

همبودی نشانگان افسردگی و آشفتگی‌های روان‌شناختی با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی  
در دختران مناطق پرخطر

دکتر پروانه محمدخانی

پژوهش حاضر به بررسی همبودی (Comorbidity) افسردگی و آشفتگی‌های روان‌شناختی کلی با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران شهرهای کرمانشاه، همدان، ایلام و دره‌شهر اختصاص دارد. به همین منظور تعداد ۲۶۵۰ دانش‌آموز دختر به عنوان نمونه پژوهش از جامعه آماری دختران دانش‌آموز (۶۵۸۸۷ نفر)، نوجوان و جوان شهرهای مذکور (که دارای بالاترین نرخ خودکشی در بین کلیه شهرهای کشور در سال ۱۳۸۰ بودند)، طی دو مرحله با روش‌های نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای و تصادفی ساده انتخاب شدند (دامنه سنی ۱۴ تا ۲۱ سال با میانگین ۱۶/۲۷ و انحراف معیار ۱/۳۰). ابتدا آزمودنی‌ها به وسیله شاخص نشانگان افسردگی - خرده مقیاس خودکشی:

(*Depressive Symptom Index-Suicidality Subscale (DIS-SS)*)

مجموعه آزمون‌های غربالگری خودکشی مرکز مطالعات شیوع‌شناسی افسردگی:

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

(*Scale-Suicidality Screening Items*)

و همچنین یک مجموعه محقق ساخته ۴ آیتمی برای سنجش اقدام به خودکشی مورد سنجش قرار گرفتند و براساس نقاط برش تعیین شده گروه‌های انتحاری (دارای افکار خودکشی و سابقه اقدام به خودکشی) و غیرانتحاری (بدون افکار خودکشی یا افکار کم و بدون سابقه اقدام به خودکشی) شناسایی شدند. سپس بر مبنای مقیاس افسردگی از فهرست نشانگان تجدیدنظر شده ۹۰ آیتمی (*Symptom Checklist-Revised-90 (SCIR- 90)*)، همبودی نشانگان

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

افسردگی و آشفتگی‌های روان‌شناختی کلی با افکار و اقدام به خودکشی مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج نشان داد که افراد انتحاری در مقایسه با افراد غیرانتحاری به طور معناداری نشانگان افسردگی بیش‌تری داشتند، همچنین براساس آزمون‌های همواری، توازی برای همه مقیاس‌های SCL-90-R و آزمون سطوح (میانگین‌ها) برای سه شاخص آشفتگی روان‌شناختی کلی، تفاوت نیم‌رخ گروه‌ها معنادار بود. به این ترتیب با توجه به یافته‌های پژوهش نشانگان افسردگی و آشفتگی‌های روان‌شناختی کلی با افکار خودکشی و سابقه اقدام به خودکشی در افراد انتحاری همبندی داشتند.

**کلیدواژه‌ها:** آشفتگی‌های روان‌شناختی، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، نشانگان افسردگی، همبندی

#### مقدمه

رشد و گسترش آسیب‌های اجتماعی و روانی در جوامعی که حالتی انتقالی را طی می‌کنند امری گریزناپذیر است. شکی نیست که جامعه ایران امروز در حال طی دوران گذار است. این گذار که آن را از مرحله سنت به مدرنیته می‌نامند با مسائل و مشکلات خاص اجتماعی و فرهنگی توأم است (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۰). خودکشی یکی از این آسیب‌های اجتماعی است. (Shafer & Pfeffer, 1999) و اگر چه مشکلی تراژیک در سلامت عمومی محسوب می‌شود، بالقوه قابل پیش‌گیری است (Hoyert, Kochanek & Murphy, 1999).

رفتار انتحاری (Suicide behavior) که شامل طیفی از آرزوی مردن تا خودکشی کامل (Completed suicide) می‌شود معمولاً همراه غمگینی، ناامیدی، خشم و ناکامی اتفاق می‌افتد (Kaplan & Sadock, 2000). به دنبال مطالعه کلاسیک دورکیم در مورد خودکشی، تحقیقات گسترده و تا حدی ناهماهنگ بر موضوع خودکشی متمرکز شد. صرف نظر از

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

در منابع مختلف عوامل خطر خودکشی طبقه‌بندی شده‌اند.

