همه‌گيرشناسي افكار خودكشي و اقدام به خودكشي در دختران مناطق پرخطر ايران

دكتر پروانه فرخاني*

هدف پژوهش حاضر تعيين ميزان شيوع افكار خودكشي و اقدام به خودكشي در دختران مقيم مناطق پرخطر كشور بوده است . ابتدا، با مراجعه به آمار مرگ و مير ناشي از خودكشي در كشور، مناطقي كه بالاترين ميزان مرگ ناشي از خودكش ي را در سال 1380 به ثبت رسانده بودند شناسايي شدند . سپس از 65887 دانش‌آموز مؤنث مناطق مذكور در دو مرحله با روش‌هاي نمونه گيري خوشه اي و نمونه گيري تصادفي ساده 2650 نفر در مطالعه شركت داده شدند (دامنة سني 14 تا 21 سال با ميانگين سني 16/27 و انحراف معيار 1/30). به منظور جمع‌آوري داده ها از:

الف) پرسشنامه جمعيت‌شناختي.

ب) شاخص نشانگان افسردگي ـ خرده مقياس خودكشي (Depressive Symptom Index-Suicidality Subscale /DSI-SS)

ج) آيتم‌هاي غربالگر مقياس خودكشي مركز مطالعات همه گيرشناسي خودكشي (The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) Scale-Suicidality Screening Items (SSI).

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

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

د) يك مجموعه چهار آيتمي محقق ساخته براي سنجش اقدام به خودكشي، استفاده شد.
با توجه به نقاط برشي كه براي هر يك از نمرات در شاخص هاي ذكر شده تعيين شده بود شيوع نقطه اي افكار خودكشي و ا قدام به خودكشي در مناطق تحت مطالعه، برآورد شد . بر اساس يافته هاي پژوهش، بالا بودن ميزان افكار خودكشي و اقدام به خودكشي در شهرهاي مطالعه شده، پرداختن به برنامه هاي پيشگيري را ضرورت مي‌بخشد.

كليد واژه‌ها: افكار خودكشي، اقدام به خودكشي، دختران جوان

تاريخ دريافت مقاله: 1383/7/5 تاريخ پذيرش مقاله: 1383/8/20

مقدمه

طيف رفتار خودكشي داراي دامنه‌اي از فكر خودكشي، تهديد به خودكشي و اقدام به خودكشي، تا خودكشي كامل است (Shaffer & pefeffer, 2001). برآورد ميزان افكار خودكشي، تهديد و اقدام به خودكشي به عواملي چون تعريف خودكشي (اين كه چه قدر گسترده يا محدود باشد)، جمعيت تحت مطالعه (كودكان در مقابل بزرگسالان، و بيماران در مقابل افراد غيربيمار) و منبع كسب اطلاعات (والدين در مقابل كودكان) وابسته است (sadock & sadock, 2000). اقدام به خودكشي به عملي اطلاق مي شود كه در آن فرد اقدام به نابودي خود مي كند (Gunneil, 2000). رفتار «خودتخريب‌گرانه» ممكن است مستقيم (افكار

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

انتحاري ـ suicidal thoughts)، اقدام به خودكشي يا خودكشي كامل (completed suicide) يا غيرمستقيم باشد كه مشخصة آن پرداختن به يك خطر تهديدكنندة زندگي بدون قصد مردن، عموماً تكرارپذير، اغلب ناهشيار و همراه با پيامدهايي است كه در نهايت احتمالاً خود تخريب‌گرانه است (Merck, 2002).

حتي بيشتر بالين‌گران ماهر هم تمايز بين رفتار خودكشي خوش‌خيم يا بي‌خطر را با نوع تهديدآميز يا پرخطر مشكل درمي‌يابند. بسياري از جواناني كه در اين باب يك اقدام جدي كرده‌اند، ديگر هرگز اين رفتار را مرتكب نمي شوند، در حالي كه نوجواناني كه كاري بيش‌تر شبيه به يك ژست انجام داده‌اند، ممكن است سرانجام مرتكب خودكشي شوند. آن‌چه مي‌توان از آن براي تجزيهٔ طيف خودكشي سود برد، قصد مردن است كه مي تواند به عنوان ملاك جداسازي «خودكشي بدخيم» از «ژست خودكشي» در نظر گرفته شود. بسياري از منابع تأكيد مي‌كنند كه نقشه‌ها و اعمالي هم كه صرفاً به قصد «ژست خودكشي» صورت گرفته و به خودكشي كامل منتهي شده‌اند، از اهميت زيادي برخوردارند؛ چرا كه 20 درصد افرادي كه اقدامشان «ژست خودكشي» شناسايي شده طي يك سال بعد مجدداً دست به خودكشي زده كه 10 درصد اين موارد نهايتاً به خودكشي كامل منتهي شده است.

مطالعات همه گيرشناسي حاكي از آن است كه خودكشي در بين همهٔ طبقات و بخش هاي جمعيتي رخ مي‌دهد و در همهٔ سنين، نژاد و اقليت هاي اجتماعي شيوع دارد. خودكشي در زمرهٔ ده علت مرگ و مير است (Gilliond & James, 1993) و در كشورهاي توسعه يافته 1 تا 2 درصد مرگ ها را تشكيل مي دهد. ميزان خودكشي در نقاط مختلف دنيا تفاوت هاي فاحشي را با يكديگر نشان مي دهند، كه اين امر ممكن است

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

نتيجة نحوة گزارش موارد باشد (Gunneil, 2000). تصور مي‌شود ميزان بالاي خودكشي بازتاب تغييرات محيط اجتماعي، تغيير نگرش نسبت به اين موضوع و فراهم شدن فزايندة وسايل لازم اين عمل باشد (Hawton, 1997).

هرچند خودكشي در كودكان ، پيش از بلوغ ، نادر است، اما ميزان اقدام به خودكشي و خودكشي كامل پس از بلوغ به طور فزاينده‌اي افزايش يافته و در اواسط ساليان دهة 20 عمر به بالاترين حد مي رسد (Shaffer & Pfeffer, 2001).

طي چهل سال گذشته،ميزان خودكشي جوانان15 تا 19 ساله از 2/7 نفر در 100 هزار نفر (در سال 1950) به 11/3 نفر در 100 هزار (در سال 1988) رسيد (sadock & sadock, 2000). در حال حاضر خودكشي در بين كودكان دومين علت مرگ است. خودكشي در جوانان 15 تا 24 ساله نيز (به ترتيب پس از تصادفات و قتل) سومين عامل منجر به مرگ است. بررسي‌ها نشان مي‌دهد كه بين ده تا پانزده درصد جوانان اقدام به خودكشي مكنند (Gilliand & James, 1993).

امكان خودكشي ، فكري است كه نه تنها به ذهن افراد افسرده بلكه به ذهن بسياري ديگر خطور مي‌كند. مرك 2002 در در مطالعه اي كه بر روي جمعيت عمومي 9 تا 18 ساله انجام گرفت ، ميزان شيوع را از 26 درصد (افكار مرگ) تا 2 درصد (تفكر زياد در خصوص از بين بردن خود) و ميزان اقدام را برابر 3/4 درصد برآورد كرده است . همچنين مطالعه پيكل و همكاران‌ش در 1984 بر روي بيش از 700 نفر نشان داد كه تقريباً 10 درصد نمونه‌هاي مطالعه شده گزارش دادند كه طي سال هاي قبل فكر خودكشي داشته‌اند؛ خصوصاً كه 3/5 درصد فكر كرده بودند كه زندگي ارزشي ندارد؛ 2/8 درصد آرزو

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

کرده بودند که بمیرند، 2 درصد دربارهٔ خودکشی فکر کرده بودند یا جداً خودکشی را در نظر داشتند و 6 درصد اقدام به خودکشی کرده بودند . مطالعات دانش‌آموزان دبیرستانی 15 تا 18 ساله نیز نشان داد که میزان عقاید خودکشی 60 درصد و میزان اقدام به خودکشی 10 درصد است (sarason, 1987).

به طور کلی در ایالات متحده امریکا سالانه حدود 2 میلیون نوجوان اقدام به خودکشی می‌کنند و قریب 200000 نفر به علت اقدامشان تحت توجه قرار می‌گیرند. هم‌چنین 40 تا 50 درصد اقدام کنندگان جوان و بزرگ سالان دار اي ژست خودکشي بوده یا سابقهٔ اقدام قبلي دارند. گزارش شده است که 27 درصد کودکان 14 ساله و جوان تر داراي افکار خودکشي بوده یا 24 ساعت قبل از مرگشان دست به اقدام زده اند (sadock & sadock, 2000). در سال 1997 در ایالات متحده امریکا نوجوانان 10 تا 14 ساله، 7 درصد جمعیت عمومي را تشکیل مي‌دادند، اما خودکشي در این گروه 1 درصد کل موارد خودکشي (330 کودك) را شامل مي‌شد. در خصوص گروه سني 15 تا 19 سال نیز میزان مرگ و میز ناشي از خودکشي معادل 9/5 در 100 هزار (6 برابر گروه سني قبلي) تعیین شد. سهم خودکشي هایي که در این گروه سني رخ مي داد (6/6 درصد کل موارد خودکشي) نزدیك به سهم آن ها در جمعیت عمومي بود (6 درصد). مرگ و میز ناشي از خودکشي در سنین 20 تا 24 سال 13/6 در 100 هزار بود. این گروه سني، در حالي که 8 درصد از کل موارد خودکشي را به خود اختصاص داده بودند در حالیکه 7 درصد جمعیت کلي را شامل مي شدند (Shaffer & Pfeffer, 2001).

درحالي که زنان 2 تا 3 بار بیشتر از مردان اقدام به خودکشي مي کنند، اما مردان در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

اقدام هايشان بيشتر مستعد مردن هستند (Merck, 2002,. Gilliand & James, 1993) Sadock & sadock, 2000,. در ايالات متحده نسبت خودكشي دختران به پسران در كودكان، 3 به 1 اما پس از اين سنين ميزان خودكشي پسران به سرعت افزايش مي‌يابد؛ به طوري كه در گروه سني 15 تا 19 سال اين نسبت، 4/5 به 1 و در گروه سني 20 تا 24 سال و بيش‌تر، 6 به 1 است (National Center for Health statistics, 2002).

مطالعات همه گيرشناسي خودكشي در ايران ط ي دو دهه اخير نشان داده است كه خودكشي و اقدام به آن رو به افزايش است . اين بررسي ها عمدتاً بر گروه هاي بيمار در مراكز درماني يا پزشكي قانوني متمركز بوده و در آن ها به عوامل سبب سازي چون اختلافات خانوادگي و زناشويي، درگيري با بستگان، بي‌كاري و اختلالات روان شناختي اشاره شده است (محسني، 1366). آمار خودكشي در استان هاي مختلف كشور ايران تفاوت محسوسي با يكديگر دارند . هر چند تاكنون مطالعات علمي و نظام دار معدودي در زمينة خودكشي در كشور ما انجام شده است، اما داده ها حاكي از يك روند افزايشي به ويژه در دختران و زنان است. در 1374 پورشهباز، محمخاني و معصوميان در مطالعه اي در استان ايلام بر روي جمعيت 15 تا 24 ساله، ضمن تأييد روند افزايش ميزان خودكشي، گزارش دادند كه برخلاف الگوي جهاني كه در آن مردان سه بار بيش تر از زنان خودكشي موفق مي كنند، زنان بيشتر از مردان در اثر اقدام به خودكشي فوت مي‌كنند؛ به ويژه آن كه آنان از روش خودسوزي بيش از ساير روش ها استفاده مي‌كنند. مطالعه اي ديگر (حيدري، 1376) در يكي از استان هاي كشور، نشان داد كه هرچند ميزان اقدام به خودكشي با رقم 185 در صدهزار نفر در مقايسه با آمار بين المللي كه به رقمي بين 100 تا 300

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

نفر در هر صد هزار نفر اشاره دارد، رقمي بالا نيست ولي قابل ملاحظه است. يافته‌هاي پژوهش مذكور حاكي از آن بود كه آمار اقدام به خودكشي در دختران نوجوان 11 تا 15 ساله، تقريباً سه برابر پسران بوده است.

با توجه به مطالب فوق به نظر مي رسد كه با محاسبة ميزان افكار خودكشي و اقدام به خودكشي دختران جوان مناطق پرخطر، احتمال برآورد ميزان خودكشي در ميان اين جمعيت نزديك تر به واقع خواهد بود. پراهميت‌ترين جنبة اين پژوهش، مطالعة شيوع نقطه اي خودكشي در شهرهايي است كه در آن ها نرخ خودكشي با ساير نقاط تفاوت فاحش ي دارد و برافراشتگي نيمرخ ملي خودكشي را موجب شده است. چه بسا با برآورد دقيق تر و انجام مداخله هاي پيشگيرانه، بتوان ميزان ملي خودكشي را كاهش داد.

1) روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات زمينه يابي است. جامعة آماري در اين پژوهش شامل كلي ة دختران ساكن استان هاي پرخطر كشور است. براي تعيين جمعيت آماري پژوهش، ابتدا از طريق مراجعه به داده‌هاي مربوط به موارد خودكشي در استان هاي مختلف كشور در 1380 داده‌هاي اوليه مركز مطالعات اجتماعي وزارت كشور جمع‌آوري شد. براساس اين داده‌ها، سه استاني كه بالاترين ميزان خودكشي را داشتند شناسايي شدند. بدين ترتيب، سه استان كرمانشاه با 31/29، ايلام با 28/94 و همدان با 28/06 مورد در هر صدهزار مرگ ناشي از خودكشي، به عنوان مناطق پرخطر تعيين شدند. سپس از طريق مراجعه به مراكز ثبت آمار خودكشي در استان هاي فوق كه مؤيد داده‌هاي قبلي بود، اطلاعات مربوط به

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

خودكشي در شهرهاي مختلف اين استان ها جمع آوري شد و به استناد داده هاي هر يك از استان هاي مذكور، دختران 14 تا 21 ساله چهار شهر كرمانشاه، همدان، ايلام و دره شهر از دبيرستان ها، مراكز پيش دانشگاهي، مدارس فني ـ حرفه اي، كار و دانش و هنرستان ها (65887 نفر) در طرح پژوهش قرار گرفتند.

از ميان مناطق 1، 2، 3 آموزش و پرورش شهر كرمانشاه با 32586 نفر، نواحي 1 و 2 آموزش و پرورش شهر همدان با تعداد 23428 نفر و آموزش و پرورش شهرهاي ايلام و دره شهر با تعداد 10000 نفر و رعايت نسبت هاي 46/18 درصد، 40/92 درصد، و 12/89 درصد، در هريك از آن ها، تعداد 2650 نفر به عنوان نمونة پژوهش در نظر گرفته شدند كه اين تعداد با روش نمونه گيري تصادفي ساده، با مراجعه به فهرست اسامي دانش آموزان در هر يك از مناطق، در پژوهش شركت داده شدند (1312 نفر از كرمانشاه، 940 نفر از همدان، 398 نفر از ايلام و دره شهر).

در اين پژوهش با توجه به اهداف آن در كنار پرسشنامه هاي متغيرهاي جمعيتشناختي:

الف) شاخص نشان افسردگي ـ خرده مقياس خودكشي (DSI-SS) (Joiner et al, 2002)،

ب) مجموعه بخش هاي مقياس غربال گر خودكشي مركز مطالعات همه گيرشناسي خودكشي (CED-SSI) (Lewinsohn et al, 1996).

ج) مقياس چهار بخشي محقق ساخته براي ارزيابي نرخ اقدام به خودكشي، استفاده شد

DSI-SS يك پرسش نامة «خودگزارشي» چهار بخشي، درخصوص افكار و عقايد خودكشي است كه فراواني و شدت افكار و تكانه هاي خودكشي را طي دو هفتة گذشته با نمره برش 3 مشخص مي كند (Joiner et al, 2002).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

نمرات اين بخش در طيفي از 1 تا 3 و براي كل پرسشنامه از 0 تا 12 در نظر گرفته مي‌شود. جوينر و همكاران‌ش شواهد پايايي اين پرسشنامه را قوي و بسيار (α=0/90) گزارش داده اند. هم‌چنين در اين مطالعه ضريب همبستگي بين خودكشي و نشان افسردگي 0/60 و بين DSI-SS و پرسشنامة سلامت عمومي 12 سؤالي (GHQ12)، 0/49 به دست آمد (P<0/001). ميزان پايايي پرسشنامه DSI-SS در جمعيت ايراني پژوهش حاضر، مناسب و قابل توجه بود (α=0/91). نتايج روايي DSI-SS در جمعيت ايراني با محاسبة ضريب همبستگي دو آزمون DSI-SS و CED-SSI، 0/56 بود.

با توجه به اين كه يكي از راه هاي محاسبة روايي سازه، مقايسه كاركرد گروه هاي درگير در موضوع با گروه بهنجار است، آزمودني هاي تحت مطالعة پژوهش حاضر ـ با عنايت به گزارش شخصي سابقة اقدام به خودكشي كه از طريق پرسش نامة اطلاعات جمعيت‌شناختي به دست آمد ـ به سه گروه بي‌خطر، كم‌خطر و پرخطر تقسيم شدند. نتايج نشان داد كه گروه پرخطر به طور معناداري نسبت به افراد گروه كم‌خطر و بي‌خطر، نمرات بالاتر از نمره برش 3 به دست آوردند؛ اين گروه هم‌چنين از حضور افكار خودكشي بيش تر گزارش داده بودند (جدول شماره 1).

جدول 1: آزمون مجذور خي براي مقايسة حضور افكار خودكشي برحسب اقدام به خودكشي

گروه‌ها / مقياس‌ها		اقدام به خودكشي					
		بي‌خطر		كم‌خطر		پرخطر	
		فراواني	درصدفراواني	فراواني	درصدفراواني	فراواني	درصدفراواني
افكار و عقايد خودكشي	داراي سابقه اقدام	2010	97/7	319	83/7	57	43/8
	بدون سابقه	47	2/3	62	16/3	73	56/2

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

						اقدام	

X^2=596/159 df=2 P ≤0/0001

همچنين در خصوص محاسبة روائي سازه، همبستگي بين پاسخ به بخش شمارة 59 پرسشنامه SCL-90-R ـ كه در راهنماي اين آزمون به عنوان بهترين شاخص براي سنجش خطر خودكشي معرفي شده است ـ (Derogatis, 1992) با اقدام به خودكشي و افكار خودكشي محاسبه شد. نتايج حاصل از محاسبات ، همة ضرايب را معنادار نشان داد (جدول شماره 2) (محمّدخاني و همكاران، 1382).

جدول 2: مقادير همبستگي آيتم 59 از SCI-90-R با سابقة اقدام و وجود افكار خودكشي

بخش 59 از SCL-90-R	همبستگي اسپيرمن	سطح معناداري
اقدام به خودكشي	0/308	P<0/001
افكار خودكشي	0/504	P ≤0/0001

پرسشنامة CED-SSI مكمل و مبتني بر مقياس مركز مطالعات شيوع‌شناسي افسردگي The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D/ Radloff, 1997., Lewinsohn et al, 1996). اين مجموعه چهار بخشي يك نمرة كلي به دست مي‌دهد كه در آن نمرات بالاتر از 5 به معناي خطر افزودة خودكشي است. در 1995 روبرتز و چن (Goldston, 2000) همبستگي بالايي (r=0/70) را بين نمرات حاصل از پاسخ هاي آزمودني ها به غربال گر لوينسون و نمرات كلي CES-D گزارش مي‌دهند. مشخص شده است كه در پيش‌بيني خودكشي، طي سال بعد، نمرة برش 5 در غربال‌گر چهار بخشي لوينسون، داراي حساسيت 81 درصد، ويژگي 81 درصد، ارزشِ مثبت پيش‌بين 7 درصد، و ارزش منفي پيش‌بين 100 درصد است (Goldston, 2000).

در پژوهش حاضر پرسش نامة محقق ساخته، يك

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

پرسشنامه چهار بخشي بود كه براي سنجش سابقة اقدام به خودكشي تهيه شد . اين پرسشنامه نيز سابقة اقدام به خودكشي را از يك اقدام تكانه اي تا اقدام هاي مكرر و حتي قصد اقدام در آينده ارزيابي مي‌كرد. براي محاسبة روايي اين مقياس نيز به محاسبه ضريب همبستگي آن با پرسش ي كه مستقيماً از آزمودني ها درباره سابقه اقدام به خودكشي به عمل مي‌آمد، اقدام شد. نتايج نشان داد كه پرسش نامة مذكور از ضريب روايي مناسبي (r=86/5) برخوردار بود . ضريب پايايي نيز با محاسبة آلفاي كرون‌باخ مناسب بود (∝=0/92).

2) يافته‌ها

به منظور بررسي ميزان گزارش وجود افكار خودكشي، ابتدا به محاسبة فراواني و درصد فراواني پاسخ به بخش‌هاي DSI-SS و CED-SSI، و محاسبة فراواني و درصد فراواني افكار خودكشي در جمعيت تحت مطالعه ـ با احتساب نمرات برش در DSI-SS و CED-SSI به صورت جداگانه و تركيبي ـ اقدام شد. سپس فراواني افكار خودكشي در شهرهاي مطالعه شده (كرمانشاه، همدان، ايلام و دره‌شهر) مقايسه شد.

جدول شماره 3 فراواني و درصد فراواني پاسخ آزمودني‌هاي تحت مطالعه را به هر يك از بخش‌هاي CED-SSI نشان مي‌دهد.

جدول 3: فراواني و درصد فراواني پاسخ آزمودني‌ها به هر يك از آيتم‌هاي CED-SSI

شماره آيتم‌ها	آيتم‌هاي CED-SSI		گزينه‌ها			
			هرگز	گاهي اوقات	اغلب اوقات	هميشه
1	طي هفتة گذشته افكاري دربارة مردن داشتم	فراواني	1939	446	138	116
		درصد	73/5	16/9	5/2	4/4

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

2	طي هفت ة گذشته احساس مي كردم اگر بميرم، براي خانواده و دوستانم بهتر خواهد بود	فراواني	1954	389	129	160
		درصد	74/2	14/8	4/9	6/1
3	طي هفت ة گذشته دربارة از بين بردن خودم فكر كردم	فراواني	227	200	82	60
		درصد	86/9	7/6	3/1	2/3
4	طي هفت ة گذشته احساس مي كردم اگر راهي را بلد بودم ، خودم را از بين مي‌بردم	فراواني	2288	183	68	81
		درصد	87/3	7	2/6	3/1

همان‌گونه كه در جدول شمارة 4 ملاحظه مي‌شود، با احتساب نمرة برش 3 در DSI-SS، 77/1 درصد افراد مطالعه شده نمرات پايين‌تر و 22/9 درصد آزمودني‌هاي پژوهش حاضر، نمره بالاتر از نمره برش به دست آوردند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

جدول 4: توزيع فراواني جمع كل نمرات آزمودني‌ها در DSI-SS

نمره	فراواني	درصد فراواني مطلق	درصد فراواني تراكمي
0	1573	58/1	61/6
1	279	10/3	72/5
2	117	4/3	77/1
3	62	2/3	79/6
4	122	4/5	84/3
5	97	3/6	88/1
6	137	5/1	93/5
7	57	2/1	95/7
8	46	1/7	97/5
9	33	1/2	98/8
10	17	0/6	99/5
11	8	0/3	99/8
12	5	0/2	100
كل	2553	94/3	
نامشخص	155	5/7	
جمع كل	2708	100	

همچنين با توجه به نمرة برش 5 براي CED-SSI (جدول 5)، 91/6 درصد افراد مطالعه شده، پايين‌تر از اين نقطه و 8/4 درصد افراد، بالاتر از آن قرار گرفتند. آزمون مجذور خي تفاوت معناداري بين دو روش برآورد خودكشي به دست نداد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

جدول 5: توزيع فراواني جمع كل نمرات آزمودني‌ها در CED-SSI

نمره	فراواني	درصد فراواني مطلق	درصد فراواني تراكمي
0	1584	58/8	60/8
1	388	14/3	75/7
2	157	5/8	81/7
3	165	6/1	88/1
4	91	3/4	91/6
5	47	1/7	93/4
6	50	1/8	95/3
7	29	1/1	96/4
8	25	0/9	97/4
9	16	0/6	98
10	14	0/5	99
11	14	0/5	99
12	25	0/9	100
كل	2605	96/2	
نامشخص	103	3/8	
جمع كل	2708	100	

در مرحله بعد افرادي كه داراي نمرات بالاتر از نقطه برش در هر دو مقياس بودند، به عنوان افرادي در نظر گرفته شدند كه داراي بيش ترين افكار خودكشي بودند (گروه انتحاري). بر اين اساس 184، نفر معادل 7 درصد نمونه تحت مطالعه، در گروهي قرار گرفتند كه داراي افكار خودكشي بودند (آزمون مجذور خي تفاوت معناداري بين شهرهاي تحت مطالعه نشان نداد ، اگرچه داده ها نشان دادند كه با افزايش سن آزمايش‌شونده‌ها، در گروه‌هاي اقتصادي ـ اجتماعي ضعيفتر، افكار و اقدام به خودكشي به طور معناداري بيش تر گزارش شده بود).

همان‌گونه كه ذكر آن رفت شيوع نقطه اي اقدام به

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

خودكشي براساس پاسخ آزمودني ها به مقياس چهار بخشي محقق ساخته، برآورد شد. براساس اين مقياس 79/5 درصد از آزم ودني‌هاي تحت مطالعه گزارش دادند كه هرگز اقدامي براي از بين بردن خود نكرده اند؛ 15/1 درصد اعلام كردند كه تمايل به اين كار داشته ولي اقدامي در اين باره صورت نداده اند؛ 2/9 درصد گزارش كردند كه براي خودكشي اقداماتي كرده اند؛ و بالاخره 2/5 درصد آزمودني‌ها هم اظهار كردند كه چندين بار سابق ة اقدام به خودكشي داشته و در آينده نيز به خودكشي اقدام خواهند كرد. آزمون χ^2 تفاوت معناداري بين شهرهاي تحت مطالعه به دست نداد و بنابراين با احتساب شيوع 2/9 و 2/5 درصدي فوق، نرخ اقدام به خودكشي در شهرهاي مطالعه شده 5/4 درصد تعيين شد. شايان ذكر است كه برحسب داده هاي به دست آمده از آزمون خي افرادي كه سابقه اقدام به خودكشي داشتند براساس CSI-SS و CED-SSI، به طور مكرر از حضور افكار خودكشي گزارش داده بودند؛ بدين معني كه افراد انتحاري (يعني افرادي كه سابقة اقدام به خودكشي را گزارش داده بودند) در مقايسه با افراد بهنجار، طي روزهاي مطالعه به طور معناداري از حضور افكار مربوط به مرگ گزارش داده بودند و اين تفاوت در سطح $P \leq 0/001$ معنادار بود.

3) بحث و نتيجه‌گيري

همان‌گونه كه شرح آن رفت مطالعه حاضر به برآورد ميزان شيوع نقطه اي افكار خودكشي و اقدام ب ه خودكشي در جمعيت دختران جوان استان‌هايي از كشور اختصاص داشت كه بالاترين ميزان مرگ و مير ناشي از خودكشي را به ثبت رسانده بودند و عنوان مناطق پرخطر را به خود گرفته بودند. چنان كه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

ملاحظه شد با در نظر گرفتن نقاط برش در هر دو مقياس SSI-SS و CED-SSI و همچنين پاسخ آزمودني‌هاي بخش‌هاي مربوط به ارزيابي سابقة اقدام به خودكشي، شيوع افكار خودكشي 7 درصد و شيوع سابقة اقدام به خودكشي 5/4 درصد برآورد شد. اگر چه اين ميزان بسيار پايين تر از ميزاني است كه در مطالعات ديگر به ثبت رسيده است [2 تا 26 درصد براي افكار خودكشي در افراد 9 تا 18 سال (sadock & sadock, 2000)، 60 درصد براي افكار خودكشي و 10 درصد براي ميزان اقدام به خودكشي (sarason, 1987)] اما توجه به اين نكته كه خودكشي و رفتارهاي انتحاري از نظر همه‌گيرشناسي براساس يك پيوستار رخ مي‌دهد (Hawton, 1997) و اين كه آمار رفتار انتحاري اساساً بر مدارك و گزارش‌هاي مرگ‌هايي مبتني است كه بروز حقيقي را كم‌تر از آنچه هست برآورد مي‌كنند (Merck, 2002)، به نظر مي رسد كه داده هاي مطالعة حاضر حقيقتي را در قالب بحران افزايش خطر خودكشي متذكر مي‌شوند. اين خطر افزوده از سوي مطالعات مشابه ديگري اعلام شده است. براي مثال گانيل در سال 2000 اظهار مي دارد كه در كشورهاي توسعه يافته 1 تا 2 درصد مرگ‌ها در اثر خودكشي است و به زعم او تفاوت هاي فاحش گزارش هاي مرگ و مير ناشي از خودكشي فقط به نحوة گزارش‌دهي در مناطق مختلف دنيا برمي‌گردد. در بسياري از كشوره ا، به لحاظ وجود برخي نگرش هاي منفي در باب مرگ‌هاي ناشي از خودكشي، مرگ ها با علل ديگري به ثبت رسانده مي‌شوند. از طرفي جيليانند و جيمز خودكشي را در زمرة يكي از ده علت مرگ و مير ذكر مي‌كنند، و شافر و پفر نيز به روند رو به تزايد خودكشي ضمن افزايش سن، اشاره كرده و مي افزايند اين ميزان در سنين ميانه دهة 20 به بالاترين حد مي‌رسد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

گستردگي و چندوجهي بودن مفهوم خودكشي، دشواري دسترسي به ابزارهاي معتبر و مجاز در حوزة تحت مطالعه، همچنين تغييرپذيري و تنوع آمارهاي ميزان اعلام شدة رفتارهاي انتحاري از طرف منابع مختلف كشور، به سبب ماهيت حساس موضوع يا نقص در تعاريف، در زمرة محدوديت‌هاي پژوهش حاضر محسوب مي‌شوند.

