

ساخت مقیاس تشخیص افراد در معرض اقدام به خودکشی برای شهرستان‌های مهاباد و بوکان در سال ۱۳۸۶

آزاد همتی^۱

دکتر علی دلاور^۲

دکتر نورعلی فرخی^۳

تاریخ پذیرش: ۸۷/۹/۲۵

تاریخ وصول: ۸۷/۶/۵

چکیده

هدف از پژوهش حاضر ساخت مقیاس پیش‌بینی افراد در معرض اقدام به خودکشی برای شهرستان‌های بوکان و مهاباد، در سال ۱۳۸۶ بوده است. بدین منظور پس از مطالعه ادبیات پژوهشی در زمینه عوامل مؤثر بر خودکشی و ابزارهای تشخیص احتمال خودکشی و بر اساس مطالعات به عمل آمده در ایران، ۹۱ ماده سؤالی برای این مقیاس طرح و در بررسی اولیه آن به منظور تعیین اعتبار محتوا، ۱۴ سؤال آن حذف شد. مقیاس برای نمونه‌ای با حجم ۴۵۰ نفر اجرا که تنها ۳۸۳ پاسخنامه برای تحلیل، معتبر شناخته شد. قبل از بررسی ساختار عاملی مقیاس، همسانی درونی آن مورد بررسی قرار گرفت. در این مرحله سؤالاتی که ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را پایین می‌آوردند، ۳ سؤال بودند، که از مقیاس حذف شدند. در نتیجه ۷۴ سؤال برای تحلیل عاملی مناسب تشخیص داده شدند. در بررسی ساختار عاملی از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PC) استفاده شد. پس از استخراج چهار عامل با استفاده از روش واریانس عوامل چرخش داده شدند. چهار عامل استخراج شده نامگذاری شدند. ۴۴ سؤال نهایی به دست آمده که در چهار زیر مقیاس قرار گرفتند، از نظر همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفتند. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۲۱ و ضریب آلفای هر یک از زیر مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۷۵ به دست آمد. سپس به منظور تعیین

۱- عضو هیئت علمی دانشگاه کردستان

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبایی

۳- عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبایی



اعتبار تمیز میانگین نمرات ۴۰ نفر از افراد اقدام کرده به خودکشی و ۴۰ نفر از کسانی که سابقه اقدام نداشته‌اند مقایسه گردید و اختلاف معناداری بین این دو میانگین نشان داده شد ($P < 0/00$). برای بررسی اعتبارهمزمان، همراه با مقیاس محقق ساخته، «مقیاس درماندگی بک» نیز برای ۶۵ نفر اجرا شد و ضریب همبستگی ۰/۹۲ برای نمرات این دو مقیاس به دست آمد.

واژگان کلیدی: خودکشی، مقیاس تشخیص افراد خودکشی‌گرا، ساختار عاملی، شهر مهاباد.

مقدمه

بنا به تحقیقات گزارش شده از سازمان جهانی بهداشت روان، در سال ۲۰۰۲، تقریباً یک میلیون نفر در نتیجه خودکشی جان باختند. در حالی که مرگ و میر ناشی از قتل ۵۰۰/۰۰۰ نفر و در نتیجه جنگ ۲۳۰/۰۰۰ نفر بوده است. براساس این تحقیقات متخصصان برآورد کرده‌اند که اقدام به خودکشی حداقل بیست برابر خودکشی کامل است. همچنین برآوردها نشان می‌دهد که آمار ناشی از خودکشی در سال ۲۰۲۰ به ۱/۵۰۰/۰۰۰ نفر خواهد رسید (مرکز بین المللی بهداشت NSW؛ به نقل از سازمان جهانی بهداشت روان، ۲۰۰۳).

امیل دورکیم^۱ همبستگی اجتماعی و شدت و ضعف آن را با خودکشی مربوط می‌داند. وی میزان خودکشی را همچون شاخص همبستگی اجتماعی به کار می‌برد (محسنی، ۱۳۶۶). نظریه کلاسیک امیل دورکیم به تحقیقات اجتماعی در مورد پیش بینی احتمال خودکشی جهت بخشید (انجمن جامعه شناسی ایران، ۱۳۸۱). در پارادایمی که به تبع نظریه دورکیم به وجود آمده بود، تعداد زیادی از متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. جنسیت و سن (براون و شیران^۲، ۱۹۷۲)، نژاد (دوبلین^۳، ۱۹۶۳)، مذهب (بیت و هالاهامی^۴، ۱۹۷۵)، وضعیت اقتصادی-اجتماعی (برید^۵، ۱۹۶۳)، وضعیت تأهل (اشنایدمن و فاربرو^۱،

1. Durkheim
2. Brown and sheran
3. Dublin
4. Beit and Hallahami
5. Breed

۱۹۶۱)، محل سکونت (مک کیولاچ و فیلیپ^۲، ۱۹۶۷)، فصول سال (دوبلین، ۱۹۶۳)، ساعات روز (تاکن و یانگمن^۳، ۱۹۶۸) و سرایت اجتماعی (فیلیپس^۴، ۱۹۷۹) (استیو تایلر، ۱۳۷۶). در کل تفاوت‌های معناداری در بسیاری از این عوامل بین افراد خودکشی کرده و خودکشی نکرده یافت شد (بونر^۵، ۲۰۰۲).

به نظر «زیگموند فروید» امیال انهدامی ناشی از افسردگی، تمایل نهانی به کشتن دیگری، عوارض بیمارگونه غریزه مرگ، احساس گناه و میل به مجازات شدن، اختلال در همانند سازی به علت فقدان یکی از والدین در دوران کودکی، ارتباط مرگ و گرایش‌های آزارگری آزارخواهی از عوامل ترغیب کننده فرد به خودکشی اند (لاله، ۱۳۷۸).

از دیدگاه «یونگ» جدایی بین من و خود واقعی در سوق دادن فرد به سوی خودکشی دخالت دارد. «آلفرد آدلر» معتقد است احساس حقارت، خودشیفتگی و کم شدن احساس احترام به خود، سه عامل اصلی مؤثر در بروز تمایل به خودکشی هستند. به نظر «سالیوان» خودکشی مدرکی است دال بر شکست ناشی از منازعات و تضادهای شخصی حل ناشدنی. از دیدگاه «کارن هورنای» میزان خودکشی میان افراد عصبی و نوروتیک که تاکتیک عزلت طلبی را انتخاب می کنند فراوان تر دیده می شود (معتمدی، ۱۳۷۲).

از دیدگاه «آرون تی بک» و سایر متفکران دیدگاه شناختی برای خودکشی دو علت در نظر گرفته می شود: الف) پایان دادن ب) دستکاری کردن. (ساراسون و ساراسون؛ نجاریان، ۱۳۸۲).

«آلبرت آلیس» معتقد است که باورهای غیرمنطقی نسبت به عوامل بیرونی است که دید فرد را نسبت به محیط پیرامون تغییر داده و زمینه رفتار نابهنجار را در او مهیا می کند. تحت همین شرایط است که فرد ممکن است اقدام به خودکشی را تنها به عنوان راهی برای رهایی از چنین وضعی برگزیند (مهدی زادگان و آتش پور، ۱۳۸۱).

1. Shneidman & Farberow
2. McCulloch & Phillip
3. Tuckman & Youngman
4. Phillips
5. Bonner



بنا به اظهارات «زاکراکیس» بیش از ۹۰ درصد کسانی که در امریکا و اروپا خودکشی موفق انجام می دهند در زمان مرگ، ناراحتی روانپزشکی داشته اند و دو اختلال افسردگی و اعتیاد به الکل در ۸۰ تا ۸۵ درصد خودکشی ها مشاهده شده است. در مطالعه دیگر از بین ۵۴۱۲ بیمار بستری در بیمارستان روانی که مبتلا به اسکیزوفرنی حاد یا مزمن، اختلال عاطفی بوده یا کسانی که مسئله اعتیاد به الکل یا سایر اعتیادها را داشته اند، خطر خودکشی بین ۱۱ تا ۶۷ برابر آنچه در جمعیت عمومی انتظار می رود، بوده است (زاکراکیس^۱، ۱۹۹۸).

«مایکل گلدر^۲» و همکاران وی عوامل مؤثر بر خودکشی را به عنوان یک پدیده اورژانسی روانپزشکی در سه دسته اصلی خلاصه کرده اند:

عوامل مستعد کننده^۳: عواملی هستند که بسیاری از آنها از دوران ابتدای زندگی وارد عمل می شوند و موجب آسیب پذیری فرد در مقابله با عواملی که در زمان بیماری اثر می گذارد، می شوند. این عوامل شامل زمینه ژنتیکی، عوامل فیزیکی، روان شناختی و اجتماعی در شیرخوارگی و کودکی نیز می شوند.

عوامل آشکار ساز^۴: وقایعی هستند که در مدت کوتاهی قبل از وقوع یک اختلال یا بیماری رخ می دهند و به عنوان عامل تسریع کننده آن ظاهر می شوند.

عوامل تداوم بخش^۵: این عوامل دوره اختلال یا بیماری را پس از وقوع آن طولانی می سازد (حسینی^۶؛ به نقل از ای روی^۷، ۱۳۷۸).

مطالعات متعددی اتساع بطن های مغز و آنسفاگرام غیرطبیعی را در بیماران اقدام کننده نشان داده اند (سادوک و کاپلان، ۱۹۹۸). مطالعات نوروشیمیایی در زمینه خودکشی و رفتار انهدامی، بر وجود وضعیت غیرعادی و تغییرات سرتونرژیک دلالت دارد. پایین بودن سطح سروتونین ظاهراً با افسردگی در ارتباط است و تحقیقات بر ارتباط بین سروتونین با خودکشی و پرخاشگری تأکید دارند (نیل و داویسون^۷، ۱۹۹۸).

- 1.Zacharkis
- 2.Gelder
- 3.Predisposing Factors
- 4.Precipitating Factors
- 5.Perpetuating Factors
- 6.Roy.A
- 7.Neal & Dvison

«فایر بایرن»^۱ بعد از بررسی طبقه‌بندی به عمل آمده توسط امیل دورکیم، ملاک طبقه‌بندی خود را متفاوت از دلایل اجتماعی دانسته. به گفته وی به جای در نظر گرفتن عوامل اجتماعی به دلیلی که خود اقدام‌کننده برای خودکشی می‌آورد باید استناد کرد (فایر بایرن، ۱۹۹۵).

