

رابطه خودکشی با ویژگی‌های شخصیتی و رویدادهای زندگی

Relationship of suicide with personality characteristics and life events

تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۱۶

تاریخ دریافت: ۸۷/۹/۲۶

Akbari Zardkhaneh S. MSc[✉], Jafari S. MSc,
Dowlatshahi B. PhD, Mamaghanieh M. MSc

سعید اکبری زردخانه[✉]، سالار جعفری^۱،
بهروز دولتشاهی^۱، مریم ممقانیه^۲

Abstract

Introduction: Current study conducted to identify personality characteristics and negative events as prediction factors of suicide attempting.

Method: This descriptive-correlating study performed on totally 148 people included 74 male and female suicide attempters and 74 male and female non-attempters that matched with attempters. Used Instruments for collecting data were Millon Multi-axial personality inventory-II (MCMII-II) and researcher-made negative life events checklist.

Results: Maladjustment personality patterns such as borderline, antisocial, narcissistic, passive-aggressive, anxiety and depressive disorders were more prevalent among suicide attempters than non-attempters. Also, suicide attempters experienced negative events more than non-attempters.

Conclusion: Among psychological disorders, anxious, narcissistic and antisocial and among negative life events, sever conflict with family and blame experience have the highest power to predict suicide attempt.

Keywords: Personality Characteristics, Negative Life Events, Suicide Attempting

چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف شناسایی عوامل شخصیتی و رویدادهای پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی انجام شد.

روش: این مطالعه توصیفی-همبستگی روی مجموعاً ۱۴۸ نفر انجام شد که شامل ۷۴ مرد و زن اقدام‌کرده به خودکشی و ۷۴ مرد و زن هم‌تا و اقدام‌نکرده بودند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه شخصیتی چندمحوری میلون^۲ و چک‌لیست رویدادهای منفی زندگی استفاده شد.

یافته‌ها: از بین الگوهای ناسازگار شخصیتی، اختلالات شخصیتی مرزی، ضداجتماعی، خودشیفته، منفعل و آزارگر، اضطرابی و افسرده در میان افراد اقدام‌کرده بیش از گروه اقدام‌نکرده مشاهده شد. در ضمن اقدام‌کردگان تجارب منفی بیشتری را در زندگی تجربه کرده بودند.

نتیجه‌گیری: از بین اختلالات روانی، اختلالات شخصیتی اضطرابی، خودشیفته و ضداجتماعی و از بین رخدادها منفی زندگی، درگیری شدید با خانواده و سرزنش و تحقیر، دارای بیشترین توان پیش‌بینی اقدام به خودکشی هستند.

کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های شخصیتی، رویدادهای منفی، اقدام به خودکشی

[✉] Corresponding Author: Faculty of
Psychology, Tehran University, Tehran, Iran
Email: akbari76ir@yahoo.com

[✉] دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
^۱ گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران
^۲ دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

رفتار خودکشی یکی از مشکلات جدی سلامت عمومی است [۱]. به تعبیری دیگر، میزان خودکشی و اقدام به خودکشی یکی از مهمترین شاخص‌های بهداشت روانی افراد اجتماع محسوب می‌شود [۲]. در حال حاضر عامل ۱۲٪ مرگ و میرهای نوجوانان [۳] و دومین عامل در افراد ۲۵ تا ۳۷ سال و سومین عامل مرگ در افراد ۱۵ تا ۲۴ سال در آمریکا، خودکشی است [۴]. با اینکه در ایران آمار مدون و دقیقی از میزان وقوع خودکشی وجود ندارد ولی بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته آمار خودکشی وضعیتی مشابه سایر کشورها دارد [۵، ۶، ۷].

ویژگی‌های شخصیتی، آسیب‌های روانی و رخداد‌های منفی زندگی به لحاظ نظری و پژوهشی با خودکشی مرتبط هستند [۸، ۹]. پژوهش‌های مختلف نشان داده است که اختلال‌های شخصیتی از مهمترین عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی هستند. خصوصیات همانند رفتارهای ناگهانی شدید و پرخاشگرانه در افرادی که مبتلا به اختلال شخصیت هستند از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی خودکشی است [۱۰]. اختلالات خلقی (افسردگی یک قطبی و دو قطبی)، اسکیزوفرنیا و اختلالات مرتبط با مصرف مواد، مهمترین اختلالات روانی مرتبط با خودکشی هستند [۱۱، ۱۲، ۱۳]. همچنین مطالعات مختلفی نشان داده است که اختلال‌های اضطرابی با افزایش خطر رفتار خودکشی رابطه دارند [۱۴، ۱۵]. بیز و همکاران [۹] در مطالعه‌ای با بررسی نقش اختلالات محور ۱ و ۲ به عنوان پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی، اشاره می‌کنند که اختلال شخصیت مرزی و سوءمصرف مواد و افسردگی به طور معنی‌داری پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی هستند.

