سنجش اقدام

به خودکشی:

د) فهرست نشانگان تجدید نظر شده 90 آیتمی (SCL-

(Derogatis, 1992) (90-R)

ه) مقیاس ناامیدی بک (BHS) (Beck et al., 1974, 1997. Beck

SCL-90-R برای سنجش روایی Hoplessness Scale) استفاده

شد.

DSI-SS از همبستگی درون آیتمی بالایی برخوردار

بود. محاسبه ضریب آلفای DSI-SS، یک فاکتور بزرگ را

که هر 4 آیتم قویاً روی آن قرار می گیرند به دست

داده است

همچنین 4 آیتم غربالگر، یک مقیاس

متجانس و دارای همسانی درونی را تشکیل می دهد

(Joiner et al., 2002). الگوی همراهی مقیاس با نشانگان

افسردگی، آشفتگی عاطفی کلی، سن، نوع شکایت فعلی

و جنس شواهدی را برای اعتبار سازه به دست میدهد. همبستگی بین خودکشی و نشانگان افسردگی حدود 0/6 محاسبه شده است ( $P<0.0001$ ).

پایایی DSI-SS در جمعیت ایرانی مورد مطالعه برای 2553 آزمودنی 0/89 به دست آمد. برای محاسبه ضریب روایی DSI-SS به محاسبة ضریب همبستگی دو آزمون DSI-SS و CED-SSI (که هر دو افکار خودکشی را ارزیابی می‌کنند) اقدام شد. ضریب همبستگی به دست آمده حاکی از روایی مناسب برای هر دو آزمون بود. همچنین ضریب همبستگی بین آیتم‌های مربوط به عقاید خودکشی، 0/561 ( $0/001 < p$ ) به دست آمد.

برای سنجش روایی سازه مبادرت به محاسبة ضریب همبستگی بین پاسخ آزمودنی‌ها به آیتم شماره 59 از آیتم‌های SCL-90-R (که بهترین شاخص برای سنجش ریسک خودکشی است) با سابقة اقدام به خودکشی و حضور افکار خودکشی شد. این ضریب در سطح معناداری نشان داد که DSI-SS به خوبی قادر به شناسایی و تفکیک افراد انتحاری و غیرانتحاری بود. مجموعه آیتم‌های غربالگر خودکشی برای تکمیل مقیاس مرکز مطالعات شیوع شناسی افسردگی (Radolff et al., 1996) ساخته شده است (لوینسون و همکاران 1977). لوینسون، 1977 به نقل از (Joiner et al., 2002). نمرات 0 تا 3 برای هر پاسخ در مجموعه سوال‌ها (مجموعاً از 0 تا 9) در نظر گرفته شده است. نمرة دو بخشی

نیز ساخته شده که در آن نمرات بالاتر از 5 به معنای نمرة بالا در خودکشی است. مشخص شده که در پیش‌بینی خودکشی در طی سال بعد، نمره برش 5 در غربالگر 4 آیتمی لوینسون، دارای حساسیت 81 درصد، ویژگی 81 درصد، ارزش مثبت پیش‌بین 7 درصد و ارزش منفی پیش‌بین 100 درصد است.

SCL-90-R یک پرسشنامه خودگزارشی نشانگان است که الگوهای نشانگان روان شناختی افراد جامعه، مراجعین پزشکی و روان‌پزشکی را مورد سنجش قرار می‌دهد (Derogatis, 1992).

مقیاس افسردگی SCL-90-R دامنه وسیعی از افسردگی بالینی را منعکس می‌سازد. همبستگی بین نمرات این مقیاس با پرسشنامه ناامیدی بک (Beck et al., 1997; Beck, 1974) به عنوان شاهدی برای سنجش روایی آن در نظر گرفته شد. زیرا براساس مدل شناختی افسردگی بک (Beck, 1997) تجربه یأس یا بدینی شدید درباره آینده بخشی از مثلث شناختی (Cognitive triad) است که همراه دیدگاه منفی نسبت به خود و جهان وجود دارد. BHS در مورد دانش آموزان دبیرستانی و دیگر جمیعت‌های غیربیمار (De Wilde et al., 1993; Osman et al., 1985)، بیماران روان‌پزشکی غیربستری (Brent et al., 1988; Goldston, 2000) و بیماران روان‌پزشکی بستری (Brent, 1995) به کار رفته است. علاوه بر مقیاس نشانگان افسردگی این فهرست، برای تحلیل نیمرخ افراد،

میانگین کل عملکرد آزمودنی‌ها در 9 مقیاس فهرست مذکور و همچنین سه شاخص شدت کلی به عنوان ملاکی برای سنجش آشفتگی‌های روان‌شناختی کلی در نظر گرفته شدند.

