



## فراوانی افکار خودکشی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان آبدانان استان ایلام

### دکتر ناصر همتی<sup>۱</sup>

انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات  
بهداشت روان

### دکتر بدری دانش‌آموز

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه  
علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و  
مرکز تحقیقات بهداشت روان

### دکتر لیلی پناغی

انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات  
بهداشت روان

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین فراوانی افکار خودکشی و عوامل مؤثر بر آن در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهرستان آبدانان استان ایلام می‌باشد. **روش:** این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۳، با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای ۵۷۱ دانش‌آموز پایه اول تا سوم دبیرستان و پیش‌دانشگاهی شهرستان آبدانان را از نظر فراوانی افکار خودکشی مورد بررسی قرار داده است. برای بررسی افکار خودکشی از پرسشنامه خودکشی بک و به منظور بررسی خصوصیات دموگرافیک متغیرهای مورد مطالعه (مانند سابقه اقدام به خودکشی، مصرف مواد مخدر و سیگار، فوت بستگان) از یک پرسشنامه دموگرافیک استفاده شد. **یافته‌ها:** فراوانی افکار خودکشی شدید ۱۲۲ نفر (۲۱/۴٪)، افکار خودکشی متوسط ۱۰۹ نفر (۱۹/۲٪) و فاقد افکار خودکشی ۳۳۹ نفر (۵۹/۴٪) بود. توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب افکار خودکشی، به تفکیک متغیرهای جنس، پایه تحصیلی، رشته تحصیلی، سابقه اختلال روانپزشکی، مرگ یکی از بستگان نزدیک در سال گذشته، وجود بیماری جسمی، سابقه اقدام قبلی، جدایی والدین و مصرف مواد و سیگار، تفاوت آماری معنادار به دست داد. **نتیجه‌گیری:** شناسایی افکار خودکشی و عوامل مؤثر بر آن اولین قدم در مطالعات مداخله‌ای می‌باشد و به نظر می‌رسد مطالعات بعدی می‌بایست چگونگی طراحی یک مداخله مناسب را بررسی نمایند.

### مقدمه

خودکشی یکی از معضلات بهداشت روان است. بر اساس گزارش رسمی سال ۱۹۹۶ سازمان بهداشت جهانی هر ساله حداقل ۵۰۰ هزار نفر در جهان با خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند. مطالعات مربوط به خودکشی سه پدیده مهم را بررسی می‌کند که شامل افکار خودکشی<sup>۲</sup>، اقدام به خودکشی و خودکشی می‌باشد (مارسکو<sup>۳</sup>، فیشر<sup>۴</sup> و فریدمن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹). افکار خودکشی عبارتی است که بر وقوع هرگونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد. این

افکار طیفی از اندیشه‌های مبهم در مورد امکان خاتمه زندگی تا خودکشی کامل را در برمی‌گیرد.

شیوع سالانه افکار خودکشی در افراد بالغ ۲/۳ تا ۵/۶ درصد گزارش شده است. گذر از فکر خودکشی به نقشه کشیدن در ۳۲ درصد افراد (دارای فکر خودکشی) و گذر از نقشه خودکشی به اقدام در ۷۲ درصد افراد (دارای نقشه خودکشی) صورت می‌گیرد. در نتیجه ۲۴ درصد افرادی که فکر خودکشی را گزارش می‌کنند، در نهایت به سمت اقدام می‌روند (ون هیرینگن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱).

افکار خودکشی با واکنش‌های نامتعارف به استرس نظیر

۱- نشانی تماس: تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، جنب بیمارستان حضرت رسول (ص)، انستیتو روانپزشکی تهران.

E-mail: n-hemmaty@yahoo.com

2- suicidal ideation

3- Marcenko

4- Fishman

5- Friedman

6- Van Heeringen



دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شدند و سرانجام از هر دبیرستان و از هر پایه یک کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد. از تمامی دانش‌آموزان برای شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. در مجموع از سه دبیرستان دخترانه، دو دبیرستان پسرانه، یک هنرستان فنی، یک دبیرستان کار - دانش و یک دبیرستان روستایی نمونه‌گیری به عمل آمد. با توجه به رضایت همه دانش‌آموزان، تمامی دانش‌آموزان هر کلاس ارزیابی شدند.

برای اجرای دقیق آزمون در ابتدا در مورد اهداف پژوهش و روش اجرای آن توضیحات مقدماتی ارائه گردید. سپس دانش‌آموزان برای پاسخگویی بهتر و رعایت رازداری به نمازخانه دبیرستان راهنمایی شدند و با حفظ فاصله مناسب پرسشنامه را تکمیل کردند.

برای اجرای آزمون از دو پرسشنامه استفاده شد:

۱- **مقیاس بک برای افکار خودکشی** <sup>۴</sup> (BSSI). که یکی از ابزارهای مورد استفاده در مطالعات مربوط به افکار خودکشی می‌باشد، شامل ۱۹ پرسش است که هر پرسش از صفر تا دو نمره می‌گیرد، بنابراین جمع نمرات از صفر تا ۳۸ متغیر است. همبستگی درونی این آزمون  $\alpha = 0/89$  و پایایی بین‌آزماینده <sup>۵</sup> آن  $r = 0/83$  می‌باشد (دانیتز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). اعتبار همزمان این آزمون با مقیاس سنجش خطر خودکشی<sup>۷</sup>، معادل  $r = 0/69$  و  $p < 0/001$  به دست آمد (داچر<sup>۸</sup> و دالری<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴). نمره‌گذاری نهایی این آزمون به این صورت بود: ۰-۳- فاقد افکار خودکشی، ۴-۱۱- دارای افکار خودکشی کم خطر و ۱۲-۳۸- دارای افکار خودکشی پرخطر. این آزمون در ایران ترجمه و مطالعات مقدماتی برای اجرای آن در مرکز مطالعات شناخت و رفتار بیمارستان روزبه انجام شد (کاوایانی، ۱۳۸۰). بر اساس پرسشنامه BSSI، مطالعه‌ای روی بیماران افسرده دارای افکار خودکشی و بیماران افسرده فاقد افکار خودکشی شده است (رحیمی، ۱۳۷۹). در مطالعه مذکور، به منظور نمره‌گذاری مقیاس بک برای افکار خودکشی، علاوه بر پژوهشگر، از یک ارزیاب دوم نیز استفاده شد که نتایج بسیار نزدیک گزارش

مصرف الکل و مواد مخدر، درگیری با والدین، فرار از منزل و بدبینی به آینده، رابطه نزدیکی دارد. به عبارتی افکار خودکشی خود یک عامل خطر برای خودکشی محسوب می‌شود (گرولگر<sup>۱</sup>، توموری<sup>۲</sup> و کاکمور<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

میزان خودکشی و اقدام به آن در ایران طی سال‌های ۷۲-۱۳۶۰ رو به افزایش نهاده است (محسنی، ۱۳۷۲) و ۸۰ درصد کسانی که در اثر خودکشی فوت کرده‌اند، ۲۹-۲۲ سال داشته‌اند (زجاجی، یاسمی و لایقی، ۱۳۷۸). یافته‌های فوق با توجه به جوان بودن جمعیت ایران لزوم توجه بیشتر به این مسئله را مطرح می‌سازد.

از نظر میزان خودکشی در ایران، استان ایلام یکی از سه استان پرخطر به شمار می‌رود (محمدخانی، ۱۳۸۳). در سال ۱۳۸۱ در استان ایلام، ۴۲۱ مورد اقدام به خودکشی گزارش شده که ۲۰ درصد از این موارد در شهرستان آبدانان و ۲۵/۲ درصد در سنین ۲۰-۱۶ سال رخ داده است (سازمان بهزیستی، منتشر نشده).

علاوه بر روند فزاینده خودکشی در این استان، شیوع بیشتر خودکشی در زنان و استفاده از روش‌های خشن نظیر خودسوزی نیز روند فزاینده‌ای داشته است (محمدخانی، ۱۳۸۳). در سال ۱۳۸۱، در شهرستان آبدانان ۳۵ مورد اقدام به خودکشی گزارش شده که از این تعداد ۱۹ مورد به دانش‌آموزان مقاطع راهنمایی، دبیرستان و داوطلبان کنکور سراسری در فاصله سنی ۱۲ تا ۱۸ سال اختصاص داشته است (سازمان بهزیستی، منتشر نشده).

پژوهش حاضر با هدف بررسی فراوانی افکار خودکشی و ارتباط آن با عوامل مؤثر بر این پدیده از جمله بیماری‌های جسمانی و بعضی از عواملی که ارزش پیش‌آگهی دارند (مانند سابقه اقدام قبلی، سابقه فامیلی خودکشی) صورت گرفت. تعیین این عوامل راهگشایی برای تدوین برنامه‌های پیشگیرانه خواهد بود.

## روش

این بررسی یک مطالعه مقطعی می‌باشد و نمونه پژوهش ۵۸۰ دانش‌آموز هستند که در سال ۱۳۸۳ در پایه‌های اول تا سوم و پیش‌دانشگاهی دبیرستان‌های شهرستان آبدانان به تحصیل اشتغال داشتند. نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. در شروع دبیرستان‌های دخترانه و پسرانه به دو دسته تقسیم و سپس چند

1- Groleger  
3- Kocmur  
5- interrater reliability  
7- Suicidal Risk Assessment Scale  
9- Dalery  
2 - Tomori  
4 - Beck Scale for Suicidal Ideation  
6 - Danitz  
8 - Ducher



فراوانی نشان می‌دهد.

یکی از سؤال‌های دیگر پرسشنامه دموگرافیک سؤال بود که در مورد مهمترین دلیل شیوع خودکشی در استان ایلام از دانش‌آموزان پرسیده شده بود و پاسخ‌ها شامل سه گزینه دلایل اقتصادی، فرهنگی و بحران اجتماعی پس از جنگ بود. در پاسخ، ۴۸/۹ درصد دانش‌آموزان (۲۷۰ نفر) دلایل اقتصادی، ۳۳/۵ درصد (۱۸۵ نفر) دلایل فرهنگی و ۴/۵ درصد (۲۵ نفر) نیز بحران اجتماعی پس از جنگ را مهمترین دلیل افزایش خودکشی در استان ایلام ذکر کرده بودند. در سؤال دیگر، درباره راه‌های پیشنهادی دانش‌آموزان برای کاهش آمار خودکشی در استان ایلام پرسیده شده بود که نتایج آن در قسمت بعد خواهد آمد.

در مطالعات انجام شده پیرامون خودکشی در استان ایلام، متغیرهایی از قبیل مسائل اقتصادی و فرهنگی و معضلاتی مثل بیکاری مورد توجه بوده است (جمشیدزاده، رفیعی، یاسمی، رحیمی و اعظم، ۱۳۸۳). طرح این پرسش‌ها غالباً به صورت نوعی افکارسنجی و کمتر به صورت سؤال‌های «باز» بود. علاوه بر لزوم چنین روندی در محیط پژوهش، اهمیت وجود سؤال‌های باز در پژوهش‌ها، محقق را بر آن داشت که چنین پرسش‌هایی را نیز مطرح کند. در نهایت یکی از نتایج قابل‌اعتنای پژوهش در رابطه با «هیجان ابراز شده» (EE)<sup>۴</sup>، بر پایه یکی از همین سؤال‌ها شکل گرفت.

سؤال آخر پرسشنامه یک سؤال باز بود که طی آن از دانش‌آموزان خواسته شده بود که برای کاهش آمار خودکشی در استان ایلام راه‌حل پیشنهادی خود را ارائه دهند که ۳۱۰ نفر (۵۴/۲٪) به مسایل زیر اشاره کردند:

- ۱- تحقیر نکردن فرزندان؛ ۲- مقایسه نکردن فرزندان با دیگران؛ ۳- درک مشکلات عاطفی فرزندان به وسیله والدین؛ ۴- توجه به خواسته‌های به حق و مشروع آنان؛ ۵- توجه به ویژگی‌های مثبت آنها و نه صرفاً انتقاد از آنها؛ ۶- برخورد غیر خصمانه با فرزندان در صورت بروز خطا از سوی آنان.

شده است. به این ترتیب پایایی بین آزماینده مقیاس BSSI قابل قبول بود. مقیاس نهایی نیز با استفاده از نقطه برش آزمون اصلی، با نتایج دو آزمون معتبر دیگر مقایسه شده است: مقیاس ناامیدی بک<sup>۱</sup> و پرسشنامه افسردگی بک<sup>۲</sup>.

در مورد طیف سنی آزمودنی‌ها، بر اساس منابع BSSI برای دو گروه بالغ و نوجوان قابل استفاده است. در مطالعه‌ای روی ۱۰۸ نوجوان بیمار (استیر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲)، از آزمون بک برای بررسی افکار خودکشی در افراد ۱۲ تا ۱۷ ساله استفاده شده است.

**۲- پرسشنامه جمعیت‌شناختی** که شامل مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌ها و نیز سؤال‌هایی در مورد متغیرهای مهم (بیماری جسمی، ابتلا به بیماری روانپزشکی، اقدام به خودکشی در بستگان، فوت بستگان درجه یک در سال گذشته، مصرف سیگار، مصرف مواد مخدر، جدایی والدین و سابقه اقدام به خودکشی) می‌باشد. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز به وسیله آمار توصیفی و آزمون آماری خی دو صورت گرفت.

## یافته‌ها

در این مطالعه، ۵۸۰ دانش‌آموز دختر و پسر شرکت داشتند. از این تعداد نه دانش‌آموز پسر پرسشنامه‌ها را تکمیل نکردند و در نهایت ۳۲۷ (۵۷/۴٪) پسر و ۲۴۶ (۴۲/۸٪) دختر وارد مطالعه شدند.

سؤال اصلی این پژوهش، میزان فراوانی افکار خودکشی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان آبدانان بود. بر اساس مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی، دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی شدید (نمره ۳۸-۱۲) ۱۲۲ نفر (۲۱/۴٪)، دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی متوسط (۱۱-۴) ۱۰۹ نفر (۱۹/۲٪) و دانش‌آموزان فاقد افکار خودکشی (صفر تا سه نمره) ۳۳۹ نفر (۵۹/۴۷٪) بودند. به عبارتی، ۴۰/۵۲ درصد دانش‌آموزان دارای فکر خودکشی بودند.

توزیع فراوانی افکار خودکشی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان آبدانان به تفکیک سابقه اختلال روانپزشکی، مرگ یکی از اعضای خانواده در سال اخیر، وجود بیماری جسمی، پایه تحصیلی، جنس، مصرف سیگار و مواد مخدر، سابقه اقدام به خودکشی و جدایی والدین در جدول ۱ قابل مشاهده است که در تمام موارد آزمون آماری خی دو تفاوت معناداری را در توزیع

1- Beck Hopelessness Scale  
3- Steer

2- Beck Depression Inventory  
4- Expressed Emotion



جدول ۱- توزیع فراوانی خودکشی بر حسب متغیرهای گوناگون

متغیر	بدون فکر خودکشی	دارای افکار متوسط	دارای افکار شدید	جمع کل	X <sup>2</sup>	df	سطح معنی‌داری
سابقه اختلال	دارد	۱۷	۳۹	۷۵	۵۶/۵	۲	۰/۰۰۱
روانپزشکی	ندارد	۸۸	۸۱	۴۸۹			
مرگ یکی از اعضای خانواده	مثبت	۵۹	۶۹	۲۷۸	۸/۱۴	۲	۰/۰۱
سابقه اختلال طبی	مثبت	۴۸	۵۱	۲۸۸			
پایه تحصیلی	مثبت	۲۱	۱۵	۵۳	۱۰/۶۹	۲	۰/۰۱
	منفی	۹۰	۱۰۵	۵۱۲			
	اول	۱۳	۳۷	۱۴۹			
	دوم	۳۳	۳۴	۱۵۹	۲۸/۷	۶	۰/۰۰۱
	سوم	۵۱	۳۹	۱۷۶			
	پیش‌دانشگاهی	۱۲	۱۲	۸۶			
جنس	مذکر	۶۹	۸۷	۳۲۶	۱۹/۳	۲	۰/۰۰۱
	مؤنث	۴۰	۳۵	۲۴۴			
سیگار	مثبت	۵	۱۹	۳۳	۲۹/۰۶	۲	۰/۰۰۱
	منفی	۱۰۲	۹۹	۵۳۱			
مصرف مواد	مثبت	۴	۱۷	۲۵	۳۵/۵	۲	۰/۰۰۱
	منفی	۱۰۳	۱۰۳	۵۴۱			
سابقه اقدام	بلی	۳	۳۳	۴۱	۹۷/۵	۲	۰/۰۰۱
	خیر	۳۳۱	۸۲	۵۱۲			
جدایی والدین	مثبت	۲۰	۱۶	۴۶	۷/۲	۲	۰/۰۵
	منفی	۳۱۴	۹۹	۵۹۰			

### تحلیل چند متغیره

طبی، سابقه اختلال روانپزشکی، سابقه فامیلی اقدام به خودکشی، سابقه مرگ یکی از بستگان درجه اول در سال گذشته، جدایی والدین، مصرف مواد، مصرف سیگار و جنسیت.

در مورد پایه تحصیلی که شامل چهار پایه بود، سه کد داده شد:

- مقایسه پایه تحصیلی اول و پیش‌دانشگاهی، کد یک
- مقایسه پایه دوم و پیش‌دانشگاهی، کد دو
- مقایسه پایه سوم و پیش‌دانشگاهی، کد سه

در مورد جنسیت، کد یک برای جنس مرد و کد صفر برای جنس زن در نظر گرفته شد. در سایر متغیرها، برای داشتن عامل خطر خاص (مثلاً سابقه اختلال روانپزشکی) از کد یک و برای فقدان آن از کد صفر استفاده گردید.

