

## Study on Psychological Risk Factors of Attempting Suicide among Iranian University Students

## بررسی عوامل روان‌شناختی اقدام به خودکشی در دانشجویان ایرانی

Ali Hoseinā'ī, M.A.  
Tarbiyat-e Mo'allemin University

علی حسینیایی  
عضو هیئت علمی جهاد دانشگاهی واحد تربیت معلم  
hosseinaiyf@yahoo.com

AliRezā Morādi, Ph.D.  
Department of Psychology, Tarbiyat-e Mo'allemin University  
moradi90@yahoo.com

دکتر علی‌رضا مرادی  
دانشیار دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تربیت معلم

Abd-ol-Karim Pazhoomand, Ph.D.  
Department of Psychology,  
Beheshti University of Medical Sciences

دکتر عبدالکریم پژومند  
استاد دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
Pajumandtrc@sbm.ac.ir

### Abstract

### چکیده

The aim of this study was to investigate the psychological risk factors of attempting suicide among college students. Psychological risk factors included were anxiety, somatoform, bipolar-disturbance, dysthymia, alcohol dependence, drug dependence, delusional disorder, major depression, and paranoid.

This was an ex-post facto study which was done by questionnaire. 30 students who were attempting suicide and 30 students who did not attempt suicide were paired with each other based on their age, gender, marital status, field of study and academic year. These students completed MCMI-II questionnaire.

Two groups of the subjects, i.e. attempted and non-attempted suicide, were significantly different in terms of symptomatology of all the clinical disorders including anxiety, somatoform, bipolar-disturbance, dysthymia, alcohol dependence, drug dependence, delusional disorder, major depression, and paranoid. Psychological risk factors and mental disorders played an important part for those who were attempting suicide. Therefore by considering psychological status of students one can identify vulnerability people who are attempting suicide and prevent their attempt to suicide. In addition, by improving mental health of college students the risk of suicidal attempt can be reduced.

هدف این پژوهش بررسی عوامل روان‌شناختی در اقدام به خودکشی دانشجویان است. عوامل روان‌شناختی شامل نشانه‌های اختلالات بالینی اضطراب، بدنی شکل، دو قطبی-اشفتگی، افسرده‌خویی، وابستگی به الکل، وابستگی دارویی، اختلال هذیانی، افسردگی اساسی و پارانوئید بودند.

پژوهش حاضر مطالعه‌ای پس رویی بود که با روش پرسش‌نامه‌ای انجام شد. پرسش‌نامه‌ی بالینی چند محوری میلون ۲ (MCMI-II) همراه با پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی توسط ۳۰ نفر از دانشجویان اقدام کننده به خودکشی که با ۳۰ نفر دانشجوی عادی در متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، رشته‌ی تحصیلی و سال تحصیل هم‌تا شده بودند، تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها نشان داد که دانشجویان اقدام‌کننده به خودکشی در نشانه‌های اختلالات بالینی شامل اضطراب، بدنی شکل، دو قطبی-اشفتگی، افسرده‌خویی، وابستگی به الکل، وابستگی دارویی، اختلال هذیانی، افسردگی مهیاد و پارانوئید با دانشجویان عادی تفاوت معناداری داشتند و میانگین نمرات دانشجویان اقدام کننده به خودکشی در نشانه‌های این اختلالات بالاتر از دانشجویان عادی بود.

نتایج حاکی از این بود که عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در اقدام به خودکشی دانشجویان ایفا می‌کند. از طریق بررسی وضعیت روان‌شناختی دانشجویان می‌توان افراد در معرض خطر را تشخیص داد و اقدامات لازم را در خصوص پیشگیری از خودکشی به عمل آورد. علاوه بر این با ارتقاء بهداشت روانی دانشجویان می‌توان خطر اقدام به خودکشی را کاهش داد.

**Keywords:** Attempted Suicide; College Students; Psychological Risk Factors; Clinical Disorders; Symptoms; MCMI-II Test;

**کلیدواژه‌ها:** اقدام به خودکشی؛ دانشجویان؛ عوامل روان‌شناختی؛ علائم اختلالات بالینی؛ پرسش‌نامه‌ی بالینی چندمحوری میلون ۲.

## مقدمه

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، اقدام به خودکشی<sup>۱</sup> عبارت است از عملی غیر کشنده که در آن شخص عمداً و بدون مداخله‌ی دیگران، رفتاری غیر عادی را انجام می‌دهد که منجر به خودآسیب زنی یا خوردن غیرعادی یک ماده به میزان بیشتر از مقدار تجویز شده می‌شود و هدف شخص از این عمل، تحقق تغییرات مورد نظر وی می‌باشد (پلات<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ به نقل از هاوتون و فان‌هیرینگن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰).

خودکشی در طول حیات بشر وجود داشته است و گاهی به صورت خود قربانی‌سازی<sup>۴</sup> و خودشهیدسازی<sup>۵</sup> و گاهی به عنوان یک گناه از دید مذهبی مورد توجه قرار گرفته است (استیلیون و مک‌داول<sup>۶</sup>، ۱۹۷۵، ۱۹۹۶؛ به نقل از راجرز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱). بعدها با پیشرفت جوامع و توسعه‌ی قوانین غیرمذهبی، خودکشی به عنوان یک بیماری مطرح گردید (اسکیرول<sup>۸</sup>، ۱۸۳۷؛ مریان<sup>۹</sup>، ۱۷۶۳؛ به نقل از راجرز، ۲۰۰۱).

به نظر لستر<sup>۱۰</sup> (۱۹۸۸) دیدگاه روان‌پویایی، خودکشی را به عنوان یک ملاک و نشانه‌ی بیماری روانی تلقی می‌کند. رویکرد یادگیری اجتماعی بندورا<sup>۱۱</sup> بر یادگیری مشاهده‌ای در اقدام به خودکشی تأکید می‌کند. نظریه‌ی شناختی بک<sup>۱۲</sup> شناخت‌های منفی نسبت به خود، جهان و آینده را در اقدام به خودکشی مؤثر می‌داند. الگوی مکجی<sup>۱۳</sup> /شناخت‌های منفی بر سه ویژگی فشار، اضطراب و درد در اقدام به خودکشی تأکید می‌نماید. اما به نظر می‌رسد که هیچ کدام از این نظریه‌ها، تبیین مناسب و جامعی را که منجر به کاهش اقدام به خودکشی شود ارائه نداده‌اند، از این رو مطالعه و پژوهش در مورد متغیرهای مرتبط و تأثیرگذار در شکل‌گیری و تکوین این پدیده، موضوعی است که مد نظر صاحب نظران قرار گرفته است (لستر، ۱۹۸۸). راجرز (۲۰۰۱) معتقد است که تحقیقات روان‌شناختی در خودکشی‌شناسی از الگوی نقص پیروی می‌کند. بر اساس این الگو محققان به کشف نقایص افراد اقدام‌کننده به خودکشی در مقابل افراد غیر اقدام‌کننده می‌پردازند. این نقص‌ها در واقع عوامل خطر ساز اقدام به خودکشی و فقدان آنها عوامل حمایت‌کننده در برابر اقدام به خودکشی به حساب می‌آیند. از نقطه نظر روان‌شناختی، دیدگاه لستر (۲۰۰۱) این است که

1. Suicide Attempt
2. Platt, S.
3. Hawton, K., & van Heeringen, K.
4. Self-Sacrifice
5. Self-Martyrdom
6. Stillion, J. M., & McDowell, E. E.
7. Rogers, J.
8. Esquirol, E.
9. Merian, J.
10. Lester, D.
11. Bandura, A.
12. Beck, A. T.
13. Cubic Model
14. Schnideman, E. S.