تا قبل از مطالعات «ادوین اس‌اشنایدمن»^۲، خودکشی پدیده‌ای اجتماعی بود و به تبعیت از «دورکیم» به نابهنجاری و عدم یکپارچگی اجتماعی نسبت داده می‌شد. در تحقیقات اجتماعی مربوط به خودکشی، تعدادی از متغیرهای جمعیت‌شناختی^۳ مورد مطالعه قرار می‌گرفتند، از جمله نژاد، مذهب، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، محل سکونت، و غیره. اما «ادوین اس‌اشنایدمن» با بحث از روان‌درد و تعریف خودکشی به صورت راه حلی که فرد برای مساله خاصی به کار می‌گیرد، پیش‌بینی احتمال خودکشی و پیشگیری از آن را با استفاده از مؤلفه‌های روانشناختی مطرح ساخت (لستر^۴، ۲۰۰۱).

مرکز بهداشتی بین‌المللی NSW^۵ (۲۰۰۴) عوامل خطر ساز ویژه‌ای را که با خطر بالای مرگ به علت خودکشی همراه هستند، در سه دسته طبقه‌بندی کرده‌است:

۱) عوامل جمعیت‌شناختی: جنسیت مرد؛ سنین بین سال‌های ۴۴-۲۵؛ افراد کهنسال؛ زندگی در حومه شهرها؛ عضو اقلیت بودن؛ تعارض در هویت جنسی؛ مهاجران، پناهندگان، مددجویان و بی‌خانمان‌ها.

۲) گروه‌های در معرض خطر بالای خودکشی: سابقه اقدام به خودکشی یا خودآسیب‌رسانی قبلی؛ سابقه بیماری‌های روانی به ویژه افسردگی، اسکیزوفرنی و سایر بیماری‌های روان‌پریشی؛ اختلالات شخصیت؛ سابقه سوء استفاده جنسی؛ مورد بی‌توجهی واقع شدن؛ نخستین جلوه‌های بیماری‌های روانی؛ قربانی خشونت-خانوادگی شدن؛ سوء مصرف مواد مخدر، الکل یا مصرف هر دو؛ ناتوانی و بیماری‌های جسمانی شدید؛ افراد زندانی یا بازداشتی.

1. Fairbairn
2. Shneidmen
3. Demographic
4. Lester
5. NSW Department of Health



۳ عوامل خطر ساز اخیر: ویژگی‌های روانی مانند درماندگی، ناامیدی، پریشانی، شرم‌ساری، احساس گناه، عصبانیت، کم‌رویی و افکار روان پریشانه؛ بحران بین فردی اخیر، طرد از طرف فرد خاصی؛ از دست دادن کسی یا چیزی در حادثه اخیر؛ احساس بدشانسی و بداقبالی؛ نوشیدن افراطی الکل؛ بیماری مزمن رنج آور؛ مشکلات مالی، اخراج شدن و بیکاری اخیر؛ ارتکاب به جرم؛ از هم پاشیدگی خانوادگی؛ بازداشت یکی از اعضای خانواده؛ فقدان شبکه حمایت اجتماعی؛ عدم تمایل به کمک‌طلبی؛ تعارضات مذهبی و فرهنگی شدید؛ مشکل دسترسی به کمک‌هایی از قبیل خدمات بهداشت روانی (NSW)، (۲۰۰۴).

انجمن روانپزشکی آمریکا^۱ (۲۰۰۵) در راهنمای عملی سنجش و درمان بیماران خودکشی‌گرا، عواملی را که سبب افزایش خطر خودکشی می‌شوند در ۹ طبقه قرار داده است:

۱- رفتارها و افکار خودکشی ۲- علایم روانپزشکی ۳- بیماری‌های جسمانی
 ۴- ویژگی‌های روانی و اجتماعی ۵- اثرات خانوادگی یا ژنتیکی ۶- ویژگی‌های روانی
 ۷- مشخصه‌های شناختی ۸- مشخصه‌های جمعیت شناختی ۹- مشخصه‌های اضافی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۵).

از جمله پژوهش‌های انجام گرفته در داخل کشور در این زمینه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

«ایدی» در پژوهشی به ترسیم نیمرخ شخصیتی افراد اقدام‌کننده به خودکشی در آزمون «میلون^۲» ۲ پرداخته است. وی در این پژوهش ۸۶ نفر اقدام به خودکشی کرده را با ۱۰۰ نفر اقدام نکرده را مورد مقایسه قرار داده است. نتایج بررسی وی نشان داد این دو گروه از لحاظ رمزهای به دست آمده در آزمون «میلون ۲» متفاوت هستند. وی با تحلیل افتراقی داده‌های دو گروه مربوط به آزمون میلون ۲، تابعی تحت عنوان مرزی را به دست

1.A.P.A (American Psychiatry Association)

2.MCMI-2

آورد که به کمک آن می‌توان ۶۹/۸ درصد از افراد اقدام‌کننده را از ۸۳ درصد افراد غیراقدام‌کننده تفکیک کرد (ایدی، ۱۳۸۰).

«شایگان» در بررسی‌های خود در مورد علل خودکشی، بیشتر خودکشی‌های صورت گرفته در ایران را متعلق به افرادی با سنین بین ۱۸ الی ۳۰ سال، کم‌سواد و بیکار می‌داند و اختلافات خانوادگی را بیشترین علت خودکشی زنان ایرانی به حساب آورده‌است (شایگان، ۱۳۸۲).

دلاور (۱۳۸۶) در پژوهش خود نشان داد که بیشترین تعداد افراد اقدام‌کننده به خودسوزی در گروه سنی بین ۲۶ تا ۳۰ سال می‌باشد؛ بیش از ۸۰ درصد از افراد دارای تحصیلات بین راهنمایی تا دیپلم هستند و میانگین جمعیت خانواده این افراد بالای ۷ نفر و از نظر سطح درآمد به طور متوسط زیر دویست هزار تومان درآمد دارند. شغل پدر و سطح سواد این افراد در سطح نازلی قرار دارد. در ۴۰ درصد از خانواده‌ها سابقه اعتیاد والدین و خودکشی اعضای خانواده گزارش شده‌است. سابقه‌درگیری پدر و مادر در ۶۲ درصد از افراد وجود دارد. شکست عشقی و تهدید به جدایی در ۴۴ درصد و ۳۶ درصد به ترتیب گزارش شده‌است (دلاور، ۱۳۸۶).

در سطح جامعه مورد پژوهش، می‌توان پژوهش عارفی (۱۳۸۱)، در سطح استان و پژوهش مرجانی (۱۳۸۳) و همتی (۱۳۸۴) را در شهرستان مهاباد نام برد. نتایج این پژوهش‌ها به‌طور خلاصه نشان می‌دهند که بالاترین میزان خودکشی در سنین ۱۵ الی ۳۰ سال بوده است؛ زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی داشته‌اند؛ خودکشی در شهر به مراتب بیشتر از روستاها بوده‌است؛ بالاترین میزان خودکشی در افراد با تحصیلات راهنمایی بوده‌است؛ افراد مجرد بیشتر از متأهل‌ها اقدام به خودکشی داشته‌اند؛ ۱۹ درصد اقدام به خودکشی‌ها منجر به فوت شده‌اند و در مصاحبه‌های صورت گرفته با افراد اقدام‌کننده، بیشتر اقدامات ناشی از عوامل خانوادگی، مشکلات زناشویی و مشکلات اقتصادی بوده‌است (همتی، ۱۳۸۴).

«ان.سینگ^۱» و «آر.الیس» انتخاب شیوه رفتار با فرد خودکشی‌گرا و مهار وی و همچنین مداخله و مشاوره در بحران را مستلزم شناخت انگیزه فرد برای اقدام به خودکشی

1.Singh & Ellis



می‌دانند. به نظر آنها جهت شناخت انگیزه خودکشی یکی از اصولی‌ترین شیوه‌ها، استفاده از ابزارهای سنجش خودکشی‌گرایی افراد می‌باشد. البته ابزارهایی که به جای در نظر گرفتن یک بعد از انگیزه‌ها، به صورت چندبعدی بوده و مؤلفه‌های پیچیده و چندگانه‌ای را در بردارند (لیوسلی^۱ و سایرین، ۱۹۹۲، ص ۳۰۸).

«ایمن» و «ایمن» در مطالعات طولانی‌مدت خود روی میزان قدرت تشخیصی آزمون‌های رورشاخ و MMPI-2، چنین نتیجه‌گرفتند بین افراد خودکشی‌گرا و غیر خودکشی‌گرا به وسیله این آزمون‌ها تفاوتی نشان داده نمی‌شود. این تحقیقات نشان دادند که استفاده از آزمون‌های شخصیت سنتی به منظور تشخیص احتمال خودکشی ثمربخش نبوده و لازم است مقیاس‌های تشخیصی ویژه سنجش احتمال خودکشی ساخته شوند (لستر، ۲۰۰۱).

«پاترسون» و همکاران (۱۹۸۳)، جهت تدوین مقیاس تشخیص افراد در معرض اقدام به خودکشی، به تبعیت از رویکرد فرایندی و تعاملی میکاوا، ابزار ساده اما چند عاملی SAD PERSONS را برای استفاده‌های بالینی، طراحی کردند که به این عوامل اشاره دارد: جنس (S)، سن (A)، افسردگی (D)، اقدام قبلی (P)، سوء مصرف الکل (E)، عدم تفکر منطقی (R)، فقدان حمایت اجتماعی (S)، نقشه برای خودکشی (O)، فقدان همسر (N) و بیماری (S) (لستر، ۲۰۰۱).

به عقیده «لامبرت^۲» در سنجش جامع احتمال خودکشی باید این موارد را نظر گرفت: پریشانی و درد روانی؛ بینش‌ها، عقاید و انگیزه‌های فرد؛ حالت‌های روانی در معرض خطر؛ سابقه رفتارهای خودکشی‌گرا؛ افکار خودکشی‌گرای اخیر؛ نیت و قصد فرد از اقدام و میزان مرگباری اقدام؛ دسترسی به روش‌های خودکشی و اطلاعات در مورد آن؛ توانایی و قدرت غلبه بر مشکلات (لامبرت، ۲۰۰۳).

