

بررسی علل و انگیزه های روانشناختی وقوع خودکشی در استان اردبیل

فرشته پورمحسنی کلوری^۱، عالیبه ناظمی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۱

صفحه: ۲۳-۱

چکیده

خودکشی یکی از معضلات جوامع امروزی در دنیا بوده که با وجود پیشرفت‌های مختلف در عرصه‌های گوناگون اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و... در حال افزایش است. پژوهش حاضر با هدف بررسی علل و انگیزه های روانشناختی وقوع خودکشی در استان اردبیل اجرا شد. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می باشد. جامعه مورد مطالعه شامل تمامی مراجعہ کنندگان به بیمارستان های امام خمینی و فاطمی و همچنین دانش آموزان و دانشجویانی که در سال ۱۳۹۵ اقدام به خودکشی داشتند بودند، از این تعداد ۲۰۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای مورد مطالعه از مقیاس تشخیص افراد در معرض خودکشی و چک لیست نشانه های اختلالات روانی استفاده شد، جهت تجزیه و تحلیل سوالات و فرضیه های پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری و با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۱ استفاده گردید. نتایج نشان داد که بین اختلالات روانی با اقدام به خودکشی در افراد ارتباط معنی داری وجود دارد. در نتیجه می توان گفت عوامل روانشناختی همچون اختلالات روانی مجموعه ای از ویژگی هایی هستند که در خودکشی نقش دارند.

کلمات کلیدی: خودکشی، اختلالات روانی، اردبیل

^۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه پیام نور، اردبیل، ایران

^۲. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، اردبیل، ایران (نویسنده

بیان مسئله

موضوع خودکشی^۱ یکی از معضلات جوامع امروزی در دنیا بوده که با وجود پیشرفت های مختلف در عرصه های گوناگون اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و... روند رو به رشدی دارد. طوری که خودکشی را سومین علت مهم مرگ در بین افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله و دومین علت مرگ در بین جوانان معرفی کرده اند (استوارت^۲، ۲۰۰۶). سازمان بهداشت جهانی^۳ (۲۰۱۰) خودکشی را به عنوان عمل خاتمه دادن عمدی، آگاهانه و ارادی به زندگی خویش می داند. طبق آمار منتشره از سوی این سازمان سالانه حدود یک میلیون نفر دست به خودکشی می زنند و پیش بینی می شود که در سال ۲۰۲۰ این تعداد به ۱/۵ میلیون نفر در سال برسد (جهانگیری و برخوردار، ۲۰۰۸). خودکشی و اقدام به خودکشی از مهم ترین شاخص های بهداشت روانی افراد جامعه به حساب می آید که معلول فاکتورهای متعددی بوده و مواردی همچون سن، جنس، وضعیت تاهل، عوامل اقتصادی، بعد خانواده، سوء مصرف مواد، کشمکش و طلاق بین والدین، عدم حمایت اجتماعی، بیکاری، بیماری جسمی و روانی به ویژه افسردگی و افکار خودکشی همگی از عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی می باشند. در بین اختلال های روان پزشکی با ۵۸ درصد بالاترین میزان خطر اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده است (زارع و صیادی، ۲۰۰۹). مطالعات مربوط به خودکشی شامل افکار خودکشی نیز می باشد. افکار خودکشی با واکنش های نامتعارف به استرس نظیر 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 می شود (گرولیگر و تومر^۴، ۲۰۰۸). در میان مشکلاتی که درمانگران بالینی با آن رو به رو می شوند، هیچ یک به اندازه خودکشی فوریت ندارد. آمار جهانی نشان می دهد که

1 -Suicide

2 -Stuart

3 -The World Health Organization

4 -Groleger & Tomori

خودکشی در دهه‌های اخیر رو به افزایش بوده و الگوی سنی آن نیز در حال تغییر است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷). در بین تمامی گروه‌های سنی، خودکشی هشتمین علت مرگ و میر در جهان است اما در گروه‌های سنی ۲۴-۱۵ سال پس از حوادث و قتل، سومین علت مرگ و میر گزارش شده است (طلایی، ۱۳۸۵). همچنین طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)، سالانه ۱۶/۷ نفر از هر صد هزار نفر اقدام به خودکشی می‌کنند. بر طبق تحقیقات انجام شده در سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۲) طی ۴۵ سال گذشته میزان خودکشی ۶۰ درصد افزایش یافته است. امروزه خودکشی، عمده ترین دلیل مرگ در افراد ۱۵ تا ۴۴ ساله است. سالانه در جهان یک میلیون نفر خودکشی و بیست میلیون نفر اقدام به خودکشی می‌کنند، آمار نشان داده که ۳/۱ درصد از مردم کشور چین تمایل به خودکشی دارند، در حالیکه این رقم در کشور نیوزلاند به ۱۵/۹ درصد می‌رسد. محققین این اختلاف فاحش را به اختلاف فرهنگی و تفاوت دیدگاه‌های ملل مختلف نسبت می‌دهند (فابریگاس، مورا، مارکانو، کارامو و تیکسرا^۱، ۲۰۰۹). همچنین شیوع خودکشی در ایران، ۹/۴ نفر در ۱۰۰۰۰۰ گزارش شده است (قریشی و موسوی نسب، ۱۳۸۷). زمینه یابی های ملی بر آورد می‌کنند که ۱۱/۴٪ از جوانان در طول سال گذشته به طور جدی قصد خودکشی داشته‌اند، ۷/۹٪ نقشه خودکشی داشته‌اند و ۱/۷٪ اقدام به خودکشی کرده‌اند (باروس، اورت، سیمون و برنر^۲، ۲۰۰۰). نتایج مطالعه سوکو و همکاران (۲۰۰۸) که در ایتالیا روی ۴۷۱۲ جوان انجام شد، نشان داد، شیوع افکار خودکشی، نقشه و اقدام به خودکشی در طول عمر به ترتیب، ۳ درصد و ۰/۷ درصد و ۰/۵ درصد گزارش گردیده است. احتمال کشیدن نقشه و اقدام به خودکشی در کسانی که سابقه افکار خودکشی داشتند، به ترتیب ۲۴/۶ درصد و ۱۸/۲ درصد بوده است. شیوع روز افزون رفتارهای خودکشی گرایانه و افزایش آمار خودکشی در جهان و ایران ضرورت انجام پژوهش در این حوزه را بیش از گذشته