اختلال روان‌پزشکی از هر نوع در کنار اختلالات عاطفی و سوء مصرف مواد والکل خطر اقدام به خودکشی و خودکشی را افزایش می‌دهد. در همین راستا پژوهش‌های متعددی به بررسی رابطه‌ی میان اقدام به خودکشی و اختلالات روانی به عنوان متغیرهای مرتبط با خودکشی پرداخته‌اند.

اختلالات خلقی، اولین و مهم‌ترین گروه اختلالات روانی مرتبط با اقدام به خودکشی است. از جمله تحقیقاتی که در این مورد انجام شده پژوهشی است که توسط *San* و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) بر روی بیماران بستری در بیمارستان روان‌پزشکی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که احساس ذهنی افسردگی، ناامیدی و شدت ایده‌های خودکشی در میان اقدام‌کنندگان به خودکشی به طور معناداری بیشتر از گروه غیر اقدام‌کننده بود. *بیوترانیز* و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) نیز شیوع اختلالات خلقی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی متوالی را که از طریق دارو اقدام به خودکشی کرده بودند با افراد گروه کنترل در جامعه نیوزلند مقایسه کردند. آنها دریافتند که شیوع اختلالات خلقی در اقدام‌کنندگان به خودکشی ۷۷ درصد و در افراد گروه کنترل ۷ درصد بود. شیوع افسردگی مهاد<sup>۳</sup> در افراد اقدام‌کننده به خودکشی و عادی به ترتیب ۶۲ درصد و ۶ درصد بود. *سومینز* و همکاران<sup>۴</sup> (۱۹۹۶) در فنلاند دریافتند که ۷۸ درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی مبتلا به افسردگی بودند. شیوع افسردگی مهاد در این مطالعه ۳۸ درصد بود. در مجموعه‌ای از مطالعات دیگر، *چیو* و همکاران<sup>۵</sup> (۱۹۹۶) در چین، *کوئر* و همکاران<sup>۶</sup> (۱۹۹۷) در ترکیه، و *موراس* و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۰۳) در ژاپن نیز به وجود رابطه، میان اختلال خلقی و اقدام به خودکشی اشاره کرده‌اند.

*چمن* (۱۳۷۵) در پژوهش خود بر روی نمونه‌ی ایرانی دریافت که ۵۸/۳ درصد افراد اقدام‌کننده به خودکشی از اختلال خلقی رنج می‌بردند که ۶۶/۹ درصد آنها مبتلا به افسردگی و ۳۳/۱ درصد مبتلا به اختلال دو قطبی<sup>۸</sup> بودند. *شیخ‌مونسی* (۱۳۸۱) شیوع افسردگی مهاد را در گروه اقدام‌کننده به خودکشی ۴۰/۱ درصد، اختلال دو قطبی نوع I را ۵۷/۷ درصد و اختلال دو قطبی نوع II را ۲/۲ درصد برآورد کرده است.

رابطه‌ی اختلالات اضطرابی با اقدام به خودکشی نیز در بعضی مطالعات مورد تحقیق قرار گرفته است: *استاتهام* و همکاران<sup>۹</sup> (۱۹۹۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اقدام به خودکشی در بین افرادی که سابقه‌ی اختلال وحشت‌زدگی داشتند، ۸/۵ برابر و در

1. Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M.
2. Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J., & Nightingale, S. K.
3. Major Depression
4. Suominen, K., Henriksson, M., Suokas, J., Isometsa, E., Ostamo, A., & Lonnqvist, J.
5. Chiu, H. F. K., Lam, L. C. W., Pang, A. H. T., Leung, C. M., & Wong, C. K.
6. Cosar, B., Kacol, N., Arkan, Z., & Isik, E.
7. Murase, S., Ochiai, S., Ueyama, M., Honjo, S., & Ohta, T.
8. Bipolar Disorder
9. Statham, D. J., Heath, A. C., Madden, P. A., Bucholz, K. K., Bierut, L., Dinwiddie, S. H., Slutske, W. S., Dunne, M. P., & Martin, N. G.

افراد دارای هراس اجتماعی ۱۵/۶ برابر جمعیت عمومی است. وایزمن و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) در مطالعه‌ی خود اذعان کرده اند که ۲۰ درصد بیماران دارای حملات وحشت‌زدگی، سابقه‌ی اقدام به خودکشی قبلی دارند. خان و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) در مطالعه‌ی بر روی بیماران اضطرابی در جزایر فیجی که بر اساس معیارهای DSM-III و DSM-III-R کمترین اختلال توأمان را داشتند، یا این که اصلاً اختلال توأمان نداشتند، دریافتند که خطر اقدام به خودکشی در میان این افراد خیلی بیشتر از آن چیزیست که قبلاً گزارش شده است. لهن، مک‌کورمیک، و مک‌کراکن<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) با انجام پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ۱۲/۳ درصد اقدام کنندگان به خودکشی دارای تشخیص اختلال اضطرابی بودند. در ایران صولتی (۱۳۴۳) دریافت که نگرانی توأم با اضطراب در افراد اقدام‌کننده به خودکشی از نشانه‌های بارز آنها محسوب می‌شود.

در مورد ارتباط میان سوء مصرف مواد و الکل با اقدام به خودکشی، باروسکی، آیرلند، و رزنیگ<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) دریافتند که مصرف الکل، ماری جوانا و سایر داروهای غیرقانونی عامل خطر ساز اقدام به خودکشی در میان نوجوانان به شمار می‌رود. دوشه، ملوکیا، و چاکراورتی<sup>۵</sup> (۲۰۰۰) گزارش کردند که ۴۶ درصد افراد اقدام کننده به خودکشی دارای اختلال سوء مصرف مواد هستند. در ایران در میان افرادی که در استان مازندران دست به خودسوزی زده بودند، ۱۶/۷ درصد اعتیاد به سیگار، ۲/۲ درصد اعتیاد به الکل، ۴/۷ درصد اعتیاد به تریاک و ۱/۹ درصد اعتیاد به هروئین وجود داشت (ضرغامی و خلیلیان، ۱۳۸۱).

