

## بررسی علل اقدام به خودکشی نوجوانان ارجاع شده به بیمارستان گلستان اهواز در سال ۸۰-۷۹

دکتر مهناز حسین پور، دکتر سید محمد غفاری، دکتر مهناز مهرابی زاده هنرمند...

### خلاصه

میزان اقدام به خودکشی در نوجوانان در سال‌های اخیر افزایش چشمگیری یافته است. پدیده‌های انتحاری مخصوصاً در نوجوانان یک مشکل رو به رشد بهداشت روانی عمومی است. خودکشی نه تنها می‌تواند خسارت جبران ناپذیری را بر فرد و وابستگان او وارد سازد، بلکه به عنوان یکی از علائم آسیب شناسی اجتماعی و طبق نظر عده‌ای از کارشناسان، گسستگی و عدم توحید زندگی جمعی را به ما هشدار می‌دهد.

افزایش نگران کننده میزان خودکشی‌ها در دهه‌های اخیر و پیامدهای اجتماعی و اقتصادی و روانی آن، سازمان بهداشت جهانی را بر آن داشت تا در برنامه بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ کاهش میزان خودکشی در کشورهای جهان را به عنوان یکی از اهداف خود معرفی کند.

در راستای تحقق هدف مذکور، در پژوهش حاضر علل اقدام به خودکشی نوجوانان مورد بررسی قرار گرفت.

جامعه آماری در این پژوهش، کلیه نوجوانان اقدام کننده، به خودکشی در سنین ۱۱ تا ۱۹ ساله شهرستان اهواز، تعداد نمونه ۵۲ مورد شامل ۲۳ پسر و ۲۹ دختر و مکان پژوهش بیمارستان گلستان اهواز از فاصله ۶ ماه از ابتدای اسفند ۷۹ لغایت پایان مرداد ماه ۸۰ بوده است.

نتایج حاصل از این بررسی نشان داد که علت خودکشی در نمونه مورد تحقیق مشکلات عاطفی - ارتباطی و جنسی - جسمانی - روانی هستند. علت ۴۶ درصد خودکشی نوجوانان عامل عاطفی - ارتباطی و علت ۱۲/۶ درصد خودکشی در این گروه سنی عامل جنسی - جسمانی - روانی است. بنابراین، بر اساس داده‌های حاصل می‌توان نتیجه گرفت که از میان دو عامل، مشکلات عاطفی - ارتباطی نقش بسیار مهمی را در اقدام به خودکشی نوجوانان، ایفاء می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: اقدام به خودکشی، دوره نوجوانی.

### مقدمه

اجتماعی گوناگون همراه بوده است، زیرا پیشرفت صنعتی به تدریج پیوندهای سنتی میان انسان‌ها و در نتیجه روابط فردی را تا حدود زیادی دچار

قرن حاضر، علیرغم تمام پیشرفتهایی که در زمینه رفتاری برای انسانها ایجاد کرده، با بحرانهای

\* متخصص روانپزشکی

\*\* استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

\*\*\* دانشیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهیدچمران اهواز

دریافت مقاله: ۸۱/۸/۶ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۲/۱۲/۴ اعلام قبولی: ۸۲/۱۲/۵

معمولاً نرخ بروز خودکشی پس از ۱۰ سالگی شروع به افزایش می‌نماید و تا ۲۰ سالگی به اوج می‌رسد. علت ۳ درصد مرگ و میر کودکان در ایالات متحده و ۵ درصد کودکان در انگلیس خودکشی است. خودکشی در سال‌های اخیر در بین پسران بیش از دختران شایع بوده است. این افزایش در بسیاری کشورها نشان داده شده است (۵).