1 - Fabregas, Moura, Marciano, Carmo & Teixeira

2 -Barrios, Everett, Simon & Brener

نمایان می‌سازد و با در نظر گرفتن این مهم که بسیاری از افراد جامعه ما جوان بوده و خطر خودکشی بالا می‌باشد، و اینکه جوانان و نوجوان هر جامعه، نیروی انسانی و سازندگان فردای کشور هستند، از این رو سلامت روانی آنان در رسیدن به جامعه ای سالم حائز اهمیت است و وجود مشکلات روانی می‌تواند در کاهش کارایی آنان نقش داشته باشد، به همین لحاظ، بررسی مسائل روانشناختی در پیش بینی خودکشی در جوانان ضروری به نظر می‌رسد (بیابانگرد، ۱۳۸۳). یکی از عوامل خطر که در بروز خودکشی نقش دارد، اختلالات روانی است. DSM-5 اختلال روانی را بدین گونه تعریف کرده است: "هر اختلال روانی به عنوان نشانگان یا الگوی رفتاری یا روانی قابل ملاحظه بالینی در نظر گرفته شده است که در یک فرد ظاهر می‌شود و با ناراحتی فعلی یا ناتوانی و یا از دست دادن آزادی رابطه دارد. به علاوه این نشانگان یا الگو نباید در واکنش به رویداد خاصی باشد که از لحاظ فرهنگی موجه و مورد انتظار است مانند مرگ یک فرد محبوب، علت اولیه این اختلال هر چه باشد باید آن را در حال حاضر به عنوان جلوه کژکاری رفتاری - روانی یا زیستی در فرد تلقی کرد. رفتار انحرافی و تعارض هایی که به طور عمده میان فرد و جامعه بروز می‌کند در صورتی اختلال روانی تلقی می‌شوند که همان گونه که به آن اشاره شد نشانه ای از یک کژرفتاری در فرد باشند" (گنجی، ۱۳۹۵).

اختلالات روانی و به ویژه اختلالات محور دو نقش مهمی را در رفتار خودکشی بازی می‌کند. وقوع پدیده خودکشی با عوامل مختلفی مانند عوامل محیطی و اجتماعی در ارتباط است (تیمو، هایکی و جوکو^۱، ۲۰۱۴)، همچنین اختلالات روانی بر افزایش اقدام به خودکشی نیز تاثیر بسزایی دارد (کاریر و اوکیوندو^۲، ۲۰۱۱)، به طوری که اختلال افسردگی یکی از اختلال های روانی قابل تشخیص در ۸۰٪ تا ۹۵٪ مرتکب شوندگان یا اقدام کنندگان به خودکشی را شامل می‌شود (سادوک و همکاران، ۲۰۰۷). اما در این

1 - Timo, Heikki & Jouko

2 - Currier & Oquendo

میان، مسائل روانشناختی به عنوان یکی از عوامل خطر مستقل و تاثیر گذار در وقوع خودکشی مطرح هستند (کینگ، اسمیلین و تای^۱، ۲۰۱۲)، به طوری که حدود ۹۰ درصد از قربانیان خودکشی در زمان مرگ حداقل از یک اختلال روانی رنج می برند (جانکس و ساینق^۲، ۲۰۰۸). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۳). وجود یک اختلال روانپزشکی را بزرگترین عامل خطر برای خطر خودکشی می داند و به این دلیل پیشگیری و درمان اختلال روانی بدون تردید، اثر مهمی بر پیشگیری از خودکشی دارد. اولدهام^۳ (۲۰۰۶) معتقد است یکی دیگر از عوامل خطر سازی که در بروز خودکشی نقش دارد اختلالات روانی است، اختلالات روانی و بویژه اختلالات محور دو نقش مهمی را در رفتار خودکشی بازی می کند. بابائزاد و همکاران (۱۳۹۳) طی یک بررسی اپیدمیولوژیکی خودکشی، دریافت به طور کلی ۲۷/۵ درصد موارد خودکشی ناشی از اختلالات روانی بود. فراوانی خودکشی ناشی از اختلالات روانی به طور معنی داری در مردان و افراد بالاتر از ۳۰ سال خودکشی ناموفق، بیشتر بود و خودکشی موفق در گروه سنی ۲۹-۲۵ سال بیشتر بر آورد گردید. نجومی و همکاران (۱۳۸۶) عوامل پیش بینی کننده خودکشی را در ایران بررسی کردند و به این نتیجه دست یافتند که سن نوجوانی، مونث بودن، سابقه بیماری روانی، مصرف دخانیات و الکل در طول عمر و بیکار بودن از متغیرهایی هستند که به صورت مستقل می توانند پیش بینی کننده اقدام به خودکشی باشند. قرائی پور، عاطف، اصفهانی و اصغر نژاد فرید (۱۳۸۴) نشان دادند بیماران افسرده اساسی غیر سایکوتیک دارای سابقه به خودکشی بودند. نادری و اسماعیلی (۱۳۸۸) طی پژوهشی نتایج نشان داد که بین اضطراب و اندیشه پردازی خودکشی رابطه معنی داری وجود دارد. یافته های پژوهش زارع، ناظر و صیادی (۱۳۸۸) نشان داد بین اختلالات خود بیمار انگاری، افسردگی، اضطراب و اسکیزوفرنی با اقدام به خودکشی ارتباط معنی داری