در برخی از مطالعات به وجود نشانه‌های اختلالات مختلف به طور هم‌زمان پرداخته شده است؛ از جمله گولد و همکاران<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) در یک نمونه‌ی تصادفی، ۱۲۸۵ نفر از نوجوانان ۹-۱۷ ساله را در نیویورک از طریق مصاحبه‌ی تشخیصی، مورد مطالعه قرار دادند. آنها دریافتند که خلق افسرده، اضطراب و سوء مصرف مواد هر کدام به طور مستقل، خطر اقدام به خودکشی را -حتی بعد از کنترل ویژگی‌های جمعیت شناختی- افزایش می‌دهند. نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که حملات وحشت‌زدگی و پرخاش‌گری نیز می‌تواند خطر اقدام به خودکشی را پیش‌بینی کند.

تفکر روان‌گسسته، توهم<sup>۷</sup> آمرانه‌ی خودکشی، و هذیان<sup>۸</sup> افسردگی مرتبط با روان‌گسستگی<sup>۹</sup> عوامل خطر ساز دیگری برای خودکشی هستند (باتر، ۲۰۰۱). رابینز<sup>۲</sup> (۱۹۸۶) خطر

1. Weissman, M. M., Klerman, G. L., Markowitz, J. S., & Ouellette, R.

2. Khan, A., Leventhal, R. M., Khan, S., & Brown, W. A.

3. Lehman, L., McCormick, R. A., & McCracken, L.

4. Borowsky, J. W., Ireland, M., & Resnick, M. D.

5. Dhossche, D. M., Meloukheia, A. M., & Chakravorty, S.

6. Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., Flisher, A. J., Goodman, S., Canino, G., & Shaffer, D.

7. Hallucination

8. Delusion

9. Psychosis

خودکشی را طی دوره‌ی زندگی برای کسانی که از روان‌گسستگی رنج می‌برند ۱۹ درصد گزارش کرده است. بر اساس نظر بیوترایز (۲۰۰۰) شیوع تخمینی روان‌گسستگی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی صفر تا ۴ درصد بوده است، با این حال به نظر می‌رسد که ۱۰ درصد افراد روان‌گسسته به وسیله‌ی خودکشی از بین می‌روند. موسیکی<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) عنوان می‌کند که روان‌گسستگی و اختلال روان‌گسیختگی عاطفی<sup>۳</sup> با خطر فزاینده‌ی خودکشی و اقدام به خودکشی مربوط است. چمن (۱۳۷۵) دریافت که ۱۹/۴ درصد افراد اقدام‌کننده به خودکشی، اختلال روان‌گسستگی داشتند که ۶۴/۳ درصد آنها مرد و ۳۵/۷ درصد زن بودند.

همان‌طور که مشاهده می‌شود در پژوهش‌های مختلف در کشورهای گوناگون ابتلاء به اختلالات روانی نظیر اختلالات خلقی، اضطرابی، سوء مصرف مواد و الکل و روان‌گسستگی با اقدام به خودکشی رابطه دارد. در ایران نیز پژوهش‌هایی در زمینه‌ی اقدام به خودکشی انجام شده است، اما اولاً اکثر این پژوهش‌ها به متغیرهای جمعیت‌شناختی و در برخی موارد اجتماعی پرداخته‌اند و به متغیرهای روان‌شناختی کمتر توجه شده است و ثانیاً در مورد اقدام به خودکشی در جمعیت دانشجویی پژوهشی انجام نگرفته است. با توجه به موارد فوق و نیز روند فزاینده‌ی اقدام به خودکشی و خودکشی در میان دانشجویان در سال‌های اخیر (وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، ۱۳۸۲). پژوهش حاضر به بررسی عوامل روان‌شناختی مؤثر در اقدام به خودکشی دانشجویان می‌پردازد و در صدد است تا از این رهگذر ضرورت و اهمیت توجه به بهداشت روانی دانشجویان و اتخاذ راهکارها و راهبردهای پیشگیری از بروز رفتارهای مربوط به خودکشی را برجسته سازد. لذا فرضیه‌ی این پژوهش به صورت زیر مطرح می‌شود:

به لحاظ عوامل روان‌شناختی شامل نشانه‌های اختلالات اضطراب، بدنی شکل، دو قطبی-آشفته‌گی، افسرده خویی، وابستگی به الکل، وابستگی دارویی، اختلال هذیانی، افسردگی مه‌اد و پارانوئید میان دانشجویان اقدام‌کننده به خودکشی و دانشجویان عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

## روش

پژوهش حاضر پژوهشی بنیادی-کاربردی از نوع پس رویدادی (علی-مقایسه ای) است. جامعه‌ی آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های ایران در سال تحصیلی ۸۳-۸۲ و گروه نمونه شامل ۶۰ نفر دانشجو که ۳۰ نفر آنها دانشجویان اقدام‌کننده به خودکشی و ۳۰ نفر

1. Bonner, R.  
2. Robins, E.  
3. Moscicki, E. K.  
4. Schizoaffective

دانشجویان عادی بودند، می‌شد. گروه اقدام‌کننده به خودکشی با روش نمونه‌گیری در دسترس از مراکز مشاوره‌ی دانشگاه‌ها و بیمارستان لقمان انتخاب شدند و گروه دانشجویان عادی بر اساس پنج متغیر سن، جنس، وضعیت تأهل، رشته‌ی تحصیلی و سال تحصیل با گروه اقدام‌کننده به خودکشی هم‌تاسازی شدند.

### ابزار پژوهش

ابزار پژوهش عبارت است از: الف) پرسش‌نامه‌ی بالینی چند محوری میلون-۲ (MCMII-II)<sup>۱</sup>. این پرسش‌نامه توسط میلون<sup>۲</sup> (۱۹۸۷) بر اساس نظریه‌ی زیستی-روانی-اجتماعی وی ساخته شده است و شامل ۱۷۵ جمله‌ی کوتاه خود توصیفی با پاسخ‌های بلی/خیر است و دارای ۲۲ مقیاس است که در سه گروه الف) مقیاس‌های بالینی شخصیت، ب) الگوهای بیمارگون شخصیت و ج) نشانگان‌های بالینی، جای گرفته‌اند.