افسردگی در بین کودکان و نوجوانان به نظر می‌رسد شایعتر از ۵۰ سال گذشته باشد. ۰/۵ تا ۲ درصد شیوع افسردگی قبل از بلوغ گزارش شده است. بعد از بلوغ شیوع افسردگی افزایش یافته و تفوق مؤنث برجسته‌تر است. شیوع افسردگی نوجوانان در سوئد افزایش یافته است و خودکشی نوجوانان بین سالهای ۱۹۵۰ افزایش نشان می‌دهد. افسردگی نوجوانان عود کننده بوده و خطر عود طی ۵ تا ۸ سال پس از حمله اولیه ۷۵ تا ۱۰۰ درصد است. قبل از شروع بزرگسالی حدود ۴۰ درصد افراد جوان افسرده در خطر اقدام به خودکشی هستند. سیر افسردگی نوجوانان در حداقل ۱۰ درصد موارد، مزمن است (۶).

براساس پژوهش پاک‌سرشت و شکرکن (۷) میزان خودکشی در بین نوجوانان ۱۹-۱۵ ساله در استان خوزستان بیش از سایر گروه‌های سنی است. تحقیقات انجام شده در شهرستان تبریز نشان می‌دهد که بالاترین میزان خودکشی در رابطه با سن، در گروه‌های سنی ۱۳ تا ۲۴ ساله بوده است. در واقع ۳۲ درصد خودکشیها در این گروه سنی می‌باشد (۱۲).

مهمترین عوامل در خودکشی کودکان و نوجوانان شامل تاریخچه خانوادگی، تقلید و مجاورت،

کاستی نموده، به طوری که نتیجه آن بحران در روابط اجتماعی یا گرایش افراطی به فردیت‌گرایی<sup>۱</sup> بوده است. این پدیده به نوبه خود اثرات اجتماعی و عاطفی مختلفی بر زندگی بشر امروزی گذاشته است، که از خود بیگانگی<sup>۲</sup>، ناهنجاری اجتماعی<sup>۳</sup>، خودکشی<sup>۴</sup> و ...، نمونه‌هایی از این اثرات هستند (۱۳).

موضوع خودکشی به دلیل پیامدهای آن برای خود فرد و بازماندگان او مورد پژوهش فراوان قرار گرفته است. با این وجود، نه علوم پزشکی و نه علوم رفتاری و اجتماعی نتوانسته‌اند به این پرسش که «چرا برخی از مردم خودکشی یا اقدام به خودکشی می‌کنند» پاسخ روشنی بدهند. تأثیرات خودکشی به قدری دردناک است که بسیاری از مذاهب آن را یک گناه اخلاقی به شمار آورده‌اند (۱).

ایران یک کشور جوان می‌باشد و حدود نیمی از جمعیت آن زیر ۱۸ سال سن دارند. طبق گزارش سازمان برنامه و بودجه استان خوزستان، از کل جمعیت شهرستان اهواز در سال ۱۳۷۹ حدود ۵۲/۶۳ درصد افراد این شهر زیر ۱۸ سال سن دارند. از آنجا که گروه سنی نوجوان یک گروه آسیب‌پذیر می‌باشد، لذا لازم است در مورد مسائل نوجوانان و به خصوص مسئله خودکشی و اقدام به خودکشی در آنان، بررسی‌های بیشتری صورت گیرد.

- 1- Individualism
- 2- Alienation
- 3- Social anomia
- 4- Suicide

ناهنجاری زیست شناختی، وجود اختلالات روانشناختی و آسیب شناختی روانی، شرایط روانی و شرایط خاص خانوادگی است (۴). بین سنین ۱۵ تا ۱۹ سالگی میزان اقدام به خودکشی تقریباً ۱۵ برابر خودکشی موفق است. تعداد خودکشی‌های نوجوانان در چند دهه گذشته سه تا چهار برابر شده است.

خصوصیات همگانی نوجوانان انتحاری، ناتوانی آنان در یافتن راه حل مسائل و فقدان راهبردهای مدارا برای کنار آمدن با عوامل استرس‌زای اضطرابی است. بنابراین، دید محدود نسبت به راه‌حلهای موجود برای مدارا با اختلافات خانوادگی مکرر، طرد یا شکست در اتخاذ تصمیم خودکشی مؤثر است (۳).

