

همه گیرشناسی افکار
خودکشی و اقدام به
خودکشی در دختران
مناطق پرخطر ایران
دکتر پروانه غنچانی

هدف پژوهش حاضر تعیین میزان شیوع افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران مقیم مناطق پرخطر کشور بوده است. ابتدا، با مراجعه به آمار مرگ و میر ناشی از خودکشی در کشور، مناطقی که بالاترین میزان مرگ ناشی از خودکشی را در سال 1380 به ثبت رسانده بودند شناسایی شدند. سپس از 65887 دانش آموز مؤنث مناطق مذکور در دو مرحله با روش های نمونه گیری خوشه ای و نمونه گیری تصادفی ساده 2650 نفر در مطالعه شرکت داده شدند (دامنه سنی 14 تا 21 سال با میانگین سنی 16/27 و انحراف معیار 1/30). به منظور جمع آوری داده ها از:

الف) پرسشنامه جمعیت شناختی.

ب) شاخص نشانگان افسردگی - خرده مقیاس خودکشی (DSI-Depressive Symptom Index-Suicidality Subscale /SS)

ج) آیتم های غربالگر مقیاس خودکشی مرکز مطالعات همه گیرشناسی خودکشی (The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) Scale-Suicidity Screening Items (SSI).

*روان شناس، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. <Parmohamir@yahoo.com>

د) يك مجموعه چهار آیتمی محقق ساخته برای سنجش اقدام به خودکشی، استفاده شد. با توجه به نقاط برشی که برای هر يك از نمرات در شاخص های ذکر شده تعیین شده بود شیوع نقطه ای افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در مناطق تحت مطالعه، برآورد شد. بر اساس یافته های پژوهش، بالا بودن میزان افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در شهرهای مطالعه شده، پرداختن به برنامه های پیشگیری را ضرورت میبخشد.

کلید واژه ها: افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، دختران

جوان

تاریخ دریافت مقاله: 1383/7/5 **تاریخ پذیرش مقاله:**

1383/8/20

مقدمه

طیف رفتار خودکشی دارای دامنه ای از فکر خودکشی، تهدید به خودکشی و اقدام به خودکشی، تا خودکشی کامل است (Shaffer & pefaffer, 2001). برآورد میزان افکار خودکشی، تهدید و اقدام به خودکشی به عواملی چون تعریف خودکشی (این که چه قدر گسترده یا محدود باشد)، جمعیت تحت مطالعه (کودکان در مقابل بزرگسالان، و بیماران در مقابل افراد غیربیمار) و منبع کسب اطلاعات (والدین در مقابل کودکان) وابسته است (saddock & sadock, 2000). اقدام به خودکشی به عملی اطلاق می شود که در آن فرد اقدام به نابودی خود می کند (Gunneil, 2000). رفتار «خودتخریبگرانه» ممکن است مستقیم (افکار

انتحاری (suicidal thoughts) - اقدام به خودکشی یا خودکشی کامل (completed suicide) یا غیرمستقیم باشد که مشخصه آن پرداختن به یک خطر تهدیدکننده زندگی بدون قصد مردن، عمومأً تکرارپذیر، اغلب ناهشیار و همراه با پیامدهایی است که در نهایت احتمالاً خود تخریب‌گرانه است (Merck, 2002).

حتی بیشتر بالین‌گران ماهر هم تمایز بین رفتار خودکشی خوشخیم یا بی‌خطر را با نوع تهدیدآمیز یا پرخطر مشکل درمی‌یابند. بسیاری از جوانانی که در این باب یک اقدام جدی کرده‌اند، دیگر هرگز این رفتار را مرتکب نمی‌شوند، در حالی که نوجوانانی که کاری بیش‌تر شبیه به یک ژست انجام داده‌اند، ممکن است سرانجام مرتکب خودکشی شوند. آنچه می‌توان از آن برای تجزیه طیف خودکشی سود برد، قصد مردن است که می‌تواند به عنوان ملاک جداسازی «خودکشی بدخیم» از «ژست خودکشی» در نظر گرفته شود. بسیاری از منابع تأکید می‌کنند که نقشه‌ها و اعمالی هم که صرفاً به قصد «ژست خودکشی» صورت گرفته و به خودکشی کامل منتهی شده‌اند، از اهمیت زیادی برخوردارند؛ چرا که 20 درصد افرادی که اقدامشان «ژست خودکشی» شناسایی شده طی یک سال بعد مجدداً دست به خودکشی زده که 10 درصد این موارد نهایتاً به خودکشی کامل منتهی شده است.