## 2) نتایج پژوهش

ابتدا با توجه به پاسخ آزمودنی‌ها در خصوص سابقه اقدام به خودکشی افراد به دو گروه بی‌خطر (کسانی که اقدام به خودکشی را گزارش نداده بودند) و کم‌خطر (کسانی که یک بار اقدام کرده ولی نادم بودند) وبالآخره پرخطر (کسانی که بارها اقدام به خودکشی کرده و اظهار داشته بودند که باز هم مترصد اقدام هستند) تقسیم شدند و سپس نمرات آن‌ها در آیتم‌های مربوط به افکار خودکشی مورد بررسی قرار گرفت. (جدول شماره 1)

همانگونه که از یافته‌ها استنتاج می‌شود افراد در گروه پرخطر یعنی کسانی که به دفعات اقدام به خودکشی کرده بودند، به طور معناداری نسبت به افراد در گروه بی‌خطر حضور افکار خودکشی را به گونه مکرری گزارش دادند. آزمون مجذور خی ( $\chi^2=596/159$  df=2) یافته‌های فوق را در سطح  $p < 0.0001$  معنادار نشان داد.

بدین ترتیب 97/7 درصد افراد غیر انتحاری (بدون سابقه اقدام به خودکشی) در گروه بی خطر (بدون افکار خودکشی) قرار گرفتند.

بر همین اساس شاخص‌های آمار توصیفی دو گروه غیرانتحاری و انتحاری در مقیاس افسردگی SCL-90-R محاسبه (جدول شماره 2) و سپس از طریق آزمون تحلیل نیمرخ مورد مقایسه قرار گرفتند. شایان ذکر است که آزمون تحلیل نیمرخ برای سه شاخص شدت کلی (GSI)<sup>\*</sup>، شاخص علائم مثبت آشتفتگی (PSDI)<sup>\*\*</sup>، کل علائم مثبت (PST)<sup>\*\*\*</sup>، به عمل آمد. زیرا شاخص‌های کلی به منظور انعطاف‌پذیری بیشتر ارزیابی کلی وضعیت آشتفتگی روان شناختی ارائه شده‌اند و نشانگر سطوح آشتفتگی روان شناختی و علامت‌شناسی می‌باشند و این موضوع برای قضایت درباره نشانگان افسردگی به طور اختصر اصی و آشتفتگی روان شناختی به طور عام ارزشمند است.

(مُجْهَّمانی و همکاران زیر چاپ).

Gobal severity Index (GSI) \*

Positive Symptom Distress Index (PSDI) \*\*

Positive Symptom Total (PST) \*\*\*

**جدول 1: همبستگی بین گزارش از افکار خودکشی و اقدام به خودکشی**

جمع	افکار		وضعیت گزارش از افکار و اقدام خودکشی افکار و اقدام به خودکشی
	با افکار	بدون افکار	
2057	47	2010	تعداد
%100	%2/3	% 97/7	درصد درون اقدامی
%80/1	%25/8	%82/2	درصد بین افکاری
%80/1	%1/8	%78/3	درصد کل
381	62	319	تعداد
%100	%16/3	%83/7	درصد درون اقدامی
%14/8	%34/1	%13/4	درصد بین افکاری
%14/8	%2/4	%12/4	درصد کل
130	73	57	تعداد
%100	%56/2	%43/8	درصد درون اقدامی
%5/1	%40/1	%2/4	درصد بین افکاری
%5/1	%2/8	%2/2	درصد کل

تعداد			
2568	182	2386	درصد درون اقدامی
% 100	% 7/1	% 92/9	درصد بین افکاری
% 100	% 100	% 100	درصد کل
% 100	% 7/1	% 92/9	کل

بر اساس جدول زیر افراد انتخ اری به تفکیک از شهرهای مورد مطالعه به طور معناداری از وجود نشانگان افسردگی در مقایسه با افراد غیرانتهاری گزارش داده بودند.

