

همه‌گیرشناسی افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران مناطق پرخطر ایران

دکتر پروانه محمدخانی*

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 ۱۳۸۰ به ثبت رسانده بودند شناسایی شدند. سپس از ۶۵۸۸۷ دانش‌آموز مؤنث مناطق مذکور در دو مرحله با روش‌های نمونه‌گیری خوشه‌ای و نمونه‌گیری تصادفی ساده ۲۶۵۰ نفر در مطالعه شرکت داده شدند (دامنه سنی ۱۴ تا ۲۱ سال با میانگین سنی ۱۶/۲۷ و انحراف معیار ۱/۳۰). به منظور جمع‌آوری داده‌ها از:

الف) پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی.

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

ج) آیتیم‌های غربالگر مقیاس خودکشی مرکز مطالعات همه‌گیرشناسی خودکشی (The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) Scale-Suicidality Screening Items (SSI)

د) یک مجموعه چهار آیتیمی محقق ساخته برای سنجش اقدام به خودکشی، استفاده شد.

با توجه به نقاط برشی که برای هر یک از نمرات در شاخص‌های ذکر شده تعیین شده بود شیوع نقطه‌ای افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در مناطق تحت مطالعه، برآورد شد. بر اساس یافته‌های پژوهش، بالا بودن میزان افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در شهرهای مطالعه شده، پرداختن به برنامه‌های پیش‌گیری را ضرورت می‌بخشد.

* روان‌شناس، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی. <Parmohamir@yahoo.com>

کلید واژه‌ها: افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، دختران جوان

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۸/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۷/۵

مقدمه

طیف رفتار خودکشی دارای دامنه‌ای از فکر خودکشی، تهدید به خودکشی و اقدام به خودکشی، تا خودکشی کامل است (Shaffer & pefeffeffer, 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 (sadock & sadock, 2000). اقدام به خودکشی به عملی اطلاق می‌شود که در آن فرد اقدام به نابودی خود می‌کند (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، عموماً 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 ۲۰ درصد افرادی که اقدامشان «ژست خودکشی» شناسایی شده طی یک‌سال بعد مجدداً دست به خودکشی زده که ۱۰ 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 ۱ تا ۲ 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 ۲۰ عمر به بالاترین حد می‌رسد (Shaffer & Pfeffer, 2001).

طی چهل سال گذشته، میزان خودکشی جوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله از ۲/۷ نفر در ۱۰۰ هزار نفر (در سال ۱۹۵۰) به ۱۱/۳ نفر در ۱۰۰ هزار (در سال ۱۹۸۸) رسید (saddock & saddock, 2000). در حال حاضر خودکشی در بین کودکان دومین علت مرگ است. خودکشی در جوانان ۱۵ تا ۲۴ 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 (Gilliond & James, 1993).

امکان خودکشی، فکری است که نه تنها به ذهن افراد افسرده بلکه به ذهن بسیاری دیگر خطور می‌کند. مرگ ۲۰۰۲ در مطالعاتی که بر روی جمعیت عمومی ۹ تا ۱۸ ساله انجام گرفت، میزان شیوع را از ۲۶ درصد (افکار مرگ) تا ۲ درصد (تفکر زیاد درخصوص

از بین بردن خود) و میزان اقدام را برابر $3/4$ درصد برآورد کرده است. هم‌چنین مطالعه پیکل و همکارانش در ۱۹۸۴ بر روی بیش از ۷۰۰ نفر نشان داد که تقریباً ۱۰ 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، ۲ درصد درباره خودکشی فکر کرده بودند یا جداً خودکشی را در نظر داشتند و ۶ درصد اقدام به خودکشی کرده بودند. مطالعات دانش‌آموزان دبیرستانی ۱۵ تا ۱۸ ساله نیز نشان داد که میزان عقاید خودکشی ۶۰ درصد و میزان اقدام به خودکشی ۱۰ درصد است (sarason, 1987).