به طور خلاصه بايد اذعان داشت كه با استناد به دادة مركز ملي سلامت امريكا در سال 2000 كه اظهار مي‌دارد سالانه از 200 هزار مورد اقدام به خودكشي در ايالات متحده، 10 درصد به خودكشي كامل منتهي مي‌شود، مي‌توان انتظار داشت كه مرگ و مير ناشي از خودكشي در جمعيت تحت مطالعة حاضر با توجه به آمار و مقادير اعلام شده، درصد بالايي را به خود اختصاص دهد. هرچند برآورد احتمال خودكشي واقعي بر حسب موارد اقدام در مناطق مطالعه شده خود به مطالعة جداگانه‌اي نياز دارد، با در نظر گرفتن يافته‌هاي اين پژوهش كه نشان مي دهد شيوع گزارش افكار خودكشي 7 درصد و اقدام به خودكشي 5/4 درصد است و همچنين با اذعان به اين حقيقت كه حداقل 10 درصد اين افراد سرانجام به خودكشي كامل اقدام خواهند كرد (sadock & sadock, 2000)، مي‌توان ميزان مرگ ناشي از خودكشي در اين شهرها را برآورد كرد و بر اين اساس مداخله هاي قريب‌الوقوعي را تدارك ديد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

منابع
References

1ـ پورشهباز، عباس؛ محمخاني، پروانه؛ معصوميان، حسام الدين (1374). **گزارش فرايند طرح تدوين برنامه عملياتي پيشگيري از خودكشي در استان ايلام**، تهران: معاونت پيش گيري سازمان بهزيستي.

2ـ حيدري پهلوايان، احمد (1376). **وضعيت رواني، اجتماعي اقدام‌كنندگان به خودكشي در شهرستان همدان**، فصلنامه انديشه و رفتار. سال سوم، شماره 1 و 2.

3ـ محسني، منوچهر (1366). **انحرافات اجتماعي**. تهران: انتشارات مروي.

4ـ محمخاني، پروانه؛ محمي، محمرضا؛ رضايي دوگاهه، ابراهيم؛ نظري، محمعلي (1382). **بررسي همه‌گيرشناسي افكار خودكشي، اقدام به خودكشي، عوامل زمينه ساز و آشكارساز خودكشي در دختران نوجوان و جوان مناطق پرخطر ايران**. مركز امور مشاركت زنان رياست جمهوري.

5. Derogatis, Leonard R. (1992). **"SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedure Manual-II"**, Clinical Psychometric Research.

6. Gilliand, B. E. & James, R. K. (1993). **"Crisis Intervention strategies".** Brooks/ cole publishing company, Pacific Grove. California, U.S.A.

7. Goldston, David B. (2000). **"Assessment of Suicidal Behavior and Risk among Children and Adolescent"** Technical Submitted to NIMH under contact, No. 263-MD-90995.

8. Gunneil, J. David (2000). **"The Epidemiology of Suicide."** International Review of psychiatry, 2, 21-26.

9. Hawton, Keith (1997). **"Attempted suicide In D. M., Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy"**. Oxford University press.

10. Joiner T. E., Pfaff, J. J. & Acers, J. G. (2002). **"A Brief Screening Tool for**

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

منابع
References

Suicidal Symptoms in Adolescents and Young Adults in General Health Settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Prevention Project." Journal of Behavior Research and Therapy, 40, 471-481.

11. Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J. (1996). **"Adolescent Suicidal Ideations and Attempts: Prevalence, risk factors and clinical implication".** Clinical Psychology: Science and Practice. 3, 25-46.
12. National Center for Health Statistics (2000). **"Death Rates for 75 Selected Causes"**. Web site: http://www.cdc.gov/chs/datawh/statab/unpubd/mortabs.htm
13. Radloff, L. S. (1977). **"The CES-D Scale: A Self-report Depression Scale for Research in General Population".** Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.
14. Sadock, V. J. & Sadock (2000). **"Comprehensive Textbook of Psychiatry"** Seventh Edition. 2, Lippincott William & Willkins. U.S.A.
15. Sarason, Irwin G., Sarason, Barbara R. (1987). **"Abnormal Psychology, The Problem of Maladaptive Behavior"**. Prentice-Hall, fifth edition. U.S.A.
16. 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.
17. The Merck of Diagnosis and therapy (2002). **"Suicidal Behavior"**. Sec. 15, ch. 190; Web site: http://www.merck.com/pubs/mmanual/section15/chapter190/190a.htm.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]