



وضعیت روانی، اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان*

احمد حیدری پهلویان**

چکیده

برای به دست آوردن اطلاعاتی در مورد وضعیت روانی - اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان ۶۶۷ نفر (۲۲۳ زن، ۲۴۴ مرد) مراجعه کنندگان به ۲ مرکز اورژانس این شهر طی یک سال مورد بررسی قرار گرفتند. یک پرسشنامه مشخصات، آزمون شخصیتی چند وجهی مینه سوتا MMPI و پرسشنامه سنجش افسردگی بک ابزارهای پژوهش را تشکیل داده‌اند. داده‌ها با استفاده از روشهای آمار توصیفی و استنباطی مانند مجذور خی، آزمون χ^2 مستقل، ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS و EPI مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که افراد زیر ۳۰ سال بالاترین موارد اقدام به خودکشی (۷۷/۵٪) را داشته‌اند. در گروه زنان بالاترین موارد اقدام به خودکشی مربوط به افراد متأهل (۶۳/۴۶ درصد) و در گروه مردان افراد مجرد (۵۷/۷۸ درصد) بالاترین موارد اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند. ۸۵/۸ درصد از آزمودنیها در پاسخ به آزمون "بک" هنگام اقدام به خودکشی درجاتی از حالت افسردگی خفیف تا شدید را نشان دادند. نیمی (۵۲/۳۶٪) از پاسخ دهندگان به MMPI نیمیخ روانی ناپه‌نچار داشته و در آزمون فرضیه‌ها، نمره زنان در مقیاس‌های بالینی هیپوکندری و مانیا در سطح $P < ۰.۰۵$ بطور معنی داری بیش از مردان بود. در مردان افسردگی و خستگی روانی بطور معنی داری در سطح $P < ۰.۰۵$ بیش از زنان بود. مهمترین دلایل اقدام به خودکشی، اختلاف خانوادگی، درگیری با همسر، ناراحتی روانی و بیکاری در مردان بوده است. افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی در اقدام کنندگان به خودکشی بوده است.

کلید واژه: اقدام به خودکشی، وضعیت روانی - اجتماعی، همه‌گیرشناسی، همدان

اقدام به خودکشی یک مسئله مهم بهداشت عمومی است. بخش قابل توجهی از مراجعین به مراکز اورژانس پزشکی را افرادی تشکیل می‌دهند که عمداً خود را با انگیزه‌های گوناگون به وسیله دارو یا روشهای دیگر مسموم کرده و یا آسیب رسانده‌اند. بررسیها نشان می‌دهند تنها گروه اندکی از این افراد قصد از بین بردن خود را داشته‌اند

* این پژوهش مصوبه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد که با همکاری مؤثر آقایان دکتر حسین ملکی، محمدرضا لقمانیان، بهرام طهماسبی، حمید باباخانی پور و خانم زهرا صحیحی انجام گرفته است.
** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان. همدان، خیابان پاستور، بیمارستان سینا.

و بقیه انگیزه‌های دیگری برای عمل خود عنوان نموده‌اند. همچنین برخی از این افراد دچار اختلال روانی بوده و یا با مسایل اجتماعی پیچیده‌ای مواجه گردیده‌اند. (گیلدر، مه‌یوروگات، ۱۳۶۹).

در آمریکا سالانه ۳۰۰ هزار نفر اقدام به خودکشی می‌کنند. برآورد می‌شود که ۲۵ درصد بیماران افسرده، دست کم یک بار در طول عمر خود اقدام به خودکشی می‌کنند و ۱۵ درصد از بیماران افسرده سرانجام به واسطه خودکشی می‌میرند. همچنین بیش از ۴۰ درصد کسانی که خودکشی می‌کنند دست کم یکبار سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند. هر اقدام ناموفق خودکشی ۳۲ درصد خطر خودکشی موفق را افزایش می‌دهد (مالون^(۱)، زانتو^(۲)، کورییت و مان^(۳)، ۱۹۹۵).

پژوهشهای گوناگون نشان داده‌اند بیش از ۷۵ درصد کسانی که عمداً به خود آسیب رسانده‌اند زیر سن ۴۰ سالگی بوده‌اند. اقدام به خودکشی یکی از مشکلات مهم اجتماعی - خانوادگی سنین نوجوانی و جوانی بشمار می‌آید (هاوتون و کاتالان^(۴)، ۱۹۸۷). بازنگری بررسیهای همه گیر شناسی که طی سه دهه گذشته انجام شده است، نشان می‌دهد میزان شیوع خودکشی در بیشتر کشورها به دلیل تفاوت در روشهای نمونه گیری و متنوع بودن ابزارهای مورد استفاده، متفاوت گزارش گردیده است (بروکینگ^(۵)، ریتز^(۶) و توماس^(۷)، ۱۹۹۲).

بالا بودن میزان خودکشی و اقدام به آن در کشورهای پیشرفته صنعتی و رو به رشد و آثار ناگوار آن بر جوامع و خانواده‌ها باعث گردیده تا پژوهشگران در کنار بررسیهای همه گیر شناسی، عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی مرتبط با خودکشی را بیش از پیش مورد بررسی و پژوهش قرار دهند.

پژوهشهای گوناگون گویای آن است که ارزشهای فرهنگی نیز در اقدام به خودکشی مؤثرند. برای نمونه گفته می‌شود در سوئد بیشتر کسانی خودکشی می‌کنند که خود را در برابر انتظارات والدین، همقطاران و جامعه شکست

خورده می‌پندارند. در حالی که در نروژ به نظر می‌رسد که ارتکاب به خودکشی، پاسخی به تعارض اخلاقی و نبود وابستگی است (آزاد، ۱۳۷۳).

اگرچه میزان خودکشی در ایران، در مقایسه با سایر کشورهای پیشرفته صنعتی بسیار کم است، بررسیهای انجام شده در دو دهه اخیر در ایران نشان داده‌اند که خودکشی و اقدام به آن روبه افزایش است (محسنی، ۱۳۶۶). این بررسیها بیشتر بر روی بیماران مراکز درمانی و یا با استفاده از پرونده‌های بسیار ناقص موجود در مراکز پزشکی قانونی انجام شده و نشان داده‌اند که اقدام به خودکشی در جوانان بیش از سایر گروهها بوده است. مسایلی مانند اختلافات زناشویی، درگیری با بستگان، اختلالات روانی و بیکاری از دلایل عمده اقدام به خودکشی بوده است (محسنی، ۱۳۶۶؛ آزاد، ۱۳۷۲؛ پورمند و داویدیان، ۱۳۶۹؛ رنجبر، ۱۳۶۷؛ جلالی و ترابی، ۱۳۶۸؛ حسن زاده و رجالی، ۱۳۶۳).