**جدول 2: مقایسه میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t در دو گروه انتهاری و غیرانتهاری در شهرهای کرمانشاه، همدان، ایلام و دره شهر**

ایلام			همدان			کرمانشاه			شهرها	
آزمون	انحراف معیار	میانگین	آزمون	انحراف معیار	میانگین	آزمون	انحراف معیار	میانگین	شاخمهای گروه‌ها	
8/04	/77 6	/75 66	10/26	/85 8	64	14/57	/90 6	/38 66	انتهاری	
	/85 8	/04 52		/68 9	79 53		/53 8	/72 53		غیرانتهاری

p<0/0001

در مرحله بعد جهت آزمون تحلیل تفاوت نیمرخ گروه‌ها از سه آزمون : (الف) توافق نیمرخ‌ها، (ب) همواری نیمرخ‌ها، و (ج) سطوح (میانگین) نیمرخ‌ها استفاده شد.

**جدول 3: نتیجه تحلیل نیمرخ افراد در SCL-90.R برای آزمون توافق و همواری نیمرخ‌ها در دو گروه انتهاری و**

### غیرانتحاری در چهار شهر کرمانشاه، همدان، ایلام و دره شهر

F*	لامبادای ویلکس	آزمون	شهرها
36/19	0/801	توازی نیمرخ‌ها	کرمانشاه
9/03	0/942	همواری نیمرخ‌ها	
24/96	0/804	توازی نیمرخ‌ها	همدان
6/85	0/937	همواری نیمرخ‌ها	
9/059	0/819	توازی نیمرخ‌ها	ایلام و دره شهر
3/278	0/926	همواری نیمرخ‌ها	

\* تمامی مقادیر F در سطح  $p<0.0001$  معنیدار است.

با توجه به نتایج جداول فوق می‌توان استنتاج کرد که نیمرخ آشفتگی روان شناختی در دو گروه انتحاری و غیرانتحاری در SCL-90-R موازی نبودند. بدین معنی که گروه انتحاری از نشانگان بیش تری در رنج بودند.

جهت بررسی تفاوت سطوح (میانگین‌های) دو گروه انتحاری و غیرانتحاری در SCL-90-R نیز از روش تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج در جدول زیر منعکس است.

همین مقایسه‌ها برای گروه‌های انتحاری و غیرانتحاری بر مبنای گزارش آزمودنی‌ها از سابقه اقدام به خودکشی نیز مؤید وجود نشانگان افسردگی

و به طور کلی آشفتگی‌های روان‌شناختی در افراد انتحاری بود (مُخانی و همکاران، 1382).

شایان ذکر است که نمرات افراد انتخابی در مقیاس نشانگان افسردگی در معادله رگرسیون بیشترین تبیین گر افکار خودکشی و اقدام به خودکشی بود.

**جدول 4: نتایج تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت سطوح (میانگین‌های) دو گروه انتحاری و غیرانتحاری در 3 شاخص کلی به تفکیک شهرهای مورد مطالعه**

F*	میانگین مجذورات	درجه آزاری	مجموع مجذورات		شهر ها
5363/840	1186928/7	1	1186928/7	عرض از مبدأ	۳ ماه
62/220	13768/143	1	13768/143	گروه‌ها	
-	221/283	585	129450/79	خطا	
4329/511	1135745	1	1135745	عرض از مبدأ	۵ ماه
40/561	10640/272	1	10640272	گروه‌ها	
-	262/326	433	11358732	خطا	
1706/363	366087/41	1	33608741	عرض از مبدأ	۱۲ ماه و دره
33/032	7086/873	1	7086873	گروه‌ها	
-	214/542	167	35828590	خطا	

\* تمامی مقادیر F در سطح p<0.0001 معنیدار است.

### (3) نتیجه‌گیری و بحث

همان‌طوری‌که شرح آن گذشت، این پژوهش با هدف بررسی همبودی نشانگان افسردگی و آشفتگی های روان‌شناختی کلی با افکار و اقدام به خودکشی در دختران شهرهایی صورت گرفت که بیش ترین موارد خودکشی را در سال 1380 داشتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که افراد انتحاري (افراد دارای بیشترین افکار خودکشی و سابقة اقدام به خودکشی) به طور معناداری نسبت به افراد غیرانتحاري (افرادی که افکار مربوط به خودکشی را گزارش نداده و سابقاً اقدام به خودکشی را هم اظهار نداشته بودند) از نشانگان افسردگی و آشفتگی های روان‌شناختی بیشتری رنج میبرند.