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

در این میان شواهد قاطعی مبنی بر این وجود دارد که اختلالات روانی (خصوصاً اختلالات خلقی، اختلالات سوء مصرف مواد و رفتارهای ضد اجتماعی) در سبب‌شناسی رفتارهای انتحاری جوانان، دارای نقش اساسی است. شواهدی که از این نتیجه‌گیری حمایت می‌کنند بر گرفته از منابع زیر است: الف) مطالعات تشریحی روان‌شناختی (Psychological Autopsy) که شیوع اختلالات روانی را در افرادی که به علت خودکشی از بین رفته‌اند بررسی می‌کنند؛ و ب) پژوهش‌های کنترل موردی یا طولی که نرخ اختلالات روانی را در افراد دچار رفتارهای انتحاری و غیرانتحاری مقایسه می‌نماید (Beautrais, 2000).

محدودیت‌های روی‌کرد تشریح روان‌شناختی نیز آن است که گرچه به وضوح نرخ بالای اختلال روانی را در افرادی که به علت خودکشی از بین می‌روند ثابت می‌کند، قادر نیست برآورد کند که افراد دچار اختلال روانی در مقایسه با افراد فاقد اختلال روانی چه‌قدر احتمال دارد که اقدام به خودکشی کرده یا در اثر خودکشی از بین بروند. مطالعات موجود با وجود محدودیت‌های برشمرده، برآورد کرده‌اند که اختلال خلقی شایع‌ترین تشخیص همراه خودکشی است. در یک مطالعه روی جمعیت عمومی در ایالات متحده، ۴۵ درصد از قربانیان خودکشی تشخیص افسردگی اساسی را دریافت نمودند. مطالعات پی‌گیری بیماران افسرده حاکی از آن است که حدود یک مورد از ۶ مورد (۱۵ درصد) آن‌ها

بر اثر اقدام به خودکشی می‌میرند. اگرچه مردان افسرده بیش‌تر از زنان افسرده اقدام به خودکشی می‌کنند ولی زنان بطور کلی ۲ تا ۳ بار بیش‌تر از مردان اقدام به خودکشی دارند و نسبت ۱ به ۳ موارد خودکشی در زنان نسبت به مردان در سنین ۲۴-۱۵ سالگی تقریباً به نسبت ۱ به ۵/۵ افزایش می‌یابد.

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

مطالعاتی که تاکنون در ایران انجام یافته‌اند کماکان با این محدودیت‌ها مواجه است، هرچند برآوردها با مطالعات مشابه ذکر شده تقریباً برابر می‌باشند. برای مثال مطالعه پورشهباز، محمدخانی، معصومیان (۱۳۷۴) و قهرمانی (۱۳۷۵) با مراجعه به آمار قربانیان خودکشی نسبت‌های همسانی را برای اقدام به خودکشی زنان نسبت به مردان اعلام می‌دارند. اگر چه به طور کلی این تفاوت در مطالعه آن‌ها آشکار است که زنان بر اثر خودکشی به دلیل برگزیدن شیوه‌های خشن (خودسوزی) بیش‌تر فوت می‌کنند.

هدف مطالعه حاضر (با روش‌شناسی‌ای که محدودیت‌های برشمرده را در برنارد) بررسی همبودی نشانگان افسردگی و آشفتگی‌های روان‌شناختی کلی با افکار خودکشی و سابقه اقدام به خودکشی است. بنا به تعاریف موجود افکار خودکشی به افکار مربوط به آرزوی مردن، برنامه‌ریزی برای زمان و مکان و نحوه خودکشی و اثر آن بر دیگران اطلاق می‌شود و اقدام به خودکشی طیفی از آسیب رساندن غیرعمدی به خود تا اقدام جدی برای مردن را در برمی‌گیرد (Gunneil, 2000). در این پژوهش فرضیه همبودی معنادار نشانگان افسردگی و آشفتگی‌های روان‌شناختی کلی با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران جوان شهرهای در معرض خطر مورد آزمون قرار گرفت.