مروری بر یافته‌های پژوهشی در ایران نشان می‌دهد پژوهشهایی که پدیده اقدام به خودکشی را در تعامل با ابعاد گوناگون آن مورد بررسی قرار دهند، نادرند.

از سوی دیگر پاره‌ای گزارشها گویای آن هستند که آمار خودکشی و اقدام به آن در استان همدان در مقایسه با سایر استانهای ایران رقم بالایی را طی سالهای اخیر به خود اختصاص داده است. با توجه به اینکه اقدام به خودکشی متأثر از عوامل فرهنگی و منطقه‌ای می‌باشد (کرخوف، ۱۳۷۴)، پژوهش حاضر با هدف شناسایی ویژگیهای جمعیت شناختی، روان شناختی، و همه گیر شناسی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان طرح ریزی شده است. در راستای این هدف، پژوهش حاضر هدفهای زیر را پی می‌گیرد.

1-Malone	2-Szanto
3-Mann	4-Hawton & Catalan
5-Brooking	6-Ritter
7-Thomas	

۱- تعیین فراوانی موارد اقدام به خودکشی بر حسب جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل و درآمد طی یکسال در شهرستان همدان.

۲- تعیین فراوانی موارد اقدام به خودکشی بر حسب روش اقدام به خودکشی، علت اقدام به خودکشی سابقه اقدام به خودکشی، روز اقدام به خودکشی، ساعت اقدام به خودکشی و فصل اقدام به خودکشی.

۳- تعیین فراوانی موارد اقدام به خودکشی بر حسب انواع اختلال روانی.

۴- تعیین فراوانی موارد اقدام به خودکشی بر حسب میزان افسردگی.

۵- شناخت دلایل مرتبط با اقدام به خودکشی.

روش

این پژوهش از نوع پژوهشهای توصیفی - تحلیلی است و جامعه پژوهش ساکنین شهرستان همدان بوده‌اند که به دلیل اقدام به خودکشی به چهار مرکز آموزشی - درمانی شهر همدان ارجاع گردیده بودند. پیش از آغاز پژوهش اصلی، یک بررسی راهنما^(۱) به مدت ۳ ماه در مرکز آموزشی - درمانی سینا انجام شد و پرسشنامه‌های مورد نظر بر اساس آن تنظیم و تدوین گردیدند. در آغاز برای همکاران اصلی و مسؤولان نوبتهای کاری مختلف اورژانس چهار مرکز آموزشی - درمانی عمده شهر، چندین جلسه توجیهی در مورد شیوه اجرای طرح تشکیل شد و پژوهشگر توضیحات لازم را در زمینه جلب همکاری بیماران، شیوه مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه نمود.

برای تکمیل پرسشنامه‌ها پس از ارجاع بیماران به بخش اورژانس بیمارستانها مشخصات اولیه آنان در دفتری توسط مسؤول اورژانس ثبت می‌گردید و پس از آن همکاران اصلی طرح که از کارشناسان روانشناسی بودند با بیمار مصاحبه نموده و پرسشنامه‌های مربوط را تکمیل می‌نمودند. برای بیمارانی که به دلیل شرایط بدنی ناشی از

اقدام به خودکشی در همان روز قادر به تکمیل پرسشنامه‌ها نبودند، زمان دیگری در نظر گرفته می‌شد و یا اینکه با گرفتن آدرس جهت تکمیل پرسشنامه‌ها حداکثر طی یک هفته همکاران اصلی طرح به درب منزل آنها مراجعه می‌نمودند.

پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، برای پاسخ دهندگان، هدف از اجرای پژوهش توضیح داده می‌شد و به آنها گفته می‌شد الزامی برای نوشتن نام خود بر روی پرسشنامه ندارند و اطلاعات محرمانه تلقی می‌شود. مراجعین که مایل به همکاری برای تکمیل پرسشنامه‌ها نبودند فقط مشخصات اولیه آنها در دفتری ثبت می‌گردید. ابزار مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر بوده‌است.

۱- پرسشنامه مشخصات در برگیرنده ۲۰ پرسش چند گزینه ای درباره مشخصات فردی - اقتصادی، وضعیت اجتماعی، وسیله خودکشی، روز، ساعت، علت و سابقه اقدام به خودکشی بوده است.

۲- پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا^(۲)

این آزمون یکی از معتبرترین پرسشنامه‌هایی است که با روش استفاده از ملاک خارجی توسط "هته وی" و "مک کنیلی" در سال ۱۹۴۰ تدوین گردید. پرسشنامه شخصیتی مینه سوتا یکی از پرسشنامه‌های شناخته شده شخصیتی بالینی بوده و تاکنون بیش از ۸۰۰۰ منبع پژوهشی درباره آن منتشر گردیده است (مارنات، ۱۳۷۳).

در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این آزمون استفاده شده است. فرم کوتاه (۷۱ سؤالی) با توجه به شرایط فرهنگی ایران توسط اخوت و براهنی (۱۳۵۳)، به نقل از شکرکن، (۱۳۷۳) اقتباس شده است و سپس با پژوهشهای دیگری (اخوت، ۱۳۵۳؛ خاچونی، ۱۳۵۷؛ رحیمیان، ۱۳۵۷؛ ناظمیان، ۱۳۵۷ و پورهدایتی، ۱۳۵۹، به نقل از شکرکن،

1-pilot study

2-Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

۱۳۷۳) پایایی و روایی و ارزش تشخیص آن مورد تأیید قرار گرفته است.

نمره گذاری فرم کوتاه به کمک ۱۱ کلید صورت می‌گیرد. نمرات آزمودنی در هر مقیاس به فرمی که برای نمایش نیمرخ روانی وی تهیه شده است منتقل می‌گردد و در تفسیر نیمرخ روانی از روش رمزگردانی و شکل کلی آن استفاده می‌گردد. در پژوهش حاضر نمره نقطه برش ۷۰ در نظر گرفته شده است.