1 -King, Semlyen & Tai

2 -Jenkins & Singh

3 -Oldham

وجود داشت. نتیجه مطالعات پورحسین و همکارانش (۱۳۹۳) نشان داد شناخت مسائل و مشکلات روانشناختی و سلامت روانی از قبیل اضطراب و افسردگی و عوامل دیگری همچون تاب آوری و تنیدگی های روزانه به عنوان متغیرهای مهم در فهم خودکشی و افکار مربوط به آن نقش مهمی دارند. روی و دربر^۱ (۲۰۰۵) پژوهشی بر روی بیماران بستری در بخش روان پزشکی که تکرار خودکشی داشتند، نشان داد بالاترین آمار، مربوط به اختلال اسکیزوفرنی در کسانی که تنها زندگی می کردند بوده است، به ویژه، اگر طول مدت بستری بیشتر باشد یا سابقه خودکشی قبلی وجود داشته باشد. مطالعه کوین^۲ (۲۰۰۵) نشان داد خطر خودکشی برای کسانی که اخیراً تحت درمان روانپزشکی بوده اند، به ویژه بیماران با اختلال افسردگی، اضطراب و اسکیزوفرنی بالا است. عواملی مانند سابقه خودکشی و ناسازگاری اجتماعی، خطر خودکشی را افزایش می دهند. فتون، مک - گلشن، ویکتور و بلایلر^۳ (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای که رفتار خودکشی را در بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و اختلالات طیف اسکیزوفرنی (اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال اسکیزوفرنی فرم و اختلال شخصیت اسکیزوتایپی) در پیگیری طولانی مدت بررسی کردند و به این نتیجه دست یافتند که در طول دوره پیگیری ۴۰٪ از بیماران افکار خودکشی را گزارش کردند؛ ۲۳٪ اقدام به خودکشی را و ۶/۴٪ نیز به وسیله خودکشی مردند. بیمارانی که به وسیله خودکشی مرده بودند به طور معناداری شدت نشانه منفی کمتری را نسبت به بیماران بدون رفتارهای خودکشی داشتند. دو نشانه مثبت بدبینی و هذیان در بین بیماران خودکشی کننده، شدیدتر بود.

تروستیر، لاینک و کات لیفه^۴ (۲۰۰۸) یک مطالعه مروری در زمینه شناسایی عوامل خطر خودکشی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که عواملی همچون بیماری روانی، زن بودن، نوجوان بودن، اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی به عنوان عوامل خطر خودکشی

1 -Roy & Draber

2 -Qin

3 -Fenton, McGlashan, Victor & Blyler

4 -Troister, Links & Cutcliffe

مطرح شده‌اند. در این راستا می‌توان از پژوهش زیسوک، تریودی، واردن و لبوویتز^۱ (۲۰۰۹) نام برد که در پژوهشی مبنی بر ظهور یا افزایش افکار خودکشی در طول درمان با داروهای باز جذب انتخابی مجدد سروتونین، به این نتیجه رسیدند که ۵۷ درصد بیماران بهبود پیدا کردند و ۵ درصد هم بدتر شدند. آن‌ها عامل اصلی خطر ساز برای ظهور افکار خودکشی را در دارودرمانگری استفاده‌ی نادرست از داروها، افسردگی شدید با ویژگی‌های مالیخولیایی ذکر کردند. آنگست و انگست و استاسن^۲ (۲۰۰۹) بیان داشت افسردگی اساسی، بالاترین خطر خودکشی را دارد، اما همراه شدن اختلالاتی مثل اضطراب، بی‌قراری و تغییرات سریع خلق، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. اِتی^۳ (۲۰۰۹) نشان داد، افراد دارای سلامت روان بالا، کمتر اقدام به خودکشی می‌کنند. بنابراین افرادی که سابقه مشکلات روانی، افسردگی و اضطراب دارند زمینه آسیب بیشتری را برای اقدام به خودکشی دارند. در مطالعه‌ی هایرویکوسکی و جوکین^۴ (۲۰۱۲) بین شاخص سلامت عمومی و افرادی که از سلامت عمومی مطلوب‌تری برخوردار بودند درصد افکار خودکشی کمتری نسبت به سایرین داشتند. با توجه به آنچه گفته شد این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این سوال است که آیا - بین نشانگان اختلال روانی (جسمانی سازی، وسواس - اجباری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، هراس، افکار پارانوئیدی، روان گستره گرایبی) با خودکشی یا گرایش به خودکشی رابطه معنادار وجود دارد؛ و این ویژگی‌ها می‌تواند میزان گرایش به خودکشی را در افراد پیش‌بینی کند؟

1 -Zisook, Trivedi, Warden & Lebowitz

2 -Angset, Angset & Stassen

3 -Eti

4 - Hirvikoski & Jokinen

روش شناسی

این پژوهش با توجه به روش شناسی، از یک سو از نوع مطالعات توصیفی و همبستگی و از سوی دیگر با در نظر گرفتن نتایج آن، از نوع کاربردی نیز هست. شیوه جمع آوری اطلاعات، توصیفی می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی نوجوانان و جوانان دارای سابقه خودکشی یا افکار خودکشی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند که به مطب‌های روانپزشکی، مراکز مشاوره و روانشناسی، بیمارستان فاطمی و امام خمینی مراجعه کرده بودند و در آنجا پرونده داشتند؛ همچنین دانش آموزان مدارس متوسطه اول و دوم شهر اردبیل نیز به عنوان جامعه تحقیق بودند که از میان آنان کسانی که اقدام به خودکشی داشتند یا در پرسشنامه اقدام به خودکشی دارای افکار خودکشی تشخیص داده شدند، مورد مطالعه قرار گرفتند. با توجه به اینکه در پژوهش های همبستگی تعداد آزمودنی برای هر متغیر ۳۰ نفر می باشد (دلاور، ۱۳۸۸)، و در پژوهش حاضر ۶ متغیر داریم، حداقل ۱۸۰ نفر نمونه مورد نیاز است که برای افزایش اعتبار بیرونی در این پژوهش ۲۰۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش به شیوه در دسترس انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل سوالات و فرضیه های پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری و با استفاده از نرم افزار SPSS۲۱ انجام گردید.