در رگرسیون لجستیک، چند متغیر مستقل وجود دارد که بر اساس آنها می‌توان احتمال هر یک از سطوح متغیر دو حالتی وابسته را محاسبه نمود. به عبارتی با استفاده از رگرسیون لجستیک و بر اساس متغیرهای مستقل، می‌توان احتمال وقوع هر یک از سطوح متغیر کیفی دو حالتی را محاسبه کرد.

برای بررسی اثر متغیرهای مختلف در ایجاد یا شکل‌گیری افکار خودکشی، از آنالیز رگرسیون لجستیک دوتایی<sup>۱</sup> استفاده شد. متغیر وابسته، افکار خودکشی در نظر گرفته شد و برای دوتایی کردن آن عدد سه به عنوان نقطه برش استفاده شد: به افرادی که نمره آنها سه یا کمتر بود، کد صفر و به کسانی که نمره آنها بیشتر از سه بود، کد یک داده شد. متغیرهای مستقل نیز عبارت بودند از: پایه تحصیلی، سابقه اقدام به خودکشی، سابقه بیماری

1- binary logistic regression  
2- dummy coding



جدول ۲- متغیرهای وارد شده به معادله رگرسیون لجستیک

Exp(B)	سطح معنی داری	df	Wald	SE	b	
۱/۵	۰/۰۴	۱	۴/۲۰۷	۰/۲۰۹	۰/۴۲۸	جنس *
۰/۷۵۱	ns	۱	۰/۶۸۱	۰/۳۴۷	- ۰/۲۸۶	پایه اول
۱/۴۱۶	ns	۱	۱/۱۴۴	۰/۳۲۵	۰/۳۸۴	پایه دوم
۲/۲۷۰	۰/۰۰۹	۱	۶/۸۱۳	۰/۳۱۴	۰/۸۲۰	پایه سوم *
۱/۶۳۸	ns	۱	۱/۹۳۶	۰/۳۵۵	۰/۴۹۴	سابقه بیماری طبی
۲/۹۰۷	۰/۰۰۱	۱	۱۰/۲۹۱	۰/۳۳۳	۰/۵۳۲	سابقه اختلال روانپزشکی *
۰/۷۰۳	۰/۰۱۸	۱	۵/۵۸۳	۰/۲۲۵	۰/۵۳۲	سابقه خانوادگی خودکشی *
۱/۳۳۱	ns	۱	۱/۹۶۵	۰/۲۰۴	۰/۲۸۶	سابقه سوگ سال اخیر
۱/۱۶۲	ns	۱	۰/۰۷۶	۰/۵۴۵	۰/۱۵۰	مصرف سیگار
۲/۷۹۱	ns	۱	۰/۰۹۲	۰/۷۱۰	۱/۰۲۷	مصرف مواد مخدر
۱/۳۳۸	ns	۱	۰/۶۳۰	۰/۳۶۷	۰/۲۹۱	جدایی والدین
۱۸/۶۲۹	۰/۰۰۰	۱	۲۰/۹۳۷	۰/۶۳۹	۲/۹۲۵	سابقه اقدام به خودکشی *

\* مواردی که در رگرسیون لجستیک معنی دار به دست آمدند؛ به عنوان مثال، مقدار  $\text{Exp}(B)=1/5$  برای متغیر جنس، به این معنی است که پسران دانش‌آموز (کد یک) ۱/۵ برابر بیشتر از دختران افکار خودکشی را گزارش کرده‌اند.

## بحث

در مطالعه حاضر، ۵۷۱ دانش‌آموز دختر و پسر از نظر وجود افکار خودکشی مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۱ درصد دانش‌آموزان مدارس متوسط شهرستان آبدانان دارای افکار خودکشی بودند. در مطالعه فیلد<sup>۱</sup>، دیگو<sup>۲</sup> و ساندرز<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) این رقم در جوانان با میانگین سنی ۱۷/۲ سال، ۱۸ درصد و در مطالعه مارسنکو و همکاران (۱۹۹۹) در طیف سنی ۱۷-۱۶ سال رقم ۷۰ درصد به دست آمد.

در منطقه مورد نظر این مطالعه، خودکشی به صورت یک پدیده آندمیک وجود دارد. سن اقدام به آن نیز به سرعت رو به کاهش است. در مطالعه مارسنکو و همکاران (۱۹۹۹) روی ۱۲۰ دانش‌آموز، ۵ درصد آزمودنی‌ها اقدام به خودکشی داشته و در مطالعه حاضر ۷/۲ درصد دانش‌آموزان سابقه اقدام قبلی را ذکر کرده‌اند که با توجه به روند فکر، اقدام و مرگ، رقم ۴۱ درصد قابل اعتنا به نظر می‌رسد.