## ۱) روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان دختر شهرهای کرمانشاه، همدان، ایلام و دره‌شهر (که براساس داده‌های به ثبت رسیده مربوط به موارد خودکشی در سال ۱۳۸۰ بالاترین نرخ

خودکشی را در بین شهرها و استانهای کشور داشتند) (مرکز مطالعات اجتماعی وزارت کشور، ۱۳۸۰) بودند. از میان ۶۵۸۸۷ دانش آموز دبیرستان‌ها، مراکز پیش‌دانشگاهی، مدارس فنی - حرفه‌ای، کار و دانش و هنرستان‌ها، با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه تعداد ۲۶۵۰ نفر با رعایت نسبت‌ها (۴۶/۱۸ درصد از کرمانشاه، ۴۰/۹۲ درصد از همدان و ۱۲/۸۹ درصد از ایلام و دره‌شهر) در نظر گرفته شدند. ابتدا با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، مناطق آموزش و پرورش هر یک از شهرها و مدارس واقع در این مناطق تعیین و سپس با اخذ فهرست اسامی دانش آموزان در این مدارس با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد مورد نظر برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند (۱۳۱۲ نفر از کرمانشاه، ۹۴۰ نفر از همدان و ۳۹۸ نفر از ایلام و دره‌شهر با دامنه سنی ۱۴ تا ۲۱ سال).

#### ۱-۱) ابزار پژوهش

در این پژوهش از:

الف) شاخص نشانگان افسردگی - خرده مقیاس خودکشی (DSI-SS) متالسکی و جوینر (Metalsky & Joiner)، ۱۹۹۷، نقل از (Joiner et al., 2002):

ب) مجموعه آیت‌های غربالگر خودکشی مرکز مطالعات شیوع‌شناسی افسردگی (CED-SS) (Lewinsohn et al., 1996):

ج) مقیاس چهارآیتمی محقق ساخته برای سنجش اقدام به خودکشی؛

د) فهرست نشانگان تجدید نظر شده ۹۰ آیتمی (SCL-90-R) (Derogatis, 1992) و

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

DSI-SS از همبستگی درون آیتمی بالایی برخوردار بود. محاسبه ضریب آلفای DSI-SS یک فاکتور بزرگ را که هر ۴ آیتم قویاً روی آن قرار می‌گیرند به دست داده است

(All Loading > 0/75). همچنین ۴ آیتم غربالگر، یک مقیاس متجانس و دارای همسانی درونی را تشکیل می‌دهند (Joiner et al., 2002). الگوی همراهی مقیاس با نشانگان افسردگی، آشفتگی عاطفی کلی، سن، نوع شکایت فعلی و جنس شواهدی را برای اعتبار سازه به دست می‌دهد. همبستگی بین خودکشی و نشانگان افسردگی حدود ۰/۶ محاسبه شده است ( $P < 0.0001$ ).

پایایی DSI-SS در جمعیت ایرانی مورد مطالعه برای ۲۵۵۳ آزمودنی ۰/۸۹ به دست آمد. برای محاسبه ضریب روایی DSI-SS به محاسبه ضریب همبستگی دو آزمون DSI-SS و CED-SSI (که هر دو افکار خودکشی را ارزیابی می‌کنند) اقدام شد. ضریب همبستگی به دست آمده حاکی از روایی مناسب برای هر دو آزمون بود. همچنین ضریب همبستگی بین آیتم‌های مربوط به عقاید خودکشی، ۰/۵۶۱ ( $p < ۰/۰۰۱$ ) به دست آمد.

برای سنجش روایی سازه میادرت به محاسبه ضریب همبستگی بین پاسخ آزمودنی‌ها به آیتم شماره ۵۹ از آیتم‌های SCL-90-R (که بهترین شاخص برای سنجش ریسک خودکشی است) با سابقه اقدام به خودکشی و حضور افکار خودکشی شد. این ضریب در سطح معناداری نشان داد که DSI-SS به خوبی قادر به شناسایی و تفکیک افراد انتحاری و غیرانتحاری بود. مجموعه آیتم‌های غربالگر خودکشی برای تکمیل مقیاس مرکز مطالعات شیوع شناسی افسردگی (Radolff et al., 1977) ساخته شده است (لویسون و همکاران ۱۹۹۶، لویسون، ۱۹۷۷ به نقل از Joiner et al., 2002). نمرات ۰ تا ۳ برای هر پاسخ در مجموعه سؤال‌ها (مجموعاً از ۰ تا ۹) در نظر گرفته شده است. نمره دو بخشی نیز ساخته شده که در آن نمرات بالاتر از ۵ به معنای نمره بالا در خودکشی است. مشخص شده که در پیش‌بینی خودکشی در طی سال بعد، نمره برش ۵ در غربالگر ۴ آیتمی لویسون، دارای حساسیت ۸۱ درصد، ویژگی ۸۱ درصد، ارزش مثبت پیش‌بین ۷ درصد و ارزش منفی پیش‌بین ۱۰۰ درصد است.

SCL-90-R یک پرسش‌نامه خودگزارشی نشانگان است که الگوهای نشانگان روان‌شناختی افراد جامعه، مراجعین پزشکی و روان‌پزشکی را مورد سنجش قرار می‌دهد (Derogatis, 1992).

مقیاس افسردگی SCL-90-R دامنه وسیعی از افسردگی بالینی را منعکس می‌سازد. همبستگی بین نمرات این مقیاس با پرسش‌نامه ناامیدی بک (Beck et al., 1997; Beck, 1974) به عنوان شاهدهی برای سنجش روایی آن در نظر گرفته شد. زیرا براساس مدل شناختی افسردگی بک (Beck, 1997) تجربه یأس یا بدبینی شدید درباره آینده بخشی از مثلث شناختی (Cognitive triad) است که همراه دیدگاه منفی نسبت به خود و جهان وجود دارد. BHS در مورد دانش آموزان دبیرستانی و دیگر جمعیت‌های غیربیمار (De Wilde et al., 1993; Osman et al., 1985) بیماران روان‌پزشکی غیربستری (Brent et al., 1988) و بیماران روان‌پزشکی بستری (Goldston, 2000) به کار رفته است. علاوه بر مقیاس نشانگان افسردگی این فهرست، برای تحلیل نیمرخ افراد، میانگین کل عملکرد آزمودنی‌ها در ۹ مقیاس فهرست مذکور و همچنین سه شاخص شدت کلی به عنوان ملاکی برای سنجش آشفتگی‌های روان‌شناختی کلی در نظر گرفته شدند.

## ۲) نتایج پژوهش

ابتدا با توجه به پاسخ آزمودنی‌ها در خصوص سابقه اقدام به خودکشی افراد به دو گروه بی‌خطر (کسانی که اقدام به خودکشی را گزارش نداده بودند) و کم‌خطر (کسانی که یک‌بار اقدام کرده ولی نادم بودند) و بالاخره پرخطر (کسانی که بارها اقدام به خودکشی کرده و اظهار داشته بودند که بازهم مترصد اقدام هستند) تقسیم شدند و سپس نمرات آن‌ها در آیتم‌های مربوط به افکار خودکشی مورد بررسی قرار گرفت. (جدول شماره ۱)

همان‌گونه که از یافته‌ها استنتاج می‌شود افراد در گروه پرخطر یعنی کسانی که به دفعات اقدام به خودکشی کرده بودند، به طور معناداری نسبت به افراد در گروه بی‌خطر

حضور افکار خودکشی را به گونه مکرری گزارش دادند. آزمون مجذور خی ( $df=2$ ) و  $\chi^2=596/159$  یافته‌های فوق را در سطح  $p < 0/0001$  معنادار نشان داد. بدین ترتیب ۹۷/۷ درصد افراد غیر انتحاری (بدون سابقه اقدام به خودکشی) در گروه بی خطر (بدون افکار خودکشی) قرار گرفتند.

بر همین اساس شاخص‌های آمار توصیفی دو گروه غیرانتحاری و انتحاری در مقیاس افسردگی SCL-90-R محاسبه (جدول شماره ۲) و سپس از طریق آزمون تحلیل نیمرخ مورد مقایسه قرار گرفتند. شایان ذکر است که آزمون تحلیل نیمرخ برای سه شاخص شدت کلی (GSI)، شاخص علائم مثبت آشفتگی (PSDI)، کل علائم مثبت (PST)، به عمل آمد. زیرا شاخص‌های کلی به منظور انعطاف‌پذیری بیشتر ارزیابی کلی وضعیت آشفتگی روان‌شناختی ارائه شده‌اند و نشانگر سطوح آشفتگی روان‌شناختی و علامت‌شناسی می‌باشند و این موضوع برای قضاوت درباره نشانگان افسردگی به طور اختصاصی و آشفتگی روان‌شناختی به طور عام ارزشمند است. (محمدخانی و همکاران زیر چاپ).

---

Gobal severity Index (GSI)

Positive Symptom Distress Index (PSDI)

Positive Symptom Total (PST)



جدول ۱: همبستگی بین گزارش از افکار خودکشی و اقدام به خودکشی

جمع	افکار		وضعیت گزارش از افکار و اقدام خودکشی	
	با افکار	بدون افکار	افکار و اقدام به خودکشی	
۲۰۵۷	۴۷	۲۰۱۰	تعداد	کرمانشاه
			درصد درون اقدامی	
			درصد بین افکاری	
			درصد کل	
۳۸۱	۶۲	۳۱۹	تعداد	همدان
			درصد درون اقدامی	
			درصد بین افکاری	
			درصد کل	
۱۳۰	۷۳	۵۷	تعداد	ایلام و دره شهر
			درصد درون اقدامی	
			درصد بین افکاری	
			درصد کل	
۲۵۶۸	۱۸۲	۲۳۸۶	تعداد	کل
			درصد درون اقدامی	
			درصد بین افکاری	
			درصد کل	

براساس جدول زیر افراد انتحاری به تفکیک از شهرهای مورد مطالعه به طور معناداری از وجود نشانگان افسردگی در مقایسه با افراد غیرانتحاری گزارش داده بودند.

جدول ۲: مقایسه میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t در دو گروه انتحاری و غیرانتحاری

در شهرهای کرمانشاه، همدان، ایلام و دره شهر

شهرها	کرمانشاه			همدان			ایلام		
	میانگین	انحراف معیار	آزمون	میانگین	انحراف معیار	آزمون	میانگین	انحراف معیار	آزمون
انتحاری	۶۶/۳۸	۶/۹۰	۱/۸۵	۶۴	۸/۸۵	۱/۸۵	۶۶/۷۵	۶/۷۷	۱/۸۵
غیرانتحاری	۵۳/۷۲	۸/۵۳	۱/۸۵	۵۳/۷۹	۹/۶۸	۱/۸۵	۵۲/۰۴	۸/۸۵	۱/۸۵

$$p < 0/0001$$

در مرحله بعد جهت آزمون تحلیل تفاوت نیمرخ گروه‌ها از سه آزمون: الف) توازی نیمرخ‌ها، ب) همواری نیمرخ‌ها، و ج) سطوح (میانگین) نیمرخ‌ها استفاده شد.

جدول ۳: نتیجه تحلیل نیمرخ افراد در SCL 90.R برای آزمون توازی و همواری نیمرخ‌ها در

دو گروه انتحاری و غیرانتحاری در چهار شهر کرمانشاه، همدان، ایلام و دره شهر

شهرها	آزمون	لامبدای ویلکس	F
کرمانشاه	توازی نیمرخ‌ها	۰/۸۰۱	۳۶/۱۹
	همواری نیمرخ‌ها	۰/۹۴۲	۹/۰۳
همدان	توازی نیمرخ‌ها	۰/۸۰۴	۲۴/۹۶
	همواری نیمرخ‌ها	۰/۹۳۷	۶/۸۵
ایلام و دره شهر	توازی نیمرخ‌ها	۰/۸۱۹	۹/۰۵۹
	همواری نیمرخ‌ها	۰/۹۲۶	۳/۲۷۸

تمامی مقادیر F در سطح  $p < 0/0001$  معنی دار است.

با توجه به نتایج جداول فوق می‌توان استنتاج کرد که نیمرخ آشفتگی روان‌شناختی در دو گروه انتحاری و غیرانتحاری در SCL-90-R موازی نبودند. بدین معنی که گروه انتحاری از نشانگان بیش‌تری در رنج بودند.

جهت بررسی تفاوت سطوح (میانگین‌های) دو گروه انتحاری و غیرانتحاری در SCL-90-R نیز از روش تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج در جدول زیر منعکس است.

همین مقایسه‌ها برای گروه‌های انتحاری و غیرانتحاری بر مبنای گزارش آزمودنی‌ها از سابقه اقدام به خودکشی نیز مؤید وجود نشانگان افسردگی و به طور کلی آشفتگی‌های روان‌شناختی در افراد انتحاری بود (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۲). شایان ذکر است که نمرات افراد انتحاری در مقیاس نشانگان افسردگی در معادله رگرسیون بیش‌ترین تبیین‌گر افکار خودکشی و اقدام به خودکشی بود.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت سطوح (میانگین‌های) دو گروه انتحاری و غیرانتحاری در ۳ شاخص کلی به تفکیک شهرهای مورد مطالعه

شهرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F
کرمانشاه	عرض از مبدأ	۱	۱۱۸۶۹۲۸/۷	۵۳۶۳/۸۴۰
	گروه‌ها	۱	۱۳۷۶۸/۱۴۳	۶۲/۲۲۰
	خطا	۵۸۵	۲۲۱/۲۸۳	-
سمنان	عرض از مبدأ	۱	۱۱۳۵۷۴۵	۴۳۲۹/۵۱۱
	گروه‌ها	۱	۱۰۶۴۰۲۷۲	۴۰/۵۶۱
	خطا	۴۳۳	۲۶۲/۳۲۶	-
ایلام و دره شهر	عرض از مبدأ	۱	۳۳۶۰۸۷۴۱	۱۷۰۶/۳۶۳
	گروه‌ها	۱	۷۰۸۶۸۷۳	۳۳/۰۳۲
	خطا	۱۶۷	۲۱۴/۵۴۲	-

تمامی مقادیر F در سطح  $p < 0.001$  معنی‌دار است.

### ۳) نتیجه گیری و بحث

همان طوری که شرح آن گذشت، این پژوهش با هدف بررسی همبودی نشانگان افسردگی و آشفتگی های روان شناختی کلی با افکار و اقدام به خودکشی در دختران شهرهایی صورت گرفت که بیشترین موارد خودکشی را در سال ۱۳۸۰ داشتند. یافته های پژوهش نشان داد که افراد انتحاری (افراد دارای بیشترین افکار خودکشی و سابقه اقدام به خودکشی) به طور معناداری نسبت به افراد غیرانتحاری (افرادی که افکار مربوط به خودکشی را گزارش نداده و سابقه اقدام به خودکشی را هم اظهار نداشته بودند) از نشانگان افسردگی و آشفتگی های روان شناختی بیش تری رنج می برند.

چنانچه ذکر شد، مطالعات بسیاری شواهد قاطعی مبنی بر این که اختلالات خلقی به ویژه افسردگی در سبب شناسی رفتارهای انتحاری نقش اساسی دارند ارائه داده اند. لیکن این شواهد بر گرفته از مطالعات تشریحی روان شناختی و پژوهش های کنترل موردی یا طولی است که هر دو نرخ اختلالات روانی را در افراد انتحاری گزارش داده اند. همان گونه که توصیف شد محدودیت های روی کرد تشریح روان شناختی آن است که گرچه به وضوح نرخ بالای اختلال روانی را در افرادی گزارش داده اند که در اثر خودکشی فوت کرده اند اما قادر نیستند برآورد کنند که افراد دچار اختلال روانی در مقایسه با افراد فاقد اختلال روانی چه قدر احتمال دارد که اقدام به خودکشی کنند. این داده ها بیشتر قادر به برآورد ابتلای افراد خودکشی کننده به اختلالات روانی هستند. برای مثال مرور هفت پژوهش تشریحی روان شناختی (Beautrais, 2000) نشان داد که چنانچه مطالعات دارای طرح پژوهشی دقیق، و معیارهای تشخیصی قاطع و تعریف شده باشند، برآورد نرخ اختلالات روانی در قربانیان خودکشی از ۹۰ درصد فراتر خواهد رفت. یک مطالعه در سن دیاگو نشان داد که تشخیص اختلالات خلقی و مغزی عمدتاً در میان افراد خودکشی کننده ۳۰ سال به بالا دیده می شد درحالی که خودکشی کننده های زیر ۳۰ سال بیش تر مبتلا به اختلالات مصرف مواد و اختلال شخصیت ضداجتماعی بودند (Kaplan & Sadock, 2000)

با وجود این یافته‌ها، باید اذعان داشت که اگرچه این مطالعات با یک مسئله مهم و اساسی مربوط به سلامت روانی سروکار داشته‌اند ولی هیچ یک ارزش پیش‌گیری نداشته و نمی‌توان از یافته‌هایشان در سیستم مراقبت اولیه سود برد. در حالیکه اکثراً درمان افسردگی تحت این شرایط صورت می‌گیرد (Dobson, 2000) و در این مطالعه نشان داده شد که نشانگان افسردگی در افراد انتحاری به‌طور معناداری بالاتر از افراد غیر انتحاری است. بنابراین تنها با مطالعاتی نظیر آنچه در این گزارش ذکر آن رفت می‌توان در مورد استراتژی‌های پیش‌گیرانه از یک سیستم مراقبت اولیه سود برد و یافته‌ها را به نفع سلامت عمومی جامعه به کار برد، چه همان‌طوری که مکرراً بحث شده است فواید اقتصادی روش‌های پیش‌گیری به مراتب مقرون به صرفه‌تر و عاقلانه‌تر هستند و خودکشی اگرچه مشکل غم‌انگیز سلامت عمومی است، بالقوه قابل پیش‌گیری می‌باشد.

- ۱- محمدخانی، پروانه؛ محمدی، محمدرضا؛ رضایی دوگانه، ابراهیم؛ نظری، محمدعلی، بررسی همه گیرشناسی افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، عوامل زمینه ساز و آشکار ساز خودکشی در دختران نوجوان و جوان مناطق پرخطر ایران (۱۳۸۲)، از پژوهش‌های مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری
- ۲- پورشهباز، عباس؛ محمدخانی، پروانه، معصومیان، حسام‌الدین (۱۳۷۴). گزارش فرایند طرح تدوین برنامه عملیاتی پیشگیری از خودکشی در استان ایلام؛ معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی.
- ۳- توکلی فر، علی (۱۳۷۶). بررسی علل اقدام به خودکشی (سی نفر از مردان بستری در بیمارستان جابر انصاری تهران)، طرح پژوهشی دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم اجتماعی.
- ۴- گزارش تحلیل آماری وضعیت خودکشی در استان ایلام طی سه ماهه اول سال ۸۰ و ۸۱، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی استان ایلام
- 1- Beautrais, Annete L. (2000) "**Risk Factors for Suicide Among Young People.**" Australian & New Zealand Journal of Psychiatry; Vol. 34:420-436
- 2- Beck AT, Weissman A, Lester O. & Texler L (1974). "**The Measurement of Pessimism: The Hoplessness Scale.**" Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol 42: 861-885.
- 3- Beck, AT; Brown, G. and Steer, Robert (1997) "**Psychometric Characteristics of the Scale for Suicide Ideation with Psychiatric Outpatients,**" Journal of Behavior Research And Therapy; Vol. 35 1039-1046
- 4- Brent DA, Perper JA, Goldstein CE et al. (1988). "**Risk Factors for Adolescent Suicide. A Comparison of Adolescent Suicide Victims with Suicidal Inpatients.**" Archives of General Psychiatry; Vol. 45: 581-588.
- 5- Brent D.A. (1995) "**Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior: Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress.**" Suicide and Life-Threatening Behaviour; Vol. 25 52-63.

- 6- De Wilde FJ, Kienhorst CMW, Diekstra RFW, Wolters WHG. (1992). **"The Relationship Between Adolescent Suicide Behavior and Life Events in Childhood and Adolescence."** American Journal of Psychiatry. Vol. 149: 45-51.
- 7- Derogatis, Leonard R. (1992) SCL-90-R; **"Administration, Scoring & Procedure Manual- II, Clinical Psychometric Research."** U.S.A
- 8- Dobson, Keith(2001). **"Handbook of Cognitive Behavioral Therapy,"** Second edition, The guilford press Ny. U.S.A
- 9- Goldston, David B (2000) **"Assessment of Suicidal Behavior and Risk Among Children and Adolescent,"** Wake Forest University School of Medicine, England.
- 10- Gunneil, J. David, (2000). **"The Epidemiology of Suicide."** International Review of psychiatry, Vol. 2: 24 26
- 11- Hoyert DL, Kochanek KD, Murphy SL. (1999). **"Deaths: Final Data for 1997."** National Vital Statistics Report, 47( 19). DHHS Publication No. 99-1120. U.S.A.
- 12- Joiner, T. E; Pfaff, J. J. and Acres, J. G (2002) **"A Brief Screening Tool For Suicidal Symptoms in Adolescent and Young Adults in General Health Setting," Reliability and Validity Data from the Australian National Practive Youth Suicide Prevention Project,** Journal of Behavior Research and Therapy, vol, 40 471-481.
- 13- Kaplan, H; Sadock, V. J. (2000) **"Comprehensive Textbook of Psychiatry,"** Seventh Edition, Vol, 2, Lippincott William & Willkins, USA.
- 14- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J. (1996). **"Adolescent Suicidal Ideations and Attempts: Prevalence, Risk Factors and Clinical Implication."** Clinical psychology: Science and practice, vol, 3: 25 46
- 15- Merck (2002) **"The Merck Manual of Diagnosis and Therapy."** Sec.15,ch.190.Suicidal Behavior. Gary Zelko publisher, U.S.A. <http://www.statref.com>
- 16- Mohammadkhani, P. Mohammadi, MR. Doghaheh, R.E. Nazari, M.A 25<sup>th</sup> / April 2004, **"Psychological Profile of Suicide Ideatos and Suicide Attempters"** (under publishing).

- 17- National Center for Health Statistics (Center for Disease Control and Prevention) (2000), "**Death rates for 72 Selected Causes,**" by 5-year age **Groups, Race, and Sex:** Unites States, 1979-1997. Web site: <http://www.cdc.gov/chs/datawh/statab/unpubd/mortabs.htm>.
- 18- Osman, Augustine; Beverly, A. Kopper; Linehan, Marsha; Barrios, Francisco; Gutierrez, Peter (1999). "**Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Reasons for Living Inventory in an Adoult Psychiatric Inpatient Sample,**" Psychological Assessment, Vol. 11, No. 2. 115-123.
- 19- Radloff, L.S.(1977). The CES-D scale: "**A Self- Report Depression Scale for Research in General Population.**" Applied Psychological Measurement, vol. 1: 385-401.
- 20- Shaffer, David & Pfeffer , Cynthia R. (2001) "**Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior.**" Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry, vol.40: 24 57.