مقیاس‌های نشانگان‌های بالینی که در این پژوهش استفاده شده عبارتند از: ۱) مقیاس اضطراب<sup>۳</sup> (A)؛ ۲) مقیاس بدنی شکل<sup>۴</sup> (H)؛ ۳) مقیاس دو قطبی-آشفته‌گی<sup>۵</sup> (N)؛ ۴) مقیاس افسرده‌خویی<sup>۶</sup> (D)؛ ۵) مقیاس وابستگی به الکل<sup>۷</sup> (B)؛ ۶) مقیاس وابستگی دارویی<sup>۸</sup> (T)؛ ۷) مقیاس اختلال تفکر<sup>۹</sup> (SS)؛ ۸) مقیاس افسردگی مه‌اد (CC)؛ ۹) مقیاس اختلال هذیانی<sup>۱۰</sup> (PP). به علاوه این پرسش‌نامه دارای شاخص اعتبار (V)، مقیاس سطح فاش‌گویی (X)، مقیاس جامعه‌پسندی (Y) و مقیاس بدجلوه دهی (Z) می‌باشد (میلون، ۱۹۸۷).

در جمعیت غیربالینی ضریب پایایی ۰/۸۴ و در بیماران سرپایی ناهمگن ۰/۷۹ به دست آمده است (میلون، ۱۹۸۷). اورهالسر<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۰)، لیب و همکاران<sup>۱۲</sup> (۱۹۹۰) نیز ضریب پایایی بالایی برای این آزمون به دست آورده‌اند. به علاوه میلون (۱۹۹۰) به نقل از خواجه‌موگهی، (۱۳۷۲) میانگین همسانی درونی ماده‌های هر مقیاس را ۰/۹۰ ذکر کرده است. در جمعیت ایرانی خواجه‌موگهی (۱۳۷۲) با استفاده از فرمول کودر-ریچاردسون ۲۰ ضریب همسانی درونی را ۰/۸۴ به دست آورد. همین محقق با استفاده از روش باآزمایی در فاصله ۱۰ روز ضریب پایایی ۰/۸۵ را به دست آورد. مطالعات هالیمین و گاتری<sup>۱۳</sup> (۱۹۸۹)، تارگرسن و آل‌نس<sup>۱</sup> (۱۹۹۰) و خواجه‌موگهی (۱۳۷۲) اعتبار بالایی را برای این آزمون ذکر کرده‌اند.

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory-II

2. Millon, T.

3. Anxiety

4. Somatoform

5. Bipolar-Mania

6. Dysthemia

7. Alcohol Dependence

8. Drug Dependence

9. Schizophrenia

10. Paranoid

11. Overholser, J. C.

12. Libb, J. W., Stankovic, S., Sokol, R., Freeman, A., Houck, C., & Switzer, P.

13. Holliman, N. B., & Guthrie, P. C.

## روش اجرا

پس از معرفی دانشجویان اقدام‌کننده به خودکشی به پژوهشگر، پرسش‌نامه‌ی بالینی چند محوری میلیون ۲ همراه با پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی بر روی آنها اجرا گردید. گروه کنترل شامل ۳۰ نفر دانشجوی دانشگاه‌های مختلف که بر اساس پنج متغیر با گروه اقدام‌کننده به خودکشی هم‌تا شده بودند انتخاب و سپس اطلاعات لازم جمع‌آوری گردید. در نهایت پرسش‌نامه‌ی میلیون بر اساس دستورالعمل خاص آزمون میلیون ۲ نمره گذاری شد و نتایج استخراج گردید.

## یافته‌ها

در جدول ۱، در صد افراد موجود در گروه‌های اقدام‌کننده به خودکشی و عادی بر حسب متغیرهای کنترل، آمده است.

جدول ۱- درصد افراد گروه‌های اقدام‌کننده به خودکشی و عادی بر حسب متغیرهای کنترل

متغیرها	خرده متغیرها	گروه اقدام‌کننده به خودکشی	گروه عادی
سن	۱۸-۱۹	۱۳/۴	۱۳/۴
	۲۰-۲۱	۲۰/۰	۲۰/۰
	۲۲-۲۳	۴۶/۶	۴۶/۶
	۲۴-۲۵	۲۰/۰	۲۰/۰
جنس	زن	۵۶/۷	۵۶/۷
	مرد	۴۳/۳	۴۳/۳
وضعیت تاهل	مجرد	۹۶/۷	۹۶/۷
	متاهل	۳/۳	۳/۳
سال ورود	سال ۱	۲۳/۳	۲۳/۳
	سال ۲	۱۶/۷	۱۶/۷
	سال ۳	۲۳/۳	۲۳/۳
	سال ۴	۱۳/۳	۱۳/۳
	سال ۵ و بیشتر	۲۳/۳	۲۳/۳
رشته‌ی تحصیلی	علوم انسانی	۳۶/۸	۳۶/۸
	علوم پایه	۱۳/۳	۱۳/۳
	علوم فنی	۴۳/۳	۴۳/۳
	پزشکی	۳/۳	۳/۳
	هنر	۳/۳	۳/۳

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود گروه اقدام‌کننده به خودکشی و گروه عادی به طور کامل بر اساس متغیرهای کنترل هم‌تا شده‌اند. ضمناً میانگین و انحراف استاندارد سن دو گروه به ترتیب ۲۲/۰۷ و ۱/۹۵ می‌باشد.

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مقیاس بالینی برای دو گروه اقدام‌کننده به خودکشی و عادی محاسبه گردیده است. علاوه بر این از روش آزمون  $t$  مستقل برای بررسی تفاوت بین میانگین‌های دو گروه استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اختلالات بالینی گروه اقدام‌کننده به خودکشی و گروه عادی

نوع متغیر	گروه اقدام‌کننده به خودکشی		گروه عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	۸۲/۰۳	۲۰/۴۳	۵۸/۲۰	۲۷/۳۳
بدنی شکل	۶۹/۵۰	۱۰/۹۹	۵۹/۱۳	۱۵/۹۱
دوقطبی-آشفته‌گی	۶۹/۲۰	۱۹/۷۸	۵۷/۵۳	۱۷/۹۸
افسرده‌خویی	۸۲/۰۳	۲۲/۸۳	۵۳/۶۷	۳۰/۹۶
وابستگی به الکل	۶۹/۶۷	۱۵/۲۹	۴۶/۸۳	۱۸/۳۵
وابستگی دارویی	۷۳/۵۷	۱۴/۸۰	۵۷/۴۰	۱۸/۰۵
اختلال هذیانی	۷۴/۸۰	۱۶/۰۳	۵۹/۰۷	۱۳/۵۵
افسردگی مهاد	۶۶/۷۰	۱۲/۵۳	۴۸/۱۰	۱۹/۳۳
پارانوید	۶۴/۵۷	۱۱/۳۶	۵۶/۶۳	۱۵/۲۱