۳- پرسشنامه افسردگی بک^(۱)

این مقیاس در سال ۱۹۶۱ توسط بک ساخته شد و در سال ۱۹۷۸ پس از تجدید نظر انتشار یافت. این پرسشنامه برای سنجش شناخته‌های وابسته به افسردگی هم برای بیماران روانپزشکی (پیوترودسکی و همکاران، ۱۹۸۵، به نقل از مارنات، ۱۳۷۳) و هم برای افسردگی افراد بهنجار (استیر و همکاران، ۱۹۸۶، به نقل از همان جا) به صورت گسترده‌ای به کار رفته است. این آزمون قادر است جمعیت‌های روانپزشکی را از غیر روانپزشکی تفکیک نماید (بایرلی و کارلسون، ۱۹۸۲، به نقل از همان جا).

پژوهشهای تحلیل عوامل، نشانگر آن است که پرسشنامه افسردگی بک یک عامل کلی افسردگی همچنین نگرش منفی نسبت به خود، اختلال عملکرد و اختلال بدنی را اندازه‌گیری می‌کند. بررسیهای انجام شده در بسیاری از کشورها نشان‌دهنده اعتبار و روایی بالای این آزمون بوده‌اند (مارنات، ۱۳۷۳).

بخشی از داده‌های این پژوهش با استفاده از روشهای آمار توصیفی ارائه شده و جهت آزمون فرضیه‌ها از روشهای آماری آزمون ۲ مستقل، آزمون مجذور خی، ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS و EPI استفاده گردیده است.

نتایج پژوهش

در این بررسی ۶۶۷ نفر (۴۲۳ زن، ۲۴۴ مرد) از ساکنین شهرستان همدان که طی سال ۱۳۷۴ اقدام به خودکشی کرده و به مراکز درمانی شهر همدان ارجاع گردیده بودند شناسایی و اقدام به تکمیل پرسشنامه‌های مربوط به طرح نمودند (جدول ۱). آزمون این پرسش که

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی اقدام‌کنندگان به خودکشی بر حسب جنس و سن

جنس سن	زن		مرد		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۱-۱۵	۴۷	۱۱/۱	۱۲	۴/۹	۵۹	۸/۹
۱۶-۲۰	۱۶۲	۳۸/۳	۸۵	۳۴/۸	۲۴۷	۳۷/۱
۲۱-۳۰	۱۳۲	۳۱/۲	۸۰	۳۲/۸	۲۱۲	۳۱/۸
۳۱-۴۰	۶۱	۱۴/۴	۳۹	۱۵/۴	۱۰۰	۱۵
۴۱-۵۰	۱۰	۲/۴	۱۲	۴/۹	۲۲	۳/۲
۵۱-۶۰	۸	۱/۹	۱۰	۴/۱	۱۸	۲/۷
۶۱ به بالا	۳	۰/۷	۶	۲/۴	۹	۱/۳
جمع کل	۴۲۳	۱۰۰	۲۴۴	۱۰۰	۶۶۷	۱۰۰

آیا بین جنس و اقدام به خودکشی رابطه معنی داری وجود دارد؟ با استفاده از آزمون آماری تفاوت نسبت‌ها، نشان داد، زنان بطور معنی داری بیش از مردان اقدام به خودکشی می‌نمایند ($Z=14/5$ و $P<0/1$).

اقدام به خودکشی در زنان گروه سنی ۱۱-۱۵ سال تقریباً سه برابر مردان در همین گروه سنی می‌باشد. بالاترین موارد اقدام به خودکشی در هر دو جنس گروه سنی ۱۶-۳۰ سال بوده و در هر دو جنس تقریباً به یک اندازه دیده شد ($Z=0/81$). با افزایش سن (۳۱ سال به بالا) مردان بیش از زنان اقدام به خودکشی می‌نمایند. آزمون آماری تفاوت نسبت یک صفت در دو جامعه مستقل چنین تفاوتی را معنی دار نشان داد ($Z=2/53$ و $P<0/5$).

آمار اقدام به خودکشی در زنان متأهل (۶۱/۴٪) تقریباً دو برابر افراد مجرد (۳۲/۸۶٪) بوده است؛ اما در مردان اقدام به خودکشی در افراد مجرد (۵۷/۷۸٪) به مراتب بیشتر از افراد متأهل (۳۸/۹۳٪) بوده است. کمترین موارد اقدام به خودکشی در پژوهش حاضر (۱/۴۹٪) مربوط به زنان و مردانی است که از همسرانشان جدا گردیده‌اند.

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، از نظر میزان تحصیلات، بالاترین موارد اقدام به خودکشی در زنان و مردان (۵۲/۷۲٪) مربوط به مقطع تحصیل ابتدایی و راهنمایی بوده است و کمترین موارد اقدام به خودکشی در افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم دیده شده است. (۴/۶۴٪)

جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی اقدام کنندگان به خودکشی بر حسب جنس و میزان تحصیلات

جنس	زن		مرد		جمع کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
بیسواد	۷۸	۱۸/۴	۳۵	۱۴/۳	۱۱۳
مقطع ابتدایی	۱۰۸	۲۵/۵	۶۷	۲۷/۵	۱۷۵
مقطع راهنمایی	۱۰۱	۲۳/۹	۷۶	۳۱/۱	۱۷۷
مقطع متوسطه	۵۸	۱۳/۷	۳۱	۱۲/۷	۸۹
دیپلم	۴۲	۹/۹	۲۰	۸/۲	۶۲
بالاتر از دیپلم	۲۴	۵/۷	۷	۲/۹	۳۱
نامشخص	۱۲	۲/۹	۸	۳/۳	۲۰
جمع کل	۴۲۳	۱۰۰	۲۴۴	۱۰۰	۶۶۷

جدول ۳ وضعیت شغلی اقدام کنندگان به خودکشی را نشان می‌دهد. در زنان بالاترین موارد اقدام به خودکشی (۵۹/۸۱٪) مربوط به زنان خانه دار بوده است و پس از آن دانش آموزان با رقم ۱۶/۳۱ درصد بیشترین موارد اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند. در مردان بالاترین موارد اقدام به خودکشی در میان کسانی دیده شد که مشاغل آزاد داشته‌اند (۳۷/۷٪). افراد بیکار مقام دوم را در این زمینه داشته‌اند (۱۵/۹٪).
بالاترین موارد اقدام به خودکشی ۱۶/۶۴ درصد در

روزهای دوشنبه اتفاق افتاده است و کمترین موارد اقدام به خودکشی یعنی ۱۱/۶۹ درصد متعلق به روزهای یکشنبه بوده است. آزمون آماری خی دو نشان داد که تفاوت معنی داری از نظر فراوانی اقدام به خودکشی بین روزهای هفته وجود ندارد ($\chi^2=8/11$ و $df=6$). بالاترین آمار اقدام به خودکشی در هر دو جنس (۷۷٪) در فاصله زمانی ۶ بامداد تا ساعت ۱۸ روی داده است و کمترین موارد اقدام به خودکشی (۸٪) در فاصله زمانی ساعت ۲۴ تا ۶ بامداد بوده است.