مصرف مواد هم به عنوان یکی از مباحث مرتبط با اختلالات روانی و هم به عنوان یکی از شیوه‌های خودکشی، در ادبیات پژوهشی مورد بررسی قرار گرفته است. سوءمصرف مواد به ویژه وقتی با اختلالات خلقی و اختلالات شخصیت همراه می‌شود از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی رفتارهای خودکشی‌گرایانه است [۹، ۱۰، ۱۶].

مطابق با نظریه‌های کنونی روان‌شناسی و ادبیات پژوهشی، بین حوادث منفی و اختلالات (به ویژه اختلالات روان-تنی) ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. ارتباط خودکشی و حوادث منفی نیز از این منظر قابل تبیین است. بدین معنی که حوادث منفی به عنوان یک منبع استرس عمل کرده و فشار شدیدی بر فرد وارد می‌کند. اگر استرس‌ها مدت زیادی ادامه یابند از یک سو سیستم ایمنی، گوارشی و قلبی-عروقی فرد و از سوی دیگر تعادل روانی وی را تحت تاثیر قرار داده و این اختلالات جسمی و روانی نیز به نوبه خود سبب تمایل فرد به افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه می‌شود [۱۷]. بنابراین، در مجموع می‌توان چنین استنباط نمود که حوادث آسیب‌زای زندگی در افرادی که مجهز به توانمندی‌های مقابله‌ای مناسب نبوده و یا دارای رگه‌های شخصیتی سازش نیافته باشند، می‌توانند به

واسطه اختلالاتی که ایجاد می‌کنند فرد را به سوی افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه سوق دهند. شاهد این مدعا، تحقیقات انجام گرفته در خانواده‌های جوانانی است که اقدام به خودکشی کرده‌اند. در این خانواده‌ها مشکلات طولانی و پیچیده‌ای همچون طلاق، درگیری و عدم تفاهم، شکست‌های عشقی و مسائل عاطفی، ارتباطات ضعیف، تعارض و عدم دسترسی به والدین، انتظارات بالای والدین، بیماری روانی اعضای خانواده، بیکاری، رفتار خودکشی در سایر اعضای خانواده، از دست دادن والدین، فرزند خواندگی و مشکلات مالی دیده می‌شود [۵، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲].

از آنجائی که در هیچ یک از مطالعات انجام گرفته، ویژگی‌های شخصیتی و رویدادهای زندگی و تعیین اهمیت نسبی آنها به طور همزمان مورد مطالعه قرار نگرفته است، لذا به نظر می‌رسد بررسی اختلالات شخصیتی و رخداد‌های زندگی منفی، به عنوان عوامل مرتبط با خودکشی می‌تواند گامی موثر در طراحی برنامه‌های پیشگیرانه باشد. بر این اساس، پژوهش حاضر در پی پاسخ به سوالات زیر است: آیا افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند از لحاظ ویژگی‌های شخصیتی و تجربه رویدادهای منفی زندگی با افراد دیگر متفاوت هستند؟ و آیا اختلالات روانی و تجارب منفی زندگی می‌توانند رفتار اقدام به خودکشی را پیش‌بینی کنند؟

روش

تحقیق حاضر از نظر هدف از نوع بنیادی و از حیث شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری و نمونه پژوهش حاضر شامل تمام (سرشماری) افرادی است که طی ۸ ماه اول سال ۱۳۸۵ در شهرستان دره شهر ایلام اقدام به خودکشی کرده و در بیمارستان و مراکز درمانی پرونده تشکیل داده‌اند. این افراد دارای شرایط حداقل سواد خواندن و نوشتن و سن بین ۱۸ تا ۴۰ سال هستند. در کل، ۷۵ نفر (۳۸ مرد و ۳۷ زن) به عنوان گروه آزمایش (اقدام به خودکشی) انتخاب و از آنها خواسته شد که به آزمون‌ها پاسخ دهند. ۷۵ نفر نیز به عنوان گروه مقایسه و همتا (براساس جنسیت، سن، وضعیت تاهل و محل سکونت) با گروه آزمایش، انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزارهای این پژوهش عبارتند از:

الف) پرسش‌نامه شخصیتی چندمحوری میلیون ۲ (Millon Clinical Multiaxial Inventory-II): توسط تئودر میلیون و بر اساس نظریه زیستی-روانی-اجتماعی ساخته شد. این پرسش‌نامه در بر گیرنده ۱۷۵ جمله کوتاه خودتوصیفی با پاسخ‌های بلی-خیر و دارای ۲۲ خرده مقیاس است که در سه گروه الف) نشانگان شخصیت ب) الگوهای بیمارگونه شخصیت ج) نشانگان بالینی قرار می‌گیرند. همچنین شامل یک عامل تعدیل‌کننده (X)، یک مقیاس اعتبار (V) و دو مقیاس سنجش گرایش‌های پاسخ (Z, X) نیز هستند. خرده مقیاس‌ها عبارتند از: اسکیزوئید اجتنابی، وابستگی، نمایشی،

تنها در متغیرهای افسرده‌خویی و وابستگی به الکل، ناهمگونی گروه اقدام‌نکرده بیشتر از گروه اقدام‌کرده است.