جدول ۳- مقایسه‌ی دو گروه اقدام‌کننده به خودکشی و عادی در اختلالات بالینی

نوع متغیر	$t$	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
اضطراب	۳/۸۳۰	۵۳/۷۰	۰/۰۰۰
بدنی شکل	۲/۹۴۰	۵۸/۰۰	۰/۰۰۵
دوقطبی-آشفته‌گی	۲/۳۹۰	۵۸/۰۰	۰/۰۲۰
افسرده‌خویی	۴/۰۴۰	۵۳/۳۳	۰/۰۰۰
وابستگی به الکل	۵/۲۳۰	۵۸/۰۰	۰/۰۰۰
وابستگی دارویی	۳/۷۹۳	۵۸/۰۰	۰/۰۰۰
اختلال هذیانی	۴/۱۱۰	۵۶/۴۳	۰/۰۰۰
افسردگی مهاد	۴/۴۲۲	۵۸/۰۰	۰/۰۰۰
پارانوید	۲/۲۸۹	۵۸/۰۰	۰/۰۲۶

نتایج نشان می‌دهد که در کلیه‌ی نشانگان‌های بالینی شامل اضطراب، بدنی شکل، دو قطبی-آشفته‌گی، افسرده‌خویی، وابستگی به الکل، وابستگی دارویی، اختلال هذیانی،



افسردگی مهاد و پارانوئید تفاوت میان میانگین‌های دو گروه معنادار است و میانگین نمرات گروه اقدام‌کننده به خودکشی بالاتر است.

### بحث

پژوهش‌های مختلفی از جمله چنگ و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۰)، گوتیرز، رودریگز، و گارسیا<sup>۲</sup> (۲۰۰۱)، کارتر، ایزراکینز، و کلارو<sup>۳</sup> (۲۰۰۳)، چمن (۱۳۷۵)، شیخ‌مونسی (۱۳۸۱) و... به وجود رابطه‌ی میان اختلال خلقی و اقدام به خودکشی اشاره کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز مطابق با یافته‌های مذکور، تفاوت بین دو گروه در مقیاس‌های دو قطبی-آشفته‌گی، افسرده‌خویی و افسردگی مهاد معنا دار بوده و میانگین گروه اقدام‌کننده به خودکشی بالاتر است.

به نظر می‌رسد کاهش سروتونین در افراد افسرده با عوامل خاصی از قبیل آستانه‌ی پایین‌تر برای پرخاش‌گری معطوف به خود و جهت یافته به درون مرتبط است و اقدام به خودکشی در افراد مستعد تسهیل می‌نماید (مالون و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵). از سوی دیگر خطر خودکشی در افراد افسرده معمولاً هنگامی زیاد است که بازداری روانی- حرکتی و ظرفیت کنار آمدن با موقعیت‌های روانی-اجتماعی کاهش می‌یابد (وازمن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). این امر در مورد دانشجویان با توجه به دور شدن از خانواده و مشکل کنار آمدن با موقعیت جدید می‌تواند مصداق داشته باشد. در بسیاری از موارد، همراهی اختلالات دیگر ممکن است اقدام به خودکشی را در افراد مبتلا به افسردگی افزایش دهد (فاوست و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۰؛ وازمن، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر نیز در نشانه‌های تمام اختلالات میانگین دانشجویان اقدام‌کننده به خودکشی بالاتر است. در اختلال افسرده‌خویی نیز که مانند اشکال شدیدتر افسردگی، احتمال خودکشی وجود دارد، اجزای اضطرابی و توأمان اختلال شخصیت، نقش مهمی بازی می‌کند (وازمن، ۲۰۰۱).

پژوهش‌های انجام شده در مورد دانشجویان ایرانی از جمله عکاشه (۱۳۶۹) در دانشجویان ورودی سال ۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کرمی و بیراسته (۱۳۸۰) در دانشگاه علوم پزشکی زنجان، محمدزاده (۱۳۸۰) در دانشگاه ایلام، و مقدس و اسماعیلی (۱۳۸۳) در دانشگاه علامه طباطبایی به شیوع بالای افسردگی در دانشجویان اشاره کرده‌اند. بدین ترتیب آشکار است که افسردگی در اقدام به خودکشی دانشجویان ایرانی تأثیرگذار است.

1. Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R.

2. Gutierrez, P. M., Rodriguez, P. J., & Garcia, P.

3. Carter, G. L., Issakidis, C., & Clover, K.

4. Malone, K. M., Haas, G. L., Sweney, J. A., & Mann, J. J.

5. Wasserman, D.

6. Fawcett, J., Scheftner, W. A., Fogg, L., Clark, D. C., Young, M. A., Hedeker, D., & Gibbons R.

وابستگی به الکل و مواد در تحقیقات چنگ و همکاران (۲۰۰۰)، موسیکی (۲۰۰۱)، ضرغامی و خلیلیان (۱۳۸۱) و چمن (۱۳۷۵) با اقدام به خودکشی مرتبط دانسته شده است. پژوهش حاضر نیز این امر را تأیید می‌کند. مصرف الکل و مواد باعث ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی در مغز می‌شود که می‌تواند فرد را برای ایده‌های خودکشی و بروز پیش‌رونده‌ی آن آسیب پذیرتر سازد (باتر، ۲۰۰۱). برای مثال پس از نوشیدن الکل توانایی بازداری تکانه‌های عمل و سازماندهی افکار صدمه می‌بیند. به علاوه با زوال توانایی‌های شناختی، انعطاف پذیری و یافتن راه‌حل‌های جدید برای مسائل (واژمن، ۲۰۰۱) ممکن است شخص اقدام به خودکشی را به عنوان تنها راه حل مشکل در نظر داشته باشد (الستر، ۱۹۹۷؛ فاوست، ۲۰۰۱). از دیدگاه بین فردی افراد سوء مصرف‌کننده‌ی مواد و الکل ممکن است واکنش‌های دیگران را منفی تعبیر کنند و واکنش‌های منفی دیگران را نسبت به خود برانگیزند و در نتیجه احساس طرد شدگی، محرومیت و ناامیدی نمایند که به رفتار انتحاری بینجامد (فاوست، ۲۰۰۱). این امر یعنی روابط بین فردی دانشجویان اقدام کننده به خودکشی می‌تواند موضوع مفیدی برای پژوهش‌های آینده باشد. همچنین اقدام‌کنندگان به خودکشی مصرف‌کننده‌ی مواد و الکل بیشتر مرد و بی‌کار بوده، تنها زندگی می‌کنند، نامعقول، مسئولیت‌ناپذیر و دارای رفتار نامناسب هیجانی و فیزیکی هستند. در بسیاری از موارد این افراد دارای تمایلات اضطرابی و افسردگی هستند و هنگامی که اثر الکل کم می‌شود، اثرات این اختلالات افزایش می‌یابد (پیرکولا، ۱۹۹۹). در مورد سوء مصرف مواد و الکل در دانشجویان ایرانی سراج‌زاده و فیضی (۱۳۸۳) دریافتند که ۶/۵ درصد دانشجویان کشور بیش از ۲۰ بار الکل مصرف کرده‌اند و ۱/۳ درصد وابستگی زیاد به مواد مخدر داشتند، در حالی که ۱ درصد آنها معتاد بودند. لذا ممکن است اقدام در جهت کاهش مصرف مواد و الکل به کاهش اقدام به خودکشی در دانشجویان ایرانی منجر شود.