ابزارهای پژوهش

در راستای اندازه گیری متغیرهای مورد مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس تشخیص افراد در معرض خودکشی: این مقیاس دارای ۵۰ سوال است که به منظور اندازه گیری خودکشی گرایی افراد توسط همتی، دلاور و فرخی (۱۳۸۸) ساخته شده است. در این مقیاس ۱۲ سوال به مشکلات خانوادگی، ۱۶ سوال به میل به مردن و خودکشی گرایی، ۱۳ سوال به درماندگی و ناامیدی و ۹ سوال به مشکلات اقتصادی اختصاص داده شده است. هر سوال این ابزار دارای سه گزینه بله، خیر و

تأحدودی است که در یک مقیاس لیکرت با دامنه نمرات صفر تا ۲ درجه بندی شده است. نمره کل این مقیاس از صفر تا ۱۵۴ متغیر است. در پژوهش همتی و همکاران (۱۳۸۸)، پس از انجام تحلیل عاملی روی سوالات مقیاس و استخراج عوامل و تعیین چهار زیرمقیاس، ضریب پایایی مقیاس از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده است. پایایی مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است که پایایی نسبتاً بالایی است از آنجا که هر چهار زیرمقیاس دارای ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۵ هستند، به عنوان عوامل چهارگانه مقیاس و با همان نام گذاری قبلی حفظ شده‌اند. جهت بررسی روایی ابزار، همبستگی آن با مقیاس درماندگی بک محاسبه گردید که ضریب همبستگی بین نمرات این دو مقیاس ۰/۹۲ به دست آمده است. (همتی و همکاران، ۱۳۸۸).

چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-25): یک ابزار خودگزارش دهی است که نجاریان و داودی در سال ۱۳۸۰ به عنوان یک مقیاس برای سنجش آسیب روانی عمومی بجای یک مقیاس چند بعدی برای سنجش سندرومها یا اختلالات متعدد شده است. فرم کوتاه چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی از ۲۵ گویه و ۸ خرده مقیاس جسمانی سازی (۶ سوال)، وسواس - اجبار (۳ سوال)، حساسیت بین فردی (۳ سوال)، افسردگی (۲ سوال)، اضطراب (۳ سوال)، هراس (۳ سوال)، اندیشه پردازی پارانوئید (۱ سوال) و روان گسسته گرایی (۳ سوال) تشکیل شده است که به منظور ارزیابی نشانه‌های اختلالات روانی از ابعاد مختلف بکار می رود. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه ای می باشد که برای گزینه‌های «هیچ»، «کمی»، «تأحدی»، «زیاد» و «به شدت» به ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته می شود. نتایج حاصل از بررسی مشخصات روانسنجی نشان داد که SCL-25 با وجود کاهش ۶۵ ماده از مجموع ۹۰ ماده مقیاس اصلی، همبستگی بسیار بالایی (۰/۹۵) با آن دارد. کوتاه بودن مقیاس، همسانی درونی خوب و ضرایب اعتبار نسبتاً رضایت بخش و روایی

خوب مبتنی بر همبستگی با برخی سازه های مرتبط همچون اضطراب عمومی، افسردگی، سرسختی و کمال گرایی، این مقیاس را مقیاسی مناسب برای پژوهش در جمعیت های غیر بیمار می سازد. اعتبار SCL-25 از طریق محاسبه همسانی درونی ۰/۹۷ و ضرایب باز آزمایی ۰/۷۸ حاصل گردید که نشان دهنده اعتبار مناسب این مقیاس است (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰).

یافته های پژوهش

نمونه پژوهش حاضر ۲۰۰ نفر از افرادی بودند که اقدام به خودکشی کرده بودند و یا افکار خودکشی و گرایش به خودکشی داشتند. ۳۷/۵ درصد (۷۵ نفر) از نمونه مورد مطالعه را پسران و ۶۲/۵ درصد (۱۲۵ نفر) آن را دختران تشکیل می دادند. از لحاظ وضعیت تاهل، ۷۰/۵ درصد (۱۴۱ نفر) از شرکت کنندگان مجرد و ۲۹/۵ درصد (۵۹ نفر) متأهل بودند. همچنین ۱۲/۵ درصد (۲۵ نفر) از شرکت کنندگان در مطالعه سابقه سوء مصرف مواد داشتند و بقیه هیچگونه ماده مخدري مصرف نمی کردند. ۳۵ درصد (۷۰ نفر) از شرکت کنندگان تحصیلات زیر سیکل، ۴۶ درصد (۹۲ نفر) دبیرستان و ۱۹ درصد (۳۸ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند. سطح تحصیلات والدین ۳۳ درصد (۶۶ نفر) از شرکت کنندگان زیر سیکل، ۴۳ درصد (۸۶ نفر) دبیرستان، ۲۴ درصد (۴۸ نفر) تحصیلات دانشگاهی بود.