از جمله ابزارهای مشهور و پر کاربرد ساخته شده توسط «آرون تی بک» و همکاران، مقیاس درماندگی بک (BHS)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، مقیاس اندیشه خودکشی

1. Luiselli

2. Lambert M.T

بک (BSSI)، مقیاس مرگباری (LS)، مقیاس اندیشه خودکشی (SSI)، مقیاس اندیشه خودکشی ورست (SSI-W) و مقیاس قصد و نیت خودکشی (SIS) می‌باشند (براون، ۲۰۰۳). همگام با مطالعات بک و بعد از آن متخصصان دیگری نیز به ساخت و تدوین مقیاس و پرسشنامه سنجش افکار، رفتار و احتمال خودکشی پرداخته‌اند. نظیر پرسشنامه اندیشه خودکشی بزرگسالان راینولدس (ASIQ)، پرسشنامه دلایل زندگی دانشجویان و ستفلد (CSRLI)، پرسشنامه دلایل زندگی لینهان (LRLI)، مقیاس تعدیل شده اندیشه خودکشی میلر (MSSI)، مقیاس SAD PERSONS پاترسون، پرسشنامه رفتارهای خودکشی لینهان (SBQ) و تجدیدنظر شده آن (SBQR)، پرسشنامه عقاید خودکشی دومینو (SOQ) و مقیاس احتمال خودکشی کول و گیل (SPS) (گلدستون، ۲۰۰۴). از میان مقیاس‌های فوق‌الذکر مقیاس اندیشه خودکشی (SSI)، پرکاربردترین ابزار جهت شناسایی افراد خودکشی‌گرا می‌باشد. این مقیاس سال ۱۹۷۹ توسط آرون تی بک و همکاران وی در قالب ۲۱ سؤال به منظور اندازه‌گیری شدت خودکشی‌گرایی بودن اقدام و طرح‌های فرد در روز اندازه‌گیری، ساخته شد.

یکی از مهمترین راه‌های پیشگیری از اقدام به خودکشی یا دست کم کاهش میزان آن شناخت علل اقدام به خودکشی می‌باشد. این امر جز در سایه تشخیص به موقع نشانه‌های هشداردهنده این پدیده امکان‌پذیر نیست. عواملی وجود دارند که در قالب مؤلفه‌هایی، احتمال یا امکان ایجاد تفکر خودکشی‌گرا و گرایش به خودکشی و به تبع آن اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهند. این عوامل به منزله پیش‌بینی‌کننده‌ها و شاخص‌هایی بالقوه هستند که با شناخت دقیق این عوامل می‌توان از آنها در جهت ساخت ابزارهایی مناسب به منظور تشخیص افرادی که در معرض خطر اقدام به خودکشی قرار دارند بهره‌برد. تفاوت‌های فاحش فرهنگی، ساخت خانواده و واکنش متقابل خانواده، نظام ارزش‌ها، رفتارهای اجتماعی و بالاخره تفاوت‌های فراوانی که بین شخصیت ایرانی (به‌ویژه شهرستان‌های مورد نظر در پژوهش) و مردم جوامع غربی وجود دارند، ما را از تعمیم یافته‌های غربی در مورد اقدام به خودکشی باز می‌دارد. لذا استفاده از آزمون‌های تدوین



شده در غرب یا تنها هنجاریابی صرف آنها رضایت بخش نبوده و ما را ملزم به ساخت مقیاس‌ها و آزمون‌هایی بر اساس ویژگی‌های فرهنگی و ساخت شخصیتی جامعه خویش کند. ساخت این نوع آزمون‌ها و قرار گرفتن آنها در اختیار متخصصان بالینی با هدف تشخیص و قضاوت بالینی کمک کننده خواهد بود. همچنین راه را برای انجام پژوهش‌های بیشتر به منظور شناسایی هر چه بهتر پدیده خودکشی و یا ساخت آزمون و مقیاس دقیق تر و دارای پایایی و اعتبار بیشتر هموار می‌سازد. در این جهت همگام با شناخت مؤلفه‌های اقدام به خودکشی سعی بر آن بوده است که در قالب پژوهشی با عنوان ساخت و مقیاس تشخیص افراد در معرض اقدام به خودکشی در شهرستان‌های مهاباد و بوکان در سال ۱۳۸۶؛ مقیاسی به منظور شناسایی و تفکیک افراد خودکشی‌گرا از سایر افراد تدوین گردد.

سؤالات پژوهش

- ۱- آیا مجموعه سؤال‌های مقیاس از پایایی قابل قبولی برخوردارند؟
- ۲- آیا مقیاس از اعتبار قابل قبولی از نظر محتوا، همزمان، سازه و تمیز برخوردار است؟
- ۳- آیا ساختار عاملی مقیاس از همان عواملی که براساس آن ساخته شده، اشباع شده است؟

روش پژوهش

این پژوهش از نظر ماهیت، از نوع پژوهش‌های کمی و از نظر هدف یک تحقیق کاربردی است. به طور کلی می‌توان طرح پژوهشی را از نوع آزمون‌سازی نامید که در آن از سایر روش‌ها نظیر روش‌های توصیفی، همبستگی، تحلیل عامل (FA)، تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PC) و ... استفاده شده است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر از دو دسته افراد تشکیل شده است. گروه اول افرادی هستند که در فاصله زمانی اول تیرماه تا ۱۵ شهریورماه سال ۱۳۸۶ به علت اقدام به خودکشی به

بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی شهرستان مهاباد و بیمارستان شهید قلی پور شهرستان بوکان ارجاع داده شده‌اند. علاوه بر موارد ارجاعی، افرادی که احتمالاً طی این مدت اقدام به خودکشی کرده‌اند اما بنابر دلایلی از ارجاع آنها خودداری شده‌است، نیز عضو این جامعه در نظر گرفته می‌شوند. این موارد در مجموع ۱۳۶ نفر بوده‌اند. گروه دوم عبارت است از کلیه افراد بالای ۱۶ سال اعم از مرد و زن که در این دو شهرستان سکونت دارند (به استثناء موارد اقدام کرده به خودکشی ارجاعی به بیمارستان یا غیرارجاعی). به طور کلی قلمرو مکانی پژوهش شامل کلیه مناطق شهری و روستایی شهرستان‌های مهاباد و بوکان و قلمرو زمانی آن تابستان سال ۱۳۸۶ می‌باشد.

نمونه انتخابی از گروه اول (یعنی گروه اقدام کرده به خودکشی) عبارت بود از ۴۰ نفر که به طور تصادفی انتخاب گردید. نمونه انتخاب شده از گروه دوم از بین کلیه مراجعین به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی ادارات بهداشتی دو شهرستان، مراکز خصوصی مشاوره و کلیه کسانی که در دسترس پژوهشگر بوده‌اند، از طریق نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای با در نظر گرفتن نسبت برابر برای زنان و مردان انتخاب شده‌است. تعداد نمونه افراد اقدام نکرده ۴۰۰ نفر بوده‌است.

ابزارهای پژوهش

۱) مقیاس تشخیص افراد در معرض خودکشی: این مقیاس دارای ۷۷ سؤال است که به منظور اندازه‌گیری خودکشی‌گرایی افراد ساخته شده‌است. در این مقیاس ۲۰ سؤال به ویژگی‌های روانشناختی، ۱۳ سؤال به مسائل خانوادگی، ۷ سؤال به بیماری‌های جسمانی و روانی، ۱۱ سؤال به مسائل جامعه‌شناختی، ۶ سؤال به مشکلات عاطفی، ۸ سؤال به وضعیت اقتصادی نامساعد، ۸ سؤال به اندیشه و رفتار خودکشی‌گرا و ۴ سؤال به مسائل مذهبی اختصاص داده شده‌است. سؤالات ۳-۶-۹-۱۱-۲۱-۲۲-۲۶-۲۸-۳۷-۴۸-۴۹-۵۷-۵۸-۶۰-۶۲-۶۸-۶۹-۷۰-۷۲-۷۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هر سؤال این ابزار دارای سه گزینه بله، خیر و تا حدودی است که در یک مقیاس ترتیبی با دامنه

نمرات صفر تا ۲ درجه بندی شده است. نمره کل این مقیاس از صفر تا ۱۵۴ متغیر است. نتایج مربوط به تحلیل عامل، پایایی، اعتبار و هنجاریابی این مقیاس در ادامه آمده است. (۲) مقیاس درماندگی بک (BHS): جهت برآورد میزان اعتبار همزمان مقیاس محقق ساخته، از این مقیاس استفاده شده است. این آزمون برای سنجش عقاید و افکار مبنی بر بی ارزشی دنیا و خوشایند دانستن مرگ ساخته شده است. بک و همکارانش این مقیاس را با ۲۰ سؤال که انتظارات منفی را منعکس می کرد ساختند، که ۱۱ جمله آن منفی و ۹ جمله آن مثبت است و پاسخها به شکل درست و غلط می باشند. بک و سایرین برای برآورد احتمال خودکشی از این مقیاس استفاده کرده اند، که دارای قدرت تشخیصی بالایی بوده است (بک و همکاران، ۱۹۹۷).

«بک» و همکارانش تحلیل مؤلفه های اصلی را روی سؤالات آزمون همراه با چرخش واریماکس اجرا کردند. عامل های باقیمانده عامل هایی بودند که ارزش ویژه بالاتر از یک داشتند. سه عامل استخراج شد. عامل اول یعنی احساسات درباره آینده، ۴۱/۷ درصد واریانس را تبیین می کرد، متشکل است از ۵ سؤال که به شکل مثبت بیان شده اند و امید و اشتیاق را انعکاس می دهند. عامل دوم، فقدان انگیزش ۶/۲ درصد از واریانس را تبیین می کند، دارای ۷ سؤال منفی و ۱ سؤال مثبت است. عامل سوم، انتظارات آینده ۵/۶ درصد از واریانس را تبیین می کند و شامل ۱ سؤال مثبت و ۴ سؤال منفی است. بک و همکاران برای نمرات کلی آزمون، همسانی درونی برابر ۰/۹۳ به دست آوردند و همبستگی های نمره سؤال - نمره کل از ۰/۳۹ تا ۰/۷۶ برای سؤالات مختلف متغیر است. دوره ام برای پایایی نمرات آزمون عدد ۰/۸۶ را به دست آورد. این آزمون برای ردیابی ناامیدی در بزرگسالان نرمال و جمعیت های نوجوان مورد استفاده قرار گرفته است. همبستگی های بین نمرات ناامیدی بک و افسردگی برای جمعیت های کلینیکی و دانشگاهی یکسان به دست آمده است. اعتبار همزمان این مقیاس از طریق مقیاسه با تشخیص های بالینی و سایر آزمون های مربوط به سنجش خودکشی از ۰/۶۲ تا ۰/۷۴ متغیر بوده است (براون^۱، ۲۰۰۳).

¹.Brown



تحلیل آماری داده‌ها

علاوه بر آمار توصیفی، در بخش آمار استنباطی از آزمون آماری t دو گروه مستقل برای مقایسه نمرات افراد اقدام کرده به خودکشی و افراد اقدام نکرده برای تعیین اعتبار تمیز مقیاس؛ از روش تحلیل عاملی (FA)، تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PCA) و چرخش واریماکس برای بررسی ساختار عاملی مقیاس؛ از روش ضریب آلفای کرونباخ به منظور برآورد میزان پایایی و همچنین تعیین اعتبار سازه مقیاس محقق ساخته؛ از روش ضریب همبستگی پیرسون برای محاسبه اعتبار همزمان مقیاس، استفاده شده است. برای انجام کلیه محاسبات مذکور، نسخه ۱۵ نرم افزار آماری SPSS به کار رفته است.

یافته‌های تحقیق

در ابتدای کار با استفاده از نظرسنجی از استادان دانشگاه و صاحب‌نظران در زمینه سنجش و اندازه‌گیری خصیصه‌های روانی و با اجرای مقیاس اولیه ۹۱ سؤالی بین دانشجویان رشته‌های روان‌شناسی و مرتبط، ۱۴ سؤال از مقیاس حذف شدند. سپس به منظور تعیین این که ماتریس داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب است یا خیر، چهار ویژگی بررسی شدند. ۱- ترکیب ماتریس داده‌ها، داده‌های پژوهش حاضر از این ویژگی برخوردار هستند زیرا کلیه سؤالات مقیاس مورد بررسی برای همه افراد نمونه مورد نظر اجرا شده‌اند. ۲- حجم گروه نمونه، پژوهشگرانی مانند کاس و تینزلی حجم ۳۰۰ نفر را پیشنهاد می‌کنند (هومن، ۱۳۸۵). تعداد نمونه مورد بررسی در ابتدای پژوهش ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شده بود و مقیاس اولیه برای ۴۵۰ نفر اجرا شد تا بدین طریق از افت احتمالی نمونه جلوگیری به عمل آید. از این تعداد، ۶۷ مورد از پرسشنامه‌ها عودت داده نشدند. در نهایت حجم نمونه برای اجرای تحلیل عاملی ۳۸۳ مورد بوده است. ۳- اندازه همخوانی، در اجرای مقیاس مورد بررسی ما در این پژوهش سؤال یا متغیری که همه افراد به صورت یکسان به آن پاسخ داده باشند، وجود نداشت. ۴- استقلال اندازه‌ها، از جمله عوامل مؤثر بر عدم استقلال سؤالات از همدیگر، مقید بودن مقیاس است. مثلاً در پاسخ‌های دو گزینه‌ای بله خیر یا ص غ فرد مقید است و مجبور می‌شود یکی از دو گزینه را انتخاب کند. در مقیاس ساخته شده در

پژوهش حاضر برای جلوگیری از این مشکل، گزینه‌ها به صورت بله، تا حدودی و خیر در نظر گرفته شدند.

علاوه بر موارد فوق‌الذکر قبل از تحلیل عاملی بررسی آماری همسانی درونی ضروری است. بدین منظور همسانی درونی ۷۷ سؤال با استفاده از روش آلفای کرونباخ $\alpha = 0.911$ به دست آمد. سپس سه سوال ۴۸، ۵۵ و ۶۲ که نبودن آنها در بین سؤالات باعث بالا رفتن همسانی درونی می‌گردد، با استفاده از روش لوپ شناسایی شدند. این سه سوال قبل از تحلیل عاملی از مقیاس حذف شدند. موضوع دیگری که باید قبل از انجام تحلیل عاملی بررسی شود معناداری ماتریس همبستگی است. بدین منظور از آزمون «کرویت بارتلت» استفاده می‌شود. اندازه کفایت نمونه گیری KMO و آزمون کرویت بارتلت برای ماتریس همبستگی سؤالات مورد بررسی در جدول شماره (۱) آمده است.

جدول ۱. اندازه KMO و آزمون کرویت بارتلت

۰/۸۱۰	اندازه کفایت نمونه گیری کیسر-می-یر-اولکین (KMO)	
۱۲۵۱۷/۱۶۸	مجذور کای تقریبی	آزمون کرویت بارتلت
۲۷۰۱	درجات آزادی	
۰/۰۰۰	سطح معناداری	

جدول ۲. مقادیر اولیه مؤلفه‌های با ارزش ویژه بیشتر از ۱

مقادیر ویژه اولیه			مؤلفه‌ها
ارزش ویژه	درصد واریانس	درصد تراکمی واریانس	
۱۳/۳۵۵	۵۴/۰۴۷	۵۴/۰۴۷	۱
۲/۸۴۴	۱۱/۱۹۵	۶۵/۲۴۲	۲
۲/۱۷۷	۸/۲۹۴	۷۳/۴۸۹	۳
۱/۵۷۸	۵/۴۸۴	۷۸/۹۷۳	۴
۱/۱۹۸	۳/۹۷۱	۸۱/۹۴۴	۵
۱/۰۲۰	۲/۷۳۰	۸۲/۶۷۴	۶



همانطور که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود مقدار $KMO = 0/81$ بوده و نشان از کفایت نسبتاً بالای نمونه‌گیری دارد. همچنین آزمون کرویت بارتلست در سطح معناداری $0/000$ ، با درجات آزادی ۲۷۰۱ و با مقدار مجذور کای $12517/168$ معنادار بوده است، که نشان از تفاوت معنادار بین ماتریس همبستگی جامعه مورد پژوهش و ماتریس همانی (ماتریس صفر) است.

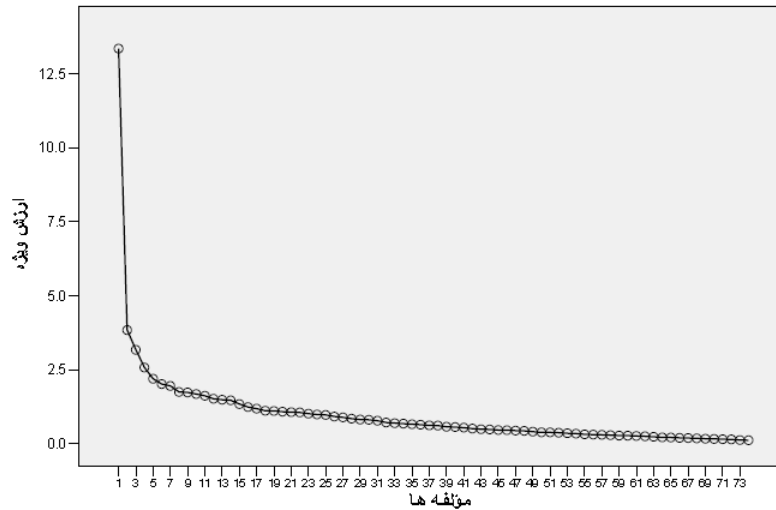
بعد از حذف سؤالات نامناسب برای تحلیل عاملی، ماتریس همبستگی (R) کلیه سؤالات را به دست آورده‌ایم. سپس با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PC)، اجرای تحلیل عاملی را شروع نموده‌ایم. در جدول شماره (۲) اطلاعات آماری اولیه (از قبیل ارزش ویژه، درصد واریانس و درصد واریانس تراکمی) مؤلفه‌هایی را که ارزش ویژه آنها بیشتر از ۱ بوده است آورده‌ایم.

همانگونه که در جدول (۲) دیده می‌شود، ارزش‌های ویژه مؤلفه‌های ۱ تا ۶ بزرگتر از یک می‌باشند. این بدان معناست که ۶ عامل با ارزش ویژه بزرگتر از یک قابل استخراج است.

از آنجا که تعداد عوامل عمده به دست آمده تحت تأثیر نوع ضریب همبستگی به کار برده شده قرار دارد؛ در بررسی عوامل باید احتیاط کرد. مثلاً چنانچه از ضریب همبستگی «تراکوریک» استفاده شود و یک عامل ایجاد شود، استفاده از ضریب خبی برای همان سؤال‌ها موجب ایجاد بیش از یک عامل می‌گردد (آلن و ین؛ دلاور، ۱۳۸۴؛ به نقل از لرد و نویک ۱۹۶۸).



Scree Plot



نمودار (۱) - اسکری (SCREE) کتل مربوط به عوامل استخراج شده

استفاده از یک ملاک برای استخراج عوامل گمراه کننده است. لذا باید به مقدار واریانس تبیین شده توسط هر عامل و به ویژه به نمودار SCREE نیز مراجعه کنیم. با توجه به مقدار واریانس تبیین شده توسط عوامل و قبل از بررسی نمودار اسکری کتل، مشاهده می-کنیم که عامل اول ۵۴/۰۴۷ درصد از واریانس را تبیین می کند، عامل دوم ۱۱/۱۹۵ درصد، عامل سوم ۸/۲۹۴ درصد، عامل چهارم ۵/۴۸۴ درصد، عامل پنجم ۳/۹۷۱ درصد و عامل ششم ۲/۷۳۰ درصد را تبیین می کنند. با استفاده از نمودار SCREE، نقطه ای را که پس از آن شیب منحنی تغییر می کند، شناسایی می کنیم. پس از تعیین و پیدا کردن این نقطه با شمارش تعداد عوامل سمت چپ نقطه اسکری، تعداد عوامل قابل استخراج تعیین می گردد. یعنی نقطه برش برای استخراج عامل ها جایی است که شیب خط تغییر می کند همچنان که در نمودار (۱) نشان داده شده است، با بررسی نمودار اسکری کتل مشاهده می شود که تنها چهار عامل اول به صورت بارز از یکدیگر قابل تفکیک هستند و از عامل چهارم به بعد نمودار شیب یکنواختی به خود گرفته است. با در نظر گرفتن این موارد چهار عامل اول استخراج شده اند.