جدول ۳ توزیع فراوانی نسبی اقدام کنندگان به خودکشی بر حسب جنس و شغل

شغل	زن		مرد		جمع کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بیکار	۲۵	۵/۹	۳۹	۱۶	۶۴	۹/۶
دانش آموز	۶۹	۱۶/۳	۳۰	۱۲/۳	۹۹	۱۳/۸
کارمند	۱۸	۲/۲۵	۲۶	۱۰/۶	۴۴	۶/۶
آزاد	۱۳	۳/۱	۹۲	۳۷/۷	۱۰۵	۱۵/۷
خانه دار	۲۵۳	۵۹/۸	-	-	۲۵۳	۳۷/۹
دانشجو	۳	۰/۷	۳	۱/۲	۶	۰/۹
کشاورز	-	-	۱۹	۷/۸	۱۹	۲/۸۲
سرباز	-	-	۹	۳/۷	۹	۱/۳۲
بازنشسته	۱	۰/۲۵	۸	۳/۲۷	۹	۱/۲
نامشخص	۲۱	۹/۷	۱۸	۷/۳۷	۵۹	۸/۸۲
جمع کل	۲۲۳	۱۰۰	۲۴۲	۱۰۰	۶۶۷	۱۰۰

خودکشی، از کل پاسخ دهندگان، ۴۸/۳٪ مسایل خانوادگی و درگیری با همسر، ۲۰/۵٪ مشکلات روحی و روانی خود را دلیل اقدام به خودکشی دانستند. شکست در تحصیل (۸/۴٪)، بیکاری و مشکل اقتصادی (۷/۶٪) و ازدواج تحمیلی (۳/۵٪). در این زمینه دارای فراوانی کمتری بوده‌اند.

در اواسط اجرای طرح، پرسشی با عنوان "انگیزه شما از اقدام به خودکشی چه بوده است؟" به پرسشنامه مورد نظر اضافه گردید. از ۳۲۳ پاسخ به پرسش یاد شده ۶۰٪، انگیزه خود را از انجام این عمل آرزوی مردن ذکر کردند. ۱۷/۳٪، جلب توجه و طلب کمک دیگران را انگیزه اقدام به خودکشی دانستند، ۱۲/۱٪ متأثر و ناراحت نمودن دیگران و سرانجام ۵/۵۷٪ بر این باور بودند که با این کار میزان محبت و علاقه خود را به دیگران نشان می‌دهند.

این پژوهش نشان داد که اقدام به خودکشی در همه فصلهای سال شایع است. بیشترین موارد اقدام به خودکشی در فصل تابستان (۳۰٪) و کمترین موارد اقدام به خودکشی در فصل زمستان (۱۹/۶٪) روی داده است.

۶۲/۷۵٪ از کل اقدام کنندگان در هر دو جنس از مواد دارویی جهت اقدام به خودکشی استفاده کرده بودند و پس از آن استفاده از مواد سمی و مسموم کننده (۳۳/۱٪) در ردیف دوم قرار داشت.

استفاده از چاقو (۱/۶۴٪)، خود سوزی (۱/۳۹٪) کمترین موارد را به خود اختصاص داده است.

از کل پاسخ دهندگان به این پرسش که "آیا قبلاً با کسی در مورد اقدام به خودکشی صحبت کرده بودید؟" ۱۸/۳۳ درصد پاسخ آری دادند. ۴۴/۵۶٪ از اقدام کنندگان به خودکشی از عمل خود پشیمان نبوده‌اند، ۲۴/۱۵٪ با برنامه‌ریزی قبلی اقدام به خودکشی نموده بودند و ۱۶/۵۴٪ قبلاً سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند. همچنین در بستگان درجه اول ۸/۱۵٪ از اقدام کنندگان سابقه اقدام به خودکشی وجود داشته است.

۶۱/۶٪ از اقدام کنندگان به خودکشی، درآمد ماهیانه خانواده خود را کمتر از ۳۰ هزار تومان برآورد نمودند، ۱۴/۹٪، درآمد خانواده خود را بیش از ۳۰ هزار تومان در ماه می‌دانستند و ۲۳/۴٪ بقیه به این پرسش پاسخ ندادند. با توجه به داده‌های جدول ۴، در پاسخ به علت اقدام به

جدول ۴ - توزیع فراوانی و فراوانی نسبی اقدام کنندگان به خودکشی بر حسب جنس و علت اقدام به خودکشی

جنس علت	زن		مرد		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیکاری و مشکل اقتصادی	۱۰	۳/۱	۲۹	۱۵/۹	۳۹	۷/۶
مشکلات روحی	۶۲	۱۸/۹	۲۳	۲۳/۵	۱۰۵	۲۰/۵
درگیری با همسر	۷۹	۲۲/۱	۱۰	۵/۵	۸۹	۱۷/۴
مسایل خانوادگی و درگیری با بستگان	۱۰۷	۳۲/۶	۵۱	۲۷/۸	۱۵۸	۳۰/۹
از دست دادن فرد مورد علاقه	۷	۲/۱	۹	۴/۹	۱۶	۳/۱
شکست تحصیلی	۲۴	۷/۳	۱۹	۱۰/۴	۴۳	۸/۴
ازدواج تحمیلی	۱۸	۵/۵	-	-	۱۸	۳/۶
بیماری جسمی	۴	۱/۲	۵	۲/۷	۹	۱/۸
اعتیاد	-	-	۶	۳/۳	۶	۱/۲
علل دیگر	۱۷	۵/۲	۱۱	۶	۲۸	۵/۵
جمع کل	۳۲۸	۱۰۰	۱۸۳	۱۰۰	۵۱۱	۱۰۰

انواع اختلال روانی را نشان داده‌اند. آزمون آماری خی دو تفاوت معنی داری را بین این دو گروه نشان نداد به بیان دیگر اقدام به خودکشی بطور یکسان در افراد بهنجار و نابهنجار دیده شده است. از سوی دیگر جدول یاد شده نشان می‌دهد که فراوانی اختلال روانی در مردان (۱۶/۵۶٪) بیش از زنان (۳۸/۴۵٪) است. آزمون فرضیه‌ها با بهره‌گیری از آزمون تفاوت نسبت یک صفت در دو جامعه مستقل این تفاوت را معنی دار نشان می‌دهد ($Z=2/44, P<0.05$).

آزمون آماری خی دو تفاوت معنی دار بین موارد اقدام به خودکشی در فصلهای مختلف سال را نشان داد ($X^2=25/7$ و $df=3$). در ادامه پژوهش از ۲۵۲ نفر که شرایط شرکت در تکمیل آزمون شخصیتی چند وجهی مینه سوتا^(۱) را داشتند و به شیوه نمونه‌گیری "قابل دسترس بودن" انتخاب شده بودند، خواسته شد به پرسشهای مربوط به این پرسشنامه پاسخ دهند. همانگونه که جدول ۵ نشان می‌دهد نزدیک به نیمی از اقدام کنندگان به خودکشی (۴۷/۶٪) اختلال روانی بارزی نداشته‌اند، اما ۵۲/۴٪ آنان گرایش به

جدول ۵ - توزیع فراوانی و فراوانی نسبی اقدام کنندگان به خودکشی بر حسب نیمرخ روانی در آزمون MMPI

جنس تشخیص	زن		مرد		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بهنجار	۸۴	۵۱/۵	۳۶	۴۰/۴	۱۲۰	۴۷/۶
اختلال شخصیت	۲۷	۱۶/۶	۲۲	۲۴/۷	۴۹	۱۹/۴
اختلال روان نژندی	۲۵	۱۵/۳	۱۶	۱۸	۴۱	۱۶/۳
اختلال روان پریشی	۲۲	۱۳/۵	۱۲	۱۳/۵	۳۴	۱۳/۵
نامشخص	۵	۳/۱	۳	۳/۴	۸	۳/۲
جمع کل	۱۶۳	۱۰۰	۸۹	۱۰۰	۲۵۲	۱۰۰

۱- لازمه پاسخ گویی به آزمون شخصیتی MMPI، برخورداری از حداقل تحصیلات (مقطع سوم راهنمایی به بالا) و تمایل به تکمیل آن می‌باشد.

بر پایه این داده‌ها ۸۵/۹ درصد از کل پاسخ دهندگان به هنگام اقدام به خودکشی از خلق افسرده خفیف تا شدید در رنج بوده‌اند. زنان بیش از مردان دارای افسردگی خفیف و متوسط بوده‌اند، در حالی که افسردگی شدید در مردان بیش از زنان بوده است اما تفاوت موجود از نظر آماری معنی دار نبود.

با استفاده از آزمون t مستقل، میانگینهای دو گروه مردان و زنانی که نیمرخ روانی آنها در آزمون شخصیتی چند وجهی مینه سوتانا بهنجار تشخیص داده شده بودند از نظر میزانهای اعتبار و میزانهای بالینی با توجه به نمرات استاندارد مورد مقایسه قرار گرفتند. همانطور که جدول ۶ نشان می‌دهد، نمره زنان در میزانهای اعتبار KF، میزانهای بالینی هیپوکندری (Hs) و شیدایی خفیف (Ma) بطور معنی داری بالاتر از مردان می‌باشد و نمره مردان در میزان اعتبار (L) و میزانهای بالینی افسردگی (D) و خستگی روانی (Pt) بطور معنی داری ($P < .05$) بالاتر از نمره زنان بوده است. اما چنین تفاوتی بین نمره زنان و مردان در میزانهای هیستری (Hy)، انحراف اجتماعی - روانی (Pd)، تمایلات پارانوئیدی (Pa) و اسکیزوفرنی (Sc) دیده نمی‌شود.

جدول ۶ - مقادیر t مربوط به میانگینهای دو گروه مردان و زنان در میزانهای اعتبار و بالینی آزمون شخصیتی MMPI موارد اقدام به خودکشی همدان - ۱۳۷۴

کد	میزانهای MMPI	زنان		مردان		آزمون آماری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
L	میزان اعتبار	۴۵	۸/۹	۴۸/۴	۹/۷	۱۲۱
F	میزان اعتبار	۶۸	۱۰/۹	۶۳/۹	۱۰/۸	۱۲۱
K	میزان اعتبار	۴۶/۹	۸/۵	۴۴/۱	۹/۴	۱۲۱
Hs	خود بیمار انگاری (هیپوکندری)	۶۳/۷	۹/۲۵	۵۸	۹/۹	۱۲۱
D	افسردگی	۶۹/۳	۸/۹	۷۴/۱	۹/۸	۱۲۲
HY	هیستری	۶۱	۱۰/۷	۶۰/۳	۱۰/۴	۱۲۲
Pd	انحراف اجتماعی - روانی	۶۶	۷/۵	۶۷/۱	۹/۱	۱۲۲
Pa	پارانویا	۶۶/۳۵	۸/۱	۶۶/۲	۹/۶	۱۲۲
Pt	خستگی روانی	۶۷/۵	۸/۶	۷۰	۷/۸	۱۲۲
Sc	اسکیزوفرنی	۶۸/۴	۹/۱	۶۹/۵	۹/۵	۱۲۲
Ma	شیدایی	۵۸/۱	۷/۵۶	۵۶/۶	۷/۹	۱۲۲

* $< .05$ ** $< .01$

به خودکشی از خلق افسرده خفیف تا شدید در رنج بوده‌اند. زنان بیش از مردان دارای افسردگی خفیف و متوسط بوده‌اند، در حالی که افسردگی شدید در مردان بیش

جدول ۷ نشان دهنده میزان افسردگی پاسخ دهندگان به پرسشنامه منجش افسردگی یک می‌باشد. بر پایه این داده‌ها ۸۵/۹ درصد از کل پاسخ دهندگان به هنگام اقدام

از زنان بوده است اما تفاوت موجود از نظر آماری معنی دار نبود.