مطالعات همه‌گیرشناسی حاکی از آن است که خودکشی در بین همه طبقات و بخش‌های جمعیتی رخ می‌دهد و در همه سنین، نژاد و اقلیت‌های اجتماعی شیوع دارد. خودکشی در زمره ده علت مرگ و میر است (Gilliond & James, 1993) و در کشورهای توسعه یافته 1 تا 2 درصد مرگ‌ها را تشکیل می‌دهد. میزان خودکشی در نقاط مختلف دنیا تفاوت‌های فاحشی را با یکدیگر نشان می‌دهند، که این امر ممکن است

نتیجه نحوه گزارش موارد باشد (Gunneil, 2000). تصور می‌شود میزان بالای خودکشی بازتاب تغییرات محیط اجتماعی، تغییر نگرش نسبت به این موضوع و فراهم شدن فزاینده وسایل لازم این عمل باشد (Hawton, 1997).

هرچند خودکشی در کودکان، پیش از بلوغ، نادر است، اما میزان اقدام به خودکشی و خودکشی کامل پس از بلوغ به طور فزاینده‌ای افزایش یافته و در اواسط سالیان دهه 20 عمر به بالاترین حد می‌رسد (Shaffer & Pfeffer, 2001).

طی چهل سال گذشته، میزان خودکشی جوانان 15 تا 19 ساله از 2/7 نفر در 100 هزار نفر (در سال 1950) به 11/3 نفر در 100 هزار (در سال 1988) رسید (sadock & sadock, 2000). در حال حاضر خودکشی در بین کودکان دومین علت مرگ است. خودکشی در جوانان 15 تا 24 ساله نیز (به ترتیب پس از تصادفات و قتل) سومین عامل منجر به مرگ است بررسی‌ها نشان می‌دهد که بین ده تا پانزده درصد جوانان اقدام به خودکشی می‌کنند (Gilliand & James, 1993).

امکان خودکشی، فکری است که نه تنها به ذهن افراد افسرده بلکه به ذهن بسیاری دیگر خطور می‌کند. مرک 2002 در مطالعه‌ای که بر روی جمعیت عمومی 9 تا 18 ساله انجام گرفت، میزان شیوع را از 26 درصد (افکار مرگ) تا 2 درصد (تفکر زیاد در خصوص از بین بردن خود) و میزان اقدام را برابر 3/4 درصد برآورد کرده است. همچنین مطالعه پیکل و همکارانش در 1984 بر روی بیش از 700 نفر نشان داد که تقریباً 10 درصد نمونه‌های مطالعه شده گزارش دادند که طی سال‌های قبل فکر خودکشی داشته‌اند؛ خصوصاً که 3/5 درصد فکر کرده بودند که زندگی ارزشی ندارد؛ 2/8 درصد آرزو

کرده بودند که بمیرند، 2 درصد درباره 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 دارای ژست خودکشی بوده یا سابقه اقدام قبلی دارند. گزارش شده است که 27 درصد کودکان 14 ساله و جوان تر دارای افکار خودکشی 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 عمومی را تشکیل می‌دادند، اما خودکشی در این گروه 1 درصد کل موارد خودکشی (330 کودک) را شامل می‌شد. در خصوص گروه سنی 15 تا 19 سال نیز میزان مرگ و میز ناشی از خودکشی معادل 9/5 در 100 هزار (6 برابر گروه سنی قبلی) تعیین شد. سهم خودکشی‌هایی که در این گروه سنی رخ می‌داد (6/6 درصد کل موارد خودکشی) نزدیک به سهم آن‌ها در جمعیت عمومی بود (6 درصد). مرگ و میز ناشی از خودکشی در سنین 20 تا 24 سال 13/6 در 100 هزار بود. این گروه سنی، در حالی که 8 درصد از کل موارد خودکشی را به خود اختصاص داده بودند در حالیکه 7 درصد جمعیت کلی را شامل می‌شدند (Shaffer & Pfeffer, 2001).