به طور کلی در ایالات متحده آمریکا سالانه حدود ۲ میلیون نوجوان اقدام به خودکشی می‌کنند و قریب ۲۰۰۰۰۰ نفر به علت اقدامشان تحت توجه قرار می‌گیرند. هم‌چنین ۴۰ تا ۵۰ درصد اقدام‌کنندگان جوان و بزرگسالان دارای ژست خودکشی بوده یا سابقه اقدام قبلی دارند. گزارش شده است که ۲۷ درصد کودکان ۱۴ ساله و جوان‌تر دارای افکار خودکشی بوده یا ۲۴ ساعت قبل از مرگشان دست به اقدام زده‌اند (saddock & saddock, 2000). در سال ۱۹۹۷ در ایالات متحده آمریکا نوجوانان ۱۰ تا ۱۴ ساله، ۷ درصد جمعیت عمومی را تشکیل می‌دادند، اما خودکشی در این گروه ۱ درصد کل موارد خودکشی (۳۳۰ کودک) را شامل می‌شد. در خصوص گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال نیز میزان مرگ و میز ناشی از خودکشی معادل $9/5$ در ۱۰۰ هزار (۶ 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 (۶ درصد). مرگ و میز ناشی از خودکشی در سنین ۲۰ تا ۲۴ سال $13/6$ در ۱۰۰ هزار بود. این گروه سنی، در حالی که ۸ درصد از کل موارد خودکشی را به خود اختصاص داده بودند در حالیکه ۷ درصد جمعیت کلی را شامل می‌شدند (Shaffer & Pfeffer, 2001).

درحالی که زنان ۲ تا ۳ بار بیش‌تر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند، اما مردان در

اقدام‌هایشان بیشتر مستعد مردن هستند (Merck, 2002, Sadock & sadock, 2000, Gilliland & James, 1993). در ایالات متحده نسبت خودکشی دختران به پسران در کودکان، ۳ به ۱ اما پس از این سنین میزان خودکشی پسران به سرعت افزایش می‌یابد؛ به طوری که در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال این نسبت، ۴/۵ به ۱ و در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال و بیش‌تر، ۶ به ۱ 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 سبب‌سازی چون اختلافات خانوادگی و زناشویی، درگیری با بستگان، بی‌کاری و اختلالات روان‌شناختی اشاره شده است (محسنی، ۱۳۶۶). آمار خودکشی در استان‌های مختلف کشور ایران تفاوت محسوسی با یکدیگر دارند. هر چند تاکنون مطالعات علمی و نظام‌دار 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 ۱۳۷۴ پورشهباز، محمدخانی و معصومیان در مطالعه‌ای در استان ایلام بر روی جمعیت ۱۵ تا ۲۴ 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 آن که آنان از روش خودسوزی بیش از سایر روش‌ها استفاده می‌کنند. مطالعه‌ای دیگر (حیدری، ۱۳۷۶) در یکی از استان‌های کشور، نشان داد که هرچند میزان اقدام به خودکشی با رقم ۱۸۵ در صدهزار نفر در مقایسه با آمار بین‌المللی که به رقمی بین ۱۰۰ تا ۳۰۰ 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 ۱۱ تا ۱۵ 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 نزدیک‌تر 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 دقیق‌تر و انجام مداخله‌های پیش‌گیرانه، بتوان میزان ملی خودکشی را کاهش داد.

(۱) 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 ۱۳۸۰ 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 ۳۱/۲۹، ایلام با ۲۸/۹۴ و همدان با ۲۸/۰۶ 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 استان‌ها جمع‌آوری شد و به استناد داده‌های هر یک از استان‌های مذکور، دختران ۱۴ تا ۲۱ ساله چهار شهر کرمانشاه، همدان، ایلام و دره‌شهر از دبیرستان‌ها، مراکز پیش‌دانشگاهی، مدارس فنی - حرفه‌ای، کار و دانش و هنرستان‌ها (۶۵۸۸۷ نفر) در طرح پژوهش قرار گرفتند.

از میان مناطق ۱، ۲، ۳ آموزش و پرورش شهر کرمانشاه با ۳۲۵۸۶ نفر، نواحی ۱ و ۲ آموزش و پرورش شهر همدان با تعداد ۲۳۴۲۸ نفر و آموزش و پرورش شهرهای ایلام و

دره شهر با تعداد ۱۰۰۰۰ نفر و رعایت نسبت‌های ۴۶/۱۸ درصد، ۴۰/۹۲ درصد، و ۱۲/۸۹ درصد، در هریک از آن‌ها، تعداد ۲۶۵۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند که این تعداد با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، با مراجعه به فهرست اسامی دانش‌آموزان در هر یک از مناطق، در پژوهش شرکت داده شدند (۱۳۱۲ نفر از کرمانشاه، ۹۴۰ نفر از همدان، ۳۹۸ نفر از ایلام و دره شهر).

در این پژوهش با توجه به اهداف آن در کنار پرسش‌نامه‌های متغیرهای جمعیت‌شناختی: الف) شاخص نشان افسردگی - خرده مقیاس خودکشی (DSI-SS) (Joiner et al, 2002)، ب) مجموعه بخش‌های مقیاس غربال‌گر خودکشی مرکز مطالعات همه‌گیرشناسی خودکشی (CED-SSI) (Lewinsohn et al, 1996).

ج) مقیاس چهار بخشی محقق ساخته برای ارزیابی نرخ اقدام به خودکشی، استفاده شد. DSI-SS یک پرسش‌نامه «خودگزارشی» چهار بخشی، درخصوص افکار و عقاید خودکشی است که فراوانی و شدت افکار و تکانه‌های خودکشی را طی دو هفته گذشته با نمره برش ۳ مشخص می‌کند (Joiner et al, 2002). نمرات این بخش در طیفی از ۱ تا ۳ و برای کل پرسش‌نامه از ۰ تا ۱۲ 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 ۰/۶۰ و بین DSI-SS و پرسش‌نامه سلامت عمومی ۱۲ سؤالی (GHQ12)، ۰/۴۹ 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، ۰/۵۶ 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 ۳ به دست آوردند؛ این گروه هم‌چنین از حضور افکار خودکشی بیش‌تر گزارش داده بودند (جدول شماره ۱).

جدول ۱: آزمون مجذور خی برای مقایسه حضور افکار خودکشی برحسب اقدام به خودکشی

اقدام به خودکشی						گروه‌ها
پرخطر		کم‌خطر		بی‌خطر		
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	مقیاس‌ها
۴۳/۸	۵۷	۸۳/۷	۳۱۹	۹۷/۷	۲۰۱۰	افکار و عقاید دارای سابقه اقدام خودکشی
۵۶/۲	۷۳	۱۶/۳	۶۲	۲/۳	۴۷	بدون سابقه اقدام خودکشی
$X^2=596/159$		df=۲		$P \leq 0/0001$		

هم‌چنین در خصوص محاسبه روائی سازه، همبستگی بین پاسخ به بخش شماره ۵۹ پرسش‌نامه SCL-90-R - که در راهنمای این آزمون به عنوان بهترین شاخص برای سنجش خطر خودکشی معرفی شده است - (Derogatis, 1992) با اقدام به خودکشی و افکار خودکشی محاسبه شد. نتایج حاصل از محاسبات، همه ضرایب را معنادار نشان داد (جدول شماره ۲) (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۲).

جدول ۲: مقادیر همبستگی آیت ۵۹ از SCI-90-R با سابقه اقدام و وجود افکار خودکشی

سطح معناداری	همبستگی اسپیرمن	بخش ۵۹ از SCL-90-R
$P < 0/001$	۰/۳۰۸	اقدام به خودکشی
$P \leq 0/0001$	۰/۵۰۴	افکار خودکشی

پرسش‌نامه CED-SSI مکمل و مبتنی بر مقیاس مرکز مطالعات شیوع‌شناسی افسردگی (CES-D/ The Center for Epidemiologic Studies-Depression) است (Radloff, 1997., Lewinsohn et al, 1996). این مجموعه چهار بخشی یک نمره کلی به دست می‌دهد که در آن نمرات بالاتر از ۵ به معنای خطر افزوده خودکشی است. در ۱۹۹۵ روبرتز و چن (Goldston, 2000) همبستگی بالایی ($r=0/70$) را بین نمرات حاصل از پاسخ‌های آزمودنی‌ها به غربال‌گر لوینسون و نمرات کلی CES-D گزارش می‌دهند. مشخص شده است که در پیش‌بینی خودکشی، طی سال بعد، نمره برش ۵ در غربال‌گر چهار بخشی لوینسون، دارای حساسیت ۸۱ درصد، ویژگی ۸۱ درصد، ارزش مثبت پیش‌بین ۷ درصد، و ارزش منفی پیش‌بین ۱۰۰ درصد است (Goldston, 2000).

در پژوهش حاضر پرسش‌نامه محقق ساخته، یک پرسش‌نامه چهار بخشی بود که برای سنجش سابقه اقدام به خودکشی تهیه شد. این پرسش‌نامه نیز سابقه اقدام به خودکشی را از یک اقدام تکراری تا اقدام‌های مکرر و حتی قصد اقدام در آینده ارزیابی می‌کرد. برای محاسبه روایی این مقیاس نیز به محاسبه ضریب همبستگی آن با پرسشی 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 ($\alpha=0/92$).

۲) 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 ۳ فراوانی و درصد فراوانی پاسخ آزمودنی‌های تحت مطالعه را به هر یک از بخش‌های CED-SSI نشان می‌دهد.

جدول ۳: فراوانی و درصد فراوانی پاسخ آزمودنی‌ها به هر یک از آیتم‌های CED-SSI

شماره آیتم‌ها	آیتم‌های CED-SSI	گزینه‌ها			
		هرگز	گاهی اوقات	اغلب اوقات	همیشه
۱	طی هفته گذشته افکاری دربارهٔ مردن فراوانی	۱۹۳۹	۴۴۶	۱۳۸	۱۱۶
	درصد	۷۳/۵	۱۶/۹	۵/۲	۴/۴
۲	طی هفته گذشته احساس می‌کردم اگر بمیرم، برای خانواده و دوستانم بهتر خواهد بود	۱۹۵۴	۳۸۹	۱۲۹	۱۶۰
	درصد	۷۴/۲	۱۴/۸	۴/۹	۶/۱
۳	طی هفته گذشته دربارهٔ از بین بردن خودم فکر کردم	۲۲۷	۲۰۰	۸۲	۶۰
	درصد	۸۶/۹	۷/۶	۳/۱	۲/۳
۴	طی هفته گذشته احساس می‌کردم اگر راهی را بلد بودم، خودم را از بین می‌بردم	۲۲۸۸	۱۸۳	۶۸	۸۱
	درصد	۸۷/۳	۷	۲/۶	۳/۱

همان‌گونه که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود، با احتساب نمرهٔ برش ۳ در DSI-SS، ۷۷/۱ درصد افراد مطالعه شده نمرات پایین‌تر و ۲۲/۹ درصد آزمودنی‌های پژوهش حاضر، نمره بالاتر از نمره برش به دست آوردند.

جدول ۴: توزیع فراوانی جمع کل نمرات آزمودنی‌ها در DSI-SS

نمره	فراوانی	درصد فراوانی مطلق	درصد فراوانی تراکمی
۰	۱۵۷۳	۵۸/۱	۶۱/۶
۱	۲۷۹	۱۰/۳	۷۲/۵
۲	۱۱۷	۴/۳	۷۷/۱
۳	۶۲	۲/۳	۷۹/۶
۴	۱۲۲	۴/۵	۸۴/۳
۵	۹۷	۳/۶	۸۸/۱
۶	۱۳۷	۵/۱	۹۳/۵
۷	۵۷	۲/۱	۹۵/۷
۸	۴۶	۱/۷	۹۷/۵
۹	۳۳	۱/۲	۹۸/۸
۱۰	۱۷	۰/۶	۹۹/۵
۱۱	۸	۰/۳	۹۹/۸
۱۲	۵	۰/۲	۱۰۰
کل	۲۵۵۳	۹۴/۳	
نامشخص	۱۵۵	۵/۷	
جمع کل	۲۷۰۸	۱۰۰	

هم‌چنین با توجه به نمرهٔ برش ۵ برای CEIS SI (جدول ۵)، ۹۱/۶ درصد افراد مطالعه شده، پایین‌تر از این نقطه و ۸/۴ درصد افراد، بالاتر از آن قرار گرفتند. آزمون مجذور خی تفاوت معناداری بین دو روش برآورد خودکشی به دست نداد.