چنانچه ذکر شد، مطالعات بسیاری شواهد قاطعی مبني بر این که اختلالات خلقي به ویژه افسردگي در سبب‌شناسي رفتارهای انتحاري نقش اساسی دارند ارائه داده اند. لیکن این شواهد بر گرفته از مطالعات تشریحي روان‌شناختی و پژوهش های کنترل موردي يا طولي است که هر دو نرخ اختلالات روانی را در افراد انتحاري گزارش داده اند. همان‌گونه که توصیف شد محدودیت های روی‌کرد تشریح روان‌شناختی آن است که گرچه به وضوح نرخ بالای اختلال روانی را در افرادي گزارش داده اند که در اثر خودکشی فوت کرده‌اند اما قادر نیستند برآورد کنند که

افراد دچار اختلال روانی در مقایسه با افراد فاقد اختلال روانی چقدر احتمال دارد که اقدام به خودکشی کنند. این داده‌ها بیشتر قادر به برآورده استیلای افراد خودکش یکنندگان به اختلالات روانی هستند. برای مثال مرور هفت پژوهش تشریحی روان‌شناختی (Beautrais, 2000) نشان داد که چنانچه مطالعات دارای طرح پژوهشی دقیق، و معیارهای تشخیصی قاطع و تعریف شده باشند، برآورده نرخ اختلالات روانی در قربانیان خودکشی از 90 درصد فراتر خواهد رفت. یک مطالعه در سن دیاگو نشان داد که تشخیص اختلالات خلقي و مغزي عمده‌تاً درمیان افراد خودکش یکنندگان 30 سال به بالا دیده می‌شد در حالیکه خودکشی‌کنندگان زیر 30 سال بیشتر مبتلا به اختلالات مصرف مواد و اختلال شخصیت ضداجتماعی بودند (Kaplan & Sadock, 2000)

با وجود این یافته‌ها، باید اذعان داشت که اگرچه این مطالعات با یک مسئله مهم و اساسی مربوط به سلامت روانی سروکار داشته‌اند ولی هیچ یک ارزش پیش گیری نداشته و نمی‌توان از یافته‌هایشان در سیستم مراقبت اولیه سود برد. در حالیکه اکثرًا درمان افسردگی تحت این شرایط صورت می‌گیرد (Dobson, 2000) و در این مطالعه نشان داده شد که نشانگان افسردگی در افراد انتحاری به طور معناداری بالاتر از افراد غیر انتحاری است.

بنابراین تنها با مطالعاتی نظیر آن چه در این گزارش ذکر آن رفت می توان در مورد استراتژی های پیشگیرانه از یک سیستم مراقبت اولیه سود برد و یافته ها را به نفع سلامت عمومی جامعه به کار برد، چه همان طوریکه مکرراً بحث شده است فواید اقتصادی روش های پیش گیری به مراتب مقرن به صرفه تر و عاقلانه تر هستند و خودکشی اگرچه مشکل غم انگیز سلامت عمومی است، بالقوه قابل پیش گیری می باشد.

منابع  
References

- 1- مُخانی، پروانه؛ مجی، مجرضا؛ رضایی دوگا هه ، ابراهیم؛ نظری، مُعلی، بررسی همه گیرشناسی افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، عوامل زمینه ساز و آشکارساز خودکشی در دختران نوجوان و جوان مناطق پرخطر ایران (1382) ، از پژوهش های مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری
- 2- پورشه باز، عباس؛ مُخانی، پروانه ، معصومیان، حسام الدین (1374) . گزارش فرایند طرح تدوین برنامه عملیاتی پیشگیری از خودکشی در استان ایلام؛ معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی.
- 3- توکلی فر، علی (1376) . بررسی علل اقدام به خودکشی (سی نفر از مردان بستره در بیمارستان جابر انصاری تهران ) ، طرح پژوهشی دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده علوم اجتماعی .
- 4- گزارش تحلیل آماری وضعیت خودکشی در استان ایلام طی سه ماهه اول سال 80 و 81، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی استان ایلام