درحالی که زنان 2 تا 3 بار بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند، اما مردان در

اقدام‌هایشان بیشتر مستعد مردن هستند (Merck, 2002, Gilliland & James, 1993, Sadock & sadock, 2000). در ایالات متحده نسبت خودکشی دختران به پسران در کودکان، 3 به 1 اما پس از این سنین میزان خودکشی پسران به سرعت افزایش می‌یابد؛ به طوری که در گروه سنی 15 تا 19 سال این نسبت، 4/5 به 1 و در گروه سنی 20 تا 24 سال و بیشتر، 6 به 1 است (National Center for Health statistics, 2002).

مطالعات همه‌گیرشناسی خودکشی در ایران طی دو دهه اخیر نشان داده است که خودکشی و اقدام به آن رو به افزایش است. این بررسی‌ها عمدتاً بر گروه‌های بیمار در مراکز درمانی یا پزشکی قانونی متمرکز بوده و در آن‌ها به عوامل سبب‌سازي چون اختلافات خانوادگی و زناشویی، درگیری با بستگان، بی‌کاری و اختلالات روان شناختی اشاره شده است (محسنی، 1366). آمار خودکشی در استان‌های مختلف کشور ایران تفاوت محسوسی با یکدیگر دارند. هر چند تاکنون مطالعات علمی و نظام دار معدودی در زمینه خودکشی در کشور ما انجام شده است، اما داده‌ها حاکی از یک روند افزایشی به ویژه در دختران و زنان است. در 1374 پورشهباز، نجف‌خانی و معصومیان در مطالعه‌ای در استان ایلام بر روی جمعیت 15 تا 24 ساله، ضمن تأیید روند افزایش میزان خودکشی، گزارش دادند که برخلاف الگوی جهانی که در آن مردان سه بار بیش‌تر از زنان خودکشی موفق می‌کنند، زنان بیشتر از مردان در اثر اقدام به خودکشی فوت می‌کنند؛ به ویژه آن‌که آنان از روش خودسوزی بیش از سایر روش‌ها استفاده می‌کنند. مطالعه‌ای دیگر (حیدری، 1376) در یکی از استان‌های کشور، نشان داد که هرچند میزان اقدام به خودکشی با رقم 185 در صدهزار نفر در مقایسه با آمار بین‌المللی که به رقمی بین 100 تا 300

نفر در هر صد هزار نفر اشاره دارد، رقمی بالا نیست ولی قابل ملاحظه است. یافته‌های پژوهش مذکور حاکی از آن بود که آمار اقدام به خودکشی در دختران نوجوان 11 تا 15 ساله، تقریباً سه برابر پسران بوده است.

با توجه به مطالب فوق به نظر می‌رسد که با محاسبه میزان افکار خودکشی و اقدام به خودکشی دختران جوان مناطق پرخطر، احتمال برآورد میزان خودکشی در میان این جمعیت نزدیک تر به واقع خواهد بود. پراهمیت‌ترین جنبه این پژوهش، مطالعه شیوع نقطه‌ای خودکشی در شهرهایی است که در آن‌ها نرخ خودکشی با سایر نقاط تفاوت فاحش‌ی دارد و برافراشتگی نیمرخ ملی خودکشی را موجب شده است. چه بسا با برآورد دقیق تر و انجام مداخله‌های پیشگیرانه، بتوان میزان ملی خودکشی را کاهش داد.

1) روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات زمینه‌یابی است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه دختران ساکن استان‌های پرخطر کشور است. برای تعیین جمعیت آماری پژوهش، ابتدا از طریق مراجعه به داده‌های مربوط به موارد خودکشی در استان‌های مختلف کشور در 1380 داده‌های اولیه مرکز مطالعات اجتماعی وزارت کشور جمع‌آوری شد. براساس این داده‌ها، سه استانی که بالاترین میزان خودکشی را داشتند شناسایی شدند. بدین ترتیب، سه استان کرمانشاه با 31/29، ایلام با 28/94 و همدان با 28/06 مورد در هر صد هزار مرگ ناشی از خودکشی، به عنوان مناطق پرخطر تعیین شدند. سپس از طریق مراجعه به مراکز ثبت آمار خودکشی در استان‌های فوق که مؤید داده‌های قبلی بود، اطلاعات مربوط به

خودکشی در شهرهای مختلف این استان ها جمع آوری شد و به استناد داده های هر یک از استان های مذکور، دختران 14 تا 21 ساله چهار شهر کرمانشاه، همدان، ایلام و دره شهر از دبیرستان ها، مراکز پیشدانشگاهی، مدارس فنی - حرفه ای، کار و دانش و هنرستان ها (65887 نفر) در طرح پژوهش قرار گرفتند.

از میان مناطق 1، 2، 3 آموزش و پرورش شهر کرمانشاه با 32586 نفر، نواحی 1 و 2 آموزش و پرورش شهر همدان با تعداد 23428 نفر و آموزش و پرورش شهرهای ایلام و دره شهر با تعداد 10000 نفر و رعایت نسبت های 46/18 درصد، 40/92 درصد، و 12/89 درصد، در هر یک از آن ها، تعداد 2650 نفر به عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند که این تعداد با روش نمونه گیری تصادفی ساده، با مراجعه به فهرست اسامی دانش آموزان در هر یک از مناطق، در پژوهش شرکت داده شدند (1312 نفر از کرمانشاه، 940 نفر از همدان، 398 نفر از ایلام و دره شهر).

در این پژوهش با توجه به اهداف آن در کنار پرسشنامه های متغیرهای جمعیتشناختی: الف) شاخص نشان افسردگی - خرده مقیاس خودکشی (DSI-SS) (Joiner et al, 2002)،

ب) مجموعه بخش های مقیاس غربال گر خودکشی مرکز مطالعات همه گیرشناسی خودکشی (CED-SSI) (Lewinsohn et al, 1996).

ج) مقیاس چهار بخشی محقق ساخته برای ارزیابی نرخ اقدام به خودکشی، استفاده شد DSI-SS یک پرسش نامه «خودگزارشی» چهار بخشی، درخصوص افکار و عقاید خودکشی است که فراوانی و شدت افکار و تکانه های خودکشی را طی دو هفته گذشته با نمره برش 3 مشخص می کند (Joiner et al, 2002).

نمرات این بخش در طیفی از 1 تا 3 و برای کل پرسشنامه از 0 تا 12 در نظر گرفته می‌شود. جوینر و همکارانش شواهد پایایی این پرسشنامه را قوی و بسیار ($\alpha=0/90$) گزارش داده‌اند. همچنین در این مطالعه ضریب همبستگی بین خودکشی و نشان افسردگی 0/60 و بین DSI-SS و پرسشنامه سلامت عمومی 12 سؤالی (GHQ12)، 0/49 به دست آمد ($P<0/001$). میزان پایایی پرسشنامه DSI-SS در جمعیت ایرانی پژوهش حاضر، مناسب و قابل توجه بود ($\alpha=0/91$). نتایج روایی DSI-SS در جمعیت ایرانی با محاسبه ضریب همبستگی دو آزمون DSI-SS و CED-SSI، 0/56 بود. با توجه به این که یکی از راه‌های محاسبه روایی سازه، مقایسه کارکرد گروه‌های درگیر در موضوع با گروه بهنجار است، آزمودنی‌های تحت مطالعه پژوهش حاضر - با عنایت به گزارش شخصی سابقه اقدام به خودکشی که از طریق پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی به دست آمد - به سه گروه بی‌خطر، کم‌خطر و پرخطر تقسیم شدند. نتایج نشان داد که گروه پرخطر به طور معناداری نسبت به افراد گروه کم‌خطر و بی‌خطر، نمرات بالاتر از نمره برش 3 به دست آوردند؛ این گروه همچنین از حضور افکار خودکشی بیش‌تر گزارش داده بودند (جدول شماره 1).

جدول 1: آزمون مجذور خی برای مقایسه حضور افکار خودکشی برحسب اقدام به خودکشی

اقدام به خودکشی						گروه‌ها	
پرخطر		کم‌خطر		بی‌خطر		مقیاس‌ها	
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی		
43/8	57	83/7	319	97/7	2010	دارای سابقه	افکار و عقاید خودکشی
56/2	73	16/3	62	2/3	47	بدون سابقه	

پرسشنامه چهار بخشی بود که برای سنجش سابقه اقدام به خودکشی تهیه شد. این پرسشنامه نیز سابقه اقدام به خودکشی را از يك اقدام تكانه اي تا اقدام هاي مكرر و حتي قصد اقدام در آینده ارزیابی می‌کرد. برای محاسبه روایی این مقیاس نیز به محاسبه ضریب همبستگی آن با پرسش‌هایی که مستقیماً از آزمودنی‌ها درباره سابقه اقدام به خودکشی به عمل می‌آمد، اقدام شد. نتایج نشان داد که پرسش‌نامه مذکور از ضریب روایی مناسبی ($r=86/5$) برخوردار بود. ضریب پایایی نیز با محاسبه آلفای کرونباخ مناسب بود ($\alpha=0/92$).

(2) یافته‌ها

به منظور بررسی میزان گزارش وجود افکار خودکشی، ابتدا به محاسبه فراوانی و درصد فراوانی پاسخ به بخش‌های DSI-SS و CED-SSI، و محاسبه فراوانی و درصد فراوانی افکار خودکشی در جمعیت تحت مطالعه - با احتساب نمرات برش در DSI-SS و CED-SSI به صورت جداگانه و ترکیبی - اقدام شد. سپس فراوانی افکار خودکشی در شهرهای مطالعه شده (کرمانشاه، همدان، ایلام و دره‌شهر) مقایسه شد.

جدول شماره 3 فراوانی و درصد فراوانی پاسخ آزمودنی‌های CED-SSI تحت مطالعه را به هر يك از بخش‌های CED-SSI نشان می‌دهد.

جدول 3: فراوانی و درصد فراوانی پاسخ آزمودنی‌ها به هر يك از آیتم‌های CED-SSI

شماره آیتم‌ها	آیتم‌های CED-SSI	گزینه‌ها			
		مرکز	گاهی اوقات	اغلب اوقات	همیشه
1	طی هفته گذشته	1939	446	138	116
	افکاري دربارۀ مردن داشتم	73/5 درصد	16/9	5/2	4/4

160	129	389	1954	فراوانی	طی هفتۀ گذشته احساس می‌کردم اگر بمیرم، برای خانواده و دوستانم بهتر خواهد بود	2
6/1	4/9	14/8	74/2	درصد		
60	82	200	227	فراوانی	طی هفتۀ گذشته درباره از بین بردن خودم فکر کردم	3
2/3	3/1	7/6	86/9	درصد		
81	68	183	2288	فراوانی	طی هفتۀ گذشته احساس می‌کردم اگر راهی را بلد بودم، خودم را از بین می‌بردم	4
3/1	2/6	7	87/3	درصد		

همان‌گونه که در جدول شماره 4 ملاحظه می‌شود، با احتساب نمره برش 3 در DSI-SS، 77/1 درصد افراد مطالعه شده نمرات پایین‌تر و 22/9 درصد آزمودنی‌های پژوهش حاضر، نمره بالاتر از نمره برش به دست آوردند.

جدول 4: توزیع فراوانی جمع کل نمرات آزمودنی‌ها در

DSI-SS

نمره	فراوانی	درصد فراوانی مطلق	درصد فراوانی تراکمی
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
کل	2553	94/3	
نامشخص	155	5/7	
جمع کل	2708	100	

همچنین با توجه به نمره 5 برای CED-SSI (جدول 5)، 91/6 درصد افراد مطالعه شده، پایین‌تر از این نقطه و 8/4 درصد افراد، بالاتر از آن قرار گرفتند. آزمون مجذور خی تفاوت معناداری بین دو روش برآورد خودکشی به دست نداد.

جدول 5: توزیع فراوانی جمع کل نمرات آزمودنی‌ها در

CED-SSI

نمره	فراوانی	درصد فراوانی مطلق	درصد فراوانی تراکمی
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
کل	2605	96/2	
نامشخص	103	3/8	
جمع کل	2708	100	

در مرحله بعد افرادی که دارای نمرات بالاتر از نقطه برش در هر دو مقیاس بودند، به عنوان افرادی در نظر گرفته شدند که دارای بیشترین افکار خودکشی بودند (گروه انتحاری). بر این اساس 184 نفر معادل 7 درصد نمونه تحت مطالعه، در گروهی قرار گرفتند که دارای افکار خودکشی بودند (آزمون مجذور خی تفاوت معناداری بین شهرهای تحت مطالعه نشان نداد، اگرچه داده‌ها نشان دادند که با افزایش سن آزمایش‌شونده‌ها، در گروه‌های اقتصادی - اجتماعی ضعیف‌تر، افکار و اقدام به خودکشی به طور معناداری بیش تر گزارش شده بود).

همان‌گونه که ذکر آن رفت شیوع نقطه ای اقدام به

خودکشی براساس پاسخ آزمودنی ها به مقیاس چهار بخشی محقق ساخته ، برآورد شد. براساس این مقیاس 79/5 درصد از آزم و دنی‌های تحت مطالعه گزارش دادند که هرگز اقدامی برای از بین بردن خود نکرده‌اند؛ 15/1 درصد اعلام کردند که تمایل به این کار داشته ولی اقدامی در این باره صورت نداده‌اند؛ 2/9 درصد گزارش کردند که برای خودکشی اقداماتی کرده‌اند؛ و بالاخره 2/5 درصد آزمودنی‌ها هم اظهار کردند که چندین بار سابقه اقدام به خودکشی داشته و در آینده نیز به خودکشی اقدام خواهند کرد. آزمون χ^2 تفاوت معناداری بین شهرهای تحت مطالعه به دست نداد و بنابراین با احتساب شیوع 2/9 و 2/5 درصدی فوق، نرخ اقدام به خودکشی در شهرهای مطالعه شده 5/4 درصد تعیین شد. شایان ذکر است که برحسب داده های به دست آمده از آزمون خی افرادی که سابقه اقدام به خودکشی داشتند براساس CSI-SS و CED-SSI، به طور مکرر از حضور افکار خودکشی گزارش داده بودند؛ بدین معنی که افراد انتحاری (یعنی افرادی که سابقه اقدام به خودکشی را گزارش داده بودند) در مقایسه با افراد بهنجار، طی روزهای مطالعه به طور معناداری از حضور افکار مربوط به مرگ گزارش داده بودند و این تفاوت در سطح $P \leq 0/001$ معنادار بود.

(3) بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که شرح آن رفت مطالعه حاضر به برآورد میزان شیوع نقطه ای افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در جمعیت دختران جوان استان‌هایی از کشور اختصاص داشت که بالاترین میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی را به ثبت رسانده بودند و عنوان مناطق پرخطر را به خود گرفته بودند. چنان که

ملاحظه شد با در نظر گرفتن نقاط برش در هر دو مقیاس SSI-SS و CED-SSI و همچنین پاسخ آزمودنی‌های بخش‌های مربوط به ارزیابی سابقه اقدام به خودکشی، شیوع افکار خودکشی 7 درصد و شیوع سابقه اقدام به خودکشی 5/4 درصد برآورد شد. اگرچه این میزان بسیار پایین‌تر از میزانی است که در مطالعات دیگر به ثبت رسیده است [2 تا 26 درصد برای افکار خودکشی در افراد 9 تا 18 سال (sadock & sadock, 2000)، 60 درصد برای افکار خودکشی و 10 درصد برای میزان اقدام به خودکشی (sarason, 1987)] اما توجه به این نکته که خودکشی و رفتارهای انتحاری از نظر همه‌گیرشناسی براساس یک پیوستار رخ می‌دهد (Hawton, 1997) و این که آمار رفتار انتحاری اساساً بر مدارک و گزارش‌های مرگ‌هایی مبتنی است که بروز حقیقی را کمتر از آنچه هست برآورد می‌کنند (Merck, 2002)، به نظر می‌رسد که داده‌های مطالعه حاضر حقیقتی را در قالب بحران افزایش خطر خودکشی متذکر می‌شوند. این خطر افزوده از سوی مطالعات مشابه دیگری اعلام شده است. برای مثال گانیل در سال 2000 اظهار می‌دارد که در کشورهای توسعه یافته 1 تا 2 درصد مرگ‌ها در اثر خودکشی است و به زعم او تفاوت‌های فاحش گزارش‌های مرگ و میر ناشی از خودکشی فقط به نحوه گزارش‌دهی در مناطق مختلف دنیا برمی‌گردد. در بسیاری از کشورها، به لحاظ وجود برخی نگرش‌های منفی در باب مرگ‌های ناشی از خودکشی، مرگ‌ها با علل دیگری به ثبت رسانده می‌شوند. از طرفی جیلیان و جیمز خودکشی را در زمره یکی از ده علت مرگ و میر ذکر می‌کنند، و شافر و پفر نیز به روند رو به تزاید خودکشی ضمن افزایش سن، اشاره کرده و می‌افزایند این میزان در سنین میانه دهه 20 به بالاترین حد می‌رسد.

گسترده‌گی و چندوجهی بودن مفهوم خودکشی، دشواری دسترسی به ابزارهای معتبر و مجاز در حوزه تحت مطالعه، همچنین تغییرپذیری و تنوع آمارهای میزان اعلام شده رفتارهای انتحاری از طرف منابع مختلف کشور، به سبب ماهیت حساس موضوع یا نقص در تعاریف، در زمره محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شوند.

به طور خلاصه باید اذعان داشت که با استناد به داده مرکز ملی سلامت امریکا در سال 2000 که اظهار می‌دارد سالانه از 200 هزار مورد اقدام به خودکشی در ایالات متحده، 10 درصد به خودکشی کامل منتهی می‌شود، می‌توان انتظار داشت که مرگ و میر ناشی از خودکشی در جمعیت تحت مطالعه حاضر با توجه به آمار و مقادیر اعلام شده، درصد بالایی را به خود اختصاص دهد. هرچند برآورد احتمال خودکشی واقعی بر حسب موارد اقدام در مناطق مطالعه شده خود به مطالعه جداگانه‌ای نیاز دارد، با در نظر گرفتن یافته‌های این پژوهش که نشان می‌دهد شیوع گزارش افکار خودکشی 7 درصد و اقدام به خودکشی 5/4 درصد است و همچنین با اذعان به این حقیقت که حداقل 10 درصد این افراد سرانجام به خودکشی کامل اقدام خواهند کرد (saddock & saddock, 2000)، می‌توان میزان مرگ ناشی از خودکشی در این شهرها را برآورد کرد و بر این اساس مداخله قریبالوقوعی را تدارک دید.

- 1- پورشهباز، عباس؛ نَجّحانی، پروانه؛ معصومیان، حسام الدین (1374). گزارش فرایند طرح تدوین برنامه عملیاتی پیشگیری از خودکشی در استان ایلام، تهران: معاونت پیش گیری سازمان بهزیستی.
- 2- حیدری پهلویان، احمد (1376). وضعیت روانی، اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان، فصلنامه اندیشه و رفتار. سال سوم، شماره 1 و 2.
- 3- محسنی، منوچهر (1366). انحرافات اجتماعی. تهران: انتشارات مروی.
- 4- نَجّحانی، پروانه؛ نَجّی، نَجّرضا؛ رضایی دوگانه، ابراهیم؛ نظری، نَجّعلی (1382). بررسی همه گیرشناسی افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، عوامل زمینه ساز و آشکارساز خودکشی در دختران نوجوان و جوان مناطق پرخطر ایران. مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری.
5. Derogatis, Leonard R. (1992). "SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedure Manual-II", Clinical Psychometric Research.
6. Gilliland, 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

- 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>.