نتایج پژوهش‌های رابینز (۱۹۸۶)، بیوترانیز (۲۰۰۰)، موسیکی (۲۰۰۱) و چمن (۱۳۷۵) وجود رابطه، میان روان‌گسستگی و اقدام به خودکشی را تأیید کرده است. در پژوهش حاضر بین دو گروه در اختلال هذیانی و پارانوئید تفاوت معنادار وجود دارد و میانگین گروه اقدام کننده به خودکشی بالاتر است.

جوان بودن، تجربه، بیکاری، فقدان والدین، داشتن بیماری بازگشتی و انزوای اجتماعی عوامل خطر سازی برای روان‌گسسته‌های اقدام‌کننده به خودکشی هستند (روی، ۲۰۰۱). بعضی از قربانیان اقدام به خودکشی که مبتلا به روان‌گسستگی هستند، انتظارات عملکرد بالایی از

خود دارند و از بیماری‌شان آگاهی زیادی دارند. تصور می‌شود با فرض ناتوانی در دستیابی به هدف‌های اصلی زندگی احساس نابسندگی می‌کنند، از تباهی توانایی‌های ذهنی‌شان می‌ترسند و تصمیم می‌گیرند که به زندگی خود پایان دهند. به علاوه این بیماران ناامیدی و انتظارات منفی درباره‌ی آینده و دیگر اشکال روان‌شناختی افسردگی قبلی و کنونی را دارند (دریک، گیتس، و کاتن، ۱۹۸۶؛ روی، ۲۰۰۱). در بعضی موارد هم هذیان‌ها و بدگمانی در روان‌گسسته‌های پارانوئید خطر اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد. البته در این مورد تناقضاتی وجود دارد؛ برای مثال با وجود این که به گفته‌ی پاتر (۲۰۰۱) تفکر روان‌گسسته، توهمات و هذیان‌های افسرده‌وار ممکن است منجر به اقدام به خودکشی افراد روان‌گسسته شود، ولی روی (۲۰۰۱) معتقد است فقط درصد کمی از بیماران روان‌گسسته به خاطر توهمات آمرانه یا فرار از هذیان‌گزند و آسیب خود را می‌کشند.

در مورد دانشجویان ایرانی، ضیایی، معین‌الغریبایی، و مالکی‌نژاد (۱۳۸۰) در یافتند که شیوع افکار پارانوئیدی در دانشجویان سنین ۲۱-۱۷ ساله دانشگاه علوم پزشکی تهران از بقیه بیشتر است. در دانشگاه علوم پزشکی یاسوج نیز افکار پارانوئیدی، حساسیت بین فردی و افسردگی بیشترین شکایات را به خود اختصاص داده بود (بنام‌عبیدی، ۱۳۸۰). بنا بر این کمک به درمان افراد دارای افکار پارانوئیدی در واقع ممکن است کمکی به کاهش اقدام به خودکشی باشد.

در مورد اختلالات اضطرابی تحقیقات دیویدسون و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۱)، گولد و همکاران (۱۹۹۸)، زادوچکی و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) به وجود رابطه میان اختلال اضطرابی و اقدام به خودکشی اشاره کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز بین دو گروه در نشانه‌های این اختلال تفاوت معنادار وجود دارد و میانگین گروه اقدام‌کننده به خودکشی به طور معناداری بالاتر از گروه عادی است که این نتایج با تحقیقات پیشین مطابقت می‌نماید.

اگر چه پژوهش‌های فوق به ارتباط بین اختلال اضطرابی و اقدام به خودکشی اشاره کرده‌اند، ولی بعضی از پژوهش‌ها مثل بیوترایز (۲۰۰۰) و پاولاک و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) اذعان کرده‌اند که اختلالات اضطرابی به تنهایی سهم چندانی در اقدام به خودکشی ندارند و ارتباط مشاهده شده بین اختلالات اضطرابی و رفتار انتحاری ممکن است همراهی مداوم اختلالات اضطرابی با اختلالات خلقی و گاهی سوء مصرف مواد و الکل و اختلال شخصیت ضد اجتماعی رایبان کند، اما بر طبق پژوهش فاست (۱۹۸۸) خطر خودکشی در بیماران دارای توأمان نشانگان اضطرابی و عاطفی در مقایسه با بیماران صرفاً دارای اختلال عاطفی

1. Drake, R. E., Gates, C., & Cotton, P. G.

2. Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G., & George, L. K.

3. Szadoczký, E., Vitral, J., Rihmer, Z., & Furedi, J.

4. Pawlak, C., Pascual-Sanchez, T., Rae, P., Fischer, W., & Ladame, F.

بیشتر است و لذا نمی‌توان گفت که اختلال اضطرابی با اقدام به خودکشی بیگانه است. ضعف مکانیزم‌های دفاعی، اضطراب هستی و بی‌معنایی زندگی در افراد مضطرب (دادستان، ۱۳۷۶) ممکن است به اقدام به خودکشی افراد مضطرب کمک نماید.

در همین راستا، مقدس و اسماعیلی (۱۳۸۳) در پژوهش خود در میان دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۱ دانشگاه علامه طباطبایی شیوع اضطراب را ۱۶/۴۸ درصد برآورد کردند. در پژوهش دیگری در دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۳۶/۵ درصد دانشجویان دارای سطح متوسطی از اضطراب بودند (کرمی و همکاران، ۱۳۸۰). پس آشکار می‌شود که اضطراب و اختلالات مربوط به آن می‌تواند به اقدام به خودکشی کمک نماید. از این رو آموزش‌های لازم در مورد کنترل اضطراب و روش‌های کاهش آن می‌تواند سهمی را در پیشگیری از اقدام به خودکشی داشته باشد.

در مورد اختلال بدنی شکل نیز مطابق با مطالعه کلاویولا و لاوندر<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود داشت و گروه اقدام‌کننده به خودکشی میانگین بالاتری را نشان داد.