همچنین در این پژوهش مهم ترین علل خودکشی عبارت بودند از؛ قطع روابط مهم و حساس (عاطفی و عشقی)، مشکلات خانوادگی، مشکل مالی، بیکاری، اعتیاد به مواد مخدر یا الکل، اجتناب از شرم و خود کم بینی، تهدید کردن اطرافیان، احساس کمبود توجه، عصبانیت، خشم و نفرت، مرگ عزیزان، مورد آزار و اذیت قرار گرفتن، خیانت همسر، شکست کاری و تحصیلی، رهایی از بیماری مزمن و درد آور، خودانگاره نامطلوب، تصورات ذهنی احساس بیهودگی؛ بیشترین علت وقوع خودکشی به دلیل قطع روابط مهم و حساس اتفاق افتاده است. بیشترین آمار خودکشی در قطع روابط مهم و

حساس یا به عبارتی قطع رابطه عاطفی و عشقی با ۲۷ درصد، مشکل خانوادگی ۲۰ درصد، مشکل مالی ۹/۵ درصد، بیکاری ۵ درصد و کمترین آنها را علل رهایی از بیماری مزمن و درد آور با یک درصد، خودانگاره ی نامطلوب با یک درصد، تصورات ذهنی احساس بهبودگی ۱/۵ درصد و شکست (کاری و تحصیلی) با ۱/۵ درصد تشکیل می دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار مولفه های خودکشی گرایی

آماره	مشکلات خانوادگی	میل به مردن و خودکشی گرایی	درماندگی و ناامیدی	مشکلات اقتصادی	خودکشی گرایی (نمره کل)
میانگین	۱۱/۶۳	۱۵/۳۹	۱۳/۱۶	۸/۸۸	۴۹/۰۷
انحراف معیار	۵/۵۵	۴/۵۸	۶/۸۴	۵/۵۷	۱۴/۸۲

طبق نتایج جدول (۲) میانگین و (انحراف معیار) مشکلات خانوادگی ۱۱/۶۳ (۵/۵۵)، میل به مردن و خودکشی گرایی ۱۵/۳۹ (۴/۵۸)، درماندگی و ناامیدی ۱۳/۱۶ (۶/۸۴)، مشکلات اقتصادی ۸/۸۸ (۵/۵۷) و خودکشی گرایی (نمره کل) ۴۹/۰۷ (۱۴/۸۲) می باشد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار مولفه های علایم اختلال روانی

آماره	جسمانی سازی	وسواس- اجباری	حساسیت بین فردی	افسردگی	اضطراب	هراس	پارانوئید	روان گستره گرایی	ماده های اضافی	(نمره کل)
میانگین	۱۰/۶۷	۶/۰۵	۶/۴۴	۴/۲۲	۵/۶۱	۴/۵۲	۲/۱۴	۴/۹۳	۱/۵۴	۴۶/۱۵
انحراف معیار	۵/۶۶	۳/۲۲	۳/۰۲	۲/۶۱	۳/۰۴	۲/۸۰	۱/۳۲	۳/۰۳	۱/۳۹	۲۰/۸۸

طبق نتایج جدول (۲) میانگین و (انحراف معیار) جسمانی سازی ۱۰/۶۷ (۵/۶۶)، وسواس-اجباری ۶/۰۵ (۳/۲۲)، حساسیت بین فردی ۶/۴۴ (۳/۰۲)، افسردگی ۴/۲۲ (۲/۶۱)، اضطراب ۵/۶۱ (۳/۰۴)، هراس ۴/۵۲ (۲/۸۰)، اندیشه پردازی پارانوئید ۲/۱۴ (۱/۳۲)، روان گستره گرایی ۴/۹۳ (۳/۰۳)، ماده های اضافی ۱/۵۴ (۱/۳۹) و اختلالات روانی ۴۶/۱۵ (۲۰/۸۸) می باشد.

بررسی علل و انگیزه های روانشناختی وقوع خودکشی...

که برای بررسی ارتباط متغیرها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول ۳- ضرایب همبستگی میان نشانگان اختلال روانی و مولفه هایش با خودکشی گرایي و مولفه های آن

متغیرها	مشکلات خانوادگی	میل به مردن	درماندگی	مشکلات اقتصادی	خودکشی گرایي (کل)
جسمانی سازی	۰/۶۵۱	۰/۴۲۰	۰/۶۷۹	۰/۵۴۸	۰/۶۳۸
وسواس - اجباری	۰/۴۸۹	۰/۳۳۸	۰/۵۴۰	۰/۳۵۹	۰/۴۶۶
حساسیت بین فردی	۰/۶۰۱	۰/۵۱۷	۰/۶۸۸	۰/۴۸۱	۰/۵۶۷
افسردگی	۰/۶۱۲	۰/۶۲۸	۰/۷۴۱	۰/۵۸۷	۰/۶۰۱
اضطراب	۰/۳۷۳	۰/۲۰۹	۰/۳۸۴	۰/۲۸۴	۰/۳۶۱
هراس	۰/۶۷۸	۰/۴۲۸	۰/۶۴۰	۰/۵۸۴	۰/۶۴۰
افکار پارانوئیدی	۰/۳۶۵	۰/۲۶۵	۰/۴۳۶	۰/۲۴۴	۰/۳۵۰
روان گستره گرایي	۰/۵۳۷	۰/۲۴۵	۰/۵۳۱	۰/۴۵۱	۰/۵۴۴
ماده های اضافی	۰/۳۲۴	۰/۱۱۵	۰/۳۴۶	۰/۲۶۲	۰/۳۴۶
نشانگان اختلال روانی	۰/۶۷۷	۰/۴۳۷	۰/۷۲۴	۰/۵۶۱	۰/۶۶۴

* سطح معناداری در سطح ۰/۰۵ ** سطح معناداری در ۰/۰۱

نتایج جدول (۳) نشان می دهد بین نمره کل خودکشی و زیر مولفه های آن (جسمانی سازی، درماندگی و ناامیدی و مشکلات اقتصادی) با نشانگان اختلال روانی و مولفه های آن (جسمانی سازی، وسواس - اجباری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، هراس، افکار پارانوئیدی، روان گستره گرایي) رابطه مثبت معنادار وجود دارد؛ و فقط بین مولفه میل به مردن با نشانگان اختلال روانی و مولفه های آن رابطه منفی معنادار وجود دارد؛ بنابراین با توجه به سطح معنی داری مولفه های بالا می توان گفت که بین نشانگان اختلال روانی و مولفه هایش با خودکشی گرایي و مولفه هایش، رابطه معناداری وجود دارد. بنابراین می توان گفت فرضیه دوم تایید می شود.