1- Beautrais, Annette L. (2000) "Risk Factors for Suicide Among Young People." Australian & New Zealand Journal of Psychiatry; Vol. 34:420-436

- 2- Beck AT, Weissman A, Lester O. & Texler L (1974). "**The Measurment of Pessimism: The Hoplessness Scale.**" Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 42: 861-885.
- 3- Beck, AT; Brown, G. and Steer, Robert (1997) "**Psychometric Characteristics of the Scale for Suicide Ideation with Psychiatric Outpatients,**" Journal of Behavior Research And Therapy; Vol. 35: 1039-1046.
- 4- Brent DA, Perper JA, Goldstein CE et al. (1988). "**Risk Factors for Adolescent Suicide. A Comparison of Adolescent Suicide Victims with Suicidal Inpatients.**" Archives of General Psychiatry; Vol. 45: 581-588.
- 5- Brent D.A. (1995) "**Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior: Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress.**" Suicide and Life-Threatening Behaviour; Vol. 25: 52-63.
- 6- De Wilde FJ, Kienhorst CMW, Diekstra RFW, Wolters WHG. (1992). "**The Relationship Between Adolescent Suicide Behavior and Life Events in Childhood and Adolescence.**" American Journal of Psychiatry. Vol. 149: 45-51.
- 7- Derogatis, Leonard R. (1992) SCL-90-R; "**Administration, Scoring & Procedure Manual- II, Clinical Psychomertic Research.**" U.S.A
- 8- Dobson, Keith(2001). "**Handbook of Cognitive Behavioral Therapy,**" Second edition, The guilford press Ny. U.S.A
- 9- Goldston, David B (2000) "**Assessment of Suicidal Behavior and Risk Among Children and Adolescent,**" Wake Forest University School of Medicine, England.
- 10- Gunneil, J. David, (2000). "**The Epidemiology of Suicide.**" International Review of psychiatry, Vol. 2: 21-26.
- 11- Hoyert DL, Kochanek KD, Murphy Sl. (1999). "**Deaths: Final Data for 1997.**" National Vital Statistics Report, 47 (19). DHHS Publication No. 99-1120. U.S.A.
- 12- Joiner, T. E; Pfaff, J. J. and Acres, J. G (2002) "**A Brief Screening Tool For Suicidal Symptoms in Adolescent and Young Adults in General Health**

- Setting," Reliability and Validity Data from the Australian National Practive Youth Suicide Prevention Project,** Journal of Behavior Research and Therapy, vol, 40, 471-481.
- 13- Kaplan, H; Sadock, V. J. (2000) "Comprehensive Textbook of Psychiatry," Seventh Edition, Vol, 2, Lippincott William & Willkins, USA.
- 14- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J. (1996). "Adolescent Suicidal Ideations and Attempts: Prevalence, Risk Factors and Clinical Implication." Clinical psychology: Science and practice, vol, 3: 25- 46.
- 15- Merck (2002). "The Merck Manual of Diagnosis and Therapy." Sec.15,ch.190.Suicidal Behavior. Gary Zelko publisher, U.S.A. <http://www.statref.com>
- 16- Mohammadkhani, P. Mohammadi, MR. Doghaheh, R.E. Nazari, M.A 25<sup>th</sup> / April 2004, "Psychological Profile of Suicide Ideatos and Suicide Attempters" (under publishing).
- 17- National Center for Health Statistics (Center for Disease Control and Prevention) (2000), "Death rates for 72 Selected Causes," by 5-year age Groups, Race, and Sex: Unites States, 1979-1997. Web site: <http://www.cdc.gov/chs/datawh/statab/unpubd/mortabs.htm>.
- 18- Osman, Augustine; Beverly, A. Kopper; Linehan, Marsha; Barrios, Francisco; Gutierrez. Peter (1999). "Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionaire and the Reasons for Living Inventory in an Adoult Psychiatric Inpatient Sample," Psychological Assessment, Vol. 11, No. 2. 115-123.
- 19- Radloff, L.S.(1977). The CES-D scale: "A Self- Report Depression Scale for Research in General Population." Applied Psychological Measurement, vol. 1: 385-401.
- 20- 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, vol.40: 24-57 .

**منابع**  
**References**