در افراد دارای اختلال بدنی شکل، ممکن است نشانه‌های اضطرابی، خلق افسرده، برانگیختگی و رفتار ضداجتماعی، تهدید به خودکشی و قصد خودکشی دیده شود و افراد دارای این اختلال گاهی به دلیل استفاده مکرر از داروها، واجد وابستگی دارویی نیز می‌شوند (دادستان، ۱۳۷۶). این همراهی با نشانه‌های فوق ممکن است تمایل به خودکشی را در افراد دارای اختلال بدنی تشدید کند.

در پژوهش‌های انجام شده در دانشجویان ایرانی از قبیل کرمی و پیراسته (۱۳۸۰) و مقدس و اسماعیلی (۱۳۸۳) به شیوع نسبتاً بالای شکایات جسمانی اشاره شده است. بنا بر این جدی گرفتن شکایات جسمانی و اقدام برای رفع آن، علاوه بر فایده‌های دیگر کمک به کاهش اقدام به خودکشی نیز هست.

آنچه تا به حال در مورد نقش عوامل روان‌شناختی در اقدام به خودکشی گفته شد نشان‌دهنده‌ی اهمیت بسزای این عوامل در اقدام به خودکشی دانشجویان ایرانی بود. با نگاهی به جدول ۲ در می‌یابیم که اختلال اضطرابی و افسرده‌خویی بالاترین میانگین را در میان گروه اقدام‌کننده به خودکشی داراست، اما باید توجه داشت که معمولاً یک عامل خاص (مثل افسرده‌خویی) به تنهایی اقدام به خودکشی را تبیین نمی‌کند. چه، بسیاری از افراد واجد افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات، اقدام به خودکشی نمی‌نمایند. بدین ترتیب در بسیاری از موارد توأمان اختلالات با یکدیگر احتمال اقدام به خودکشی را افزایش می‌

دهد. برای مثال تقریباً در اکثر تحقیقات توأمان اختلال افسردگی، سوء مصرف مواد و الکل و اختلال شخصیت مرزی در اقدام کنندگان به خودکشی دیده شده است. علاوه بر این، تعامل این توأمان با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن و جنس)، خانوادگی (فقدان والدین، بیماری والدین)، محیطی (شهری یا روستایی بودن) و جامعه‌شناختی (بی‌کاری، وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین) احتمال اقدام به خودکشی و خودکشی را افزایش می‌دهد. با وجود این یافته‌های پژوهش حاضر با بررسی عوامل روان‌شناختی خودکشی و اشاره به نقش این عوامل می‌تواند این ایده را به مراکز مشاوره‌ی دانشجویی و سایر مسئولین بدهد که اولاً توجه به بهداشت روانی دانشجویان نقش موثر و مهمی در پیشگیری از اقدام به خودکشی دارد و ثانیاً با بررسی مناسب و دقیق و انجام آزمون‌های بالینی می‌توان افراد در معرض خطر را تشخیص داد و به درمان آنان و در نهایت پیشگیری از اقدام به خودکشی همت گماشت.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بوده است: اول اینکه تعداد گروه نمونه‌ی نسبتاً کم است و ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل روبه‌رو کند. با وجود این انجام این پژوهش با نمونه‌ی بزرگ‌تر و مقایسه‌ی نتایج می‌تواند مفید باشد. دوم، با توجه به این‌که این پژوهش به عوامل روان‌شناختی اقدام به خودکشی در دانشجویان پرداخته است و به عوامل اجتماعی و خانوادگی نپرداخته است، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی این عوامل نیز مد نظر قرار گیرند و سهم هر یک از عوامل تعیین گردد. به علاوه پژوهش‌های آینده می‌تواند به طور دقیق و جامع بر کیفیت و مکانیزم تأثیر هر کدام از اختلالات روان‌شناختی بر اقدام به خودکشی تمرکز نماید.

## منابع

- بناه‌عنبری، ع.، عباسی، ع. و کامکار، ع. (۱۳۸۰). بررسی سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۷۸-۱۳۷۷. طب و تزکیه، ۱۱ (۴۳)، ۲۴-۳۸.
- چمن، م. ر. (۱۳۷۵). بررسی خودکشی در بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین در سال ۷۴ [پایان‌نامه‌ی دکترای پزشکی]. تهران: دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی.
- خواجه‌مویگی، ن. (۱۳۷۲). آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسش‌نامه‌ی بالینی چند محوری میلون ۲ (MCMII-2) // [پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد] تهران: انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- دادستان، پ. (۱۳۷۶). روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. جلد ۱. تهران، سمت.
- سراج‌زاده، س. ح. و فیضی، ا. (۱۳۸۳). پنداشتها و واقعیتها: دانشجویان و مسئله‌ی مواد مخدر، طرح شیوع‌شناسی مواد مخدر در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی ایران. تهران: اداره کل مطالعات و برنامه‌ریزی فرهنگی-اجتماعی، وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری.
- شیخ‌مونس، ف. (۱۳۸۱). بررسی میزان شیوع افکار و اقدام به خودکشی در بیماران خلقی بستری در بخش روان‌پزشکی (مردان و زنان) در بیمارستانهای امام حسین و طالقانی طی شش ماهه‌ی اول سال ۱۳۷۹ [پایان‌نامه‌ی دکترای پزشکی]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی.
- صواتی، س. ک. (۱۳۷۴). بررسی و مقایسه‌ی میزان باورهای غیرمنطقی در اقدام‌کنندگان به خودکشی (به روش خودسوزی) [پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد]. تهران: دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- ضرغامی، م. و خلیلیان، ع. ر. (۱۳۸۱). خودسوزی در استان مازندران. اندیشه و رفتار، ۷ (۴)، ۱۳-۲۴.
- ضیایی، و. معین‌القریایی، م. و مالکی‌نژاد، م. ح. (۱۳۸۰). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سالهای ۷۸-۷۳ در بدو ورود بر اساس تست SCL-90-R و مقایسه‌ی نتایج آن با مصاحبه. طب و تزکیه، ۱۱ (۴۳)، ۲۵-۳۳.
- عکاشه، گ. (۱۳۷۹). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی ۱۳۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان. اندیشه و رفتار، ۵ (۴)، ۱-۱۷.
- کریمی، ص. و پیراسته، ا. (۱۳۸۰). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان. مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، ۹ (۳۵)، ۶۶-۷۳.
- محمدزاده، ج. (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع افسردگی در بین دانشجویان دانشگاه ایلام [طرح پژوهشی]. ایلام: دانشگاه ایلام.

مقدس، ع. ر. و اسماعیلی، ع. (۱۳۸۰). مطالعه‌ی سلامت روانی دانشجویان ورودی ۱۳۸۱ و تشخیص دانشجویان مذکور مبتلا به اختلالات روان‌شناختی دانشگاه علامه طباطبایی [طرح پژوهشی]. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری. (۱۳۸۲). گزارش آمار خودکشی دانشجویان در سال ۷۹، ۸۰ و ۸۱. منتشرنشده.

- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420-436.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J., & Nightingale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *The American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1009-1114.
- Bonner, R. (2001). Moving suicide risk assessment into the next millennium: Lessons from our past. In D. Lester (Ed.), *Suicide Prevention: Resources for the Millennium* (Ch. 6, pp. 83-102). Philadelphia, PA: The Brunner-Routledge.
- Borowsky, I. W., Ireland, M., & Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide Attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*, 107(3), 485-493.
- Carter, G. L. Issakidis, C., & Clover, K. (2003). Correlates of youth suicide attempters in Australian community and clinical samples. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(3), 286-293.
- Cavaola, A. A., & Lavender, N. (1999). Suicidal behavior in chemically dependent adolescents. *Adolescence*, 34(136), 735-744.
- Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry*, 177(4), 360-365.
- Chiu, H. F. K., Lam, L. C. W., Pang, A. H. T., Leung, C. M., & Wong, C. K. (1996). Attempted suicide by Chinese elderly in Hong Kong. *General Hospital Psychiatry*, 18(6), 444-447.
- Cosar, B., Kacol, N., Arikan, Z., & Isik, E. (1997). Suicide attempts among Turkish psychiatric patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(10), 1072-1075.
- Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G., & George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21(3), 713-721.
- Dhossche, D. M., Meloukheia, A. M., & Chakravorty, S. (2000). The association of suicide attempts and comorbid depression and substance abuse in psychiatric consultation patients. *General Hospital Psychiatry*, 22(4), 281-288.
- Drake, R. E., Gates, C., & Cotton, P. G. (1986). Suicide among schizophrenics: A comparison of attempters and completed suicides. *British Journal of Psychiatry*, 149(6), 784-787.
- Fawcett, J. (1988). Predictors of early suicide: Identification and appropriate intervention. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 49(Suppl. 10), 7-8.
- Fawcett, J. (2001). The anxiety disorders, anxiety symptoms, and suicide. In D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An Unnecessary Death* (pp. 59-63). Stockholm, Sweden: Martin Dunitz.
- Fawcett, J., Scheffner, W. A., Fogg, L., Clark, D. C., Young, M. A., Hedeker, D., & Gibbons R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1189-1194.
- Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., Flisher, A. J., Goodman, S., Canino, G., & Shaffer, D. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 37(9), 915-923.
- Gutierrez, P. M., Rodriguez, P. J., & Garcia, P. (2001). Suicide risk factors for young adults: Testing a model across ethnicities. *Death studies*, 25(4), 319-340.

- Hawton, K., & van Heeringen, K. (Eds.) (2000). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Holliman, N. B., & Guthrie, P. C. (1989). A comparison of the Millon Clinical Multiaxial Inventory and the California Psychological Inventory in assessment of a nonclinical population. *Journal of Clinical Psychology, 45*(3), 373-382.
- Khan, A., Leventhal, R. M., Khan, S., & Brown, W. A. (2002). Suicide risk in patients with anxiety disorders: A meta-analysis of the FDA database. *Journal of Affective Disorders, 68*(2-3), 183-190.
- Lehman, L., McCormick, R. A., & McCracken, L. (1995). Suicidal behavior among patients in the VA health care system. *Psychiatric Services, 46*(10), 1069-1071.
- Lester, D. (1988). *Suicide from a Psychological Perspective*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lester, D. (1997). *Making Sense of Suicide: An In-Depth Look At Why People Kill Themselves*. Philadelphia, PA: Charles Press Publications.
- Libb, J. W., Stankovic, S., Sokol, R., Freeman, A., Houck, C., & Switzer, P. (1990). Stability of the MCMI among depressed psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment, 55*(1-2), 209-218.
- Malone, K. M., Haas, G. L., Sweeney, J. A., & Mann, J. J. (1995). Major depression and the risk of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders, 34*(3), 173-185.
- Mann, J. J., Wateraux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry, 156*(2), 181-189.
- Millon, T. (1987). *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*. 2<sup>nd</sup> Ed. Minneapolis, MN: National Computer System.
- Moscicki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: Toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research, 1*(5), 310-323.
- Murase, S., Ochiai, S., Ueyama, M., Honjo, S., & Ohta, T. (2003). Psychiatric features of seriously life-threatening suicide attempters: A clinical study from a general hospital in Japan. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(4), 379-383.
- Overholser, J. C. (1990). Retest reliability of the Millon clinical multiaxial inventory. *Journal of Personality Assessment, 55*(1-2), 202-208.
- Pawlak, C., Pascual-Sanchez, T., Rae, P., Fischer, W., & Ladame, F. (1999). Anxiety disorders, comorbidity, and suicide attempts in adolescence: A preliminary investigation. *European Psychiatry, 14*(3), 132-136.
- Pirkola, S. (1999). *Alcohol and Other Substance Misuse in Suicide* [Dissertation]. Department of Psychiatry, Medical Faculty, University of Helsinki.
- Robins, E. (1986). Psychosis and suicide. *Biological Psychiatry, 21*(7), 665-672.
- Rogers, J. (2001). Psychological research into suicide: Past, present, and future. In D. Lester (Ed.), *Suicide Prevention: Resources for the Millennium* (Ch. 3, pp. 31-44). Philadelphia, PA: The Brunner-Routledge.
- Roy, A. (2001). Schizophrenia, other psychotic states and suicide. In D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An Unnecessary Death* (pp. 75-80). Stockholm, Sweden: Martin Dunitz.
- Statham, D. J., Heath, A. C., Madden, P. A., Bucholz, K. K., Bierut, L., Dinwiddie, S. H., Slutske, W. S., Dunne, M. P., & Martin, N. G. (1998). Suicidal behaviour: An epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine, 28*(4), 839-855.
- Suominen, K., Henriksson, M., Suokas, J., Isometsa, E., Ostamo, A., & Lonnqvist, J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 94*(4), 234-240.
- Szadoczky, E., Vitrai, J., Rihmer, Z., & Furedi, J. (2000). Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders. *European Psychiatry, 15*(6), 343-347.
- Torgersen, S., & Alnaes, R. (1990). The relationship between the MCMI personality scales and DSM-III, axis II. *Journal of Personality Assessment, 55*(3-4), 698-707.



- Wasserman, D. (Ed.). (2001). *Suicide: An Unnecessary Death*. Stockholm, Sweden: Martin Dunitz.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., Markowitz, J. S., & Ouellette, R. (1989). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *The New England Journal of Medicine*, 321(18), 1209-1214.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی