

شماره فایل: ۴۰۸۱۵

خرید مستقیم فایل word این پایان نامه و دانلود فوری

بررسی نقش پیش بینی کننده اختلالات شخصیت و اختلالات خلقی در اقدام به
خودکشی در مراجعین بیمارستان های شهرستان رفسنجان

استاد راهنما:

استاد مشاور:

نگارنده:

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر اختلالات شخصیت و اختلالات خلقی بر اقدام به خودکشی بود. بدین منظور ۵۴ نفر از افراد با سابقه اقدام به خودکشی به اورژانس بیمارستان‌های شهرستان رفسنجان به روش تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند علاوه بر این به همین تعداد نیز گروه شاهد از افراد عادی (بدون سابقه خودکشی) با در نظر گرفتن همسان‌سازی از لحاظ جنسیت، سن، تحصیلات و وضعیت اجتماعی - اقتصادی توسط پژوهشگر انتخاب شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی و رگرسیون لجستیک و تمیز با استفاده از نرم افزار spss استفاده شد. نتایج تحلیل تابع تشخیص نشان داد که اختلالات شخصیت می‌توانند افراد اقدام کننده به خودکشی را از افراد عادی تفکیک کنند. علاوه بر این نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که اختلالات خلقی بر اقدام به خودکشی مؤثر است. نسبت بخت‌های این متغیر برای اقدام به خودکشی برابر با ۱۰/۳۰ می‌باشد که جهت مثبت ضریب B (۲/۳۳) نشان می‌دهد که این ویژگی احتمالاً افزایش خودکشی را در پی دارد. بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که اختلالات شخصیت و خلقی پیش‌بینی کننده‌ی اقدام به خودکشی هستند.

واژگان کلیدی: اختلالات شخصیت، اختلالات خلقی، اقدام به خودکشی.

۱-۱	مقدمه	۱
۲-۱	بیان مساله	۳
۳-۱	ضرورت و اهمیت تحقیق	۷
۴-۱	اهداف پژوهش	۱۰
۵-۱	فرضیه های پژوهش	۱۱
۶-۱	متغیرهای پژوهش	۱۱
۱-۶-۱	تعریف مفهومی و عملیاتی	۱۱
۲-۶-۱	اختلالات خلقی	۱۲
۳-۶-۱	اختلالات شخصیت	۱۲
۴-۶-۱	اقدام به خودکشی	۱۳
۲-۱	مقدمه	Error! Bookmark not defined.
۲-۲	تعریف خودکشی و افکار خودکشی	Error! Bookmark not defined.
۳-۲	اقدام به خودکشی	Error! Bookmark not defined.
۴-۲	عوامل خطر در خودکشی کامل	Error! Bookmark not defined.
۵-۲	علایم هشداردهنده خودکشی	Error! Bookmark not defined.
۶-۲	نشانه های مرتبط با خودکشی	Error! Bookmark not defined.
۷-۲	انگیزه برای خودکشی	Error! Bookmark not defined.
۸-۲	علل خودکشی	Error! Bookmark not defined.
۹-۲	علل خودکشی در ایران	Error! Bookmark not defined.
۱۰-۲	نظریه های خودکشی	Error! Bookmark not defined.
۱-۱۰-۲	نظریه آشناییدن	Error! Bookmark not defined.
۲-۱۰-۲	نظریه فروید	Error! Bookmark not defined.
۳-۱۰-۲	کارن هورنای	Error! Bookmark not defined.
۴-۱۰-۲	دیدگاه جامعه شناسی	Error! Bookmark not defined.
۱۱-۲	اختلالات شخصیت	Error! Bookmark not defined.
۱-۱۱-۲	گروه اول (A)	Error! Bookmark not defined.
۲-۱۱-۲	گروه دوم (B)	Error! Bookmark not defined.
۳-۱۱-۲	سومین گروه (C)	Error! Bookmark not defined.
۱۲-۲	اختلالات شخصیت و خودکشی	Error! Bookmark not defined.
۱۳-۲	اختلالات خلقی یا عاطفی	Error! Bookmark not defined.
۱-۱۳-۲	اختلالات افسردگی	Error! Bookmark not defined.

Error! Bookmark not defined.	۲-۱۳-۲ اختلالات دوقطبی (شیدایی - افسردگی)
Error! Bookmark not defined.	۲-۱۴ رابطه اختلالات شخصیتی با اقدام به خودکشی
Error! Bookmark not defined.	۲-۱۵ پیشینه پژوهشی
Error! Bookmark not defined.	۲-۱۵-۱ تحقیقات انجام گرفته در خارج کشور
Error! Bookmark not defined.	۲-۱۵-۲ تحقیقات انجام گرفته در داخل کشور
Error! Bookmark not defined.	۲-۱۶ مدل تحقیق
Error! Bookmark not defined.	۳-۱ مقدمه
Error! Bookmark not defined.	۳-۲ روش تحقیق
Error! Bookmark not defined.	۳-۳ جامعه آماری و حجم نمونه
Error! Bookmark not defined.	۳-۴ روش جمع‌آوری اطلاعات
Error! Bookmark not defined.	۳-۵ ابزار گردآوری اطلاعات
Error! Bookmark not defined.	۳-۶ روش تعیین پایایی (قابلیت اعتماد)
Error! Bookmark not defined.	۳-۷ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
Error! Bookmark not defined.	۴-۱ مقدمه
Error! Bookmark not defined.	۴-۲ بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه آماری
Error! Bookmark not defined.	۴-۲-۱-جنسیت
Error! Bookmark not defined.	۴-۲-۲-وضعیت تأهل
Error! Bookmark not defined.	۴-۲-۳-تحصیلات
Error! Bookmark not defined.	۴-۲-۴-سن
Error! Bookmark not defined.	۴-۳ یافته‌های توصیفی
Error! Bookmark not defined.	۴-۴ تحلیل استنباطی
Error! Bookmark not defined.	۴-۴-۱-اختلالات شخصیت
Error! Bookmark not defined.	۴-۴-۲-آماره‌های طبقه بندی
Error! Bookmark not defined.	۴-۴-۳-برآوردهای پارامتر
Error! Bookmark not defined.	۴-۴-۴-جدول طبقه بندی
Error! Bookmark not defined.	۵-۱ مقدمه
Error! Bookmark not defined.	۵-۲ بحث و نتیجه‌گیری
Error! Bookmark not defined.	۵-۳ جمع‌بندی
Error! Bookmark not defined.	۵-۴ محدودیت‌های تحقیق
Error! Bookmark not defined.	۵-۵ پیشنهاد کاربردی
Error! Bookmark not defined.	۵-۶ پیشنهاد پژوهشی

ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.....مأخذ و منابع

ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.....پیوست

فهرست جداول

جدول ۱-۴: توزیع فراوانی پاسخ دهندگان بر حسب جنسیت	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
جدول ۲-۴: توزیع فراوانی پاسخ دهندگان بر حسب جنسیت	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
جدول ۳-۴: توزیع فراوانی پاسخ دهندگان بر حسب متغیر تحصیلات	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
جدول ۴-۴: توزیع فراوانی پاسخ دهندگان بر حسب سن	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
جدول ۵-۴: داده‌های توصیفی برای اختلالات شخصیتی در دو گروه اقدام کننده به خودکشی و عادی	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BOOKMARK NOT DEFINED.	
جدول ۶-۴: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
جدول ۷-۴: نتایج آزمون برابری میانگین گروه ها	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
جدول ۸-۴: ارزش ویژه و همبستگی متعارف	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
جدول ۹-۴: آزمون تابع با لامبدای ویلکز	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
جدول ۱۰-۴: ضرایب استاندارد شده برای متغیرهای موجود در تابع تشخیص	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
جدول ۱۱-۴: ضرایب ساختاری برای متغیرهای موجود در تابع تشخیص	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
جدول ۱۲-۴: جدول طبقه بندی گروه ها	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
جدول ۱۳-۴: نتایج آزمون نسبت درست نمایی مربوط به برازش مدل و میزان واریانس تبیین شده توسط مدل	
	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
جدول ۱۴-۴: برآورد پارامترها	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
جدول ۱۵-۴: جدول طبقه بندی	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

فهرست اشکال

شکل ۱-۲: نمودار طبقه بندی اختلالات خلقی.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
شکل ۲-۲: مدل مفهومی تحقیق.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
شکل ۱-۴: درصد فراوانی مربوط به جنسیت.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
شکل ۲-۴: درصد فراوانی مربوط به وضعیت تأهل.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
شکل ۳-۴: توزیع فراوانی پاسخ دهندگان برحسب متغیر تحصیلات.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
شکل ۴-۴: درصد فراوانی افراد اقدام کننده به خودکشی بر حسب سن.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

فصل اول

طرح تحقیق

با پیشرفت انسان‌ها و درگیر شدن آن‌ها با موقعیت‌های جدید، واکنش‌ها و رفتارهای جدیدی نیز در جامعه انسانی بروز و ظهور یافته که گاه به نام معضل از آن‌ها یاد می‌شود. امروزه در بیشتر جوامع می‌توان رفتار همراه با خشونت را در تعاملات افراد مشاهده کرد و گاه وضعیت فجیع‌تر، خشونت علیه خود و اقدام در نابود کردن خویش است که با نام خودکشی از آن یاد می‌شود.

مطالعات و پژوهش‌های متعددی در حوزه روان‌شناسی، علوم اجتماعی و پزشکی در ارتباط با این پدیده انجام گرفته است و هر کدام سعی کرده‌اند از دیدگاه خود و زاویه‌ای متفاوت به تحلیل، تبیین و سبب‌شناسی آن به جهت کاهش میزان وقوع آن بپردازند که سهم به سزایی در کاهش و انجام اقدامات پیشگیرانه داشته‌اند، اما نتوانسته‌اند به طور چشمگیری، آن را در جامعه کاهش دهند، چه بسا که باز هم در جوامعی، افزایش آن، متخصصان و کارشناسان را نگران کرده است.

جامعه ایران با فرهنگ و پیشینه قوی خود، از این آسیب مصون نمانده و نگرانی‌های مربوط به آن، هم چنان در مباحث علمی وجود دارد. طبق آخرین آمارها، سن خودکشی در ایران به سن زیر ۱۹ سال رسیده است و فراگیری قابل توجهی که بین نوجوانان و جوانان داشته است، بیانگر این واقعیت است که باید به خودکشی فارغ از جنبه‌های سیاسی، به عنوان بحرانی اجتماعی و یک مساله پزشکی حاد و اورژانسی توجه جدی نمائیم (خزایی و پرویزی، ۱۳۸۲).

از این جهت، لازم است به اندازه توان و متناسب با موقعیت اجتماعی و علمی خود در جهت تبیین مسائل و موضوعات مربوط به آن اقدام کنیم و زوایای پنهانی از موضوع را با پژوهش و مطالعه علمی، روشن سازیم. مطابق با دیدگاه لستر^۱ (۱۹۸۸) وقتی دیدگاه‌های مختلف روانشناختی مثل رویکرد روان‌پویایی فروید^۲، یادگیری اجتماعی بندورا^۳، شناختی بک^۴ و الگوی مکعبی شنایدمن^۵ نتوانستند موفق به فهم رفتار خودکشی، ارائه راهکارهای مناسب جهت کاهش آن شوند، مطالعه و پژوهش در مورد رفتار خودکشی جنبه عمل‌گرا به خود گرفت و لذا تحقیق در مورد متغیرهای مرتبط و تأثیرگذار

1- Lasseter

2-Frued

3-Bendora

4-Beck

5-Shnaydman

در شکل‌گیری و تکوین این پدیده آغاز گردید. بر همین اساس یکی از حیطه‌هایی که مورد توجه محققان خودکشی قرار گرفته بررسی عوامل و اختلالات شخصیت و خلقی است. پژوهش حاضر، با

نگرش بر این موضوع که این پدیده، ریشه در عاملی خاص ندارد، بلکه عوامل دخیل را باید شناخت و تعاملاتشان را درک کرد، به بررسی اختلالات شخصیت، اختلالات خلقی و ارتباط این دو با اقدام به خودکشی می‌پردازد.

۲-۱ بیان مساله

از لحاظ نوع نگاه به پدیده خودکشی و تعریف آن، خودکشی اقدامی آگاهانه و با سرانجام مرگبار است که به وسیله خود فرد و با آگاهی از این سرانجام رخ می‌دهد (یاسمی صباحی و آذر، ۱۳۸۱) و در بهترین مفهوم، می‌توان آن را یک ناراحتی چندبعدی در انسان نیازمندی دانست که برای مساله‌ای مشخص، به عنوان بهترین راه‌حل برگزیده می‌شود (محمدخانی، ۱۳۸۳). این امر، پدیده‌ای شایع در کلیه کشورهای جهان است و بررسی‌ها و مطالعات متعدد در کشور ما نیز نشان می‌دهد که خودکشی از شیوع بالایی برخوردار است (ثقه‌الاسلام و رضایی، ۱۳۸۴)، شاید به این دلیل که راه خروج از بحران‌هایی است که به طور ثابتی موجب آزار شدید فرد می‌شوند و هم چنین می‌توان آن را واکنشی نسبت به استرس‌های داخلی و خارجی و یا ناشی از حوادث زندگی دانست (رهبر طارم‌سری، موسویانو دوام، ۱۳۸۳). از نظر همه‌گیرشناسی و دامنه گسترش بین افراد نیز در بین همه طبقات و بخش‌های مختلف جمعیتی رخ می‌دهد (خزایی و پرویزی، ۱۳۸۲) و یک فاجعه و مشکل بالقوه سلامت عمومی قابل پیشگیری برای تمام ملل محسوب می‌گردد، به طوری که معمولاً در بین ده عامل پشیمان‌کننده مرگ در بیشتر کشورهای غربی قرار می‌گیرد (پامپیلی^۱، روبرت^۲ و گیرارد^۳، ۲۰۰۴) و در حدود ۰/۴ تا ۰/۹ درصد علل تمام مرگ‌ها را نیز شامل می‌شود (رهبر طارم‌سری و همکاران، ۱۳۸۳).

1-Pompili

2-Ruberta

3-Girard

خودکشی طیف‌های خاصی دارد، از افکار خودکشی که شایع‌ترین است، آغاز شده و به اقدام به خودکشی و به طور نهایی، تمایل به مرگ ناشی از خودکشی که هدف نهایی است، منتهی

می‌گردد (ثقه‌الاسلام و رضایی، ۱۳۸۴). بنابراین اقدام به خودکشی، طیفی از انواع خودکشی است که همواره آمار اتفاق آن در جامعه، بیش از میزان خودکشی بوده است (جمشیدزاده، رفیعو رحیمی ۱۳۸۳). از لحاظ مفهومی، اقدام به خودکشی عملی ناقص است که به نتیجه نرسیده (آقایگلویی، ۱۳۷۹) یا به شکلی است که آسیب، منجر به مرگ نمی‌شود (احمدی، ۱۳۸۴)، اما در عین حال، یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای خودکشی کامل در آینده است.

از نقطه نظر روان‌پزشکی، اقدام به خودکشی ممکن است به عنوان تظاهراتی از یک بیماری روانی تلقی شود (فتحی‌آشتیانی و اسلامی، ۱۳۸۰) و در اغلب مطالعات این یافته مورد تاکید است که مهم‌ترین عامل خودکشی، ابتلا به بیماری روانی است (آگیوس، ۲۰۱۲) و مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز آن، اختلالات روان‌پزشکی، شامل؛ اختلالات خلقی، ناامیدی، افسردگی و سابقه سوءاستفاده جنسی و جسمی در کودکی و وجود سابقه مثبت فامیلی است (محمدخانی، ۱۳۸۳). تحقیقات در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه نیز نشان داده که یک شیوع سراسری اختلالات روانی ۸۰ تا ۱۰۰ درصدی در موارد خودکشی کامل وجود داشته و برآورد می‌کند که خطر مادام‌العمر خودکشی در افراد با اختلالات خلقی (عمدتاً افسردگی) ۶ تا ۱۵ درصد، الکلیسم ۷ تا ۱۵ درصد و در افراد دارای شیزوفرنی^۱ ۴ تا ۱۰ درصد است (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۰۰). مطالعات قبلی کالبدشکافی روان‌شناختی هم نشان داده‌اند که افرادی که مرتکب خودکشی شده‌اند، چندین عامل هم‌بخشی در اقدام آن‌ها مشارکت دارد که شامل اختلالات روانی می‌شود (پامپیلی^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). در بین این عوامل، اختلالات شخصیت یکی از عوامل خطر قابل بررسی برای رفتار خودکشی است. مرور کلی پامپیلی و همکاران (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که بعضی اختلالات شخصیت یک ارتباط قوی با خودکشی دارند. علایم روان‌شناختی می‌تواند تحت تاثیر اختلالات شخصیت قرار گیرد که شامل جسمانی‌سازی، افسردگی و اضطراب می‌شود (کیامرثی و نگرایی، ۱۳۹۰).

1- Schizophrenia
2-World Health Organization
3-Pompili

هم چنین در مطالعات کالبدشکافی روان‌شناختی، افراد زیادی با اختلالات شخصیت در بین قربانیان خودکشی و اقدام‌کنندگان به خودکشی یافت شده‌اند، چنان که در مطالعه ساموئلز^۱، آزمودنی‌های نمونه دارای اختلالات شخصیت، به احتمال بیشتر گذشته دارای افکار و اقدام به خودکشی را گزارش

کردند و هم چنین احتمال بیشتری وجود داشت که رفتار خودکشی در اقوام درجه اول و دوم آن‌ها وجود داشته باشد (پامپیلی^۲ و همکاران، ۲۰۰۴).

از لحاظ تئوریک، اختلالات شخصیت، اختلالاتی هستند که با الگوی فرض تجربیات درونی و رفتاری مشخص شده، انعطاف‌ناپذیر بوده و در دامنه وسیعی از موقعیت‌ها حاضر هستند و از نظر سهم این اختلالات در بروز خودکشی، پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که اقدام‌کنندگان به خودکشی با اختلالات شخصیت، بالاترین سطح تکرار را داشته‌اند (پامپیلی و همکاران، ۲۰۰۴).

تحقیقات متعدد دیگر مرتبط با این پدیده و شرایط افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، نشان می‌دهند که درصد معناداری از افراد (۸۰/۴ درصد)، اختلالات مختلف روان‌پزشکی به ویژه اختلالات شخصیت و افسردگی دارند (خزایی و پرویزی‌فرد، ۱۳۸۲؛ فتحی‌آشتیانی و اسلامی، ۱۳۸۰) و شواهد قطعی و متقنی نیز مبنی بر این که اختلالات روانی (خصوصاً؛ اختلالات خلقی، اختلالات سوء مصرف مواد و رفتارهای ضداجتماعی) در سبب‌شناسی رفتارهای انتحاری سهم بسزایی دارند، وجود دارد (محمدخانی، ۱۳۸۳) که شایع‌ترین اختلالات، اختلال افسردگی و اختلال انطباق با تابلوی افسردگی می‌باشد (خزایی و پرویزی‌فرد، ۱۳۸۲).

بررسی‌ها دیگر نشان می‌دهند قبل از شروع بزرگسالی، حدود ۴۰ درصد افراد جوان افسرده در خطر اقدام به خودکشی هستند (حسین‌پور و همکاران، ۱۳۸۳) و ۴۰ درصد بیمارانی که افکار خودکشی داشتند، دچار افسردگی بوده یا احساس دردناکی از وضعیت بیماری خود داشته‌اند (محمدخانی، ۱۳۸۳). اما در منابع محدودی می‌توان تکیه و تمرکز بر یک عامل در سبب‌شناسی این پدیده را مشاهده کرد و بیشتر مطالعات تاکید دارند که اقدام به خودکشی، ریشه در منابع و موجد‌های گوناگون و همسویی دارد که باید تحلیل بیشتری انجام شود.

1- Samuels

2-Pompili

نتایج تحقیقات فتحی‌آشتیانی و اسلامی (۱۳۸۰) بر نظریه ترکیب عوامل در خودکشی تاکید می‌کنند، زیرا در بررسی آن‌ها، ۴۲/۳ درصد از خودکشی‌ها دارای اختلالات شخصیت و ۲۷/۹ درصد نیز دارای

اختلالات افسردگی بوده‌اند و برآورد می‌شود که ۳۰ درصد بیماران ویزیت شده از افسردگی رنج برده و در خیلی از نمونه‌ها، افسردگی پوشیده مانده و بیماران فقط شکایت‌های جسمی دارند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰).

اختلالات خلقی، اولین و مهم‌ترین گروه اختلالات روانی مرتبط با اقدام به خودکشی است (اولدهام^۱، ۲۰۰۶) که با استفاده از تکنیک‌های تصویربرداری عصبی، بین این اختلال و اختلال شخصیت مرزی نیز ارتباط به دست آمده است (آگیوس^۲ و همکاران، ۲۰۱۲) و پژوهشگران معتقدند که همه انواع آن با خودکشی مرتبطند. این انواع شامل؛ اختلال عاطفی دو قطبی، افسردگی، اختلال افسردگی عودکننده و اختلالات خلقی مقاوم می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰) و از لحاظ سبب‌شناسی، مهم‌ترین عواملی است که در خودکشی هر دو جنس، نقش قابل ملاحظه‌ای دارند (خزایی و پرویزی، ۱۳۸۲).

نتایج پژوهش اشکانی (۱۳۸۱) و پژوهش ثقه‌الاسلام و رضایی (۱۳۸۴) نشان دادند که بیشترین علت خودکشی، احساس ناامیدی (۴۵ درصد) و شایع‌ترین اختلال روانی در گروه مورد مطالعه، افسردگی (۶۳/۸ درصد) بوده است که از نظر بیماری‌های زمینه‌ای، بیشترین میزان بیماری را شامل می‌شود و آن‌هایی که دیر وقتی است که افسردگی دارند، در معرض خطر بیشتری هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰). از دیگر سو، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ۵۰ درصد افراد افسرده، ۵۲ درصد افراد مبتلا به افسرده‌خویی و ۶۹ درصد افراد مبتلا به افسردگی دوقطبی، حداقل دارای یکی از اختلالات شخصیت هستند و افراد دارای اختلالات شخصیت، در اضطراب و افسردگی نمرات بالایی کسب می‌کنند (کیامرثی و همکاران، ۱۳۹۰). این اختلالات و عوامل زمینه‌ساز دیگر باعث شده است که درصد فراوانی از افراد با روش‌هایی چون؛ خودسوزی، دارآویختگی و مسمومیت (آقایگلویی و همکاران، ۱۳۷۹؛ اشکانی، ۱۳۸۱؛ مهران، ۱۳۸۳؛ ۱۳۸۴؛ آگیوس و همکاران، ۲۰۱۲)، اقدام به خودکشی کنند. اکنون این سوال به ذهن متبادر می‌گردد که آیا وجود این اختلالات به خوبی می‌تواند اقدام به خودکشی را در افراد خودکشی‌کننده پیش‌بینی کند؟

1-Oldham
2-Agius

و سهم هریک از این اختلالات به طور جداگانه در پیش‌بینی اقدام به خودکشی چقدر است؟ و آیا در حالی که اختلالات شخصیت، یک عامل خطر قابل بررسی برای رفتار خودکشی هستند که در

تعقیب و پیگیری، خودکشی را کاملاً پیش‌بینی می‌کنند (پامپیلی^۱ و همکاران، ۲۰۰۴)، بین اختلالات خلقی و اختلالات شخصیتی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی، رابطه‌ای وجود دارد؟

۳-۱ ضرورت و اهمیت تحقیق

با توجه به برآوردهای سازمان بهداشت جهانی، تقریباً حدود یک میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ مرتکب خودکشی شده‌اند و یکی از سه عامل پیشرو مرگ افراد در گروه‌های سنی ۱۵ تا ۳۵ سال به شمار می‌رود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰). طبق گزارش WHO، میزان اقدام به خودکشی بین ۱۰ تا ۴۰ بار بیشتر از خودکشی موفق است (مهران، ۱۳۸۳). اقدام به خودکشی به علل زیادی کاملاً رسا نیست، به عنوان مثال؛ بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، واقعا آرزوی مرگ و خودکشی ندارند، بنابراین گروه ادینبورگ^۲ اصطلاح فراخودکشی^۳ را ابداع کرد (احمدی، ۱۳۸۴). امروزه خودکشی به عنوان یک اختلال چندبعدی فهمیده می‌شود که نتیجه تعامل پیچیده زیست‌شناختی، ژنتیکی، روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و عوامل محیطی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰) و موضوع خودکشی به دلیل پیامدهای آن برای خود فرد و بازماندگان او (حسین‌پور، غفاری و مهرابی زاده، ۱۳۸۳) و این که تاثیر روان‌شناختی و اجتماعی آن بر خانواده و اجتماع غیرقابل اندازه‌گیری است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰)، مورد پژوهش فراوان قرار گرفته است.

این پدیده آسیب‌زا، با وجود تلاش‌های مفرط، پیشگویی‌های موثر و راهبردهای پیشگیرانه، باز هم در جامعه وجود دارد و فرض قریب این است که درک ما از اثر متقابل فاکتورها دخیل در خودکشی، هنوز ناقص مانده است (پامپیلی و همکاران، ۲۰۰۴).

1-Pompili
2-Edinburgh
3-Parasuicide

از نظر علمی نیز، خودکشی یک معضل روانی-اجتماعی پیشگیری شونده است، اما در میان تمام پیامدهای و آسیب‌های این پدیده، تغییر ساختاری و جوان‌تر شدن افرادی که اقدام به خودکشی

می‌کنند، خود بر مشکلات پیش‌رو افزوده است (جمشیدزاده و همکاران، ۱۳۸۳) و نرخ بالای اقدام به خودکشی، بر اهمیت تشخیص ویژگی‌های کلینیکی تاکید دارد که ممکن است در بازشناسی، بیماران در معرض خطر رفتار خودکشی باشند (اولدهام^۱، ۲۰۰۶). پیش‌بینی کننده‌های کلینیکی رفتار خودکشی عموماً قوی نیستند، به این معنا که برای هر نمونه‌ای از بیماران یا حتی برای بیماری خاص، قابل تسری نمی‌باشند (لنابوکو^۲، ۲۰۰۹).

شیوع اختلال شخصیت نیز در جمعیت عمومی ۱۳-۶ درصد برآورد می‌شود و حداقل یک سوم مرتکبین خودکشی (۶۲-۲۶ درصد) و بیش از ۷۷ درصد اقدام کنندگان به خودکشی از اختلالات شخصیت رنج برده‌اند و گمان می‌رود در ۴۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند و حدود ۵۰ درصد بیماران سرپایی که به وسیله خودکشی مرده‌اند، این اختلالات حضور داشته باشد (اولدهام، ۲۰۰۶). همبودی اختلالات شخصیت با دیگر اختلالات روان‌پزشکی به طور چشمگیری خطر خودکشی را افزایش داده است (پامپیلی^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش حسینی و همکاران (۱۳۸۵) حاکی از آن است که عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در اقدام به خودکشی دارند و از طریق بررسی وضعیت روان‌شناختی افراد می‌توان، افراد در معرض خطر را تشخیص داد و اقدامات لازم را در خصوص پیشگیری از خودکشی به عمل آورد.

فتحی‌آشتیانی و اسلامی (۱۳۸۰) ۴۲/۳ درصد خودکشی‌ها را دارای اختلال شخصیت و ۲۷/۹ درصد را دارای اختلال افسردگی معرفی کرده‌اند. بر اساس معیار تشخیصی DSM-IV، اختلال افسردگی عمده را با ۶۳/۸ درصد، بیشترین گروه در بیماران تحت مطالعه تشکیل داده است و پژوهش حسینی و همکاران (۱۳۸۵) نیز نشان داد که میانگین نمرات دانشجویان اقدام کننده به خودکشی در نشانه‌های این اختلالات بالاتر از دانشجویان عادی است. اسکیزوفرنیا با ۱۶/۳٪، اختلال شخصیت مرزی با ۱۰٪ در رده‌های بعدی و کمترین موارد به اختلال دوقطبی با ۶/۳٪ و اختلال انطباقی با ۳٪ اختصاص داشته است (اشکانی و همکاران، ۱۳۸۱) و چمن (۱۳۷۵) در پژوهش خود بیان می‌کند که ۵۸/۳ درصد افراد

1-Oldham

2-Lena Nabuco

3-Pompili

کننده به خودکشی از اختلالات خلقی رنج می‌بردند که ۶۶/۹ درصد از آن‌ها مبتلا به افسردگی و ۳۳/۱ درصد، نیز مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی بودند (حسینی و همکاران، ۱۳۸۵).

هم چنین در اکثریت تحقیقاتی که در مورد پدیده خودکشی انجام شده است، تشخیص‌های روان‌پزشکی در بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، اغلب شامل اختلالات افسردگی، شخصیتی و اختلالات وابسته به آن بوده‌اند (فتحی‌آشتیانی و اسلامی، ۱۳۸۰) و اقدام کنندگان به خودکشی با اختلالات شخصیت، بیشترین سطوح تکرار رفتار را داشته‌اند (پامپیلی^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). در این ارتباط، نتایج پژوهش حسینائی و همکاران (۱۳۸۵-ب) نشان دهنده این نکته است که دانشجویان اقدام کننده به خودکشی در بعضی از اختلالات شخصیت نمره بالایی دارند و می‌توان با بررسی اختلالات شخصیت آن‌ها، افراد در معرض خطر را تشخیص داد.

بنابراین، به نظر می‌رسد همبودی و همراهی اختلالات شخصیت با دیگر اختلالات روان‌پزشکی، در خودکشی‌گرایی مشارکت داشته و ممکن است به شکل محسوسی خطر خودکشی را افزایش دهد (پامپیلی و همکاران، ۲۰۰۴). همبودی با افسردگی اساسی هم به طور گسترده‌ای در اختلال شخصیت مرزی شایع بوده، اما اثر این همبودی بر رفتار خودکشی ناآشکار است (پامپیلی و همکاران، ۲۰۰۴). برخی تحقیقات هم بیانگر این نکته است که وجود همبودی اختلال پانیک در افراد با اختلال دوقطبی ممکن است خطر خودکشی را افزایش دهد و در مقالاتی که در این زمینه بررسی شده، در حالی که نتایج، متعارض و ناهمخوان بودند، اما اکثریت مقالات از افزایش خطر حمایت کرده‌اند.

به گفته لینهان^۲ (۲۰۰۰) مطالعاتی که ارتباط بین اختلالات شخصیت با اقدام به خودکشی را می‌آزمایند، نسبتاً جدید و به لحاظ تعداد کم هستند، هر چند پژوهش‌های انجام شده، همراهی و همبستگی بالایی را بین اختلالات شخصیت و اقدام به خودکشی را نشان داده‌اند (حسینائی و همکاران، ۱۳۸۵).

اگرچه آرنز^۳ و هوگ^۴ (۱۹۹۶) دریافتند که میزان خودکشی‌گرایی در بین افراد واجد اختلال خلقی و اختلال شخصیت تفاوتی ندارد، اما حسینائی و همکاران (۱۳۸۵) بیان می‌کنند که وجود افسردگی و

1-Pompili
2-Linnehan
3-Arens
4-Haug

سوء مصرف مواد در کنار اختلال شخصیت مرزی، عامل زمینه‌سازی در اقدام به خودکشی در دانشجویان به شمار می‌رود.

لنابوکو^۱ (۲۰۰۹) نیز در پژوهش خود نشان داد که اختلال دوقطبی، با خطر بالای اقدام به خودکشی و خودکشی کامل در طول زندگی مرتبط است (لنابوکو، ۲۰۰۹). با وجود این که بر پایه یافته‌های بعضی پژوهش‌ها، از نظر بیماری زمینه‌ای، افسردگی بیشترین بیماری را شامل می‌شود (ثقه‌الاسلام و رضایی، ۱۳۸۴) و بسیاری از تحقیقات از وجود اختلالات شخصیت به ویژه اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی (لنابوکو، ۲۰۰۹؛ حسینی و همکاران، ۱۳۸۵؛ پامپیلی^۲ و همکاران، ۲۰۰۴؛ اولدهام^۳، ۲۰۰۶) در اقدام به خودکشی حمایت می‌کنند، هدف پژوهش حاضر این است که بتواند مشخص کند، آیا اختلالات شخصیت در کنار اختلالات خلقی می‌تواند در اقدام به خودکشی نقش داشته باشد؟ یا به عبارتی دیگر، همبودی این دو متغیر، در اقدام‌کنندگان به خودکشی تفاوتی به وجود می‌آورد؟ به ویژه این که مروری بر یافته‌های پژوهشی در ایران نشان می‌دهد پژوهش‌هایی که پدیده اقدام به خودکشی را در تعامل با ابعاد گوناگون آن مورد بررسی و مطالعه قرار می‌دهند، نادرند (اشکانی و همکاران، ۱۳۸۱) و لازم است که در این زمینه‌ها نیز بررسی‌هایی صورت گیرد. امید است نتایج پژوهش حاضر بتواند در این زمینه بر دامنه علمی موضوع افزوده و از لحاظ کاربردی، حامی برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی باشد.

۴-۱ اهداف پژوهش

با توجه به این که پژوهش‌ها و مطالعات زیادی درباره خودکشی و مسایل و موضوعات مرتبط با آن انجام شده است، اما به توجه به اثر متقابل عوامل ترکیبی در این پدیده اهداف این پژوهش به صورت زیر بیان می‌گردد. این پژوهش ضمن توجه به این امر که بتواند به مبانی نظری عمیق‌تر در زمینه خودکشی و افزایش قدرت پیش‌بینی بیشتر با شناسایی اختلالات خلقی و اختلالات شخصیتی دست یابد و نقش اختلالات خلقی و شخصیتی در پیش‌بینی خودکشی و اقدام به خودکشی را شناسایی کند، به افزایش قدرت پیشگیری در صورت وجود و شناسایی اختلالات خلقی و شخصیت توجه کرده و سعی دارد با دستیابی به نتایج مطالعه و تحقیق، زمینه‌ای فراهم آورد تا این اهداف کاربردی در بستر جامعه و محیط‌های دخیل در این زمینه محقق گردد؛

1-Lena Nabuco

2-Pompili

3-Oldham

- کاهش فراوانی اقدام به خودکشی با شناسایی اختلالات خلقیت و شخصیت در افراد
- کاهش احتمال اقدام به خودکشی با رفع و درمان یکی از اختلالات همایند در فرد

۱-۵ فرضیه های پژوهش

با توجه به ادبیات تحقیق و یافته‌هایی که دیگر محققان در زمینه مباحث مربوط به خودکشی، علل و سبب‌شناسی آن فراهم آورده‌اند، تلاش می‌شود تا در جریان پژوهش و بررسی به سوالات زیر پاسخ داده شود تا زمینه‌ای برای اقدامات علمی و عملی بعدی باشد؛

۱- آیا اختلالات خلقی و اختلالات شخصیت اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کنند؟

۲- آیا اختلال خلقی تک‌قطبی اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کند؟

۳- آیا اختلال خلقی دوقطبی اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کند؟

۴- آیا اختلالات شخصیت اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کند؟

در گام بعدی و با توجه به پیشینه مطالعاتی موجود، سعی شده است تا به آزمون فرضیه‌های زیر در این پژوهش پرداخته شود؛

۱- اختلالات خلقی و اختلالات شخصیت اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کند.

۲- اختلالات خلقی تک‌قطبی اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کند.

۳- اختلالات خلقی دوقطبی اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کند.

۴- اختلالات شخصیت اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کند.

۱-۶ متغیرهای پژوهش

معرفی متغیرها: با توجه به این‌که پژوهش به بررسی رابطه متغیرها می‌پردازد و نوعی مطالعه، همبستگی است، اختلالات شخصیت و اختلالات خلقی، متغیر پیش‌بین و اقدام به خودکشی، متغیر ملاک این مطالعه محسوب می‌شوند که می‌توان با بررسی میزان وجود اختلالات شخصیت و خلقی در افراد، احتمال بروز اقدام به خودکشی را مطالعه نمود.

۱-۶-۱- تعریف مفهومی و عملیاتی

برای درک بهتر و یکسان مفهوم متغیرها و ایجاد ارتباط در نتایج بین افراد، از دو نوع تعریف مفهومی و عملیاتی بهره گرفته می‌شود؛ هر گاه در تعریف یک مفهوم یا سازه، از سایر مفاهیم و سازه‌ها استفاده شود، آن را تعریف مفهومی می‌گویند (ساده، ۱۳۷۵)، که به عبارتی، همان شرح‌هایی هستند که معمولاً در فرهنگ واژه‌ها آورده می‌شوند (لاری، ۲۰۰۲).

تعریف عملیاتی، یک مفهوم و یک متغیر را به صورت اعمال و اموری که در مطالعه به عنوان معرف و معادل آن مشخص می‌شوند، تعریف می‌کند و این امکان را فراهم می‌آورد که مورد اندازه‌گیری قرار گیرند (لاری، ۲۰۰۲). این تعریف محقق را وادار می‌کند تا مفاهیم انتزاعی را به شکل مشخص بیان کند و مجموعه روش‌های توصیف کننده فعالیت‌هایی است که انجام آن‌ها به گونه تجربی وجود دارد. چنین تعاریفی، مفاهیم را لمس‌پذیر کرده و روش‌های اندازه‌گیری را که ملاک‌هایی برای کاربرد تجربی مفاهیم به دست می‌دهد، طرح و خلاصه می‌کند (هومن، ۱۳۷۳).

۱-۶-۲ - اختلالات خلقی

تعریف مفهومی: اختلالات خلقی به گروهی از اختلالات روانی اطلاق می‌گردد که یکی از خصوصیات اساسی آن‌ها، غیرعادی بودن خلق است و به طور دقیق‌تر، با اختلال در خلق، رفتار و عاطفه مشخص شده، شامل افسردگی و مانیا می‌شوند که ممکن است خفیف، کوتاه‌مدت یا شدید باشد (کوشان و واقعی ۱۳۸۸). شایع‌ترین دوره خلقی که فرد آشکار می‌سازد، دوره افسردگی اساسی است (باچر^۱، ۱۳۸۹).

تعریف عملیاتی: در صورتی فرد دارای اختلال تشخیص داده می‌شود که به هفت مورد یا بیشتر از پرسش‌های قسمت اول پاسخ بلی بدهد، به پرسش شماره ۲ پاسخ بلی بدهد و به پرسش شماره ۳ پاسخ متوسط یا شدید بدهد (مسائلی و همکاران، ۱۳۹۱). هم چنین افرادی که نمره بالا در خرده‌مقیاس D آزمون MMPI دارند، نشانه دوره افسردگی است و نمره فرد در این مقیاس میزان افسردگی فرد را نشان می‌دهد.

1-Bacher

۱-۶-۳ - اختلالات شخصیت

تعریف مفهومی: اختلالات شخصیت، الگوهای غیرانطباقی عمیق و دائمی رفتار، به صورت روش‌های اختصاصی فکر کردن، احساس کردن و عکس‌العمل نشان دادن به محیط را شامل می‌گردد (کوشان و واقعی، ۱۳۸۸). آن‌ها اختلالات روان‌پزشکی هستند که با الگوی مزمن تجربه درونی و رفتارهایی که غیرقابل انعطاف بوده و در دامنه وسیعی از موقعیت‌ها حضور دارند، مشخص می‌شوند. این اختلالات اثر مشخصی بر ارتباطات بین فردی بیماران و عملکردهای شغلی و اجتماعی آن‌ها داشته و منجر به تعاملات مشکل‌زا در محیط‌های پزشکی می‌شوند. آن‌ها در ویژگی‌های کلینیکی، غیرمتجانس و ناهمگن بوده و پیچیدگی سبب‌شناسی نشانه‌هایشان، ناشی از ترکیب ویژگی‌های خلقی ارثی، محیطی و گسترش وقایع است (پامپیلی^۱ و همکاران، ۲۰۰۴).

تعریف عملیاتی: با توجه به امتیاز اکتسابی پرسشنامه ۷۱ سوالی MMPI به بررسی شیوع علائم اختلالات شخصیت بر اساس خرده مقاس‌های مطرح شده در آزمودنی پرداخته می‌شود و نوع اختلال فرد مشخص می‌گردد.

۱-۶-۴ - اقدام به خودکشی

تعریف مفهومی: منظور از اقدام به خودکشی، عملی ناقص است که به نتیجه نرسیده (آقایگلویی و همکاران، ۱۳۷۹) یا طوری است که آسیب، منجر به مرگ نمی‌شود (احمدی، ۳۸۴۱) که طیفی از آسیب رساندن غیرعمدی به خود تا اقدام جدی برای مردن را در بر می‌گیرد (گانیل^۲، ۲۰۰۰). این امر، به عمل عمدی یک فرد برای خاتمه زندگی خویش نیز اطلاق می‌شود که با روش‌هایی مثل؛ مسمومیت عمدی، دار زندن، پریدن از بلندی، شلیک کردن به خود و ... انجام می‌گیرد و می‌تواند خسارت‌های جبران‌ناپذیری به افراد و وابستگان آن‌ها وارد سازد (تولایی، قانع و حبیبی ۱۳۸۵).

به طور کلی، اصطلاح اقدام به خودکشی، شماری از رفتارهای مختلف را در بر می‌گیرد که وجه مشترک همه آن‌ها، ایجاد ضربات حادی به وسیله سم و جراحی در خود است. این عمل با نتایج و پیامدهای کشنده همراه نیست و به عبارتی منجر به مرگ نمی‌شود (مهران و همکاران، ۱۳۸۳).

تعریف عملیاتی: بیمارانی که تحت این علت به بیمارستان مراجعه کرده و در پرونده پزشکی آن‌ها اقدام به خودکشی درج شده است.