جدول ۷- توزیع نمرات افسردگی اقدام کنندگان به خودکشی بر حسب جنسیت در آزمون بک

میزان افسردگی	زن		مرد		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کمتر از ۹ (نبود افسردگی)	۲۶	۱۴/۶	۱۱	۱۳/۱	۳۷	۱۴/۱
۱۰-۱۸ (افسردگی خفیف)	۴۲	۲۳/۶	۱۷	۲۰/۲	۵۹	۲۲/۵
۱۹-۲۹ (افسردگی متوسط)	۵۳	۲۹/۸	۲۳	۲۷/۴	۷۶	۲۹
۳۰-۶۳ (افسردگی شدید)	۵۷	۳۲	۳۳	۳۹/۳	۹۰	۳۴/۴
جمع کل	۱۷۸	۱۰۰	۸۴	۱۰۰	۲۶۲	۱۰۰

خودکشی نشان می‌دهد. همبستگی معنی دار دو آزمون، نشان دهنده اعتبار نسبتاً بالای دو آزمون یاد شده برای تشخیص میزان افسردگی در افراد است.

جدول ۸ ضریب‌های همبستگی بین مقیاس افسردگی (D) در آزمون شخصیتی چند وجهی مینه سوتا و آزمون سنجش افسردگی بک را در مورد اقدام کنندگان به

جدول ۸- ضرایب همبستگی بین مقیاس افسردگی آزمون شخصیتی چند وجهی مینه سوتا و آزمون سنجش افسردگی بک در افراد مورد بررسی

پاسخ دهندگان	تعداد	مقیاس D		مقیاس Beck	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
زنان	۷۰	۶۹/۳	۸/۸	۳۰/۹	۹/۹
مردان	۴۲	۷۳	۹/۴	۳۰/۱	۹/۸۵
کل	۱۱۲	۷۰/۶	۹/۱	۳۰/۶	۹/۹

* $P < / . 5$

** $P < / . 1$

بحث در نتایج

با توجه به هدف اصلی پژوهش حاضر، یعنی بررسی وضعیت روانی - اجتماعی و همه گیر شناسی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان، طی یکسال ۶۷۷ مورد اقدام به خودکشی مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی شهر همدان که مقیم شهرستان همدان بوده‌اند، شناسایی و پرسشنامه‌های مربوط به پژوهش را

تکمیل کردند. بر اساس نتایج مقدماتی سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵ و با توجه به برآورد جمعیت در معرض خطر شهرستان همدان در سال ۱۳۷۴، میزان اقدام به خودکشی ۱۸۵ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد. چنین رقمی در مقایسه با آمار بین المللی که بر رقمی بین ۱۰۰ تا ۳۰۰ نفر در هر صد هزار نفر اشاره دارند (کاپلان و

سادوک^(۱)، (۱۹۹۵)، رقمی بالا نیست ولی قابل ملاحظه است. در این پژوهش ۷۸٪ موارد اقدام به خودکشی زیر ۳۰ سال بوده‌اند در حالی که این رقم در آمار بین المللی ۵۰٪ می‌باشد (همان جا). چنین تفاوتی احتمالاً ناشی از فراوانی بیشتر جمعیت جوان در جامعه آماری پژوهش حاضر می‌باشد. بالا بودن فراوانی اقدام به خودکشی در گروه‌های اصلی اجتماعی یعنی نوجوانان و جوانان را می‌باید یکی از مشکلات قابل توجه این قشر تلقی نمود، چرا که این امر می‌تواند بازتابی از آزرده‌گی روان شناختی قابل ملاحظه و افسردگی بسیاری از اقدام کنندگان به خودکشی باشد (میهان و همکاران، ۱۹۹۲). رویدادهای ناگوار در سنین نوجوانی ارتباط تنگاتنگ با خودکشی دارد، در صورتیکه پس از زنده ماندن، این افراد به حال خود رها شوند، بدون آنکه راهبردهای سازگاری مناسب با مشکلات و حوادث فشارزا را آموخته باشند، احتمال خودکشی موفق در کنار دیگر پیامدهای رفتاری برای آنها بیش از سایرین خواهد بود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آمار اقدام به خودکشی در دختران نوجوان (۱۵-۱۱ ساله) تقریباً سه برابر پسران بوده است. همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد از نظر آماری این تفاوت معنی دار است. این رقم نسبتاً بالای اقدام به خودکشی در دختران و زنان نوجوان احتمالاً حاکی از زندگی پر استرس گروهی از دختران در جامعه آماری پژوهش حاضر است. همانطور که سایر پژوهشگران (برنشتین^(۲)، روی^(۳)، اسرول^(۴)، ویکنس^(۵)، ۱۹۹۱) اظهار داشته‌اند، کسانی که زندگی پراسترس دارند، بیش از جمعیت عادی اقدام به خودکشی می‌نمایند، به ویژه در دانش آموزان در آغاز و پایان سال تحصیلی میزان اقدام به خودکشی افزایش می‌یابد.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد با افزایش سن (از ۳۱ سالگی به بالا) آمار اقدام به خودکشی در مردان بطور معنی داری ($P < 0.05$)، $Z = 2.53$ بیش از زنان است. چنین یافته‌ای احتمالاً تا اندازه‌ای ناشی از استرس‌های اجتماعی

اقتصادی می‌باشد که در سنین بالاتر بیشتر دامنگیر مردان می‌شود.

این بررسی نشان داد، زنان متأهل دو برابر افراد مجرد اقدام به خودکشی نموده‌اند، در حالی که در مردان موارد اقدام به خودکشی در افراد مجرد بیشتر بوده است. در تبیین یافته بالا، به نظر می‌رسد که علاوه بر تفاوت توزیع فراوانی تأهل در دو جنس، در جامعه آماری، احتمالاً در جمعیت مورد بررسی تأهل برای زنان در مقایسه با مردان جنبه حمایتی کمتری داشته است و برای بسیاری از آنها ازدواج و مناسبات زناشویی، به ویژه در سنین پایین، رویدادی فشارزا به شمار می‌آید.

در پژوهش حاضر بر خلاف بررسیهای مشابه در کشورهای غربی فراوانی اقدام به خودکشی در افراد مطلقه و کسانی که از همسرانشان جدا شده‌اند بسیار اندک می‌باشد. چنین وضعیتی احتمالاً ناشی از تفاوت‌های فرهنگی در جامعه ایران و کشورهای غربی است. بنظر می‌رسد در ایران افراد از حمایت سایر بستگان و افراد خانواده بیشتر برخوردار هستند و چنین حمایتی توانمندی آنها را در تحمل وضعیت ناگوار و فشارزا بالا می‌برد.

همانگونه که در بخش نتایج گفته شد در پاسخ به این سؤال که "آیا از اقدام به خودکشی پشیمان هستید؟" نزدیک به ۴۵ درصد از پاسخ دهندگان از این اقدام پشیمان نبوده‌اند، همچنین ۶۰ درصد از پاسخ دهندگان به سؤال مربوط به "انگیزه اقدام به خودکشی" تمایل جدی برای مردن را اظهار نموده‌اند. چنین نتایجی با یافته‌های کشورهای غربی همسوی ندارد. برای مثال برنشتین و همکاران، (۱۹۹۱) در مطالعه‌ای اظهار نموده‌اند که حدود ۶۵ درصد از اقدام کنندگان به خودکشی در غرب تمایل به

1-Kaplan & Sadock

2-Bernstien

3-Roy

4-Srull

5-Wickenes

مردن ندارند، تنها ۵ درصد از همه اقدام کنندگان واقعاً تمایل به مردن دارند. ۳۰ درصد مردد بوده‌اند. بنظر می‌رسد اقدام به خودکشی در کشور ما در بسیاری از موارد بطور جدی فریادی برای کمک و اعلام خطر برای خودکشی موفق می‌باشد نه وسیله‌ای برای جلب توجه.

در پژوهش حاضر بیشتر زنان و مردان مشکلات خانوادگی و درگیری با همسر را عامل خودکشی خود ذکر کرده‌اند. چنین یافته‌ای با نتایج پژوهشهای برخی از پژوهشگران از جمله روتقی (۱۳۶۸)، پورمند و داویدیان (۱۳۶۹)، دامینو^(۱) و همکاران (۱۹۸۲)، هایکنن^(۲) و لانگویست^(۳) (۱۹۹۲) مشابهت دارد. در مقایسه با جمعیت مورد بررسی کسانی که اقدام به خودکشی می‌نمایند، طی ۶ ماه پیش از اقدام، ۴ بار بیشتر متحمل رویدادهای استرس‌آمیز زندگی شده‌اند، این رویدادها متنوع هستند، اما شایع‌ترین آنها مشاجره با همسر می‌باشد.

در پژوهش حاضر پس از مسایل خانوادگی و درگیری با همسر، بیکاری و مشکل اقتصادی علت اقدام به خودکشی در مردان بوده است. بنظر می‌رسد نبود فعالیتهای اقتصادی مناسب و بیکاری در مردان از جمله عوامل مهم خودکشی در همدان می‌باشد. چنین یافته‌ای در پژوهش جلالی و ترابی (۱۳۶۸) نیز ارائه گردیده است. بررسیهای انجام شده در سایر کشورها نیز بر ارتباط بین اقدام به خودکشی و بیکاری در مردان تأکید داشته‌اند (برات و کرتین، ۱۹۸۴؛ هاوتون و رز، ۱۹۸۶ به نقل از بروکینگ و همکاران، ۱۹۹۲).

در این بررسی بر خلاف بیشتر بررسیهای انجام شده در کشورهای غربی بین بیماری جسمانی، معلولیت و اقدام به خودکشی رابطه‌ای مشاهده نگردید، شاید یکی از دلایل اساسی آن، حمایتی باشد که بیماران و معلولین در جامعه ما از خانواده‌های خود دریافت می‌دارند. دلیل دیگر مربوط به ایمان مذهبی مردم است. بررسیهای گوناگون (کرفوف، ۱۳۷۴) نشان داده‌اند که داشتن اعتقادات مذهبی باعث

همبستگی معنی دار آزمون شخصیتی چند وجهی مینه سوتا با پرسشنامه سنجش افسردگی بک نشان دهنده اعتبار نسبتاً بالای این دو آزمون برای تشخیص میزان افسردگی در افراد است.

بازداری فرد از خودکشی می‌گردد.

پژوهش حاضر نشان داد کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند لزوماً مبتلا به اختلال روانی نیستند بلکه عوامل پیچیده اجتماعی نیز نقش با اهمیتی را در این زمینه ایفا می‌نمایند. در این بررسی نزدیک به نیمی (۵۲/۳۶٪) از پاسخ دهندگان به آزمون شخصیتی چند وجهی مینه سوتا گرایش به انواع اختلالات روانی را نشان دادند. همچنین اقدام به خودکشی در مردان کمتر از زنان بوده است، اما مردان بیش از زنان گرایش به اختلال روانی داشته‌اند ($Z=2/44$, $P<0/5$).

نمره افسردگی آزمودنیها در دو آزمون پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا و پرسشنامه افسردگی بک حاکی از همبستگی معنی دار مثبت بین دو آزمون می‌باشد. چنین یافته‌ای با نتایج پژوهش سایر پژوهشگران در خصوص همبستگی نمره افسردگی آزمودنیها در این دو آزمون مشابهت دارد (بک و همکاران، ۱۹۸۸). البته میزان همبستگی نمره افسردگی در پژوهش حاضر، $r=0/36$ بوده در حالی که در مطالعه بک و همکاران، $r=0/76$ گزارش شده است. چنین تفاوتی شاید به این دلیل باشد که در پژوهش حاضر در مواردی که آزمودنی به دلیل عوارض ناشی از اقدام به خودکشی، همزمان قادر به تکمیل هر دو پرسشنامه نبوده، پاسخ به پرسشنامه دیگر به یک تا ۷ روز بعد موکول گردیده است. از آنجا که برخی از پژوهشگران

(مارنات، ۱۹۹۰) معتقدند متغیرهایی که توسط پرسشنامه افسردگی بک اندازه‌گیری می‌شود، متغیرهای حالت^(۱) هستند نه متغیرهای صفت، بنابراین ضریب همبستگی پایین‌تر در این پژوهش ممکن است. مربوط به نکته اخیر باشد.