جدول ۱) یافته‌های توصیفی گروه اقدام‌کرده
بر اساس متغیرهای سن، تاهل، تحصیلات و وضعیت اشتغال

متغیر	طبقات	فراوانی (درصد)
جنسیت	مذکر	۳۸ (۵۰/۶۶)
	مونث	۳۷ (۴۹/۳۴)
تاهل	متاهل	۴۶ (۶۱/۳۰)
	مجرد	۲۹ (۳۸/۷۰)
سن	زیر ۲۰ سال	۱۳ (۱۷/۳۰)
	۲۰ تا ۳۰ سال	۵۶ (۷۴/۷۰)
	۳۰ تا ۴۰ سال	۶ (۷/۸۵)
تحصیلات	راهنمایی	۱۶ (۲۱/۳۰)
	زیر دیپلم	۲۱ (۲۸)
	دیپلم	۲۹ (۳۸/۷۰)
	بالای دیپلم	۹ (۱۲)
وضعیت اشتغال (مردان)	بیکار	۱۶ (۴۲/۱)
	کشاورز	۷ (۱۸/۴۲)
وضعیت اشتغال (زنان)	خانه دار	۰ (۰)
	محصل	۴ (۱۰/۵۰)
	آزاد	۹ (۲۳/۹۰)
	کارمند	۲ (۵/۳۰)
وضعیت اشتغال (زنان)	بیکار	۴ (۱/۱۱)
	کشاورز	۰ (۰)
	خانه دار	۲۳ (۶۰/۵۰)
	محصل	۷ (۱۹/۴۵)
	آزاد	۲ (۵/۵۰)
	کارمند	۰ (۰)

به دلیل آن که هدف از مطالعه حاضر، بررسی امکان پیش‌بینی و تمایز دو گروه اقدام‌کرده و اقدام‌نکرده به خودکشی براساس زیرمقیاس‌های آزمون میلیون ۲ است، لذا از تحلیل تشخیصی استفاده گردید. البته قبل از انجام این تحلیل، مفروضه تفاوت بین میانگین این گروه‌ها صورت گرفت. این آزمون نشان داد که به غیر از متغیرهای اسکیزوئید، وابسته و وسواسی بودن، ضریب لامبدای ویلکز سایر زیرمقیاس‌ها در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است. به عبارت دیگر، کلیه زیرمقیاس‌ها از لحاظ قرارگرفتن در تابع تشخیصی و معادله پیش‌بینی از اهمیت و معنی‌داری کامل برخوردار هستند. با توجه به این که ضریب لامبدای ویلکز برای این سه زیرمقیاس ذکر شده از لحاظ آماری معنی‌دار نشد، لذا از مجموعه متغیرهای پیش‌بینی کنار گذاشته شده و تحلیل تشخیصی انجام گرفت. این تحلیل نشان داد که ارزش ویژه تابع تشخیص تحلیل حاضر ۴/۳۳ و ضریب همبستگی بنیادی آن ۰/۹۰ است. بنابراین تابع حاصل، بخش اعظمی از واریانس مدل را تبیین می‌نماید.

آزارگری، خودشیفته، ضداجتماعی، پرخاشگری، وسواسی-جبری، پرخاشگری منفعل، اسکیزوتایپال مرزی، پارانوئید اضطرابی، بدنی شکل، افسردگی دو قطبی، خودتخریبی و وابستگی به الکل. ضریب پایایی در جمعیت غیر بالینی ۰/۸۴ و در بیماران سرپایی ناهمگن ۰/۷۹ به دست آمده است. در جمعیت ایرانی، *خواجه‌موگهی* [۲۳] با استفاده از فرمول کودر ریچاردسون ۲۰ ضریب همسانی درونی را ۰/۸۴ به دست آورد.

ب) چک‌لیست رویدادهای منفی زندگی: برای سنجش رویدادهای منفی زندگی نیز از چک‌لیست محقق‌ساخته با ارزیابی ۵۰ رویداد منفی زندگی، استفاده شد. رویدادهای مزبور بر مبنای مقیاس رویدادهای زندگی *بیگل* [۲۴]، *هلمز و راهه* [۲۵] و بررسی ادبیات پژوهشی و توجه به مواردی که تحت تاثیر بافت فرهنگی منطقه پرنرنگتر بودند و از طریق مصاحبه جمع‌آوری شدند، تدوین گردید. این چک‌لیست در برگیرنده ۱۲ رویداد شامل درگیری شدید با خانواده، سرزنش، تحقیر، شکست مالی، تهمت ناموسی، شکست عشقی، بیکاری، ناکامی در دستیابی به آرزوها، فقر، مرگ عزیز، شکست تحصیلی و ردشدن در کنکور بود. به علاوه، جهت برآورد روایی محتوایی چک‌لیست، این ابزار در اختیار پنج نفر از اساتید مشاوره و روان‌شناسی بالینی قرار گرفت که بررسی نظرات ایشان نشان از روایی محتوایی داشت.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی در جدول ۱ نشان می‌دهد که تقریباً نیمی از آزمودنی‌ها را مردان و نیمی دیگر را زنان تشکیل می‌دهند. همچنین بیشترین افراد گروه آزمایش در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال (۷۴/۷٪) قرار دارند و افراد کمتر از ۳۰ سال با ۹۲٪ بخش اعظم این گروه را تشکیل می‌دهند. در این گروه، ۲۹٪ افراد مجرد و ۴۶٪ متاهل هستند. بیشترین افراد اقدام به خودکشی کرده در گروه زیر دیپلم و دیپلم (۸۸٪) قرار دارند و فقط ۱۲٪ آنها را افراد دارای تحصیلات دانشگاهی تشکیل می‌دهند. از نظر شغلی نیز بیشتر اقدام‌کنندگان، در گروه مردان بیکار و در گروه زنان خانه‌دار قرار دارند. در ضمن بایستی ذکر شود که میانگین سنی مردان اقدام‌کننده به خودکشی ۲۴/۲ و زنان ۲۳/۴ سال است.

میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های میلیون ۲ به تفکیک گروه در جدول ۲ نشان داده شده است. این جدول نشان می‌دهد که گروه اقدام‌کرده به خودکشی در کلیه زیرمقیاس‌های آزمون میلیون ۲ در مقایسه با گروه اقدام‌نکرده دارای میانگین‌های بالاتر است که نشان‌دهنده بیشتر بودن مشکلات این گروه از افراد است. مقادیر انحراف استاندارد در اکثر زیرمقیاس‌ها در دو گروه متفاوت است. به عبارت دیگر، میزان پراکندگی نمره‌ها و ناهمگونی در بین آزمودنی‌های اقدام به خودکشی بیشتر از گروه اقدام‌نکرده به خودکشی است.

جدول ۲) خلاصه یافته‌های توصیفی

زیرمقیاس‌های آزمون مک‌میلون II دو گروه مورد مطالعه				
زیرمقیاس	اقدام کرده		اقدام نکرده	
	انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار
اسکیزوپید	۷۱/۹۶	۱۰/۰۶	۶۹/۵۸	۵/۲۳
اجتنابی	۸۲/۶۷	۱۵/۱۴	۶۵/۹۸	۱۹/۴۲
وابسته بودن	۷۱/۳۶	۱۳/۶۵	۶۶/۵۷	۱۶/۱۲
نمایشی	۷۹/۲۶	۱۰/۹۲	۶۴/۱۸	۱۱/۸
خود شیفته	۹۱/۵	۱۷/۳۶	۶۸/۳۳	۱۳/۹
ضد اجتماعی	۸۳/۱۸	۱۴/۴۸	۶۳/۷	۱۱/۹
پرخاشگر-آزارگر	۸۷/۳۷	۱۷/۲۸	۶۶/۶۲	۱۲/۸
وسواسی	۶۸/۲۶	۲۷/۱۰	۶۵/۲	۲۳/۵
پرخاشگر-منفعل	۹۱/۸۹	۲۱/۵۳	۶۷/۰۱	۱۲/۲
خود تخریب‌گر	۹۱/۳۶	۱۷/۵۳	۶۷/۴	۱۷/۵
اسکیزو تاپیال	۷۴/۷۴	۱۶/۰۱	۶۷/۱۲	۱۴/۷
مرزی	۸۹/۲	۲۲/۲۹	۶۴/۴	۱۹/۳
پارانویید	۸۱/۸۶	۱۲/۲۵	۶۷/۱	۷/۷
اضطرابی	۸۴/۰۴	۱۴/۹	۴۷/۰۴	۲۶/۷
بدنی شکل	۶۹/۵۷	۱۴/۳۳	۶۳/۰۱	۱۱/۸
دو قطبی	۷۰/۴۸	۱۸/۱۵	۵۴/۰۲	۱۶/۵۵
افسرده خوبی	۸۰/۷۸	۱۸/۱۵	۵۴/۰۲	۱۶/۵۵
وابستگی به الکل	۶۳/۱۳	۸/۴	۵۷/۴	۱۵/۲
وابستگی به دارو	۷۴/۹۷	۱۵/۶۱	۵۷/۷	۱۴/۹
اختلال تفکر	۷۴/۶۸	۱۴/۵	۵۷/۰۱	۱۱/۱
افسردگی اساسی	۶۸/۷۳	۱۱/۷۷	۵۶/۱	۱۶/۴
اختلال هذیانی	۷۲/۲۱	۱۱/۹۳	۵۹/۷	۶/۶

جدول ۳) ضریب همبستگی زیرمقیاس‌ها با تابع تشخیص

زیرمقیاس	ضریب همبستگی
اضطرابی	۰/۴۱
خودشیفته	۰/۳۶
ضداجتماعی	۰/۳۶
پارانویید	۰/۳۵
پرخاشگری منفعل	۰/۳۵
خودتخریب‌گر	۰/۳۴
اختلال تفکر	۰/۳۳
پرخاشگر آزارگر	۰/۳۳
نمایشی	۰/۳۳
اختلال هذیانی	۰/۳۲
مرزی	۰/۳۱
وابستگی به دارو	۰/۳۰
اجتنابی	۰/۲۹
دوقطبی	۰/۲۶
افسردگی اساسی	۰/۲۳
اسکیزو تاپیال	۰/۲۱
جسمانی شکل	۰/۲۰
وابستگی به الکل	۰/۱۹
وابسته بودن	۰/۱۶
اسکیزوپید	۰/۰۹
وسواسی	۰/۰۳

از آنجایی که هدف دیگر مطالعه حاضر، بررسی امکان پیش‌بینی و تمایز دو گروه اقدام کرده و اقدام نکرده به خودکشی براساس فراوانی رویدادهای منفی زندگی است، لذا از تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد. البته قبل از انجام این تحلیل، جهت بررسی امکان پیش‌بینی‌پذیری اقدام به خودکشی براساس فراوانی رویدادهای منفی از آزمون والد استفاده گردید و نتایج آن نشان می‌دهد که تنها میزان رویدادهای شکست تحصیلی و رد شدن در کنکور در پیش‌بینی اقدام به خودکشی معنی‌دار نیستند. بنابراین می‌توان این رویدادها را از تحلیل نهایی حذف نمود. انجام تحلیل رگرسیون لجستیک با رویدادهای باقی‌مانده و تعیین واریانس پیش‌بینی شده اقدام به خودکشی نشان داد که این رویدادها در مجموع توانائی تبیین ۷۱ تا ۹۶٪ واریانس اقدام به خودکشی را دارا هستند. در مرحله بعد جهت پی‌بردن به اهمیت رویدادهای باقی‌مانده در تحلیل پیش‌بینی اقدام به خودکشی، مقادیر نسبت برتری رویدادها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴ نشان می‌دهد که سرزنش و درگیری شدید با خانواده به‌ترتیب با ضرایب رگرسیون ۳/۶۹ و ۲/۵۱ دارای بالاترین اولویت و بیکاری و فقر به‌ترتیب با ضرایب رگرسیون ۰/۸۴ و ۰/۹۱ دارای پائین‌ترین اولویت در توانائی پیش‌بینی اقدام به خودکشی هستند. در ضمن، نسبت برتری سرزنش و درگیری شدید با خانواده به‌ترتیب ۳۹/۹۴ و ۱۲/۲۶ و بیکاری و فقر به ترتیب ۲/۳۲ و ۲/۴۹ است.

در ادامه به منظور تعیین اهمیت هر یک از زیرمقیاس‌ها در تمایز بین این دو گروه، همبستگی هر یک از آنها با تابع تشخیصی برآورد گردید که این مقادیر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که از بین اختلالات شخصیت، موارد اختلال شخصیت اضطرابی، خودشیفته و ضداجتماعی دارای بالاترین ضرایب همبستگی و اختلالات وابسته‌بودن، اسکیزوتیپ و وسواسی دارای پائین‌ترین ضرایب همبستگی با تابع تشخیصی هستند. این یافته به این معنی است که سه اختلال شخصیت اضطرابی، خودشیفته و ضداجتماعی دارای بیشترین توان برای پیش‌بینی اقدام به خودکشی هستند.

در نهایت، جهت ارزیابی چگونگی عملکرد تابع تشخیصی و به بیان دیگر برآورد نسبت و میزان صحت طبقه‌بندی آزمودنی‌ها بر پایه معادله تشخیصی، نتایج حاصل از گروه‌بندی اقدام به خودکشی و عدم اقدام به خودکشی در نمونه مورد مطالعه برآورد گردید. این برآورد نشان داد که تابع تشخیص حاصل توانسته است ۹۲٪ آزمودنی‌ها را به گونه‌ای صحیح در دو طبقه اقدام و عدم اقدام به خودکشی قرار دهد. در نتیجه می‌توان بیان نمود که متغیرهای روانی و شخصیتی مورد مطالعه در پژوهش حاضر، قادر به تمایز این دو گروه هستند.

کاهش احتمال خودکشی اشاره شده است [۱۷، ۲۱، ۲۲] که با یافته‌های پژوهش حاضر نیز هماهنگ است.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که تمامی اختلالات شخصیتی و روانی به استثنای اختلال شخصیت وابسته، وسواسی و اسکیزوئید قادر به پیش‌بینی رفتار اقدام به خودکشی هستند. این یافته‌ها در خصوص اختلال شخصیت مرزی، با مطالعه بین و همکاران [۹] مطابقت دارد. از آنجائی که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت دچار عدم ثبات در هیجان‌ها و کنترل عواطف و هیجان‌ها هستند، لذا دلیل احتمالی این امر را می‌توان به عدم توانایی و یا حداقل به توانائی پائین افراد اقدام کرده در کنترل هیجان‌ها و وجود عدم پایداری عاطفی در این افراد نسبت داد. در مورد اختلال شخصیت ضداجتماعی، پرخاشگری و خودتخریبی، نتایج حاصل از مطالعه حاضر با مطالعات برنت و همکاران [۲۷]، براون و همکاران [۸] همسو است. دلیل احتمالی این امر را نیز می‌توان به تلقی خودکشی به نوعی از پرخاشگری منسوب نمود که معطوف به خود فرد است.

نتایج پژوهش حاضر در خصوص اختلال شخصیت اضطرابی و افسرده‌خویی با مطالعات برنت و همکاران [۱۲، ۲۷]، مانوئیس و همکاران [۱۵] و *الگوندر و لاوری* [۱۴] مطابقت داشته و همچنین نتایج مربوط به اختلال سوءمصرف مواد و الکل با ریچارد و همکاران [۱۰] و بین و همکاران [۹] نیز همسو است. افسردگی از جمله فاکتورهایی است که تقریباً در کلیه پژوهش‌های مربوط به خودکشی نقش برجسته‌ای دارد. در معیارهای تشخیصی افسردگی، علائمی چون فقدان لذت، نامیدی، فقدان انرژی، احساس گناه و احساس بی‌ارزشی به چشم می‌خورند که هر کدام حتی به تنهایی می‌توانند دلیلی بر تمایل به خودکشی باشند و مجموعه آنها در اختلال افسردگی، این احتمال را چند برابر می‌کند. این پژوهش در خصوص ارتباط بین خودکشی و سوءمصرف مواد نشان می‌دهد که مصرف مواد بین گروه مورد آزمون و مقایسه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و گروه آزمایش، سوءمصرف مواد بیشتری را نشان می‌دهند که در پژوهش‌های دیگر نیز مشاهده شده است [۹، ۱۰].

یافته‌های پژوهش نشان داد که اختلالات شخصیت اضطرابی، خودشیفته و ضداجتماعی به ترتیب از بالاترین قدرت پیش‌بینی و اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و جسمانی‌سازی و مصرف الکل، از کمترین قدرت پیش‌بینی رفتار اقدام به خودکشی برخوردار هستند. نکته با اهمیت در اولویت‌بندی عوامل موثر در اقدام به خودکشی این است که در مجموع، اختلال‌های شخصیت نسبت به اختلال‌های روانی دیگر از اهمیت بیشتری برخوردار هستند. بنابراین، رگه‌های شخصیتی و پایداری از توانائی بیشتری در پیش‌بینی برخوردار هستند.

در مجموع، پاسخ پژوهش حاضر به این پرسش که آیا گروه اقدام به خودکشی در مقایسه با گروه اقدام‌نکرده تجارب منفی بیشتری دارند یا خیر؟ مثبت است. این نتایج در خصوص درگیری‌های خانوادگی و بیکاری با پژوهش‌های برنت و همکاران [۱۸] و محسنی [۵] همسو است. به عبارت دیگر در خانواده‌های اقدام کرده به خودکشی مشکلاتی چون درگیری، طلاق، تعارضات زناشویی و بیکاری نسبت به خانواده‌های افرادی که به

این یافته‌ها به این معنی است که احتمال وقوع سرزنش، درگیری شدید با خانواده، بیکاری و فقر به ترتیب در گروه اقدام به خودکشی ۳۹/۹۴، ۱۲/۲۶، ۲/۳۳ و ۲/۴۹ برابر گروه اقدام‌نکرده است.

جدول ۴) احتمال رویدادهای پیش‌بینی اقدام به خودکشی

متغیر	ضریب B	سطح معنی‌داری	نسبت برتری
درگیری شدید با خانواده	۲/۵۱	۰/۰۰۱	۱۲/۲۶
سرزنش	۳/۶۹	۰/۰۰۱	۳۹/۹۴
تحقیر	۲/۷۰	۰/۰۰۱	۱۴/۹۶
شکست مالی	۱/۸۶	۰/۰۰۱	۶/۴۲
تهدمت ناموسی	۱/۸۷	۰/۰۰۱	۶/۴۶
شکست عشقی	۱/۲۶	۰/۰۰۱	۳/۵۵
بیکاری	۰/۸۴	۰/۰۱۷	۲/۳۳
ناکامی در دستیابی به آرزوها	۱/۰۲	۰/۰۰۳	۲/۷۹
فقر	۰/۹۱	۰/۰۱۱	۲/۴۹
مرگ عزیز	۱/۸۸	۰/۰۰۱	۶/۵۹

در نهایت، جهت مشخص نمودن چگونگی عملکرد پیش‌بینی اقدام به خودکشی بر اساس رویدادهای منفی زندگی، نتایج حاصل از گروه‌بندی در نمونه مورد مطالعه، برآورد گردید. این برآورد نشان داد که این رویدادها می‌توانند ۹۶/۷٪ آزمودنی‌ها را به گونه‌ای صحیح در دو طبقه اقدام کرده و اقدام‌نکرده به خودکشی قرار دهند. به عبارت دیگر در پژوهش حاضر، رخداد‌های مورد مطالعه از توان مناسبی برای تمایز افراد اقدام کرده و اقدام‌نکرده به خودکشی برخوردار هستند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی و شناسایی عوامل شخصیتی-روانی و محیطی پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی و مقایسه این عوامل در دو گروه اقدام کرده و اقدام‌نکرده انجام پذیرفت. پژوهش حاضر در بین پژوهش‌های داخلی در دسترس، اولین پژوهشی است که به شناسایی عوامل شخصیتی موثر در اقدام به خودکشی پرداخته است.

سن به عنوان یکی از فاکتورهای مرتبط با خودکشی در پژوهش‌های بسیاری مورد بررسی قرار گرفته است [۱۷]. این یافته‌ها پرخطرترین سال‌های زندگی برای اقدام به خودکشی را سنین جوانی گزارش نموده‌اند که با یافته‌های این پژوهش همسو است. حدود ۷۵٪ از اقدام‌کرده‌ها در محدوده سنی ۳۰-۲۰ سال قرار دارند. این یافته به این معنی است که جوانی می‌تواند به دلیل ارتباطی که با احتمال وقوع پرخاشگری، شروع سوءمصرف مواد، نیاز به زندگی مستقل و مسائل عاطفی دارد، از عوامل خطر خودکشی باشد.

در ادبیات روان‌شناسی، تاهل به عنوان یکی از عوامل موثر در پیشگیری اختلالات روانی شناخته می‌شود. در تعیین پیش‌آگهی درمان اسکیزوفرنی، تاهل از عوامل امیدبخش محسوب می‌گردد [۲۶]. یافته‌های پژوهش حاضر نیز همسو با این امر است. در برخی پژوهش‌ها نیز بر نقش تحصیلات در

4- Andressen PL, Trio JA, Pree AW. Additive impact of childhood emotional physical and sexual abuse on suicide attempts among low-income African-American woman. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2002;32(2):131-8.

۵- محسنی منوچهر. انحرافات اجتماعی، انگیزه و علل خودکشی. تهران: چاپخانه مروی؛ ۱۳۶۶.

۶- گرمخانی رحیم‌گلی. رابطه بین تفکرات غیرمنطقی و افکار خودکشی دانش‌آموزان پایه دوم و سوم پسر دوره متوسطه نظام جدید شهر کرمانشاه [پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد]. تهران: دانشگاه تربیت معلم؛ ۱۳۷۸.

۷- جمشیدزاده فرخ‌لقا. بررسی تطبیقی فراوانی نرخ اقدام به خودکشی از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۹ در استان ایلام [پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد]. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ۱۳۸۲.

8- Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Neglect: Specificity and effects on adolescent and young adult depression and suicidal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002;38:1490-6.

9- Yen S, Maria E, Pagano M, Tracie S, Carlos M. Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;73:153-202.

10- Richard A, Gruzca T, Thomas R, Przybeck C, Cloninger R. Personality as a mediator of demographic risk factors for suicide attempts in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*. 2005;46:214-22.

11- Faweett J, Scheffner WA. Time related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1990;147:1189-94.

12- Brent DA. Familial risk factor for adolescent suicide: A case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1995;89:52-8.

13- Leo S, Maria A, Oquendo J, Mann J. Risks of suicide in mood disorders. *Clinical Neuroscience Research*. 2005;1:337-44.

14- Allgulander K, Lavori M. Psychiatric aspects of suicidal behavioral anxiety disorder the hand book of suicide and attempted. *Suicide Chic Ester Center*. 2000;1108-8.

15- Mannuzza K. Panic disorder and suicide attempts. *Journal of Anxiety Disorder*. 1992;6:261-74.

16- Welch D. Risk factors for suicide attempts in a community sample. 2001. Available from: <http://www.Scencedirect.com>.

۱۷- اخوان فرزانه. بررسی نگرش‌ها و افکار دانشجویان شاهد پیرامون مسئله خودکشی. دانشگاه تربیت مدرس؛ مجموعه خلاصه مقالات اولین سمینار بهداشت روان دانشجویان، ۱۳۸۰.

18- Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Roth C, Balach L, et al. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: A case control study. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 1992;23:179-87.

19- Eddleston M, Rezvi-sheriff MH, Hawton K. Deliberate self harm in Sri Lanka: An overlooked tragedy in the developing world. *British Medical Journal*. 1998;317:133-5.

۲۰- یزدانی قیچاق سعید. بررسی تعدادی از ویژگی‌های روان‌شناختی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی و مقایسه آن با نوجوانان مبتلا به اختلالات روانی و عادی [پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد]. تهران: انستیتو روان‌پزشکی دانشگاه ایران؛ ۱۳۷۵.

۲۱- مهران ناهید. توصیف ویژگی‌های روانی، اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در مقایسه با افراد عادی در بیرجند [پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد]. تهران: انستیتو روان‌پزشکی دانشگاه ایران؛ ۱۳۸۲.

۲۲- یاسمی محمدتقی، صانعی نسرین. بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی در شهرستان کرمان [گزارش تحقیقی]. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ ۱۳۷۲.

خودکشی اقدام نکرده‌اند، بیشتر است. یافته‌های پژوهش حاضر در رابطه با شکست‌های عشقی و مسائل عاطفی با یافته‌های سایر مطالعات [۱۷، ۲۱،

۲۲] هماهنگی دارد. نتایج مطالعه حاضر در زمینه فقر و شکست‌های مالی نیز موید یافته‌های مطالعات محسنی [۵] و ادلسون [۱۹] است. از آن جایی که علاوه بر اثرات مستقیم، فقر نیز زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات دیگر همانند اختلافات خانوادگی، مسائل اخلاقی، جرم و بزهکاری و عدم تحقق آرزوهای شخصی است می‌تواند در بسیاری از موارد اقدام به خودکشی به عنوان دلیلی اساسی در نظر گرفته شود.

در بحث اولویت‌بندی تجارب آسیب‌زای موثر در اقدام به خودکشی، مشخص شد که درگیری شدید با خانواده و سرزنش و تحقیر از بیشترین اهمیت و شکست‌های تحصیلی از کمترین اهمیت در پیش‌بینی اقدام به خودکشی برخوردار هستند. ارتباط بین تحقیر و سرزنش و اقدام به خودکشی را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که یکی از مهمترین تأثیرات تحقیر و سرزنش، مورد حمله قرار گرفتن و صدمه دیدن احساس ارزشمندی، خودکارآمدی و حرمت خود در فرد است. طبیعی است که این فرایند فشار روانی شدیدی را بر فرد وارد ساخته و در نهایت احساس بی‌معنایی و پوچی را به دنبال داشته و فرد را به رفتارهای خودتخریب‌گرانه سوق دهد. به علاوه در پیش‌بینی اقدام به خودکشی بر اساس رویدادهای زندگی، دو رویداد شکست‌های تحصیلی و رد شدن در کنکور، توان پیش‌بینی نداشتند. این یافته با یافته‌های برخی پژوهش‌های پیشین [۵] ناهمخوان بوده و از چند جهت قابل بررسی است. در خصوص شکست‌های تحصیلی شاید بتوان زمان را دخیل دانست. به این معنی که میزان اهمیت شکست‌های تحصیلی برای افراد از زمانی به زمانی دیگر متفاوت است. به نظر می‌رسد امروزه مسئله تحصیل و شکست‌های تحصیلی برای دانش‌آموزان و دانشجویان - حداقل برای بسیاری از آنها اهمیت دهه‌های گذشته را ندارد، بنابراین می‌توان عدم ارتباط آن را با خودکشی طبیعی دانست.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان بیان کرد که از بین متغیرهای شخصیتی و روانی، اختلالات شخصیت اضطرابی، خودشیفته و ضداجتماعی و از بین رخدادهای منفی زندگی، درگیری شدید با خانواده و سرزنش و تحقیر، دارای بیشترین توان پیش‌بینی اقدام به خودکشی هستند و لذا توجه بیشتر متخصصان حوزه پیشگیری و درمان خودکشی به این متغیرها را می‌طلبد.

منابع

1- Goldberg D, Rabin M. Adolescent suicide and families: An ecological approach. *Adolescence Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000;28(110):291-308.

2- Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidltz L, Caine ED. Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2001;31(4):353-85.

۳- کاپلان و سادوک. خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری و روان‌پزشکی بالینی. پورافکاری نصرت‌ا... مترجم. تهران: نشر شهرآب؛ ۱۳۸۶.

۲۶- سلیگمین مارتین، روزنهان دیوید. روان‌شناسی ناپهنجاری. جلد دوم.

سیدمحمدی یحیی، مترجم. تهران: نشر ارسباران؛ ۱۳۸۵.

27- Brent DA, Johnson BA, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, et al. Personality disorder, personality traits, impulsive violence and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1994;33:1080-6.

۲۳- خواجه‌موگهی ناهید. هنجاریابی آزمون چند محوری بالینی میلون-۲ در جمعیت ایرانی [پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد]. تهران: انستیتو روان‌پزشکی دانشگاه ایران؛ ۱۳۷۲.

24- Paykel E. The interview for recent life events. *Psychology Medicine*. 1997;27:301-10.

25- Holmes TH, Raha RH. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967;11:213-8.