چرخش عوامل استخراج شده: در واقع هدف از چرخش عوامل سعی در رسیدن به وضعیت جدیدی برای عوامل است که از نظر تئوریک، راحت تر قابل تفسیر باشد. به عبارت روشن تر هدف از چرخش رسیدن به ساختار ساده است. چرخش عوامل به دو صورت متعامد و مایل انجام می‌گیرد. در چرخش متعامد، عامل‌های به دست آمده با هم همبستگی دارند. به عنوان یک قاعده کلی، در صورتی که پژوهشگر قصد داشته باشد که نتایج تحلیل وی بهترین برازش را با داده‌ها داشته باشد، باید از چرخش متمایل استفاده کند. اما اگر علاقه بیشتری به تعمیم پذیری نتایج داشته باشد، باید از چرخش متعامد استفاده کند (هومن، ۱۳۸۵).

در پژوهش حاضر که هدف آن بیشتر تعمیم نتایج بوده است از روش چرخش واریماکس استفاده شده است. هدف از این روش، به دست آوردن ساختار ساده‌عاملی با متعامد نگه داشتن محورهای عاملی است. چرخش‌های متعامد نوع خاصی از چرخش‌ها هستند که در آنها عوامل به گونه‌ای چرخیده می‌شوند که نسبت به هم زاویه ۹۰ درجه داشته باشند (یعنی ناهمبسته شوند). قصد اساسی در چرخش واریماکس، رسانیدن مجموع واریانس‌های بارهای مجذور شده روی ستون‌های ماتریس عاملی به بیشینه مقدار ممکن آن است. نتایج حاصل از چرخش واریماکس چهار عامل استخراج شده در جدول (۳) آمده است.

جدول ۳. اطلاعات عاملی قبل و بعد از چرخش چهار عامل استخراج شده با استفاده از روش PC و

چرخش واریماکس.

مجموع مجذورات بارهای استخراج شده بعد از چرخش			مجموع مجذورات بارهای استخراج شده قبل از چرخش			مؤلفه‌ها
درصد	درصد	ارزش ویژه	درصد	درصد	ارزش ویژه	
واریانس تراکمی	واریانس تراکمی		واریانس تراکمی	واریانس تراکمی		
۱۱/۵۶۴	۱۱/۵۶۴	۴/۸۵۷	۵۴/۰۴۷	۵۴/۰۴۷	۱۳/۳۵۵	۱
۲۲/۱۰۲	۱۰/۵۳۸	۴/۸۳۸	۶۲/۲۴۲	۱۱/۱۹۵	۲/۸۴۴	۲
۳۲/۰۶۷	۹/۹۶۵	۴/۵۶۲	۷۳/۵۳۶	۸/۲۹۴	۲/۱۷۷	۳
۴۱/۰۹۴	۹/۰۲۷	۳/۴۶۰	۷۹/۰۲	۵/۴۸۴	۱/۵۷۸	۴



همانطور که مندرجات جدول (۳) نشان می‌دهند، ارزش‌های ویژه مؤلفه‌های یک تا چهار قبل از چرخش به ترتیب ۱۳/۳۵، ۲/۸۴، ۲/۱۷ و ۱/۵۷ بوده‌اند. در حالی که بعد از چرخش، ارزش‌های ویژه مؤلفه‌ها به صورت تقریباً یکنواخت‌تری بین عوامل توزیع شده‌اند. در این حالت ارزش‌های ویژه عبارتند: ۴/۸۵، ۴/۸۳، ۴/۵۶ و ۳/۴۶.

در بررسی بار عاملی متغیرها بدون در نظر گرفتن روش تحلیل عاملی، می‌دانیم که بار عاملی ۰/۳ به معنای این است که ۹ درصد از واریانس متغیر به وسیله عامل تبیین می‌شود. این مقدار واریانس تبیین شده، در تحلیل‌های عاملی با حجم حداقل ۱۰۰ نفر، ملاک معقول و مناسبی است. بارهای ۰/۳ و بیشتر از آن معنی‌دار تلقی می‌شوند. افرادی نظیر «کتل» این حد و مرز را درست تلقی نمی‌کنند و بارهایی به اندازه ۰/۱۵ را چشمگیر می‌دانند. در حالی که «کلاین» (۱۹۹۴) بارهای بالاتر از ۰/۳ را مد نظر دارد، هین کین (۱۹۹۵) بار عاملی ۰/۴ را کمترین وزن قابل قبول برای سؤال می‌داند (هومن، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر ۰/۳ به عنوان بار عاملی قابل قبول انتخاب گشته‌است. با توجه به نتایج به دست آمده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PC) و چرخش واریماکس مؤلفه‌های چهارگانه دارای سؤالات زیر می‌باشند:

۱) عامل اول: مشکلات خانوادگی

۱۰- یکی از اعضای خانواده‌ام باعث بی‌آبرویی ام شده‌است ۱۷- از زندگی زناشویی خود ناراضی هستم ۲۳- خانواده‌ام دارای کشمکش غیرقابل‌تحملی است ۳۱- بحث و جدل، درگیری و مشاجرات دایمی در خانواده‌ام وجود دارد ۳۵- من نسبت به بهبود وضعیت اقتصادی، اجتماعی جامعه ناامید شده‌ام ۴۲- نسبت به والدینم احساس بیگانگی می‌کنم ۵۴- از طرف خانواده‌ام مجبور به ازدواج با فردی شده‌ام که هیچ علاقه‌ای به وی ندارم ۶۰- خانواده‌ام عشقی که من نیاز داشته‌ام به من نشان داده‌اند ۶۳- احساس می‌کنم والدینم بین فرزندان‌شان تبعیض قایل‌اند ۶۴- در مهاجرت، پناهندگی و بی‌خانمانی به سر می‌برم ۶۵- من از روابط خشن و انضباط شدید در خانواده‌ام رنج می‌برم ۷۳- اگر با مشکلی مواجه شوم می‌توانم روی حمایت و همدردی خانواده‌ام حساب کنم. بر اساس سؤالاتی که بر این

عامل دارای بار عاملی بالاتر از ۰/۳ می‌باشند، این عامل را «عامل مشکلات خانوادگی» نامیده‌ایم.

۲) عامل دوم: میل به مردن و خودکشی‌گرایی

۳- در مورد فایق آمدن بر مشکلات زندگی ام احساس توانمندی زیادی دارم ۶- احساس می‌کنم عالی هستم و به خودم افتخار می‌کنم ۷- احتمال دارد در مورد خودکشی فکر کنم ۹- در میان اطرافیان و دوستانم کسانی هستند که مرا دوست دارند ۲۲- زندگی را هدفمند می‌دانم و فلسفه روشنی برای آن قائل هستم ۲۶- من معتقدم که می‌توانم راه‌حل‌های دیگری را برای مشکلاتم پیدا کنم ۲۸- من عاشق زندگی‌ام هستم ۳۷- من مطمئنم اگر اقدام به خودکشی کنم هیچ یک از مشکلاتم حل نمی‌شوند ۴۹- زندگی من سرشار از امید است و آینده را امیدوارکننده می‌بینم ۵۳- احساس می‌کنم هیچ کس مرا دوست ندارد و این عذابم می‌دهد ۵۷- من خودم را آن‌طور که هستم پذیرفته‌ام ۶۶- گاهی برای خودکشی نقشه چیده‌ام اما هرگز اقدامی نکرده‌ام ۶۷- زندگی ارزش زنده‌بودن را ندارد ۶۸- برنامه‌های زیادی دارم و بی‌صبرانه منتظر آینده هستم که آنها را انجام دهم ۶۹- من معتقدم خودکشی نوعی ناامیدی از رحمت الهی است و گناه بزرگی محسوب می‌شود ۷۰- وجدانی آسوده دارم و احساس گناه نمی‌کنم. با توجه به سؤالاتی که بر عامل دوم بار عاملی بالایی دارند، این عامل را «عامل میل به مردن و خودکشی‌گرایی» نامگذاری کرده‌ایم.

۳) عامل سوم: درماندگی و ناامیدی

۱- احساس تنهایی و بی‌پناهی می‌کنم ۱۵- کسی که به او وابستگی عاطفی داشته‌ام مرا ترک کرده‌است ۱۶- در خلوت و تنهایی بسیار به مرگ می‌اندیشم ۱۸- در گذشته مدت زیادی را به علت بیماری بستری بوده‌ام ۲۰- به خاطر مشکلات روانی‌ام به مراکز مشاوره یا روانپزشکی مراجعه کرده‌ام ۲۹ در ازدواج با فرد مورد علاقه‌ام با مشکل مواجه شده‌ام ۳۶- تصمیمات من تحت هر شرایطی منجر به شکست می‌شوند ۳۹- مدت‌هاست که



احساس شادی و خوشحالی نمی‌کنم ۴۵- از این همه طرد، شکست و ناکامی خسته شده‌ام
 ۴۷- خلق و خویی افسرده همراه با ناامیدی دارم ۵۶- انحرافات روزافزون اجتماعی باعث
 ناامیدی من می‌شوند ۶۱- با شکست در عشق مواجه شده‌ام و این مرا بسیار ناامید کرده‌است
 ۷۴- به علت مشکلات جنسی‌ام بسیار نگرانم. براساس سؤالاتی که روی این عامل دارای
 بار عاملی بالا هستند، این عامل تحت عنوان «عامل درماندگی و ناامیدی» نامگذاری شده
 است.