برای پیش بینی نقش متغیرهای پیش بین پژوهش در پیش‌بینی متغیر ملاک از رگرسیون استفاده گردید و با توجه به اینکه مفروضه‌های استفاده از آزمون رگرسیون یعنی مفروضه همخطی متغیرها (که با تولرنس و VIF بررسی گردیده است) برقرار می‌باشد نتایج حاصل از رگرسیون قابل اتکا است. نتایج تحلیل رگرسیون در جداول بعدی آمده است.

جدول ۴- تحلیل رگرسیون نشانگان اختلال روانی در پیش‌بینی خودکشی گرایی

مدل	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P
رگرسیون	۱۹۴۷۳/۴۳۷	۹	۲۱۶۳/۷۱۵	۲۲/۸۰۶	۰/۰۰۰۱
باقیمانده	۱۳۲۸۲/۷۵۷	۱۴۰	۹۴/۸۷۷		
کل	۳۲۷۵۶/۱۹۳	۱۴۹			

نتایج حاصل از آزمون رگرسیون چندگانه در جدول فوق نشان می‌دهد که نشانگان اختلالات روانی به عنوان متغیر پیش‌بین (جسمانی سازی، وسواس - اجباری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، هراس، افکار پارانوئیدی، روان گستره گرایی و ماده های اضافی) به صورت ترکیبی قادر به پیش‌بینی خودکشی گرایی هستند ($F = 22/806, p < 0/0001$).

اجباری نتوانست خودکشی گرایی را بگونه معناداری پیش‌بینی نمایند. بنابراین با توجه به معنی داری اکثر مولفه‌های بالا فرضیه دوم پژوهش تایید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه پژوهش: "نشانگان اختلالات روانی (جسمانی سازی، وسواس - اجباری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، هراس، افکار پارانوئیدی، روان گستره گرایی) با خودکشی یا گرایش به خودکشی رابطه دارد."

نتایج نشان داد علائم اختلال روانی جسمانی سازی، وسواس - اجباری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، هراس، افکار پارانوئیدی و روان گستره گرایی با خودکشی گرایی و مولفه‌های آن (مشکلات خانوادگی، میل به مردن، درماندگی و ناامیدی، مشکلات اقتصادی) رابطه دارد. با توجه به سطح معنی داری بیشتر مولفه‌های دو متغیر می‌توان گفت که بین نشانگان اختلال روانی و مولفه‌هایش با خودکشی گرایی و مولفه‌هایش، رابطه معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت فرضیه دوم تایید می‌شود. نتایج به دست آمده گرچه به‌طور مستقیم با نتایج پژوهش‌های زیر در ارتباط نبوده اما با یافته‌های ایزدپناه (۱۳۸۹)، زارع و همکاران (۱۳۸۹) و آنیکا و همکاران (۲۰۱۲) همپوشی داشت. نتایج مطالعه امیلیا و همکاران (۲۰۰۹) نشان می‌دهد افرادی که دارای افکار خودکشی هستند به عنوان افسرده طبقه بندی می‌شوند. مطالعه گولد (۲۰۱۱) ارتباط اختلال خلقی و اختلال اضطرابی با افزایش خطر خودکشی را نشان می‌داد. زمانیکه بیماران افسرده به این باور می‌رسند که برای مشکل‌هایشان راه حلی وجود ندارد، خودکشی را به عنوان راه حلی برای اجتناب از موقعیت‌های ناامیدکننده و غیرقابل تحمل برمی‌گزینند (برچیک، استوارت و استیر، ۲۰۱۰). در غرب و خاور دور نشان داده‌اند که درصد بالایی از آن‌ها تاریخچه مراجعه روانپزشکی قبلی داشته‌اند، و از بیماری روان شدید رنج می‌برده‌اند. از این میان روان‌گسیختگی بیشتر از افسردگی در بروز خودکشی نقش داشته است (پروسنر، ۲۰۰۶). ناامیدی مهمترین

عامل مرتبط با افسردگی است که نقش عمده ای در اندیشه پردازی، اقدام و تکمیل خودکشی ایفا می کند. حجم گسترده ای از پژوهش ها بیانگر آن است که ناامیدی ممکن است همچون افسردگی، عامل پیش بینی اندیشه پردازی و رفتار خودکشی باشد (انلوی، ۲۰۰۸). یافته های مطالعه کلس و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که موارد ناموفق خودکشی بیشتر از موارد موفق با اختلالات روانی در ارتباط بودند که مطالعات مشابه نیز این یافته را تأیید می نمایند. در این گونه موارد نیاز به افزایش مراقبت های بهداشتی بر روی اقدام کنندگان به خودکشی بیش از پیش دیده می شود و در این راستا بایستی اقدامات مهمی جهت پیشگیری از رخداد مجدد خودکشی در این افراد به اجرا درآید. علی رغم آگاهی از این امر که افراد ناموفق در خودکشی بیشتر از سایرین در معرض خطر هستند اما هنوز راهبردهای اقتصادی - اجتماعی موفقی در جهت پیشگیری از آن ها صورت نمی پذیرد (کرخوف، ۲۰۰۸). به نظر می رسد که اختلالات روانی فراتر از خودکشی موجب اتفاقات دیگری نیز می شود که به نوبه خود بر خودکشی تأثیر می گذارد مثل از دست دادن حمایت اجتماعی، رویدادهای منفی مکرر، مراقبت بهداشتی ضعیف و همچنین به نظر می رسد که اختلالات محور دو با رفتارهای تکانشگری و پرخاشگری بیشتری مرتبط است (ناباکو دیابریو، لافر، باکا - گراسیا و اکوئندو، ۲۰۰۹). همچنین آنیکا و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش های خویش ارتباط بین گرایش به خودکشی با اختلالات روانی را تأیید کرده و نشان دادند که اختلالات روانی باعث افزایش خطر خودکشی می شود. مطالعات زیادی عوامل خطر ساز برای خودکشی را مورد بررسی قرار داده اند ولی بسیاری از افرادی که در معرض این عوامل خطر ساز قرار دارند، تمایل به خودکشی در آن ها مشاهده نمی شود؛ یکی از تبیین هایی که برای آن می توان ارائه نمود این است که ممکن است فاکتورهای حمایتی در این افراد وجود داشته باشد که بتواند تأثیر عوامل خطر ساز را در این افراد کاهش دهد. بنابراین افرادی که گرایش به خودکشی در آن ها بالا است بیشتر از مهارت های مقابله هیجان مدار