جنسیت نیز در خودکشی به خصوص در استان ایلام بسیار مهم است. در سال ۱۳۸۱، ۵۲ درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی زنان بوده‌اند و ۵۷ درصد موارد اقدام به خودکشی کامل بوده است.

با استفاده از روش ورود<sup>۱</sup>، همه متغیرها با یکدیگر وارد شدند و آنالیز انجام شد. نتایج چنین بود:

مدل به دست آمده در ۷۱/۶ درصد موارد، آزمودنی‌ها را به صورت صحیح طبقه‌بندی می‌کند. مقدار  $-2 \text{ Log Likelihood}$  معادل  $601/892$  به دست آمد که معنی‌دار نبود. به این معنی که مدل دارای پردازش مناسبی است. واریانس مدل نیز ۲۰ درصد به دست آمد ( $20 \times \text{Snell R square}$ ). در نهایت، جدول ۲ متغیرهایی را که در معادله باقی ماندند و آماره‌های  $b$ ،  $SE$  و  $Wald$  و مقادیر معنادار را نشان می‌دهد.

آماره  $Wald$  آماره‌ای است که با استفاده از  $(B/SE)^2$  به دست می‌آید. این آماره به منظور تعیین معناداری مورد بررسی قرار می‌گیرد. البته باید خاطر نشان کرد که در مواردی که  $SE$  بزرگتر از  $b$  باشد، آماره  $Wald$  به صورت کاذب بسیار کوچک شده، معنادار نمی‌شود. در این موارد، توجه به معنی‌دار بودن مدل نسبت به آماره  $Wald$  اهمیت بیشتری خواهد داشت. مقدار  $\text{Exp}(B)$  معادل  $e^{-b}$  است و در حقیقت  $\text{odd's ratio}$  برای متغیر مورد نظر است.

1- enter method

2 - Field

3- Diego

4 - Sanders



در این مطالعه، بالا بودن میزان افکار خودکشی در دانش‌آموزانی که سابقه اختلال روانپزشکی و یا طبی داشتند، مشاهده گردید که این یافته با مطالعه بیوترایس<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) همخوانی دارد.

در تمامی منابع روانپزشکی، اقدام به خودکشی مهمترین عامل پیش‌گویی‌کننده اقدام بعدی می‌باشد. در مطالعه حاضر، ۷/۱۸ درصد از آزمودنی‌ها (چهار نفر) سابقه اقدام قبلی را ذکر کرده‌اند که از این تعداد ۳۸ نفر (۹۲/۶ درصد) دارای افکار خودکشی بودند. در هیچ کدام از متغیرهای مطالعه، چنین فراوانی بالایی از افکار خودکشی ملاحظه نمی‌گردد و این یافته بر روند مهم فکر، اقدام و خودکشی تأکید می‌کند. از عوامل خطر ثابت شده خودکشی، سابقه خودکشی یکی از بستگان است که در مطالعه حاضر نیز فراوانی بیشتر افکار خودکشی در دانش‌آموزانی که خودکشی یکی از بستگان درجه یک خود را گزارش کرده بودند، بیشتر بود.

وجود همبستگی و احساس تعلق<sup>۶</sup>، به عنوان مظهر یک رابطه خانوادگی سالم و محکم در بروز کمتر افکار خودکشی مهم شمرده شده است (فیلد و همکاران، ۲۰۰۱). راتر<sup>۷</sup> و بهرنت<sup>۸</sup> (۲۰۰۴) نیز تأکید می‌کنند که نوجوانانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بوده‌اند، سطوح پایین‌تری از خطر خودکشی را به خود اختصاص داده و به عکس نوجوانان دارای حمایت اجتماعی کمتر، رفتارهای تخریبی از خود نشان داده‌اند. در مطالعه حاضر نیز والدین هشت درصد دانش‌آموزان جدا از یکدیگر زندگی می‌کردند که از این تعداد ۵۶/۵ درصد دارای افکار خودکشی بودند که این با مطالعات ذکر شده همخوانی دارد.

دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان آبدانان، عوامل اقتصادی را مهمترین عامل خودکشی در این استان ذکر کرده‌اند. در یکی از پژوهش‌های ملی دانمارک نیز نتایج نشان داد که عوامل اجتماعی (از جمله درآمد پایین و بیکاری) یکی از مهمترین عوامل افزایش خطر خودکشی می‌باشد (کین<sup>۹</sup>، آگربو<sup>۱۰</sup> و مورتسن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳).