۴) عامل چهارم: مشکلات اقتصادی

۴- در وضعیت اقتصادی اسفناکی به سرمی‌برم ۱۳- فقر شدید من و خانواده‌ام را عذاب
 می‌دهد؛ ۱۹- از بیکاری و مشکل مالی رنج می‌برم ۳۳- فقر مالی‌ام مانع رسیدن به بسیاری از
 خواسته‌هایم شده‌است ۳۸- به خاطر بدهی‌ها و وام‌های باز پرداخت نشده شدیداً در عذاب
 و تنگنا قرار دارم ۵۰- اخیراً کارم را از دست داده‌ام یا بیکار شده‌ام ۵۱- به خاطر زندگی در
 حومه شهر با مشکلات تحمل‌ناپذیری روبرو شده‌ام ۷۱- وضع مالی رو به افتی دارم یا
 ورشکست شده‌ام و با ضرر مالی زیادی روبرو شده‌ام ۷۷- از تورم و وضعیت اقتصادی
 نابسامان خیلی هراس دارم. همانطور که به وضوح مشاهده می‌شود کلیه سؤالاتی که بر این
 عامل، بار عاملی بالا داشته‌اند مسایل و مشکلات اقتصادی را در بردارند، به همین دلیل آن
 را «عامل مشکلات اقتصادی» نامیده‌ایم.

پایایی و اعتبار مقیاس

پس از انجام تحلیل عاملی روی سؤالات مقیاس و استخراج عوامل و تعیین چهار زیرمقیاس،
 ضریب پایایی مقیاس از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده‌است. در جدول ۴ ضریب
 آلفای کرانباخ با روش همبستگی اصلاح شده برای هر یک از سؤالات آمده‌است.
 مقیاس با ضریب آلفای کرانباخ ۰/۹۲۱، دارای همسانی درونی و پایایی نسبتاً بالایی
 است از آنجا که هر چهار زیرمقیاس دارای ضریب آلفای کرانباخ بالای ۰/۷۵ هستند، به
 عنوان عوامل چهارگانه مقیاس و با همان نام‌گذاری قبلی حفظ می‌شوند.



همان‌طور که در ابتدای تحلیل سؤالات گزارش شده است، ۱۴ ماده این مقیاس پس از بررسی اعتبار محتوا از طریق نظر متخصصان، فاقد این اعتبار تشخیص داده شده و حذف شدند.

اعتبارسازه: در پژوهش حاضر برای بررسی اعتبارسازه از روش‌های زیر استفاده شده است:

(۱) همسانی درونی: از لحاظ نظری، کلیه سؤالات و خرده آزمون‌های یک آزمون باید با نمره کل آن همبسته باشند. زیرا فرض بر آن است که همه آنها، حوزه رفتاری واحدی را اندازه می‌گیرند. همان‌طور که در محاسبات مربوط به تحلیل عاملی گزارش شده است، آلفای کرونباخ به دست آمده برای کل آزمون ۰/۹۲۱ بوده و همه زیر مقیاس‌های این مقیاس دارای ضریب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۵ هستند. پس می‌توان نتیجه گرفت این مقیاس دارای همسانی درونی بالایی است و به عنوان ملاکی برای اعتبار سازه این مقیاس، می‌توان گفت از این نظر اعتبار سازه مورد نیاز را دارد.

(۲) اعتبار تمییز: یکی دیگر از راه‌های تعیین اعتبارسازه، بررسی قدرت تمییز آن است. در این پژوهش به منظور تعیین اعتبار تمییز مقیاس محقق ساخته، به بررسی میزان تفاوت بین نمرات افراد اقدام کرده به خودکشی و افراد بدون سابقه اقدام قبلی پرداخته‌ایم. بدین منظور پژوهشگر از بین افراد اقدام کرده به خودکشی که به بخش اورژانس دو بیمارستان امام خمینی شهرستان مهاباد و شهید قلی پور شهرستان بوکان، ارجاع داده شده بودند، ۴۰ نفر را به عنوان نمونه انتخاب کرده است تا نمرات این افراد، با افرادی که سابقه اقدام نداشته‌اند مقایسه گردد. نحوه انتخاب افراد بدون سابقه قبلی بدین شکل بود که افرادی را که در سؤالات مربوط به سابقه اقدام به خودکشی یا اندیشه خودکشی، نمره‌ای کسب نکرده‌اند را به عنوان افراد بدون سابقه تلقی کرده‌ایم. تعداد این افراد ۳۴۹ نفر بوده است، از بین پاسخنامه‌های این افراد به صورت تصادفی ۴۰ نفر را انتخاب کرده‌ایم تا میانگین نمرات این ۴۰ نفر را با میانگین نمرات ۴۰ نفر دارای سابقه اقدام قبلی، مقایسه کنیم.



جدول ۴. ضریب آلفای مقیاس بعد از حذف سؤالات با همبستگی اصلاح شده کمتر از ۳۰/

شماره سؤال	میانگین اگر سؤال حذف شود	واریانس اگر سؤال حذف شود	همبستگی سؤال - نمره کل	ضریب آلفا اگر سؤال حذف شود
۱	۲۲,۱۴۶۲	۲۲۸,۶۱۷	۰,۵۶۷	۰,۹۱۸
۳	۲۲,۱۴۱۰	۲۳۵,۱۰۶	۰,۳۲۹	۰,۹۲۱
۴	۲۲,۳۱۵۹	۲۳۲,۲۶۹	۰,۴۵۰	۰,۹۲۰
۶	۲۲,۰۳۱۳	۲۳۳,۷۲۷	۰,۳۸۹	۰,۹۲۰
۷	۲۲,۴۰۲۱	۲۳۰,۰۳۲	۰,۵۳۷	۰,۹۱۹
۱۰	۲۲,۶۲۶۶	۲۳۵,۳۲۴	۰,۴۰۷	۰,۹۲۰
۱۳	۲۲,۵۷۴۴	۲۳۵,۱۸۲	۰,۴۲۴	۰,۹۲۰
۱۵	۲۲,۲۳۷۶	۲۳۲,۶۱۶	۰,۳۴۴	۰,۹۲۱
۱۶	۲۲,۱۶۱۹	۲۳۱,۰۳۷	۰,۴۳۳	۰,۹۲۰
۱۷	۲۲,۵۸۴۹	۲۲۸,۷۰۹	۰,۳۴۱	۰,۹۲۲
۱۹	۲۲,۲۹۲۴	۲۳۰,۷۲۱	۰,۴۸۳	۰,۹۱۹
۲۰	۲۲,۶۴۷۵	۲۳۷,۳۶۰	۰,۳۰۱	۰,۹۲۱
۲۲	۲۲,۳۲۹۰	۲۳۱,۳۳۷	۰,۴۹۳	۰,۹۱۹
۲۳	۲۲,۴۴۳۹	۲۳۲,۷۱۹	۰,۴۹۵	۰,۹۱۹
۲۶	۲۲,۳۶۵۵	۲۳۴,۵۲۰	۰,۳۵۴	۰,۹۲۰
۲۸	۲۲,۲۹۲۴	۲۳۲,۸۵۷	۰,۴۱۴	۰,۹۲۰
۲۹	۲۲,۳۵۷۷	۲۳۱,۲۹۸	۰,۴۵۱	۰,۹۲۰
۳۱	۲۲,۳۸۳۸	۲۳۲,۴۹۴	۰,۵۰۵	۰,۹۱۹
۳۳	۲۲,۱۹۳۲	۲۳۱,۲۵۱	۰,۴۷۵	۰,۹۱۹
۳۵	۲۱,۹۶۰۸	۲۳۴,۱۷۹	۰,۳۲۱	۰,۹۲۱
۳۶	۲۲,۳۰۵۵	۲۳۰,۳۴۴	۰,۵۶۱	۰,۹۱۹
۳۸	۲۲,۵۷۱۸	۲۳۶,۴۵۰	۰,۳۴۵	۰,۹۲۱
۳۹	۲۲,۱۳۰۵	۲۲۸,۸۲۷	۰,۵۴۰	۰,۹۱۹
۴۲	۲۲,۴۰۹۹	۲۳۱,۴۱۵	۰,۵۰۵	۰,۹۱۹
۴۵	۲۲,۲۲۷۲	۲۲۷,۳۲۳	۰,۶۳۶	۰,۹۱۸
۴۷	۲۲,۲۸۴۶	۲۲۷,۶۴۴	۰,۶۵۵	۰,۹۱۸
۴۹	۲۲,۲۲۴۵	۲۲۸,۶۸۸	۰,۶۴۲	۰,۹۱۸
۵۳	۲۲,۴۹۸۷	۲۳۱,۵۰۲	۰,۵۵۶	۰,۹۱۹
۵۴	۲۲,۶۸۶۷	۲۳۶,۳۱۵	۰,۴۲۶	۰,۹۲۰
۵۶	۲۱,۹۳۷۳	۲۳۳,۴۱۵	۰,۴۵۳	۰,۹۲۱
۵۷	۲۲,۴۰۴۷	۲۳۲,۶۵۰	۰,۴۵۴	۰,۹۲۰
۶۰	۲۱,۹۳۲۱	۲۳۱,۷۴۹	۰,۴۰۰	۰,۹۲۰
۶۱	۲۲,۱۲۰۱	۲۲۹,۴۷۲	۰,۴۶۷	۰,۹۲۰
۶۳	۲۲,۳۹۶۹	۲۳۴,۱۷۷	۰,۳۵۹	۰,۹۲۰
۶۴	۲۲,۷۱۰۲	۲۳۸,۰۴۹	۰,۳۶۴	۰,۹۲۱
۶۵	۲۲,۴۴۳۹	۲۳۱,۵۲۰	۰,۴۹۵	۰,۹۱۹
۶۶	۲۲,۴۳۳۴	۲۳۲,۵۶۰	۰,۴۱۹	۰,۹۲۰
۶۷	۲۲,۴۱۵۱	۲۳۱,۸۸۲	۰,۴۷۶	۰,۹۱۹
۶۸	۲۲,۴۵۶۹	۲۳۲,۷۶۷	۰,۴۸۷	۰,۹۱۹
۶۹	۲۲,۵۵۰۹	۲۳۴,۵۸۳	۰,۴۹۵	۰,۹۲۰
۷۰	۲۲,۰۹۹۲	۲۳۱,۲۶۲	۰,۴۷۹	۰,۹۱۹
۷۱	۲۲,۵۰۶۵	۲۳۴,۱۵۱	۰,۴۱۹	۰,۹۲۰
۷۳	۲۲,۳۰۸۱	۲۳۱,۸۱۶	۰,۴۵۳	۰,۹۲۰
۷۴	۲۲,۶۳۴۵	۲۳۶,۷۳۰	۰,۳۷۲	۰,۹۲۰

جدول ۵. آزمون t مقایسه میانگین نمرات دو گروه اقدام کرده به خودکشی و افراد بدون سابقه اقدام

قبلی

افراد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین
افراد اقدام کرده به خودکشی	۴۰	۷۳/۳۳	۱۴/۳۱۹	۲/۲۶۴
افراد غیر خودکشی گرا	۴۰	۳۱/۱۰	۱۳/۰۶۴	۲/۰۶۶

$$t = ۱۳ / ۷۷$$

$$d.f = ۷۸$$

$$P = ۰/۰۰$$

همانطور که در جدول شماره (۵) مشاهده می‌کنیم؛ میانگین و انحراف استاندارد نمرات افراد اقدام کرده به خودکشی به ترتیب ۷۳/۳۳ و ۱۴/۳۱۹ بوده و میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه بدون اقدام قبلی به ترتیب ۳۱/۱۰ و ۱۳/۰۶۶ بوده‌اند. در این جدول نتایج آزمون آماری t برای مقایسه میانگین دو گروه مستقل آمده است. همچنان که در این جدول دیده می‌شود بین میانگین نمرات این دو گروه با درجه آزادی ۷۸ و در سطح معناداری (P = ۰/۰۰) و با مقدار $t = ۱۳/۷۷$ تفاوت معناداری نشان داده شده است. می‌توان نتیجه گرفت، این مقیاس دارای قدرت تشخیصی بالایی از نظر تمیز قایل شدن بین افراد اقدام کرده و افراد اقدام نکرده، می‌باشد.

اعتبار همزمان: به منظور بررسی اعتبار همزمان مقیاس، همراه با اجرای اولیه مقیاس برای ۶۵ نفر از افراد که به صورت تصادفی از گروه ۴۰۰ نفری انتخاب شده بودند، مقیاس درماندگی بک (BHS) نیز اجرا شد.

جدول ۶. ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات مقیاس درماندگی بک (BHS) و مقیاس محقق ساخته

مقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد افراد
نمرات مقیاس درماندگی بک	۴/۱۴	۴/۴۴۷	۶۵
نمرات مقیاس محقق ساخته	۳۹/۰۲	۲۴/۶۴۴	۶۵

$$P = ۰/۰۰ \quad \text{ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون} = ۰/۹۲$$

در جدول شماره (۶) نتایج مربوط به محاسبه ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون بین نمرات مقیاس درماندگی بک و مقیاس محقق ساخته آمده است. همانطور که در این جدول



مشاهده می‌شود ضریب همبستگی بین نمرات این دو مقیاس ۰/۹۲ به دست آمده است. با استناد به این ضریب همبستگی بالا می‌توان گفت که مقیاس محقق ساخته دارای اعتبار همزمان و به تبع آن اعتبار ملاکی بالایی می‌باشد.

تجزیه و تحلیل، نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر ساخت مقیاسی در جهت تشخیص افراد در معرض اقدام به خودکشی برای شهرستان‌های مهاباد و بوکان بوده است. بدین منظور این پژوهش با سؤالاتی در مورد پایایی، اعتبار و ساختار عاملی مقیاس محقق ساخته شروع شده است. ابتدا به مطالعه ادبیات نظری و تحقیقات صورت گرفته پیرامون عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی پرداخته شده است. در این پژوهش، با مطالعه نظریه‌ها، تحقیقات، مقیاس‌ها و ابزارهایی که با رویکردی روان‌شناختی، سعی در شناخت افراد خودکشی‌گرا داشته‌اند، عوامل روانی و مؤلفه‌های فردی مؤثر بر خودکشی شناسایی و تعیین شده‌اند. می‌توان گفت این پژوهش و ساخت مقیاس مورد نظر با رویکردی تلفیقی صورت گرفته است. به گونه‌ای که پژوهشگر در بررسی عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی، علل فردی، خانوادگی و اجتماعی را به طور همزمان مد نظر قرار داده است. یعنی پژوهش حاضر به تبعیت از نظریه پردازانی همچون گیدنز (شایگان، ۱۳۸۲) و دی سو سا (ایدی، ۱۳۸۰) خودکشی را به عنوان پدیده‌ای چندبعدی که عوامل چندگانه‌ای در بروز آن نقش دارند، بررسی کرده است. بیشتر تحقیقات انجام گرفته در خارج از کشور نظریه‌های مطرح شده را تأیید می‌کنند. مثلاً ماتسون (۱۹۹۶)، استاتام و همکاران (۱۹۹۸)، فییس و همکاران (۱۹۹۹)، هارکنس و دینچر (۱۹۹۹)، استان هوپ و لنکستر (۲۰۰۰)، سازمان جهانی بهداشت روان (۲۰۰۲) و مرکز بین‌المللی NSW (۲۰۰۳) در غرب نشان داده‌اند که علاوه بر عوامل روانشناختی، نظیر افسردگی و سایر اختلالات روانی، عواملی نظیر مشکلات خانوادگی و زناشویی، فقر و سایر مشکلات اقتصادی، بیماری‌های جسمانی و بحران‌های عاطفی، احساس درماندگی و انزوای اجتماعی در بروز اقدام به خودکشی نقش دارند.



تحقیقات انجام گرفته در داخل کشور توسط اسماعیل پور و اسکندری (۱۳۷۳)، رضایی و همکاران (۱۳۷۴)، یوسفی (۱۳۷۶)، انجم شعاع (۱۳۷۶)، یاسمی و همکاران (۱۳۷۹)، شایگان (۱۳۸۲)، مرجانی (۱۳۸۳)، همتی (۱۳۸۴) و دلاور (۱۳۸۶)، دو عامل بسیار تعیین کننده در بروز اقدام به خودکشی شناسایی کرده‌اند؛ عامل مسایل خانوادگی و عامل مشکلات اقتصادی. با توجه به تحقیقات صورت گرفته در خارج و داخل کشور و براساس ابزارهایی که در خارج از کشور به منظور پیش‌بینی احتمال خودکشی یا شناسایی افراد خودکشی‌گرا ساخته شده‌اند، ابعاد مختلف پدیده اقدام به خودکشی و عوامل مؤثر بر آن شناسایی شده و ۹۱ ماده سؤالی طراحی شدند. به طوری که در این سؤالات علاوه بر در نظر گرفتن سؤالاتی برای سایر عوامل مرتبط با خودکشی، تأکید بیشتری بر مسایل خانوادگی و مشکلات اقتصادی شده است.

در مرحله بعد، اعتبار محتوای مقیاس، از طریق نظر سنجی از استادان و صاحب‌نظران در زمینه مورد پژوهش و دانشجویان رشته‌های مرتبط، مورد بررسی قرار گرفت. در این بررسی مشخص شد که ۱۴ سؤال دارای اعتبار محتوایی کافی نیستند لذا باید حذف شوند. بعد از اجرای تحلیل عاملی، با استفاده از نمودار اسکری و با توجه به مقدار واریانس تبیین شده توسط عامل‌ها، چهار عامل برای چرخش استخراج شدند. با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس ۴ عامل چرخش داده شد، تا ساختار ساده‌آزمون محقق گردد؛ سپس سؤالاتی که روی هر عامل بار عاملی قابل ملاحظه‌ای داشتند تشخیص داده شده و سؤالات ضعیف حذف شدند. عواملی که از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی شناسایی شده‌اند تحت این عناوین نامگذاری شده‌اند: ۱- مشکلات خانوادگی؛ ۲- میل به مردن و خودکشی‌گرایی؛ ۳- درماندگی و ناامیدی؛ ۴- مشکلات اقتصادی.

با مقایسه ساختار عاملی مقیاس محقق ساخته با سایر ابزارهای ساخته شده به منظور شناسایی افراد خودکشی‌گرا، شباهت‌ها و تفاوت‌هایی به چشم می‌خورد. بک و همکارانش (۱۹۹۷) در بررسی ساختار عاملی مقیاس اندیشه خودکشی (SSI)، دو عامل زیربنایی را برای این مقیاس به دست آوردند. یک عامل برای آمادگی فرد برای اقدام (۹ سؤال) و یک عامل انگیزش فرد برای اقدام (۸ سؤال). از آنجا که مقیاس SSI که توسط بک و همکارانش

تدوین شده است، سؤالاتی را در بردارد که تأکید بیشتری بر میل به مرگ و زندگی و همچنین تمایل به خودکشی دارند، تفاوت بارزی بین این مقیاس و مقیاس محقق ساخته وجود دارد. زیرا مقیاس SSI به جای در نظر گرفتن عوامل زمینه ساز، مستعد کننده و خطر ساز، بر تمایل فرد به مرگ و ویژگی های نهایی فراهم کننده احتمال خودکشی تأکید دارد.

کول و گیل (۱۹۹۸) در بررسی ساختار عاملی مقیاس احتمال خودکشی (SPS) از طریق روش تحلیل مؤلفه های اصلی (PC)، شش عامل را برای مقیاس خود شناسایی کردند: اندیشه خودکشی (۶ سؤال)، درماندگی (۱۲ سؤال)، دیدگاه یا نگرش مثبت (۶ سؤال)، صمیمیت بین فردی (۳ سؤال)، ستیزه جویی (۷ سؤال) و عصبانیت (۲ سؤال). با مقایسه این مقیاس با مقیاس محقق ساخته مشاهده می شود که تأکید مقیاس SPS بر ویژگی های روانی و فردی بوده است، در حالی که در مقیاس محقق ساخته عوامل خانوادگی و اقتصادی نیز همراه با دو عامل درماندگی و مشکلات عاطفی به دست آمده اند. شباهت بارزی که بین این دو مقیاس وجود دارد، این است که در هر دو مقیاس، سؤالات بیشتری با عامل درماندگی دارای بار عاملی بالایی هستند.

لینهان و آدیس (۱۹۹۶)، از طریق روش تحلیل مؤلفه های اصلی به تحلیل عاملی پرسشنامه رفتار خودکشی (SBQ-14) پرداختند. مقیاس محقق ساخته در مقایسه با پرسشنامه SBQ-14 دارای ساختار عاملی چند بعدی بوده است، زیرا این مقیاس با هدف تشخیص افراد در معرض اقدام به خودکشی با رویکردی تلفیقی طراحی شده و باعث شده است که ساختار عاملی آن، به جای یک عامل چند عامل را در برگیرد.

از این نظر که این مقیاس بر عواملی نظیر درماندگی، ناامیدی، افسردگی و سایر مشکلات روانی تأکید داشته است، در جهت سایر ابزارهای مربوط به پیش بینی خودکشی و تشخیص افراد خودکشی گراست. اما از آن جهت که مسایل خانوادگی و اقتصادی را در بردارد، مقیاسی است که با ابزارهای قبلی متفاوت است. می توان گفت این تفاوت بدین سبب است که عوامل مؤثر بر خودکشی در جامعه مورد پژوهش با جوامع غربی متمایزاند.



بعد از نامگذاری عوامل و بررسی ساختار عاملی، ۴۴ سؤال باقیمانده‌اند. برای این ۴۴ سؤال نیز به منظور برآورد پایایی از روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شده است. پایایی این مقیاس با ضریب آلفای اصلاح شده کرونباخ، ۰/۹۲۱ بوده است. همچنین ضریب پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌های چهارگانه به ترتیب ۰/۸۵۲/۷۷۲، ۰/۸۲۹ و ۰/۷۸۶ بوده است. این میزان ضرایب پایایی برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌ها بالا بوده است. به عبارتی می‌توان گفت از نظر پایایی، مقیاس ساخته شده با آزمون‌های ساخته شده قبلی هم‌ارز است. در این پژوهش برای برآورد اعتبار تمیز، مقیاس را برای دو گروه اقدام کرده به خودکشی و افرادی که سابقه قبلی نداشته‌اند، اجرا کرده‌ایم. برای این قسمت از آزمون t برای دو گروه مستقل استفاده شده است. این آزمون نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین دو گروه مذکور وجود دارد. می‌توان نتیجه گرفت که این مقیاس دارای قدرت تمیزبالایی است. یعنی قادر است بین افراد دارای احتمال این اقدام و کسانی که این احتمال در مورد آنها وجود ندارد تمیز قایل گردد.

ضریب همبستگی نمرات مقیاس محقق ساخته و مقیاس درماندگی بک ۰/۹۲ بوده است. می‌توان نتیجه گرفت که ضریب همبستگی بالای این دو مقیاس نشان از اعتبار همزمان بالای مقیاس محقق ساخته می‌باشد. همچنین با اینکه در مقیاس ساخته شده توسط پژوهشگر سؤالاتی وجود دارند که بیشتر بر عوامل خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی تأکید دارند. این سؤالات در مقیاس بک نیامده‌اند، اما باز هم میزان همبستگی این دو مقیاس بالا بوده و می‌توان نتیجه گرفت که وجود سؤالات متفاوت سبب نشده‌اند که مقیاس با سایر ابزارهای ساخته شده قبلی همسو نباشد.



منابع فارسی

- آلن، مری جی و یین، وندی ام. (۱۳۸۴). *مقدمه‌ای بر نظریه‌های اندازه‌گیری* (ترجمه علی دلاور). چاپ دوم. تهران: انتشارات سمت.
- انجم شعاع، علی. (۱۳۷۶). *بررسی ویژگی‌های شخصیتی در مراجعین به اورژانس بیمارستان شماره ۱ دانشگاه علوم پزشکی کرمان*. پایان نامه دکتری پزشکی.
- انجمن جامعه‌شناسی ایران. (۱۳۸۱). *خودکشی؛ مقالات همایش ملی آسیب‌های اجتماعی ایران*. تهران: انتشارات آگه.
- اشنایدمن، ادوین اس. (۱۳۷۸). *ذهن خودکشی‌گرا* (ترجمه مهرداد فیروز بخت) چاپ اول. تهران: انتشارات شناخت.
- ایدی، صالح. (۱۳۸۰). *ترسیم نیمرخ شخصیتی افراد خودکشی در آزمون میلون ۲ (MCMI-2)*. انستیتو روانپزشکی تهران.
- اسکندری، لیدا و اسماعیل پور، کتیون. (۱۳۷۳-۱۳۷۲). *بررسی آمار خودسوزی و نتایج درمانی آن*. پایان نامه دکتری عمومی. دانشگاه علوم پزشکی.
- تایلر، استیو. (۱۳۷۶). *جامعه‌شناسی خودکشی* (ترجمه رسول باطنی و همکاران). تهران: انتشارات آوای نور.
- حسینی، سید ابراهیم. (۱۳۷۸). *بررسی طیف اقدام به خودکشی و نقش منغیرهای همه‌گیرشناسی و روان‌شناختی در آن*. فصلنامه اصول بهداشت روان.
- دلاور، علی. (۱۳۸۶). *تعیین عوامل مؤثر بر خودسوزی در بانوان استان لرستان و ارائه راهکارهایی برای کاهش آن*. سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان لرستان.
- دورکیم، امیل. (۱۳۷۸). *خودکشی* (ترجمه نادر سالار زاده امیری). تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- رضایی، کیومرث و همکاران. (۱۳۷۴). *بررسی علل خودسوزی در شهرستان اسلام‌آباد*. شماره مدرک ۳۰۴۲۸.
- ساراسون و ساراسون. (۱۳۸۲). *روان‌شناسی مرضی* (جلد دوم) (ترجمه نجاریان و همکاران) چاپ دوم. تهران: انتشارات رشد.
- شایگان، فریبا. (۱۳۸۲). *خودکشی زنان*. فصلنامه کتاب زنان. سال پنجم. شماره ۱۹.
- لاله، محمود. (۱۳۷۸). *مرگ قابل پیشگیری*. تهران: انتشارات اورانج.

- محسنی، منوچهر. (۱۳۶۶). *انحرافات اجتماعی؛ انگیزه و علل خودکشی*. تهران: انتشارات بی نا.
- معمدی، غلامحسین. (۱۳۷۲). *انسان و مرگ، درآمدگی بر مرگ شناسی* (چاپ اول). تهران: انتشارات مرکز.
- مهدی زادگان، ایران و آتش پور، سید حمید. (۱۳۸۱). *خودکشی با نگاهی به چند مطالعه انجام شده در ایران و جهان*. فصلنامه بهداشت جهان. سال دوازدهم. شماره دوم.
- همتی، آزاد. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی افراد سنین ۲۵-۱۲ سال شهرستان مهاباد و راهکارهای پیشگیری از آن*. پایان نامه کارشناسی روان شناسی عمومی. دانشگاه پیام نور مرکز مهاباد.
- هومن، حیدر علی. (۱۳۸۵). *تحلیل داده های چند متغیری در پژوهش رفتاری* (چاپ دوم). تهران: انتشارات پیک فرهنگ.
- یاسمی، محمد تقی و سایرین. (۱۳۷۷). *بررسی همه گیر شناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان*. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال سوم. شماره ۴.
- یوسفی، محمد حسین و یوسفی، فایق. (۱۳۷۶). *بررسی علل خودسوزی در شهر سنندج در سال ۱۳۷۴-۷۵*. دانشگاه علوم پزشکی کردستان. سال اول. شماره سوم.

منابع لاتین

- A.P.A (American Psychiatry Association) (2005); practice guideline for the assessment and treatment of patients whit suicidal behavior.
- Beck , A.T , Steer ,R.A & Newman , C.F (1993) Hopelessness , depression , suicidal ideation , and clinical diagnosis of depression suicide and Life-Treating behavior ,23 ,139- 145
- Beck , A.T et al (2001). suicide ideation at its worst point : A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. suicide and life-treating behavior , 29 , 1- 9
- Beck , A.T ,Brown ,G.K et al (1999) suicide ideation its worst point : A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients.
- Bongar, B & Berman , A.L .et al (1998) Risk management with suicidal patients , A forensic perspective . The Guilford Press New York and London .
- Bonner , Ronald .L . (2002) Moving suicide risk assessment into the next meillennium : Lessons from our past . Routledge.
- Brown, Gregory . K. (2003) suicide assessmrrnt , a review for intervention research with adults and older adults . university of Pennsylvania .
- Fairbairn , Gavin. j ,(1995) contemplating suicide the language and ethics of self-harm . Routledge , London and New York .



- Goldston , David B . (2004) Assessment of behavior and risk among children and adolescents , DMDBA , National institute of mental health 600,1 Executive Blvd.
- Kaplan H .I , Sadock B. J (1998) ; Handbook of clinical psychiatry (3rd ed) New York , Williams & wilkines.
- Kaplan ,R .B. & Saccuzzo ,D.D (2001) psychological testing (5th ed) Wadsworth .
- Lambert M.T. (2003); Suicide risk assessment and management ; Focus on personality disorder current opinion in psychiatry 16(1) 71-76
- Lester , David,(2001) suicide prevention, series in death , Dying and bereavement . Brunner –Routledge .
- Luisieli .J.K. , Matson .J.L , (1992) ; Self-injurious sprinjer - verlag .New York ,Inc.
- Matteson , Annmary et al (1996) ; Geron to logical nursing concepts and practice WB , sounder 's company , philadelphia .
- Neal,J.M. & Dvison ,G.C (1998); Abnormal psychology (8th ed) New York , John weily & sons .
- NSW Department of Health, (2004); Framework for suicide risk assessment and management. for NSW staff.
- NSW Department of health, (2004). postvention guidelines surrounding a suicide death for NSW staff , Sydeny .
- Roy A .(2001) Suicide , in Sadock B.J. , Sadock V.A . Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry , 7th ed (vol2) ,Williams & Wilkins ;2031
- Shea S.C.(2002) ;The practical art of suicide assessment : A guide for mental health professional and substance abuse counselors . New York ,John Wiley & sons .
- Stan hope , Marcia and Lancaster ,(2000); Community public health nursing mosby , ST Louis .
- Zacharkis,C.A. ; Madianos, M.G ; et al(1998) ; Suicide in Greece 1980-1995 : patterns & social factors . journal psychiatry epidemiology ,33,471-476 .