جدول ۵: توزیع فراوانی جمع کل نمرات آزمودنی‌ها در CED-SSI

نمره	فراوانی	درصد فراوانی مطلق	درصد فراوانی تراکمی
۰	۱۵۸۴	۵۸/۸	۶۰/۸
۱	۳۸۸	۱۴/۳	۷۵/۷
۲	۱۵۷	۵/۸	۸۱/۷
۳	۱۶۵	۶/۱	۸۸/۱
۴	۹۱	۳/۴	۹۱/۶
۵	۴۷	۱/۷	۹۳/۴
۶	۵۰	۱/۸	۹۵/۳
۷	۲۹	۱/۱	۹۶/۴
۸	۲۵	۰/۹	۹۷/۴
۹	۱۶	۰/۶	۹۸
۱۰	۱۴	۰/۵	۹۹
۱۱	۱۴	۰/۵	۹۹
۱۲	۲۵	۰/۹	۱۰۰
کل	۲۶۰۵	۹۶/۲	
نامشخص	۱۰۳	۳/۸	
جمع کل	۲۷۰۸	۱۰۰	

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 ۱۸۴ نفر معادل ۷ 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 بیش‌تر گزارش شده بود).

همان‌گونه که ذکر آن رفت شیوع نقطه‌ای اقدام به خودکشی براساس پاسخ آزمودنی‌ها به مقیاس چهار بخشی محقق ساخته، برآورد شد. براساس این مقیاس ۷۹/۵ درصد از آزمودنی‌های تحت مطالعه گزارش دادند که هرگز اقدامی برای از بین بردن خود نکرده‌اند؛ ۱۵/۱ درصد اعلام کردند که تمایل به این کار داشته ولی اقدامی در این باره صورت نداده‌اند؛ ۲/۹ درصد گزارش کردند که برای خودکشی اقداماتی کرده‌اند؛ و بالاخره ۲/۵ 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 ۲/۹ و ۲/۵ درصدی فوق، نرخ اقدام به خودکشی در شهرهای مطالعه شده ۵/۴ درصد تعیین شد. شایان ذکر است که برحسب داده‌های به دست آمده از آزمون خنجرافادی 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.

۳) بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که شرح آن رفت مطالعه حاضر به برآورد میزان شیوع نقطه‌ای 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 ۷ درصد و شیوع سابقه اقدام به خودکشی ۵/۴ درصد برآورد شد. اگر چه این میزان بسیار پایین‌تر از میزانی است که در مطالعات دیگر به ثبت رسیده است [۲ تا ۲۶ درصد برای افکار خودکشی در افراد ۹ تا ۱۸ سال (saddock & sadock, 2000)، ۶۰ درصد برای افکار خودکشی و ۱۰ 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 گانبل در سال ۲۰۰۰ اظهار می‌دارد که در کشورهای توسعه یافته ۱ تا ۲ 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 جیلیانند 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 ۲۰ به بالاترین حد می‌رسد. گستردگی 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 ۲۰۰۰ که اظهار می‌دارد سالانه از ۲۰۰ هزار مورد اقدام به خودکشی در ایالات متحده، ۱۰ 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 ۷ درصد و اقدام به خودکشی ۵/۴ درصد است و همچنین با اذعان به این حقیقت که حداقل ۱۰ درصد این افراد سرانجام به خودکشی کامل اقدام خواهند کرد (saddock & sadock, 2000)، می‌توان میزان مرگ ناشی از خودکشی در این شهرها را برآورد کرد و بر این اساس مداخله‌های قریب‌الوقوعی را تدارک دید.

References

منابع

- ۱- پورشهباز، عباس؛ محمدخانی، پروانه؛ معصومیان، حسام‌الدین (۱۳۷۴). گزارش فرایند طرح تدوین برنامه عملیاتی پیشگیری از خودکشی در استان ایلام، تهران: معاونت پیش‌گیری سازمان بهزیستی.
- ۲- حیدری پهلویان، احمد (۱۳۷۶). وضعیت روانی، اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان، فصلنامه اندیشه و رفتار. سال سوم، شماره ۱ و ۲.
- ۳- محسنی، منوچهر (۱۳۶۶). انحرافات اجتماعی. تهران: انتشارات مروی.
- ۴- محمدخانی، پروانه؛ محمدی، محمدرضا؛ رضایی دوگانه، ابراهیم؛ نظری، محمدعلی (۱۳۸۲). بررسی همه‌گیرشناسی افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، عوامل زمینه‌ساز 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, 24-26
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 & Wilkins. 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>.