#### جامعه و نمونه پژوهش

جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش شامل تمام موارد اقدام به خودکشی نوجوانان در طیف سنی ۱۱ تا ۱۹ سالگی که در فاصله زمانی اول اسفند ماه ۱۳۷۹ تا پایان مرداد ماه سال ۱۳۸۰ به اورژانس یا درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان گلستان اهواز ارجاع شده‌اند، بوده است. نمونه این پژوهش با کل جمعیت هدف کاملاً برابر نمی‌باشد زیرا، بعضی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی ارجاع شده به بیمارستان گلستان حاضر به همکاری و پاسخ به پرسشنامه پژوهش نبوده و بعضی نیز بدون اطلاع قبلی و با رضایت خانواده ترخیص شدند. در مجموع در این پژوهش اطلاعات مربوط به پنجاه و دو مورد ثبت شده است. از این تعداد ۲۹ نفر مؤنث و ۲۳ نفر مذکر بودند.

#### ابزار پژوهش

پرسشنامه سنجش علل اقدام به خودکشی نوجوانان این پرسشنامه شامل ۴۴ پرسش است که براساس بررسی دقیق متون و مباحث نظری مربوط به خودکشی تنظیم گردید. پرسشنامه مذکور به صورت مقیاس ۴ درجه‌ای تنظیم شد و از آزمودنیها (افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند) خواسته شد که به میزانی که هر علت در اقدام به خودکشی وی مؤثر بوده است یکی از گزینه‌ها را انتخاب نماید. بر این اساس به گزینه‌ها امتیاز صفر، ۱، ۲ و ۳ اختصاص داده شد. البته لازم به توضیح است که شیوه نمره‌گذاری برخی از سئولات به صورت معکوس می‌باشد.

علاوه بر پرسشنامه فوق، پرسشنامه دیگری به منظور ثبت اطلاعات جمعیت‌شناسی و مشخصات فردی آزمودنیها تهیه شد. این پرسشنامه به منظور جمع‌آوری اطلاعات در زمینه تعداد افراد خانواده، میزان تحصیلات، شیوه اقدام به خودکشی، محل تولد، محل سکونت، ترتیب تولد، لهجه، سابقه اعتیاد و وضعیت روانی فرد اقدام کننده شامل: خلق، عاطفه، ادراک، تفکر، جهت‌یابی، قضاوت، بینش و تشخیص اختلال روانی تهیه گردید.

#### یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها و استخراج عوامل مهم در اقدام به خودکشی نوجوانان، ۴۴ ماده با توجه به سختی که با هم داشتند، به ۱۰ متغیر تقلیل یافتند. در زیر برخی متغیرها دو ماده و برخی دیگر سیزده ماده قرار گرفتند.

بنابراین در نهایت جهت مشخص شدن عوامل مهم مؤثر بر اقدام به خودکشی نوجوانان، ۱۰ متغیر

جدول ۱: تعداد عامل‌های استخراج شده، نام عاملها، تعداد ماده‌ها و متغیرها و درصد واریانس تبیین شده توسط هر عامل

شماره عامل	نام عامل	تعداد متغیرها	درصد واریانس تبیین شده
۱	مشکلات عاطفی-ارتباطی	۸	۴۶
۲	مشکلات جنسی و جسمی-روانی	۲	۱۲/۶

همانطور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌گردد، عامل ۲ به عنوان عوامل مهم در اقدام به خودکشی نوجوانان مشخص گردید. عامل اول به عنوان عامل مشکلات عاطفی - ارتباطی و عامل دوم به عنوان عامل مشکلات جنسی و جسمانی - روانی. این دو عامل در مجموع علت ۵۸/۷ درصد موارد اقدام به خودکشی هستند.

میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره آزمودنیها در متغیرهای مورد بررسی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

آمار توصیفی نمره آزمودنیها در کل پرسشنامه و عاملهای اول و دوم پرسشنامه اقدام به خودکشی نوجوانان در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

مورد تحلیل عوامل قرار گرفت. در رابطه با قابلیت ده متغیر تدوین شده برای انجام تحلیل عوامل، آزمون KMO<sup>۱</sup> انجام شد که ضریب به دست آمده (KMO=۰/۸۳۵) بسیار رضایت بخش بود. همچنین آزمون کرویت بارتلت<sup>۲</sup> برابر با ۱۹۸/۷۷۰ در سطح  $P < ۰/۰۰۰۱$  معنی‌دار بود.

به منظور کسب اطمینان نسبت به این امر که ماتریس همبستگی بین پرسشهای آزمون که زیر بنای تحلیل عاملی است، در جامعه برابر صفر نیست، از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. هدف از اجرای این آزمون رد فرض صفر ( $H_0$ ) مبنی بر درست بودن ماتریس همسانی در جامعه است. برای آنکه یک مدل تحلیل عاملی مفید باشد لازم است متغیرها با یکدیگر همبستگی داشته باشند، در غیر این صورت دلیلی برای تبیین مدل عاملی وجود ندارد. نای<sup>۳</sup> (۱۹۷۵) بر این باور است که هرگاه فرضیه عدم ارتباط با هم تأیید گردد، کاربرد مدل عاملی نابجا خواهد بود. نظر به اینکه آزمون KMO و آزمون کرویت بارتلت در جهت تأیید ارائه تحلیل عوامل بود، گام بعدی اجرا شد. در سومین گام از تحلیل عاملی جهت برآورد تعداد عاملهای قابل استخراج از پرسشنامه عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی نوجوانان، آزمون اسکری<sup>۴</sup> (کتل<sup>۵</sup>، ۱۹۶۶) استفاده شد. براساس آزمون اسکری (کتل، ۱۹۶۶) مشخص شد که دو عامل قابل استخراج می‌باشد.

1- Kaiser-Meyer-Olkin

2- Bartlett test of sphericity

3- Nie

4- Scree Test

5- Cattell

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره آزمودنیها در متغیرهای مورد بررسی

شماره متغیر	شاخصهای آماری		میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
	نام متغیر					
-	سن		۱۸	۱/۵۴	۱۳	۱۹
۱	محبت والدین		۶	۱/۶۷	۲	۸
۲	نوازش والدین		۴/۹	۱/۷۵	۲	۸
۳	تأیید والدین		۴/۶۳	۱/۶۵	۲	۸
۴	گفتگو با والدین		۳/۹۸	۱/۵۷	۲	۸
۵	تشویق والدین		۴/۹۶	۲/۰۰	۲	۸
۶	اعتماد والدین		۵/۴۵	۱/۷۷	۳	۸
۷	امنیت در تعامل با والدین		۵/۶۱	۱/۷۸	۲	۸
۸	حمایت اجتماعی		۲۹/۲۵	۷/۶۶	۱۶	۴۳
۹	ارتباط با جنس مخالف		۱۴/۱۰	۲/۵۲	۹	۲۰
۱۰	سلامت جسمی-روانی		۲۹/۸۰	۷/۶۴	۱۵	۴۶

جدول ۳: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره آزمودنیها در سه عامل

شماره متغیر	شاخصهای آماری		میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
	پرسشنامه اقدام به خودکشی					
	کل پرسشنامه		۴۰/۵۱	۱۱	۲۲	۶۴
	عامل اول		۳۵/۵۴	۹/۳۹	۱۹	۵۶
	عامل دوم		۴/۹۶	۲	۲	۸

### بحث و نتیجه گیری

با توجه به تحلیل عوامل انجام شده، ۲ عامل مهم در ارتباط با اقدام به خودکشی نوجوانان به دست آمد که عبارتند از (۱) عامل عاطفی - ارتباطی، (۲) عامل جنسی و جسمانی - روانی. ولی ممکن است عوامل دیگری هم در این امر دخیل باشند، ولی ما در این تحقیق به آنها دست نیافتیم.

تمایل به خودکشی و خودکشی به دوره‌ای خاص از زندگی تعلق ندارد، اما به نظر می‌رسد که نوجوانان با توجه به ویژگی‌هایی از قبیل عدم تعادل و بی‌ثباتی عاطفی، عدم تحمل شنیدن انتقاد و سرزنش، عدم تحمل ناکامیها، حالات یأس و ناامیدی، حالات رویانی و عاشق‌پیشگی، نگرانی نسبت به آینده تحصیلی، شغلی و اقتصادی، نیاز به

از لحاظ جنسی در فرد به وقوع می‌پیوندد و در نتیجه این تغییرات می‌تواند زمینه مساعدی را برای دگرگونیهای زیادی از لحاظ جنسی در فرد ایجاد کند (۸).

نوجوان به تغییرات جسمی حساس است و در این مرحله روزی چند بار در برابر آینه می‌ایستد و به تغییرات جسمانی و نافرینگی و عدم تناسب در رشد که ویژه نوجوانی است توجه زیادی دارد. تغییرات رشدی و نیاز به سازگاری با آن باعث می‌شود که نوجوانان به خصوصیات جسمانی خود توجه بسیاری کنند. رشد ناگهانی نوجوانان که شباهت به رشد تدریجی و منظم کودک خردسال ندارد، گاهی باعث می‌شود که نوجوان با خودش غریبه گردد. بنابراین تغییرات سریع جسمانی دوران بلوغ باعث می‌شود که نوجوان به دشواری بتواند به یک احساس ثبات درونی دست یابد، و زمان لازم است تا نوجوان این تغییرات را به صورت یک احساس هویت فردی انسجام دهد (۱۱).

بسیاری از بیماریها و اختلالات روانی در دوره نوجوانی بروز می‌کنند. بروز بسیاری از اختلالات شخصیت در دوره نوجوانی است. حدود ۲۰ درصد نوجوانان اختلال روانی قابل تشخیص دارند. اختلال انطباق از شایعترین این اختلالات هستند و اختلالات اضطراب و افسردگی نیز شایع است (۳).

براساس آنچه بیان شد، مشکلات عاطفی - ارتباطی در دوره نوجوانی، که یکی از حساسترین دوران زندگی از نظر عاطفی، هیجانی و ارتباطی است، می‌تواند نقش مهمی در خودکشی داشته باشد.

مهربانی و محبت، نیاز به قابلیت و احترام، نیاز به استقلال، نیاز به تشخیص و قدردانی، نیاز به مذهب و فلسفه حیات، نیاز به احساس هویت و شناخت خود، نیاز به داشتن هدفی مشخص در زندگی (۹)، در لحظه‌هایی از زندگی، که با مشکلات خاصی روبرو می‌شوند، بیشتر شکنندگی نشان می‌دهند و این در حالتی است که احساس می‌کنند راه برگشت ندارند.

همانطور که جاکوبس (۲) بیان داشته است، جوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند این احساس را دارند که تماسها و روابط صمیمی، گرم و سالمشان با دیگران قطع شده است. این انزوای تدریجی، در مورد اکثر آنها شامل این مراحل است: مسائل خانوادگی در کودکی، شکست فزاینده راهبردهای مورد استفاده برای حل مسائل و مرحله آخر، قطع زنجیره همه روابط اجتماعی تقویت کننده در هفته‌ها و روزهای پیش از اقدام به خودکشی.

موقعیهای بحرانی مساعد کننده خودکشی صورتهای مختلف دارد: شکستهای عشقی، ناسازگاری دایمی بین والدین و جدائی آنها، ظهور بیماری جسمی شدید و طولانی و طرد شدن از طرف یکی از اطرافیان (۱۰).

رشد و نمو غدد داخلی و ترشحات هورمونهای جنسی از ابتدای بلوغ که همزمان با شروع نوجوانی است، آغاز می‌گردد. بلوغ با ازدیاد هورمونها و تظاهرات بالینی آنها شروع می‌شود. علائق و رفتار جنسی در هر دو جنس طی دوره نوجوانی افزایش قابل ملاحظه پیدا می‌کند. اما میزان پاسخگویی به آن در جنس مذکر بیشتر است. در دوره‌های نوجوانی دگرگونیهای زیادی

age, perid and birth-cohort. Australia and Newzealand Journal of Psychiatry. 1991; 25,181-190.

6-Von-Knorrng-Al. Depression in children and adolescents. 1996 Journal of child psychology and psychiatryoct;111(8): 271-4.

۷- پاک سرشت، محمد جعفر و شکرکن، حسین.

بررسی مقدماتی خودکشی در استان خوزستان.

خلاصه مقالات دومین سمینار ارائه یافته‌های

پژوهشی علوم تربیتی و روان‌شناسی در استان

خوزستان ۱۶ و ۱۷ اسفند اهواز: دانشگاه شهید

چمران، ۱۳۷۳: ۱۷-۱۶.

۸- پاول هنری، ماسن و همکاران، جروم کیگان،

آلتاکارول هوستون، جان جین و کانجر. رشد و

شخصیت کودک. ترجمه مهشید یاسائی، چاپ

هشتم ۱۳۷۴، تهران. انتشارات سعدی، صفحات:

۵۷۲ و ۵۷۱.

۹- خدایاری فرد، محمد. مسائل نوجوانان و

جوانان، چاپ چهارم ۱۳۷۵، تهران، صفحات: ۱۶،

۱۷، ۴۰ و ۴۵.

۱۰- گنجی، حمزه. بهداشت روانی، تهران. نشر

ارسباران، بهار ۱۳۷۸، صفحات: ۱۵۶ و ۱۴۹.

۱۱- محمدیان، محمود. بلوغ... تولدی دیگر،

چاپ سوم، پائیز ۱۳۷۳، تهران. صفحات: ۳۴۵ و

۳۶۰.

۱۲- مساواتی آذر، مجید. آسیب‌شناسی اجتماعی

ایران (جامعه‌شناسی انحرافات): تبریز. انتشارات

نوبل، ۱۳۷۴، صفحه: ۴۶۳.

۱۳- مهربانی زاده هنرمند، مهناز. بررسی ویژگی‌های

جمعیت شناختی موارد ثبت شده خودکشی از

فروردین ۷۲ تا پایان خرداد ۷۶ در بیمارستانهای

رازی و آیت‌اله طالقانی اهواز. مجله تربیتی و

روانشناسی، ۱۳۷۶: ۳ (۴): ۱۳۴-۱۱۸.

علاوه بر عامل عاطفی - ارتباطی، مجموعه

تغییرات جنسی، جسمی و روانی که در نوجوان

اتفاق می‌افتد زمینه را برای اقدام به خودکشی

مساعد می‌کند. بنابراین همانطور که نتایج حاصل

از این پژوهش مشخص کرده است عامل ارتباطی

- عاطفی و عامل جنسی و جسمانی - روانی

مهمترین عوامل خودکشی نوجوانان در پژوهش

حاضر هستند.

باید اذعان کنیم این پژوهش دارای محدودیتهائی

بود که عنوان می‌گردد:

این پژوهش روی نمونه کوچکی از نوجوانان

اقدام کننده به خودکشی انجام گرفته است. در

تحقیقات بعدی می‌توان از نمونه‌های بزرگتر در

سطح شهرستان و استان استفاده نمود. به علت

گسترده‌گی طیف سطح اقتصادی - مالی خانواده‌ها

این خصوصیت در طرح منظور نگردید که خود

می‌تواند در تحقیقات آینده مد نظر قرار گیرد.

سطح سواد و اعتیاد والدین مورد بحث واقع نشده

است که می‌توان در تحقیقات بعدی منظور کرد.

#### منابع:

1- Davison, G. C. & Neale, Y.M. Abnormal Psychology: An Experimental Clinical Approach. John Wiley & Sons, Inc. NewYork. 1974; 275-477.

2-Jacobs D. & Klein, M. E. the Expanding role of psychological autopsies. In A. A leenaars (Ed.), Suicidology. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc. 1993.

3-Kaplan, H. L. & Sadock, B. J. Comprehensive Textbook of Psychiatry IV, Vol. 2. Williams Wilkins. London 1998: 67-68.

4-Roy, A. & Segal, N.L. Suicide in twins. Archives of General Psychiatry, 1991; 48:29-32.

5-Skegg, K. & Cox, B. Suicide in Newzealand. 1957-1986: The influence of