استفاده می کنند و به همین خاطر برای تسکین ناراحتی خود به احتمال بیشتری به سوی تجربه ی اعمال نادرست از قبیل خودکشی گام بردارند. نتایج به دست آمده از این مطالعه، این بود که نشانگان روانی به طور مثبت افکار خودکشی را پیش بینی کردند. تبیین احتمالی برای نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر از دیدگاه نظریه ی روان تحلیل گری می تواند این باشد، افرادی که دارای نشانگان اختلالات روانی هستند، گرایش دارند که تکانه های آسیب زنده خود را به بیرون فرافکنی کرده و در نتیجه ادعا می کنند که دیگران و دنیا مکانی آسیب زنده و پر خطر برای آن هاست. به این دلیل آنان به صورت ناهشیار برای تایید برداشت های خود افکار و رفتارهای آسیب زایی را نسبت به خود دارند که یکی از آن ها می تواند به صورت فکر کردن به خودکشی یا اقدام به خودکشی ظاهر شود. همچنین، افراد برخوردار از ویژگیهای بدگمانی و بدبینی به خاطر عدم اطمینانی که به دیگران دارند، اغلب منزوی بوده و احساس تنهایی می کنند که این عوامل می تواند افکار خودکشی را در آن ها ایجاد کند. همچنین، از آنجایی که مولفه بدبینی پارانویید/اضطراب اجتماعی به عنوان یکی از مولفه های شخصیت اسکیزوتایپی، ترکیبی از بدبینی و اضطراب اجتماعی است، ترکیب این دو ویژگی در یک مولفه، منجر به بالا رفتن احتمال پیش بینی افکار خودکشی توسط این مولفه شده است؛ در همین راستا، پژوهش آگاه هریس، علیپور و گلچین (۲۰۱۲) نشان داده است که اضطراب با افکار خودکشی رابطه ی مثبت دارد و همچنین عوامل مرتبط با خودکشی مثل وضعیت تاهل، افسردگی، مصرف مواد و سن نوجوانی، افزایش دهنده خطر خودکشی می باشند. حضور همزمان تعداد بیشتری از ۱۰ عامل مرتبط ذکر شده، احتمال حضور اختلالات روان پزشکی را افزایش می دهد و حضور همزمان این دو مقوله (عوامل مرتبط با خودکشی و اختلال روانپزشکی) خطر اقدام به خودکشی را بیشتر می نماید و نیازمند توجه، بستری و پی گیری بیشتر خواهد بود.

بررسی علل و انگیزه های روانشناختی وقوع خودکشی...

این پژوهش دارای محدودیتهایی نیز می باشد. محدودیتهای عمده این پژوهش عبارتند از: با توجه به اینکه این پژوهش در قالب ابزارهای خودسنجی انجام گرفته، بنابراین مانند تمامی پژوهش های واپس نگر، نتایج آن ممکن است باسوگیری همراه باشد. میزان صداقت نمونه مورد مطالعه در تکمیل پرسشنامه از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر بود. با توجه به اینکه این پژوهش در شهر اردبیل انجام شده است و ویژگی های فرهنگی و منطقه ای نمونه پژوهش ممکن است تعمیم یافته ها را با محدودیت مواجه سازد، پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی علل روانشناختی اقدام به خودکشی در سایر شهرها نیز انجام پذیرد. پیشنهاد می گردد که در پژوهش های آتی با استفاده از عوامل خطر خودکشی، به پیش بینی احتمال رخداد خودکشی در جمعیت عادی و سایر جمعیت ها اقدام گردد. با توجه به نتایج بدست آمده، اقدام به خودکشی یک اختلال قابل پیشگیری است. لذا پیشنهاد می گردد که در پژوهش های آتی با استفاده از عوامل خطر خودکشی، به پیش بینی احتمال رخداد خودکشی در جمعیت عادی و سایر جمعیت اقدام و با اقدامات پیشگیرانه از وقوع آن جلوگیری گردد.

فهرست منابع:

- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۳)، روش‌های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان، انجمن اولیاء و مربیان جمهوری اسلامی ایران.
- بابانژاد، مهران؛ پور کرمان، طیبیه؛ دلپیشه، علی؛ خورشیدی، علی؛ اسداللهی، خیراله و میری، کوروش (۱۳۹۳)، بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی ناشی از اختلالات روانی در استان ایلام، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره بیست دوم، شماره پنجم، صص ۱۱۴-۱۰۴.
- پورحسین، رضا؛ فرهودی، فرزاد؛ امیری، محسن؛ جانبرزگی، محمود؛ رضایی؛ اکرم، بیداخویدی؛ نوراللهی، فاطمه (۱۳۹۳)، بررسی رابطه بین افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب آوری، تنیدگی‌های روزانه و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه تهران، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، شماره چهاردهم، سال چهارم، صص ۴۲-۲۱.
- زارع، حسین؛ شقاقی، فرهاد و دلیر، مجتبی (۱۳۹۰)، اثر افشای نوشتاری بر شدت علائم وسواس و افسردگی مبتلایان به اختلال وسواس-اجبار، مجله‌ی روان‌شناسی بالینی، سال سوم، شماره ۴، صص ۳۴-۲۷.
- زارع، حسین؛ ناظر، محمد و صیادی، احمد رضا (۱۳۸۸)، بررسی فراوانی اختلالات روانی و عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۸۶، مجله دانشگاه پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۹۲، صص ۱۹۸-۱۹۱.

بررسی علل و انگیزه های روانشناختی وقوع خودکشی...

- طلائی، علی؛ فیاضی، محمد رضا و سعادت‌ی نسب، زهرا (۱۳۸۵)، مشکلات روانشناختی و افکار خودکشی در دانشجویان مقاطع مختلف، مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد، صص ۱۸-۲۵.
- قرائی پور، منوچهر؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ اصفهانی، مهدی و اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۴)، کارکردهای عصب روانشناختی در اقدام کنندگان به خودکشی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. مجله اصول بهداشت روانی، سال سوم، شماره ۳، صص ۱-۱۵.
- گنجی، حمزه (۱۳۹۵)، ارزشیابی شخصیت، نشر ساوالان، چاپ ششم، ویرایش دوم.
- نجاریان، بهمن و داودی، ایران (۱۳۸۰)، ساخت و اعتباریابی SCL-25 - فرم کوتاه شده SCL-90، مجله روانشناسی، سال پنجم، شماره ۲.
- نادری، فرح و اسماعیلی، الهه (۱۳۸۸)، رابطه اضطراب مرگ و اندیشه پردازی خودکشی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، مجله اصول بهداشت روانی، سال سوم، شماره ۳، صص ۲۵-۱۵.
- نجومی، م. ملکوتی، س. ک. بوالهری، ج. پشت مشهدی، م. اصغرزاده امین، ص (۱۳۸۶)، عوامل پیش بینی کننده اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی شهر کرج، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، سال ۱۳، شماره ۳، صص ۲۲۶-۲۱۹.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۷)، راهنمای مراقبت از بیماری های روانپزشکی بزرگسالان، چاپ اول، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان.
- همتی، آزاد؛ دلاور، علی؛ فرخی، نورعلی (۱۳۸۸)، ساخت مقیاس تشخیص افراد در معرض اقدام به خودکشی برای شهرستان های مهاباد و بوکان در سال ۱۳۸۶، فصلنامه امنیت و نظم، سال دوم، شماره ۱، صص ۵۸-۲۹.

- Amelia, M; Arria, KE; O'Grady ,KM; Caldeira, KB; Vincent, HCW & Eric DW (2009), Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. Arch Suicide Res; 13 (3): 230-246
- Berchick, R. J., Stewart, B. L & Steer, R. A (2010), Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry, 147: 190 - 195
- Barrios, LC; Everett, SA; Simon, TR & Brenner, ND (2000), Suicide ideation among US college students: Associations with other injury risk behaviors. Journal of American College Health; 48 (5): 229-233.
- Currier, D & Oquendo, E (2011), Dépressive symptoms among general medical patients: Prevalence and one -year outcome. Psychosomatic Medicine, 56, 109 -117.
- Claes, L; Muehlenkamp, J; Vandereycken, W; Hamelinck, L; Martens, H & Claes, S (2010), Comparison of non -suicidal self -injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. Person Individual Differ, 48:83 -7.
- Fabregas BC, Moura AS, Marciano RC, Carmo RA, Teixeira AL. (2009). Clinical management of a patient with drug dependence who attempted suicide while receiving peginterferon therapy for chronic hepatitis C. Braz J Infect Dis, 13:387 -90.
- Fenton, Y; McGlashan, L; Victor, M & Blyler, B (2007), Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: implications for prevention. J Trauma stress, 20 (5): 869 -87
- Groleger, M & Tomori, M (2008), Suicidal ideation in adolescence an indicator of actual risk Isr. Psychiatry Relat Sci: 2020 -8.
- Hirvikoski, T & Jokinen, J (2012), Personality traits in attempted and completed suicide. Eur Psychiatry, 27 (7): 536 -41.

- Jahangiri, K & Barkhordar, N (2008), The incidence of suicide and its related factors in the rural city of Kermanshah. *J Med Coun Islamic Repub Iran*, 2: 219 -25 .
- Jenkins, R & Singh, B (2008), General population strategies of suicide prevention. *The international handbook of suicide and attempted suicide*, 597 -615.-Kerkhof AM (2008), Attempted suicide: patterns and trends. *The international handbook of suicide and attempted suicide*; 49 -64
- King, M; Semlyen, J & Tai, SS (2012), A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8:70 -8.
- Nabuco de abreu, L., Lafer, B., Baca -garcia, E & Oquendo, M. A (2009), Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type:an update for clinician. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (3): 271 -280
- Scocco, P; de Girolamo, G; Vilagut, G & Alonso ,J (2008), Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: Result from the European Study on the Epidemiology of Mental DisordersWorld Mental Health study. *Compr Psychiatry*,49:13 -21.
- Sadock, BJ & Sadock, VA (2007), Kaplan & Sadock synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical Psychiatry. New York: Lippincott Willims & Wilkins, 898 -907.
- Timo -Partonena, JH; Heikki, N & Jouko L (2014), Analysis of the seasonal pattern in suicide.*J Affect Disord*; 81:133 -9.
- Stewart, M. E; Donaghey, C & Ebmeier, K. P. (2008). Suicidal thoughts in young people: their frequency and relationships with personality factors. *Personalityand Individual Differences*, 44: 809 - 820.

-Troister,N; Links,M & Cutcliffe, E (2008), Implementing Dialectical Behavior Therapy with Adolescents and their Families in a community outpatient clinic. *Cognitive Behavior Practice*, 15:277-286.

World Health organization (2010), Suicide rates and absolute numbers of Suicide by country. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization (2007), Suicide prevention. Geneva: WHO.

-Zare, H; Sayadi, A (2009), Prevalence of mental disorders and associated factors of suicide in patients referred factors of suicide in patients referred to hospital emergency departments of Iman Ali Ibn Abi Talib (AS). *J Rafsanjan Uni Med Sci*, 3: 222 -38.

-Zisook, S., Trivedi, M., Warden, D., & Lebowitz, B (2009), Factor structure of the Brief psychiatric Rating scale in unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*. 66 (2 -3):159.