(سازمان بهزیستی، منتشر نشده)، در حالی که در مطالعه حاضر پسران افکار خودکشی را بیشتر از دختران گزارش کرده‌اند. از عللی که ممکن است بتوانند این تناقض را توجیه کنند، می‌توان به گزارش کمتر افکار خودکشی به وسیله دختران و همین‌طور رواج روش خودسوزی در استان ایلام که با مرگ و میر بیشتری همراه است اشاره نمود. نکته بعدی این است که دختران دبیرستانی طیف خاصی از زنان استان ایلام را تشکیل می‌دهند و این توجیه با توجه به بالاتر بودن آمار اقدام و خودکشی‌های کامل سال‌های ۱۳۷۳ تا ۱۳۸۰ که بیشتر زنان خانه‌دار را شامل می‌شد، واضح‌تر می‌گردد (جمشیدزاده و همکاران، ۱۳۸۳). خودسوزی زنان ایلامی، به عنوان شایعترین روش خودکشی منجر به مرگ (سازمان بهزیستی، منتشر نشده)، این تفاوت آماری را بهتر توجیه می‌کند. از سوی دیگر، ممکن است بیشتر بودن اقدام به خودکشی در زنان استان ایلام و شهرستان آبدانان نسبت به مردان، ناشی از «تکانشگری» باشد. در صورت وجود چنین پیش‌فرضی که خود می‌تواند موضوع پژوهشی جداگانه باشد، دلیل میزان بالاتر اقدام به خودکشی در زنان، با وجود پایین‌تر بودن افکار خودکشی در آنان توجیه می‌شود.

در مورد متغیر سن که آن را تقریباً می‌توان معادل متغیر پایه تحصیلی دانست، مطالعه حاضر نشان می‌دهد که افکار خودکشی با افزایش پایه تحصیلی افزایش و به صورت ناگهانی در مقطع پیش‌دانشگاهی کاهش می‌یابد. دلیل منطقی برای چنین کاهش سریعی می‌تواند ترک تحصیل به دلیل مشکلات اقتصادی - اجتماعی و ویژگی‌های منطقه‌ای در محیط پژوهش باشد و یا اینکه دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی از نظر ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی، استرس کمتری را متحمل می‌شوند و یا از سلامت روانی و جسمی بیشتری برخوردارند. در مطالعه‌ای بر روی افکار خودکشی، در بین نوجوانان و جوانان در سنین ۱۵-۲۱ سال تفاوتی وجود نداشت (یودر<sup>۱</sup>، هویت<sup>۲</sup>، لیس<sup>۳</sup> و ویتیک<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). سایر مطالعات بر دو مرحله حساس در نوجوانی و جوانی تأکید دارند؛ نخست دوران گذر از اواخر کودکی به نوجوانی و دوم مرحله گذار از اواخر نوجوانی به اوایل بزرگسالی است که در این دو مرحله خودکشی افزایش واضحی را نشان می‌دهد (دانیتز، ۲۰۰۱).

1- Yoder  
3- Les  
5- Beautrais  
7- Rutter  
9- Qin  
11- Mortensen

2 - Hoyt  
4 - Whitbeck  
6- cohesion  
8- Behrendt  
10- Agerbo



همکاران (۱۳۸۳) نیز بیان می‌کنند که به نظر مردم ایلام، مشکلات اقتصادی و برخورد نامناسب اطرافیان، مؤثرترین عامل استرس‌زا در بروز خودکشی در این استان است. تمامی این نتایج این فرضیه را شکل می‌دهد که هیجان ابراز شده در شکل‌گیری افکار خودکشی مؤثر است.

در خاتمه پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابه در مناطقی از کشور که دارای ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی متفاوت و الگوی خودکشی متفاوت و یا مشابه شهرستان آبدانان دارند تکرار شود. به نظر می‌رسد بعد از تعیین عوامل مداخله‌گر در مطالعه، مطالعات مداخله‌ای قابل طرح و اجرا باشد.

### سپاسگزاری

از کلیه دانش‌آموزان عزیزی که انجام این پژوهش مدیون آنان است سپاسگزاری می‌نمایم.

1- affectionless control  
3- Pearce  
5- Miller

2- Allison  
4- Martin  
6- Long

یکی از سؤال‌های بسیار مهم پرسشنامه دانش‌آموزان، سؤال بازی بود که در آن از دانش‌آموزان خواسته شده بود راه‌حل‌های خود را جهت کاهش بروز خودکشی ارائه دهند. مفاهیم مورد اشاره (که در بخش یافته‌ها موجود می‌باشد)، در مجموع با مفهوم هیجان ابراز شده (EE) قابل انطباق است و به شکل‌گیری این فرضیه منجر می‌شود که EE در شکل‌گیری افکار خودکشی مؤثر است. مطالعه‌ای روی ۱۵۶ پسر و ۱۵۱ دختر ۱۷-۱۳ ساله نشان داد که در ۴۹ درصد این آزمودنی‌ها افکار خودکشی وجود دارد که مؤلف این مقاله اشاره می‌کند که هیچ مطالعه منتشر شده‌ای رابطه اختصاصی میان EE و رفتارهای خودکشانه را بررسی نکرده است. وی به اصطلاح دیگری تحت عنوان کنترل بی‌عاطفه<sup>۱</sup> اشاره می‌کند و آن را با ویژگی‌های زیر معادل می‌داند: (۱) بدبینی به فرزندان، (۲) حفاظت بیش از حد، بدون توجه به اصول اولیه، (۳) انتقادگری و ایجاد مزاحمت برای فرزندان و (۴) فاصله زیاد بین معیارهای مورد نظر والدین و فرزندان. مؤلف در پایان بر نقش مهم EE در قالب کنترل بی‌عاطفه در بروز رفتارهای خودکشانه صحنه می‌گذارد (آلیسون<sup>۲</sup>، پیرس<sup>۳</sup>، مارتین<sup>۴</sup>، میلر<sup>۵</sup> و لانگ<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵). جمشیدزاده و

### منابع

- جمشیدزاده، ف.، رفیعی، ح.، یاسمی، م.، رحیمی، س.، و اعظم، ک. (۱۳۸۳). روند خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام: ۱۳۸۰-۱۳۷۲. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، (۱۲)، ۳۴۵-۳۲۵.
- رحیمی، م. (۱۳۷۹). مقایسه فرایندهای شناختی در بیماران افسرده دارای افکار خودکشی و بیماران افسرده فاقد افکار خودکشی. پایان‌نامه پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- زجاجی، ع.، یاسمی، م. ت.، و لایقی، ه. (۱۳۷۸). برنامه ادغام پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه. اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های وزارت بهداشت.
- سازمان بهزیستی، گزارش خودکشی استان ایلام، ۱۳۸۱ (منتشر نشده).
- کاویانی، ح. (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمودنی‌های روانی. انتشارات: پژوهشکده علوم شناختی، تهران.
- محسنی، م. (۱۳۷۲). بررسی علل و عوامل مؤثر بر افزایش نرخ خودکشی در استان ایلام. استاندارد ایلام، دانشگاه تهران.
- محمدخانی، پ. (۱۳۸۳). همه‌گیرشناسی افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران مناطق پرخطر ایران. فصلنامه علمی پژوهش رفاه اجتماعی. (۴)، ۱۷۳-۱۵۷.

Allison, S., Pearce, C., Martin, C., Miller, K., & Long, R. (1995). Parental influence, pessimism and adolescent suicidality. *Archives of suicide research*. Flinder Medical Center of Australia.

Beautrais, A. (2003). Suicide and serious suicide attempt in youth: A multiple group comparison study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1093-1099.



- Danitz, M. (2001). *Suicide an unnecessary death*. London. UK.
- Ducher, J.L., & Dalery, J. (2004). Concurrent validation of suicidal risk assessment Scale (RSD) With the Beck's Suicidal Ideation Scale. *Encephale*, 30, 249-254.
- Field, T., Diego, M.E., & Sanders, C. (2001). Adolescent suicidal ideation. *Adolescence*, 36(142), 241-248.
- Groeger, U., Tomori, M., & Kocmur, M. (2003). Suicidal ideation in adolescence an indicator of actual risk. *Israel Journal of Psychaitry and Related Sciences*, 40, 202-208.
- Marcenko, M., Fishman, G., & Friedman, J. (1999). Reexamining adolescent suicidal ideation: A developmental perspective applied to a diverse population. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 121-138.
- Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160, 765-772.
- Rutter, P.A., & Behrendt, A.E. (2004). Adolescent suicide risk: Four psychosocial factors. *Adolescence*, 39, 295-302.
- Steer, R. (2002). *Self-reported suicidal ideation in adolescents psychiatric inpatient*. University of New Jersey: USA.
- Van Heeringen, K. (2001). *Understanding suicidal behavior*. Wiley & Sons.
- Yoder, K.D., A., Hoyt, A., & Les, R. Whitbeck, B. (1998). Suicidal Behavior Among Homeless and Runaway Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 753-771.