همچنین بیشتر آزمون‌ها هنگام اقدام به خودکشی به درجاتی از حالت افسردگی خفیف تا شدید در رنج بوده‌اند. بنظر می‌رسد زنان بیشتر مبتلا به افسرده‌خلقی^(۲) بوده و مردان با توجه به نمره نسبتاً بالای افسردگی در هر دو آزمون پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا بیشتر از افسردگی شدید در رنج بوده‌اند، در تبیین یافته‌های یاد شده گروهی باور دارند که همه عوامل مربوط به افسردگی، از قبیل بحران بین فردی، جدایی، شکستهای مالی، مرگ ناگهانی یکی از عزیزان، ناکامی شدید، بی‌هدفی در زندگی، ارزیابی شناختی منفی و ناامیدانه از موقعیت خویشتن و آینده در اقدام به خودکشی مؤثر هستند. ارتباط افسردگی با افزایش اقدام به خودکشی مورد تأیید پژوهشگران بسیاری قرار گرفته است و در پژوهشهای بین فرهنگی از ۳۵ تا ۷۹ درصد موارد اقدام به خودکشی وجود علایم افسردگی گزارش شده است (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۹). در پژوهش حاضر فراوانی نسبتاً بالاتر افسردگی شدید در مردان به ویژه در سنین پس از ۳۱ سالگی احتمالاً نشان دهنده جدی بودن مشکلات این گروه و افزایش خطر خودکشی موفق برای آنها می‌باشد.

برای شخص و جامعه، عوارض بدنی رنج آوری را برای بسیاری از نجات یافتگان نیز در پی دارد (میهان، ۱۹۹۲) و با توجه به اینکه تحقیقات نشان می‌دهد (ر.ک. گیلدر و همکاران، ۱۳۶۹) در بین کسانی که اقدام به خودکشی ناموفق می‌نمایند شیوع خودکشی در یکسال پس از اقدام، یکصد بار بیشتر از رقم خودکشی در جمعیت عمومی است. پیشنهاد می‌گردد مرکزی با عنوان "مرکز پژوهش و پیشگیری از بحرانهای روانی" در یکی از بیمارستانهای عمومی مراکز استانها دایر گردد. این مراکز افزون بر ارائه خدمات درمانی و مشاوره‌ای همه جانبه به این درمانجویان، می‌توانند نقش فعالی را در انجام پژوهشهای نظامدار در زمینه خودکشی و پیشگیری از آن بر عهده گیرند.

قدردانی

بدین وسیله از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان که بخشی از هزینه این پژوهش را تأمین کردند تشکر و قدردانی می‌نماید. از جناب آقای کامران فرزاد سیر که بخشی از برنامه ریزی و تحلیل کامپیوتری این بررسی را بر عهده داشتند، از جناب آقای دکتر جعفر بوالهروی به خاطر نظرات و راهنماییهای سودمند ایشان، همچنین از رؤسا و کارکنان مراکز آموزشی - درمانی شهر همدان سپاسگزاری می‌نمایم.

منابع

- آزاد، حسین (۱۳۷۲). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات بهشت.
- پورمند، دیبا؛ داویدیان، لئون (۱۳۶۹). صد مورد اقدام به خودکشی با مواد سمی. مجله دانشکده پزشکی شهید بهشتی، سال چهارم، شماره ۱ و ۲.
- جلالی، مهدی؛ ترابی، نیره (۱۳۶۸). بررسی علل روانی و

محدودیت‌ها و پیشنهادها

پژوهش حاضر به منظور بررسی وضعیت روانی - اجتماعی و همه گیر شناسی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان صورت گرفته است، از این رو می‌باید در تعمیم نتایج آن به کل استان احتیاط شود. پیشنهاد می‌گردد با توجه به تفاوت‌های بین فرهنگی، پژوهشهای مشابهی در کل استان صورت پذیرد.

از آنجا که اقدام به خودکشی در کنار زیانهای اقتصادی

- Domino, G., Moore, D., Westlake, L., & Gihson, L. (1982). Attitude toward suicide: a factor analytical approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38: 257-62.
- Heikkinen, M., Aro, H., & Lonngvist, J. (1992). Recent life events and their role in suicide as seen by the spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 489-94.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1987). *Attempted suicide: A practical guide to its nature and management* (2nd ed.). London: Oxford University Press.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry* (6th ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Lest, D. (1989). Locus of control, depression and suicidal ideation. perceptual and motor skills, 69, 1158.
- Malone, K. M., Szanto, K., Corbitt, E. M., & Mann, J. (1995). Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1601-7.
- Meehan, P. J., Lamb, J. A., Saltzman, Linda. E., & Carroll, P. W. (1992). Attempted suicide among adults: Progress toward a meaningfull estimate of prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 41-4.

- اجتماعی. موارد اقدام به خودکشی با مواد دارویی و سمی. دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ارائه شده در دومین کنگره روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران (۱۳۷۳).
- حسن زاده، مهدی؛ رجالی، علی (۱۳۶۳). بررسی دوست مورد خودکشی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*. شماره، ۲۲.
- رونقی، سیمین (۱۳۶۸). بررسی صد مورد خودکشی در مراجعین به بخش مسمومین بیمارستان لقمان حکیم و سوانح سوختگی تهران. گزارش منتشر نشده.
- رنجبر، فرخ دخت (۱۳۶۷). *مشخصات افراد اقدام کننده به خودکشی در یکی از بیمارستانهای آموزشی تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- شکرکن، حسین (۱۳۷۳). بررسی رابطه متغیرهای پیش از اسارت با شدت علائم PTSD در دو نمونه از آزادگان شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان شناسی*، شماره ۲ و ۳.
- کرخوف (۱۳۷۴). *خودکشی و اقدام به آن*. ترجمه مهناز فاتحی. "بهداشت جهان". سال نهم، شماره ۳.
- گیلدر، مایکل؛ مه یور، ریچارد و کات، دنیس (۱۳۶۹). *روانپزشکی اکسفورد*. ترجمه نصرت... پورافکاری، تبریز: انتشارات ذوقی.
- مسحینی، منوچهر (۱۳۶۶). *انحرافات اجتماعی*. تهران: انتشارات مروی.
- مارنات، گری گراث (۱۳۷۳). *راهنمای سنجش روانی*. ترجمه حسن پاشا شریفی؛ محمد رضا نیکخواه. تهران: انتشارات رشد.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation, *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bernstien, D. A., Roy, E. J., Srull, T. K., & Wickenes, C. D. (1991). *Psychology*. Boston: Houghton Mifflin.
- Brooking, J. I., Ritter, S. A. H., & Thomas, B. (1992). *Psychiatric and mental health nursing*. Edinburgh: Churchill Living Stone.

