

همبودي نشانگان افسردگي آشفته‌گي‌هاي روان‌شناختي با افكار خودکشي و اقدام به

دکتر پروانه نجاتي*

پژوهش حاضر به بررسی همبودي (Comorbidity) افسردگي و آشفته‌گي هاي روان‌شناختي کلي با افکار خودکشي و اقدام به خودکشي در دختران شهرهاي کرمانشاه، همدان، ایلام و دره شهر اختصاص دارد. به همین منظور تعداد 2650 دانش‌آموز دختر به عنوان نمونه پژوهش از جامعه آماری دختران دانش‌آموز (65887 نفر)، نوجوان و جوان شهرهاي مذکور (که دارای بالاترين نرخ خودکشي در بين کلي شهرهاي کشور در سال 1380 بودند)، طی دو مرحله با روش‌هاي نمونه‌گيري خوشه‌اي دو مرحله‌اي و تصادفي ساده انتخاب شدند (دامنه سني 14 تا 21 سال با میانگين 16/27 و انحراف معيار 1/30). ابتدا آزمودني‌ها به وسيله شاخص نشانگان افسردگي - خرده‌مقياس خودکشي: (Depressive Symptom Index-Suicidality Subscale (DIS-SS)) مجموعه آيتم‌هاي غربالگري خودکشي مرکز مطالعات شيوع‌شناسي افسردگي:

* روان‌شناس، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، <parmohamir@yahoo.com>

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

Scale-Suicidality Screening Items)

و همچنین یک مجموعه محقق ساخت 4 آیتمی برای سنجش اقدام به خودکشی مورد سنجش قرار گرفتند و براساس نقاط برش تعیین شده گروه‌های 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)، همبودی نشانگان افسردگی و آشفتگی‌های 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 آزمون‌های همواری، توازی برای همه مقیاس‌های SCL-90-R و آزمون سطوح (میانگین‌ها) برای سه شاخص آشفتگی روان‌شناختی کلی، تفاوت نیم رخ گروه‌ها معنادار بود. به این ترتیب با توجه به یافته‌های پژوهش نشانگان افسردگی و آشفتگی‌های 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 عمومي 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 ناهماهنگ بر موضوع خودکشی متمرکز شد. صرف نظر از گستردگی این پیشینه، عمده تحقیقات

درباره خودکشی جوانان، گرفتار مجموعه ای از محدودیت‌های روش شناختی است زیرا این مطالعات: (الف) بر نمونه‌های بالینی گزینش شده متمرکز بوده‌اند؛ (ب) آزمودنی‌های انتحاری و غیرانتحاری را با هم مقایسه نکرده‌اند؛ (ج) از روش مطالعه طولی استفاده نکرده‌اند و (د) به‌طور مکرر مرتکب اشتباهات روش شناختی از جمله سوگیری گزینش آزمودنی و خطای اندازه‌گیری شده‌اند. اثر اصلی این محدودیت‌ها آن است که عمده یافته‌ها و نتیجه‌گیری‌های به‌عمل آمده در این حوزه دچار عدم قطعیت (Uncertainty) روش‌شناختی هستند (Beautrais, 2000). در منابع مختلف عوامل خطر خودکشی طبقه‌بندی شده‌اند.

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

در این میان شواهد قاطعی مبنی بر این وجود دارد که اختلالات روانی (خصوصاً اختلالات خلقی، اختلالات سوء مصرف مواد و رفتارهای ضد اجتماعی) در سبب‌شناسی رفتارهای انتحاری جوانان، دارای نقش اساسی است. شواهدی که از این نتیجه‌گیری حمایت می‌کنند بر گرفته از منابع زیر است: (الف) مطالعات تشریحی روان‌شناختی (Psychological Autopsy) که شیوع اختلالات روانی را در افرادی که به علت خودکشی از بین رفته‌اند بررسی می‌کنند؛ و (ب) پژوهش‌های کنترل‌موردی یا طولی که نرخ اختلالات

رواني را در افراد دچار رفتارهاي انتحاري و غيرانتحاري مقايسه مي‌نمايد (Beautrais, 2000). محدوديتهاي روي‌کرد تشریح روان‌شناختي نیز آن است که گرچه به وضوح نرخ بالاي اختلال رواني را در افراڊي که به علت خودکشي از بين مي‌روند ثابت مي‌کند، قادر نيست برآورد کند که افراد دچار اختلال رواني در مقايسه با افراد فاقد اختلال رواني چه قدر احتمال دارد که اقدام به خودکشي کرده يا در اثر خودکشي از بين بروند. مطالعات موجود با وجود محدوديتهاي برشمرده، برآورد کرده‌اند که اختلال خلقي شايع‌ترين تشخيص همراه خودکشي است. در يك مطالعه روي جمعيت عمومي در ايالات متحده، 45 درصد از قربانيان خودکشي تشخيص افسردگي اساسي را دريافت نمودند. مطالعات پي‌گيري بيماران افسرده حاكي از آن است که حدود يك مورد از 6 مورد (15 درصد) آن‌ها بر اثر اقدام به خودکشي مي‌ميرند. اگرچه مردان افسرده بيش‌تر از زنان افسرده اقدام به خودکشي مي‌کنند ولي زنان بطور کلي 2 تا 3 بار بيش‌تر از مردان اقدام به خودکشي دارند و نسبت 1 به 3 موارد خودکشي در زنان نسبت به مردان در سنين 15-24 سالگي تقريباً به نسبت 1 به 5/5 افزايش مي‌يابد.

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

مطالعاتی که تاکنون در ایران انجام یافته اند کماکان با این محدودیت ها مواجه است، هرچند برآوردها با مطالعات مشابه ذکر شده تقریباً برابر می باشند. برای مثال مطالعه پورشهباز، مجذغانی، معصومیان (1374) و قهرمانی (1375) با مراجعه به آمار قربانیان خودکشی نسبت های همسانی را برای اقدام به خودکشی زنان نسبت به مردان اعلام می دارند. اگر چه به طور کلی این تفاوت در مطالعه آن ها آشکار است که زنان بر اثر خودکشی به دلیل برگزیدن شیوه های خشن (خودسوزی) بیشتر فوت می کنند.

هدف مطالعه حاضر (با روش شناسی ای که محدودیت های برشمرده را در بر ندارد) بررسی همبودی نشانگان افسردگی و آشفتگی های روان شناختی 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 می شود و اقدام به خودکشی از آسیب رساندن غیرعمدی به خود تا اقدام جدی برای مردن را در برمی گیرد (Gunneil, 2000). در این پژوهش فرضیه همبودی معنادار نشانگان افسردگی و آشفتگی های روان شناختی کلی با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران جوان شهرهای در معرض خطر مورد

آزمون قرار گرفت.

1) روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان دختر شهرهای کرمانشاه، همدان، ایلام و دره شهر (که براساس داده‌های به ثبت رسیده مربوط به موارد خودکشی در سال 1380 بالاترین نرخ خودکشی را در بین شهرها و استانهای کشور داشتند) (مرکز مطالعات اجتماعی وزارت کشور، 1380) بودند. از میان 65887 دانش‌آموز دبیرستان‌ها، مراکز پیش‌دانشگاهی، مدارس فنی - حرفه‌ای، کار و دانش و هنرستان‌ها، با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه تعداد 2650 نفر با رعایت نسبت‌ها (46/18 درصد از کرمانشاه، 40/92 درصد از همدان و 12/89 درصد از ایلام و دره‌شهر) در نظر گرفته شدند. ابتدا با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، مناطق آموزش و پرورش هر یک از شهرها و مدارس واقع در این مناطق تعیین و سپس با اخذ فهرست اسامی دانش‌آموزان در این مدارس با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد مورد نظر برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند (1312 نفر از کرمانشاه، 940 نفر از همدان و 398 نفر از ایلام و دره شهر با دامنه سنی 14 تا 21 سال).

1-1 ابزار پژوهش

در این پژوهش از:

الف) شاخص نشانگان افسردگی - خرده مقیاس خودکشی (DSI-SS) متالسکی و جویனர் (Metalsky & Joiner)، 1997، نقل از (Joiner et al, 2002)؛

ب) مجموعه آیتم های غربالگر خودکشی مرکز مطالعات شیوع شناسی افسردگی (CED-SS) (Lewinsohn et al., 1996)؛

ج) مقیاس چهار آیتمی محقق ساخته برای سنجش اقدام به خودکشی؛

د) فهرست نشانگان تجدید نظر شده 90 آیتمی (SCL-90-R) (Derogatis, 1992) و

ه) مقیاس ناامیدی بک (BHS) (Beck et al., 1974, 1997. Beck) Hoplessness Scale برای سنجش روایی SCL-90-R 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

(All Loading > 0/75). همچنین 4 آیتم غربالگر، یک مقیاس متجانس و دارای همسانی درونی را تشکیل می دهند (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 محاسبه 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 ($p < 0/001$) به دست آمد.

برای سنجش روایی سازه مبادرت به محاسبه ضریب همبستگی بین پاسخ آزمودنی‌ها به آیتم شماره 59 از آیتم‌های SCL-90-R (که بهترین شاخص برای سنجش ریسک خودکشی است) با سابقه 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., 1977) ساخته شده است (لوینسون و همکاران 1996، لوینسون، 1977 به نقل از Joiner et al., 2002). نمرات 0 تا 3 برای هر پاسخ در مجموعه سؤال‌ها (مجموعاً از 0 تا 9) در نظر گرفته شده است. نمره دو بخشی

نیز ساخته شده که در آن نمرات بالاتر از 5 به معنای نمره 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 روان پزشکی 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 شاهدهی برای سنجش روایی آن در نظر گرفته شد. زیرا براساس مدل شناختی افسردگی بک (Beck, 1997) تجربه یأس یا بدبینی شدید دربارۀ 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 جمعیت‌های غیربیمار (De Wilde et al., 1993; Osman et al., 1985)، بیماران روان پزشکی غیربستری (Brent et al., 1988) و بیماران روان پزشکی بستری (Goldston, 2000) Brent, 1995) به کار رفته است. علاوه بر مقیاس نشانگان افسردگی این فهرست، برای تحلیل نیمرخ افراد،

ميانگين كل عملکرد آزمودني‌ها در 9 مقياس فهرست مذکور و همچنين سه شاخص شدت كلي به عنوان ملاكي براي سنجش آشفتگي‌هاي روان‌شناختي كلي در نظر گرفته شدند.

2) نتايج پژوهش

ابتدا با توجه به پاسخ آزمودني‌ها در خصوص سابقه اقدام به خودکشي افراد به دو گروه بي‌خطر (كساني كه اقدام به خودکشي را گزارش نداده بودند) و كم‌خطر (كساني كه يك بار اقدام کرده ولي نادم بودند) و بالاخره پرخطر (كساني كه بارها اقدام به خودکشي کرده و اظهار داشته بودند كه بازهم مترصد اقدام هستند) تقسيم شدند و سپس نمرات آنها در آيتم‌هاي مربوط به افكار خودکشي مورد بررسي قرار گرفت. (جدول شماره 1)

همان‌گونه كه از يافته‌ها استنتاج مي‌شود افراد در گروه پرخطر يعني كساني كه به دفعات اقدام به خودکشي کرده بودند، به طور معناداري نسبت به افراد در گروه بي‌خطر حضور افكار خودکشي را به گونه مكرري گزارش دادند. آزمون مجذور خي ($df=2$) و $p < 0/0001$ $(x^2=596/159)$ يافته‌هاي فوق را در سطح 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)*، شاخص علائم مثبت آشفتگی (PSDI)**، کل علائم مثبت (PST)***، به عمل آمد. زیرا شاخص‌های کلی به منظور انعطاف‌پذیری بیشتر ارزیابی کلی وضعیت آشفتگی روان شناختی ارائه شده‌اند و نشانگر سطوح آشفتگی روان شناختی و علامت‌شناسی می‌باشند و این موضوع برای قضاوت درباره نشانگان افسردگی به طور اختصاصی و آشفتگی روان شناختی به طور عام ارزشمند است. (مُخانی و همکاران زیر چاپ).

Gobal severity Index (GSI) *

Positive Symptom Distress Index (PSDI) **

Positive Symptom Total (PST) ***

جدول 1: همبستگي بين گزارش از افکار خودکشي و اقدام به خودکشي

جمع	افکار		وضعيت گزارش از افکار و اقدام خودکشي افکار و اقدام به خودکشي	
	با افکار	بدون افکار		
2057	47	2010	تعداد	کرمانشاه
%100	%2/3	% 97/7	درصد درون اقدامي	
%80/1	%25/8	%82/2	درصد بين افکاري	
%80/1	%1/8	%78/3	درصد کل	
381	62	319	تعداد	همدان
%100	%16/3	%83/7	درصد درون اقدامي	
%14/8	%34/1	%13/4	درصد بين افکاري	
%14/8	%2/4	%12/4	درصد کل	
130	73	57	تعداد	ایلام ودره شهر
%100	%56/2	%43/8	درصد درون اقدامي	
%5/1	%40/1	%2/4	درصد بين افکاري	
%5/1	%2/8	%2/2	درصد کل	

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

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

جدول 2: مقايسه ميانگين، انحراف معيار و نتايج آزمون t در دو گروه انتحاري و غيرانتحاري در شهرهاي کرمانشاه، همدان، ايلام و دره شهر

شهرها شاخصها گروهها	کرمانشاه			همدان			ايلام		
	میان گین	انحر اف معیا ر	آزم ون	میان گین	انحر اف معیا ر	آزم ون	میان گین	انحر اف معیا ر	آزم ون
انتحاري	38/	90/	14/57	64	85/	10/26	75/	77/	8/04
	66	6		8	66				
غيرانتح اري	72/	53/	14/57	53	68/	10/26	04/	85/	8/04
	53	8		9	52				

$$p < 0/0001$$

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

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

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

F*	لامبدای 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 آشفستگی روان شناختی در دو گروه انتحاری و غیرانتحاری در SCL-90-R موازی نبودند. بدین معنی که گروه انتحاری از نشانگان بیش‌تری 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 كلي آشفتگي هاي روان‌شناختي در افراد انتحاري بود (مُخخاني و همكاران، 1382). شايان ذكر است كه نمرات افراد انتحاري در مقياس نشانگان افسردگي در معادله رگرسيون بيشترين تبیین 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 مجدورات	درجه آزاي	ميانگين مجدورات	F*
ارمنستان	عرض از مبدأ	1	1186928/7	5363/840
	گروه‌ها	1	13768/143	62/220
	خطا	585	129450/79	-
همدان	عرض از مبدأ	1	1135745	4329/511
	گروه‌ها	1	10640272	40/561
	خطا	433	11358732	-
شهر ايلام و دره	عرض از مبدأ	1	33608741	1706/363
	گروه‌ها	1	7086873	33/032
	خطا	167	35828590	-

* تمامی مقادير F در سطح $p < 0/0001$ معني‌دار 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 انتحاری (افراد دارای بیش‌ترین افکار خودکشی و سابقه اقدام به خودکشی) به طور معناداری نسبت به افراد غ (یرانتحاری (افراد که افکار مربوط به خودکشی را گزارش نداده و سابقه 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 مبنی بر این که اختلالات خلقی به ویژه افسردگی در سبب‌شناسی رفتارهای انتحاری نقش اساسی دارند ارائه داده اند. لیکن این شواهد بر گرفته از مطالعات تشریحی روان‌شناختی و پژوهش های کنترل موردی یا طولی است که هر دو نرخ اختلالات روانی را در افراد انتحاری گزارش داده اند. همان‌گونه‌که توصیف شد محدودیت های روی‌کرد تشریح روان‌شناختی آن است که گرچه به وضوح نرخ بالای اختلال روانی را در افرادی گزارش داده اند که در اثر خودکشی فوت کرده اند اما قادر نیستند برآورد کنند که

افراد دچار اختلال رواني در مقايسه با افراد فاقد اختلال رواني چ ه قدر احتمال دارد که اقدام به خودکشي کنند. اين داده ها بيشتر قادر به برآورد ابتلاي افراد خودکش يکننده به اختلالات رواني هستند. براي مثال مرور هفت پژوهش تشریحي روان‌شناختي (Beautrais, 2000) نشان داد که چنانچه مطالعات داراي طرح پژوهشي دقيق، و معيارهاي تشخيصي قاطع و تعريف شده باشند، برآورد نرخ اختلالات رواني در قربانيان خودکشي از 90 درصد فراتر خواهد رفت. يك مطالعه در سن دياگو نشان داد که تشخيص اختلالات خلقي و مغزي عمدتاً درميان افراد خودکشي‌کننده 30 سال به بالا دیده مي شد درحاليکه خودکشي‌کننده‌هاي 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 که اگرچه اين مطالعات با يك مسئله مهم و اساسي مربوط به سلامت رواني سروکار داشته اند ولي هيچ يك ارزش پيش گيري نداشته و نمي توان از يافته‌هايشان در سيستم مراقبت اوليه سود برد. در حالیکه اکثراً درمان افسردگي تحت اين شرايط صورت مي‌گيرد (Dobson, 2000) و در اين مطالعه نشان داده شد که نشانگان افسردگي در افراد انتحاري به طور معناداري بالاتر از افراد غير انتحاري 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 طوری که مکرراً بحث شده است فواید اقتصادی روش های پیش گیری به مراتب مقرون به صرفه تر و عاقلانه تر هستند و خودکشی اگرچه مشکل غم انگیز سلامت عمومی است، بالقوه قابل پیش گیری می باشد.

- 1- نجفخانی، پروانه؛ نجفی، مجریضا؛ رضایی دوگانه، ابراهیم؛ نظری، نجفعلی، بررسی همه گیرشناسی افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، عوامل زمینه ساز و آشکار ساز خودکشی در دختران نوجوان و جوان مناطق پرخطر ایران (1382)، از پژوهش های مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری
- 2- پورشهباز، عباس؛ نجفخانی، 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 بستری در بیمارستان جابر انصاری تهران)، طرح پژوهشی دانشگاه علامه طباطبایی، 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 Measurement 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 Psychometric 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 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 Questionnaire 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

[Empty reference box]