همبودي نشانگان افسردگي آشفتگيهاي روان‌شناختي با افكار خودكشي و اقدام به

دكتر پروانه محمّدخاني*

پژوهش حاضر به بررسي همبودي (Comorbidity) افسردگي و آشفتگي هاي روان شناختي كلي با افكار خودكشي و اقدام به خودكشي در دختران شهرهاي كرمانشاه، همدان ، ايلام و دره شهر اختصاص دارد. به همين منظو ر تعداد 2650 دانش‌آموز دختر به عنوان نمون ة پژوهش از جامعة آماري دختران دانش آموز (65887 نفر)، نوجوان و جوان شهرهاي مذكور (كه داراي بالاترين نرخ خودكشي در بين كلي ة شهرهاي كشور در سال 1380 بودند)، طي دو مرحله با روش‌هاي نمونه گيري خوشه اي دو مرحله اي و تصادفي ساده انتخاب شدند (دامن‌ة سني 14 تا 21 سال با ميانگين 16/27 و انحراف معيار 1/30). ابتدا آزمودني ها به وسيل ة شاخص نشانگان افسردگي ـ خرده مقياس خودكشي: (Depressive Symptom Index-Suicidality Subscale (DIS-SS)) مجموعه آيتم هاي غربالگري خودكشي مركز مطالعات شيوع‌شناسي افسردگي:

* روان‌شناس، عضو هيات علمي دانشگاه علوم بهزيستي و توانبخشي، <parmohamir@yahoo.com>

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

(The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CED-D) Scale-Suicidality Screening Items)

و همچنين يك مجموعه محقق ساخت ة 4 آيتمي براي سنجش اقدام به خودكشي مورد سنجش قرار گرفتند و براساس نقاط برش تعيين شد ة گروه هاي انتحاري (داراي افكار خ ودكشي و سابقة اقدام به خودكشي) و غيرانتحاري (بدون افكار خودكشي يا افكار كم و بدون سابقة اقدام به خودكشي) شناسايي شدند. سپس بر مبناي مقياس افسردگي از فهرست نشانگان تجديد نظر شدة 90 آيتمي (Symptom Checklist-Revised-90 (SCL-R-90))، همبودي نشانگان افسردگي و آشفتگي هاي روا نشناختي كلي با افكار و اقدام به خودكشي مورد بررسي قرار گرفت.

نتايج نشان داد كه افراد انتحاري در مقايسه با افراد غيرانتحاري به طور معناداري نشانگان افسردگي بيش تري داشتند، همچنين براساس آزمون هاي هموارى، توازي براي همه مقياس هاي SCL-90-R و آزمون سطوح (ميانگين‌ها) براي سه شاخص آشفتگي روان‌شناختي كلي، تفاوت نيم رخ گروه ها معنادار بود . به اين ترتيب با توجه به يافته هاي پژوهش نشانگان افسردگي و آشفتگي‌هاي روان‌شناختي كلي با افكار خودكشي و سابقة اقدام به خودكشي در افراد انت حاري همبودي داشتند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

کلید واژه‌ها: آشفتگي‌هاي روان‌شناختي، افکار خودکشي، اقدام به خودکشي، نشانگان افسردگي، همبودي

مقدمه

رشد و گسترش آسیب‌هاي اجتماعي و رواني در جوامعي که حالتي انتقالي را طي مي‌کنند امري گريزناپذير است. شکي نيست که جامعه ايران امروز در حال طي دوران گذار است. اين گذار که آن را از مرحلة سنت به مدرنيته مي نامند با مسائل و مشکلات خاص اجتماعي و فرهنگي توأم است (معاونت امور فرهنگي و پيشگيري سازمان بهزيستي کشور، 1380) . خودکشي يکي از اين آسيب‌هاي اجتماعي است. (Shafer & Pfeffer, 1999) و اگر چه مشکلي تراژيك در سلامت عم ومي محسوب مي‌شود، بالقوه قابل پيش‌گيري است (Hoyert, Kochanek & Murphy, 1999).

رفتار انتحاري (Suicide behavior) که شامل طيفي از آرزوي مردن تا خودکشي کامل (Completed suicide) مي‌شود معمولاً همراه غمگيني، ناميدي، خشم و ناکامي اتفاق مي‌افتد (Kaplan & Sadock, 2000). به دنبال مطالعة کلاسيك دوركيم در مورد خودکشي، تحقيقات گسترده و تا حدي ناهماهنگ بر موضوع خودکشي متمرکز شد. صرف نظر از گستردگي اين پيشينه، عمد ة تحقيقات

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

دربارة خودكشي جوانان ، گرفتار مجموعه اي از محدوديت‌هاي روش شناختي است زيرا اين مطالعات : الف) بر نمون ه‌هاي باليني گزينش شده متمركز بوده‌اند؛ ب) آزمودني‌هاي انتحاري و غيرانتحاري را با هم مقايسه نكرده اند؛ ج) از روش مطالع ة طولي استفاده نكرده اند و د) به‌طور مكرر مرتكب اشتباهات روش شناختي از جمله سوگيري گزينش آزمودني و خطاي اندازه گيري شده اند. اثر اصلي اين محدوديت‌ها آن است كه عمد ة يافته‌ها و نتيجه‌گيري‌هاي به‌عمل آمده در اين حوزه دچار عدم قطعيت (Uncertainaty) روش‌شناختي هستند (Beautrais, 2000).

در منابع مختلف عوامل خطر خودكشي طبقه بندي شده اند.

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

در اين ميان شواهد قاطعي مبني بر اين وجود دارد كه اختلالات رواني (خصوصاً اختلالات خلقي، اختلالات سوء مصرف مواد و رفتارهاي ضد اجتماعي) در سبب‌شناسي رفتارهاي انتحاري جوانان، داراي نقش اساسي است. شواهدي كه از اين نتيجه گيري حمايت مي‌كنند بر گرفته از منابع زير است : الف) مطالعات تشريحي روان شناختي (Psychological Autopsy) كه شيوع اختلالات رواني را در افرادي كه به علت خودكشي از بين رفته اند بررسي مي كنند؛ و ب) پژوهش‌هاي كنترل موردي يا طولي كه نرخ اختلالات

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

رواني را در افراد دچار رفتارهاي انتحاري و غيرانتحاري مقايسه مي‌نمايد (Beautrais, 2000).

محدوديت‌هاي روي‌كرد تشريح روان شناختي نيز آن است كه گرچه به وضوح نرخ بالاي اختلال رواني را در افرادي كه به علت خودكشي از بين مي‌روند ثابت مي‌كند، قادر نيست برآورد كند كه افراد دچار اختلال رواني در مقايسه با اف راد فاقد اختلال رواني چ ه‌قدر احتمال دارد كه اقدام به خودكشي كرده يا در اثر خودكشي از بين بروند . مطالعات موجود با وجود محدوديت‌هاي برشمرده، برآورد كرده اند كه اختلال خلقي شايع ترين تشخيص همراه خودكشي است. در يك مطالعه روي جمعيت عمومي در ايالات متحده، 45 درصد از قربانيان خودكشي تشخيص افسردگي اساسي را دريافت نمودند . مطالعات پي‌گيري بيماران افسرده حاكي از آن است كه حدود يك مورد از 6 مورد (15 درصد) آن‌ها بر اثر اقدام به خودكشي مي ميرند. اگرچه مردان افسرده بيش تر از زنان افسرده اقدام به خودكشي مي كنند ولي زنان بطور كلي 2 تا 3 بار بيش‌تر از مردان اقدام به خودكشي دارند و نسبت 1 به 3 موارد خودكشي در زنان نسبت به مردان در سنين 24-15 سالگي تقريباً به نسبت 1 به 5/5 افزايش مي‌يابد.

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

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

مطالعاتي كه تاكنو ن در ايران انجام يافته اند كماكان با اين محدوديت ها مواجه است، هرچند برآوردها با مطالعات مشابه ذكر شده تقريباً برابر مي باشند. براي مثال مطالعة پورشهباز، محمخاني، معصوميان (1374) و قهرماني (1375) با مراجعه به آمار قربانيان خودكشي نسبت‌هاي همساني را براي ا قدام به خودكشي زنان نسبت به مردان اعلام مي دارند. اگر چه به طور كلي اين تفاوت در مطالعه آن ها آشكار است كه زنان براثر خودكشي به دليل برگزيدن شيوه هاي خشن (خودسوزي) بيشتر فوت مي‌كنند.

هدف مطالع ة حاضر (با روش شناسي‌اي كه محدوديت‌هاي برشمرده را در برندارد) بررسي همبودي نشانگان افسردگي و آشفتگي‌هاي روان‌شناختي كلي با افكار خودكشي و سابق ة اقدام به خودكشي است. بنا به تعاريف موجود افكار خودكشي به افكار مربوط به آرزوي مردن، برنامه ريزي براي زمان و مكان و نحو ة خودكشي و اثر آن بر ديگران اطلاق مي‌شود و اقدام به خودكش ي طيفي از آسيب رساندن غيرعمدي به خود تا اقدام جدي براي مردن را در برمي‌گيرد (Gunneil, 2000). در اين پژوهش فرضيه همبودي معنادار نشانگان افسردگي و آشفتگي هاي روان‌شناختي كلي با افكار خودكشي و اقدام به خودكشي در دختران جوان شهرهاي در معرض خطر مورد

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

آزمون قرار گرفت.

1) روش پژوهش

جامعة آماري اين پژوهش دانش آموزان دختر شهرهاي كرمانشاه، همدان، ايلام و دره شهر (كه براساس داده‌هاي به ثبت رسيده مربوط به موارد خودكشي در سال 1380 بالاترين نرخ خودكشي را در بين شهرها و استانهاي كشور داشتند) (مركز مطالعات اجتماعي وزارت كشور، 1380) بودند. از ميان 65887 دانش آموز دبيرستان ها، مراكز پيش دانشگاهي، مدارس فني ـ حرفه اي، كار و دانش و هنرستان ها، با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه تعداد 2650 نفر با رعايت نسبت ها (46/18 درصد از كرمانشاه، 40/92 درصد از همدان و 12/89 درصد از ايلام و دره‌شهر) در نظر گرفته شدند . ابتدا با روش نمونه‌گيري خوشه اي، مناطق آموزش و پرورش هر يك از شهرها و مدارس واقع در اين مناطق تعيين و سپس با اخذ فهرست اسامي دانش آموزان در اين مدارس با روش نمونه گيري تصادفي ساده تعداد مورد نظر براي شركت در مطالعه انتخاب شدند (1312 نفر از كرمانشاه، 940 نفر از همدان و 398 نفر از ايلام و دره شهر با دامنه سني 14 تا 21 سال).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

1ـ1) ابزار پژوهش

در اين پژوهش از:

الف) شاخص نشانگان افسردگي ـ خرده مقياس خودكشي (DSI-SS) متالسكي و جوينر(Metalsky & Joiner) ، 1997، نقل از (Joiner et al, 2002)؛

ب) مجموعه آيتم هاي غربالگر خودكشي مركز مطالعات شيوع‌شناسي افسردگي (CED-SS) (Lewinsohn et al., 1996)؛

ج) مقياس چهارآيتمي محقق ساخته براي سنجش اقدام به خودكشي؛

د) فهرست نشانگان تجديد نظر شده 90 آيتمي (SCL-90-R) (Derogatis, 1992) و

هـ) مقياس ناميدي بك (BHS) (Beck et al., 1974, 1997. Beck Hoplessness Scale) براي سنجش روايي SCL-90-R استفاده شد.

DSI-SS از همبستگي درون آيتمي بالايي برخوردار بود. محاسبة ضريب آلفاي DSI-SS، يك فاكتور بزرگ را كه هر 4 آيتم قوياً روي آن قرار مي گيرند به‌دست داده است (All Loading > 0/75). همچنين 4 آيتم غربالگر، يك مقياس متجانس و داراي همساني دروني را تشكيل مي دهند (Joiner et al., 2002). الگوي همراهي مقياس با نشانگان افسردگي، آشفتگي عاطفي كلي، سن، نوع شكايت فعلي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

و جنس شواهدي را براي اعتبار سازه به دست مي‌دهد. همبستگي بين خودكشي و نشانگان افسردگي حدود 0/6 محاسبه شده است (P<0.0001).

پايايي DSI-SS در جمعيت ايراني مورد مطالعه براي 2553 آزمودني 0/89 به‌دست آمد. براي محاسبة ضريب روايي DSI-SS به محاسبة ضريب همبستگي دو آزمون DSI-SS و CED-SSI (كه هر دو افكار خودكشي را ارزيابي مي‌كنند) اقدام شد. ضريب همبستگي به دست آمده حاكي از روايي مناسب براي هر دو آزمون بود. همچنين ضريب همبستگي بين آيتم هاي مربوط به عقايد خودكشي، 0/561 (p<0/001) به‌دست آمد.

براي سنجش روايي سازه مبادرت به محاسب ة ضريب همبستگي بين پاسخ آزمودني ها به آيتم شمار ة 59 از آيتم هاي SCL-90-R (كه بهترين شاخص براي سنجش ريسك خودكشي است) با سابق ة اقدام به خودكشي و حضور افكار خودكشي شد . اين ضريب در سطح معناداري نشان داد كه DSI-SS به خوبي قادر به شناسايي و تفكيك افراد انتحاري و غيرانتحاري بود. مجموعة آيتم هاي غربالگر خودكشي براي تكميل مقياس مركز مطالعات شيوع شناسي افسردگي (Radolff et al., 1977) ساخته شده است (لوينسون و همكاران 1996، لوينسون، 1977 به نقل از Joiner et al., 2002). نمرات 0 تا 3 براي هر پاسخ در مجموعه سؤال ها (مجموعاً از 0 تا 9) در نظر گرفته شده است . نمرة دو بخشي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

نيز ساخته شده كه در آن نمرات بالاتر از 5 به معناي نمرة بالا در خودكشي است. مشخص شده كه در پيش‌بيني خودكشي در طي سال بعد، نمر ة برش 5 در غربالگر 4 آيتمي لوينسون، داراي حساسيت 81 درصد، ويژگي 81 درصد، ارزش مثبت پيش بين 7 درصد و ارزش منفي پيش‌بين 100 درصد است.

SCL-90-R يك پرسش‌نامه خودگزارشي نشانگان است كه الگوهاي نشانگان روان شناختي افراد جامعه، مراجعين پزشكي و روان پزشكي را مورد سنجش قرار مي‌دهد (Derogatis, 1992).

مقياس افسردگي SCL-90-R دامنة وسيعي از افسردگي باليني را منعكس مي‌سازد. همبستگي بين نمرات اين مقياس با پرسشنامة ناميدي بك (Beck et al., 1997; Beck, 1974) به عنوان شاهدي براي سنجش روايي آن در نظر گرفته شد. زيرا براساس مدل شناختي افسردگي بك (Beck, 1997) تجربه يأس يا بدبيني شديد دربار ة آينده بخشي از مثلث شناختي (Cognitive triad) است كه همراه ديدگاه منفي نسبت به خود و جهان وجود دارد. BHS در مورد دانش آموزان دبيرستاني و ديگر جمعيت‌هاي غيربيمار (De Wilde et al., 1993; Osman et al., 1985)، بيماران روان پزشكي غيربستري (Brent et al., 1988; Brent, 1995) و بيماران روان‌پزشكي بستري (Goldston, 2000) به كار رفته است . علاوه بر مقي اس نشانگان افسردگي اين فهرست، براي تحليل نيمرخ افراد،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

ميانگين كل عملكرد آزمودني ها در 9 مقياس فهرست مذكور و همچنين سه شاخص شدت كلي به عنوان ملاكي براي سنجش آشفتگي هاي روان شناختي كلي در نظر گرفته شدند.

2) نتايج پژوهش

ابتدا با توجه به پاسخ آزمودني‌ها در خصوص سابقة اقدام به خودكشي افراد به دو گروه بي‌خطر (كساني كه اقدام به خودكشي را گزارش نداده بودند) و كم‌خطر (كساني كه يك بار اقدام كرده ولي نادم بودند) وبالاخره پرخطر (كساني كه بارها اقدام به خودكشي كرده و اظهار داشته بودند كه بازهم مترصد اقدام هستند) تقسيم شدند و سپس نمرات آن‌ها در آيتم هاي مربوط به افكار خودكشي مورد بررسي قرار گرفت. (جدول شمارة 1)

همان‌گونه كه از يافته ها استناج مي شود افراد در گروه پرخطر يعني كساني كه به دفعات اقدام به خودكشي كرده بودند، به طور معناداري نسبت به افراد در گروه بي خطر حضور افكار خودكشي را به گونة مكرري گزارش دادند. آزمون مجذور خي (df=2 و x^2=596/159) يافته‌هاي فوق را در سطح $p < 0/0001$ معنادار نشان داد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

بدين ترتيب 97/7 درصد افراد غير انتحاري (بدون سابقة اقدام به خودكشي) در گروه بي خطر (بدون افكار خودكشي) قرار گرفتند.
بر همين اساس شاخص‌هاي آمار توصيفي دو گروه غيرانتحاري و انتحاري در مقياس افسردگي SCL-90-R محاسبه (جدول شماره 2) و سپس از طريق آزمون تحليل نيمرخ مورد مقايسه قرار گرفتند . شايان ذكر است كه آزمون تحليل نيمرخ براي سه شاخص شدت كلي (GSI)* ، شاخص علائم مثبت آشفتگي (PSDI)** ، كل علائم مثبت (PST)*** ، به عمل آمد. زيرا شاخص هاي كلي به منظور انعطاف‌پذيري بيشتر ارزيابي كلي وضعيت آشفتگي روان شناختي ارائه شده اند و نشانگر سطوح آشفتگي روان‌شناختي و علامت‌شناسي مي‌باشند و اين موضوع براي قضاوت دربارة نشانگان افسردگي به طور اختص اصي و آشفتگي روان شناختي به طور عام ارزشمند است . (محمخاني و همكاران زير چاپ).

* Gobal severity Index (GSI)
** Positive Symptom Distress Index (PSDI)
*** Positive Symptom Total (PST)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

جدول 1: همبستگي بين گزارش از افكار خودكشي و اقدام به خودكشي

وضعيت گزارش از افكار و اقدام خودكشي / افكار و اقدام به خودكشي		افكار		جمع
		بدون افكار	با افكار	
كرمانشاه	تعداد	2010	47	2057
	درصد درون اقدامي	% 97/7	%2/3	%100
	درصد بين افكاري	%82/2	%25/8	%80/1
	درصد كل	%78/3	%1/8	%80/1
همدان	تعداد	319	62	381
	درصد درون اقدامي	%83/7	%16/3	%100
	درصد بين افكاري	%13/4	%34/1	%14/8
	درصد كل	%12/4	%2/4	%14/8
ايلام ودره‌شهر	تعداد	57	73	130
	درصد درون اقدامي	%43/8	%56/2	%100
	درصد بين افكاري	%2/4	%40/1	%5/1
	درصد كل	%2/2	%2/8	%5/1

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

کل	تعداد	2386	182	2568
	درصد درون اقدامي	%92/9	%7/1	%100
	درصد بين افکاري	%100	%100	%100
	درصد کل	%92/9	%7/1	%100

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

براساس جدول زير افراد انتج اري به تفكيك از شهرهاي مورد مطالعه به طور معناداري از وجود نشانگان افسردگي در مقايسه با افراد غيرانتحاري گزارش داده بودند.

جدول 2: مقايسة ميانگين، انحراف معيار و نتايج آزمون t در دو گروه انتحاري و غيرانتحاري در شهرهاي كرمانشاه، همدان، ايلام و دره‌شهر

شهرها / شاخص‌ها / گروه‌ها	كرمانشاه			همدان			ايلام		
	ميانگين	انحراف معيار	آزمون	ميانگين	انحراف معيار	آزمون	ميانگين	انحراف معيار	آزمون
انتحاري	38/66	90/6	14/57	64	85/8	10/26	75/66	77/6	8/04
غيرانتحاري	72/53	53/8		79/53	68/9		04/52	85/8	

$p<0/0001$

در مرحله بعد جهت آزمون تحليل تفاوت نيمرخ گروه‌ها از سه آزمون : الف) توازي نيمرخ ها، ب) همواري نيمرخ ها، و ج) سطوح (ميانگين) نيمرخ‌ها استفاده شد.

جدول 3: نتيجة تحليل نيمرخ افراد در SCL.90.R براي آزمون توازي و همواري نيمرخ‌ها در دو گروه انتحاري و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

غيرانتحاري در چهار شهر كرمانشاه، همدان، ايلام و دره‌شهر

شهرها	آزمون	لامبداي ويلكس	F*
كرمانشاه	توازي نيمرخ‌ها	0/801	36/19
	همواري نيمرخ‌ها	0/942	9/03
همدان	توازي نيمرخ‌ها	0/804	24/96
	همواري نيمرخ‌ها	0/937	6/85
ايلام و دره شهر	توازي نيمرخ‌ها	0/819	9/059
	همواري نيمرخ‌ها	0/926	3/278

* تمامي مقادير F در سطح p<0/0001 معني‌دار است.

با توجه به نتايج جداول فوق مي توان استنتاج كرد كه نيمرخ آشفتگي روان شناختي در دو گروه انتحاري و غيرانتحاري در SCL-90-R موازي نبودند. بدين معني كه گروه انتحاري از نشانگان بيش تري در رنج بودند.

جهت بررسي تفاوت سطوح (ميانگين‌هاي) دو گروه انتحاري و غيرانتحاري درSCL-90-R نيز از روش تحليل واريانس استفاده شد كه نتايج در جدول زير منعكس است.

همين مقايسه ها براي گروه هاي انتحاري و غيرانتحاري بر مبناي گزارش آزمودني ها از سابقة اقدام به خودكشي نيز مؤيد وجود نشانگان افسردگي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

و به طور كلي آشفتگي هاي روان شناختي در افراد انتحاري بود (محمخاني و همكاران، 1382).

شايان ذكر است كه نمرات افراد ا نتحاري در مقياس نشانگان افسردگي در معادل ة رگرسيون بيشترين تبيين گر افكار خودكشي و اقدام به خودكشي بود.

جدول 4: نتايج تحليل واريانس براي بررسي تفاوت سطوح (ميانگين‌هاي) دو گروه انتحاري و غيرانتحاري در 3 شاخص كلي به تفكيك شهرهاي مورد مطالعه

شهرها		مجموع مجذورات	درجة آزاري	ميانگين مجذورات	F*
كرمانشاه	عرض از مبدأ	1186928/7	1	1186928/7	5363/840
	گروه ها	13768/143	1	13768/143	62/220
	خطا	129450/79	585	221/283	-
همدان	عرض از مبدأ	1135745	1	1135745	4329/511
	گروه ها	10640272	1	10640/272	40/561
	خطا	11358732	433	262/326	-
ايلام و دره شهر	عرض از مبدأ	33608741	1	366087/41	1706/363
	گروه ها	7086873	1	7086/873	33/032
	خطا	35828590	167	214/542	-

* تمامي مقادير F در سطح $p<0/0001$ معني‌دار است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

3) نتيجه‌گيري و بحث

همان‌طوري‌كه شرح آن گذشت، اين پژوهش با هدف بررسي همبودي نشانگان افسردگي و آشفتگي هاي روان‌شناختي كلي با افكار و اقدام به خودكشي در دختران شهرهايي صورت گرفت كه بيش ترين موارد خودكشي را در سال 1380 داشتند. يافته‌هاي پژوهش نشان داد كه افراد انتحاري (افراد داراي بيش‌ترين افكار خودكشي و سابقة اقدام به خودكشي) به طور معناداري نسبت به افراد غ يرانتحاري (افرادي كه افكار مربوط به خودكشي را گزارش نداده و سابق ة اقدام به خودكشي را هم اظهار نداشته بودند) از نشانگان افسردگي و آشفتگي هاي روان‌شناختي بيش‌تري رنج مي‌برند.

چنانچه ذكر شد، مطالعات بسياري شواهد قاطعي مبني بر اين كه اختلالات خلقي ب ه‌ويژه افسردگي در سبب‌شناسي رفتارهاي انتحاري نقش اساسي دارند ارائه داده اند. ليكن اين شواهد بر گرفته از مطالعات تشريحي روان شناختي و پژوهش هاي كنترل موردي يا طولي است كه هر دو نرخ اختلالات رواني را در افراد انتحاري گزارش داده اند. همان‌گونه‌كه توصيف شد محدوديت هاي روي‌كرد تشريح روان شناختي آن است كه گر چه به وضوح نرخ بالاي اختلال رواني را در افرادي گزارش دا ده‌اند كه در اثر خودكشي فوت كرده‌اند اما قادر نيستند برآورد كنند كه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

افراد دچار اختلال رواني در مقايسه با افراد فاقد اختلال رواني چ ه‌قدر احتمال دارد كه اقدام به خودكشي كنند. اين داده ها بيشتر قادر به برآورد ابتلاي افراد خودكش يكننده به اختلالات رواني هستند. براي مثال مرور هفت پژوهش تشريحي روان‌شناختي (Beautrais, 2000) نشان داد كه چنانچه مطالعات داراي طرح پژوهشي دقيق، و معيارهاي تشخيصي قاطع و تعريف شده باشند، برآورد نرخ اختلالات رواني در قربانيان خودكشي از 90 درصد فراتر خواهد رفت. يك مطالعه در سن ديا گو نشا ن داد كه تشخيص اختلالات خلقي و مغزي عمدتاً درميان افراد خودكش يكننده 30 سال به بالا ديده مي شد درحاليكه خودكشي‌كننده‌هاي زير 30 سال بيش‌تر مبتلا به اختلالات مصرف مواد و اختلال شخصيت ضداجتماعي بودند (Kaplan & Sadock, 2000)

با وجود اين يافته ها، بايد اذعان داشت كه اگرچه اين مطالعات با يك مسئل ة مهم و اساسي مربوط به سلامت رواني سروكار داشته اند ولي هيچ يك ارزش پيش گيري نداشته و نمي توان از يافته‌هايشان در سيستم مراقبت اوليه سود برد. در حاليكه اكثراً درمان افسردگي تحت اين شرايط صورت مي‌گيرد (Dobson, 2000) و در اين مطالعه نشان داده شد كه نشانگان افسردگي در افراد انتحاري ب ه‌طور معناداري بالاتر از افراد غير انتحاري است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

بنابراين تنها با مطالعاتي نظير آن چه در اين گزارش ذكر آن رفت مي توان در مورد استراتژي هاي پيشگيرانه از يك سيستم مراقبت اوليه سود برد و يافته ها را به نفع سلامت عمومي جامعه به كار برد، چه همان طوريكه مكرراً بحث شده است فواید اقتصادي روش هاي پيش گيري به مراتب مقرون به صرفه تر و عاقلانه تر هستند و خودكشي اگرچه مشكل غم انگيز سلامت عمومي است، بالقوه قابل پيش گيري مي باشد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

منابع
References

1ـ محمخاني، پروانه؛ محمدي، محمرضا؛ رضايي دوگاهه، ابراهيم؛ نظري، محمعلي، **بررسي همه گيرشناسي افكار خودكشي، اقدام به خودكشي، عوامل زمينه‌ساز و آشكارساز خودكشي در دختران نوجوان و جوان مناطق پرخطر ايران** (1382)، از پژوهش‌هاي مركز امور مشاركت زنان رياست جمهوري

2ـ پورشهباز، عباس؛ محمخاني، پروانه، معصوميان، حسام الدين (1374). **گزارش فرايند طرح تدوين برنامه عملياتي پيشگيري از خودكشي در استان ايلام؛** معاونت پيشگيري سازمان بهزيستي.

3ـ توكلي‌فر، علي (1376). **بررسي علل اقدام به خودكشي (سي نفر از مردان بستري در بيمارستان جابر انصاري تهران)**، طرح پژوهشي دانشگاه علامه طباطبايي، دانشكده علوم اجتماعي.

4ـ **گزارش تحليل آماري وضعيت خودكشي در استان ايلام طي سه ماهه اول سال 80 و 81**، معاونت امور فرهنگي و پيشگيري سازمان بهزيستي استان ايلام

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

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

منابع
References

2- Beck AT, Weissman A, Lester O. & Texler L (1974). "**The Measurment of Pessimism: The Hoplessness Scale."** Journal of Counsulting and Clinical Psychology. Vol 42: 861-885.

3- Beck, AT; Brown, G. and Steer, Robert (1997) **"Psychometric Charactristics 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 Adolesent 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**

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

منابع
References

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 25th / 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 Academcy of child and Adolescent Psychiatry, vol.40: 24-57 **.**

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

منابع
References

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]