

بررسی مطالعات خودکشی در ایران و مقایسه آنها با خودکشی در شهرستان دره شهر

علی نورعلی‌وند^۱

ابوالفضل رزمانی^۲

چکیده

هدف اصلی تحقیق، آشکار ساختن خطوط ربط منطقی بین پژوهش‌های موجود درباره خودکشی، به منظور دستیابی به یک تصویر کلی از خودکشی در ایران است و هدف فرعی تحقیق، مقایسه وضعیت خودکشی در شهرستان دره شهر با وضعیت آن در سطح کشور است. جمعیت آماری مرور ساختاریافته، مشکل از کلیه تحقیقات انجام شده در حوزه خودکشی است که در فاصله زمانی ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹ چاپ شده‌اند. در قسمت دوم پژوهش، از تحلیل ثانویه آمار خودکشی که توسط نیروی انتظامی تهیه شده است، برای تحلیل‌های کشوری استفاده شد. داده‌های خودکشی در شهرستان دره شهر، با استفاده از پرسش‌نامه معکوس و با مطالعه ۷۰۴ پرونده اقدام به خودکشی جمع‌آوری گردید. مرور ساختاریافته مطالعات انجام شده نشان داد که گروه‌های اقدام کننده، مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری نسبت به افراد عادی دارند. در تمامی تحقیقات انجام شده، میانگین نمره افسردگی افراد اقدام کننده، بیشتر از افراد عادی است. روش غالب خودکشی در ایران (بیش از ۸۲ درصد) مسمومیت دارویی است. ۳۵ درصد اقدام به خودکشی‌ها منجر به فوت فرد نمی‌شوند و به طور میانگین ۲۵ درصد از این افراد، مجدداً اقدام به خودکشی می‌کنند. نتایج تحلیل ثانویه نیز نشان داد که به طور میانگین، در دهه ۱۳۸۰، ۳۵ درصد از افراد خودکشی کننده زنده مانده‌اند و ۶۵ درصد از اقدام کنندگان فوت شده‌اند. میانگین خودکشی در استان‌های ایلام، کرمانشاه، لرستان، همدان، گلستان و کهگیلویه و بویراحمد به طور قابل توجهی بالاتر از میانگین بقیه استان‌ها است؛ همچنین خودکشی در گروه سنی جوانان بیشتر از سایر گروه‌هاست.

واژگان کلیدی: مرور ساختاریافته، خودکشی، ایران، دره شهر.



مقدمه (بیان مسئله و اهمیت موضوع)

خودکشی، به عمل خاتمه دادن عمدی به زندگی خود گفته می‌شود؛ مشروط بر اینکه به میل خود فرد و به دست خود او صورت گیرد. اصطلاح «شبهخودکشی» در توصیف عمل غیرمهلکی که در آن، شخص عمداً خود را مجروح می‌کند یا ماده‌های را بیش از مقدار نسخه‌شده یا مقداری که درمانی شمرده می‌شود، مصرف می‌کند، به‌کار رفته است. موضوع مطرح بودن آرزوی مرگ در آن، منتفی است (اصطلاحنامه علوم، ۱۳۹۰).

خودکشی یکی از مسائل جدی روانی و اجتماعی است. هر سال، حدود یک میلیون نفر بر اثر خودکشی می‌میرند. نرخ مرگ و میر جهانی ۱۶ در ۱۰۰ هزار است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱). خودکشی، یکی از آسیب‌های مهم و در عین حال، قابل پیشگیری است. نرخ خودکشی در ایران، بسیار کمتر از میانگین جهانی است؛ چنان‌که در ایران، در دهه گذشته ۵ در ۱۰۰ هزار نفر بوده است. از سال ۱۳۸۱ تا سال ۱۳۸۸، تعداد ۲۷ هزار و ۹۲۴ نفر در ایران خودکشی کرده‌اند. این رفتار خطرناک، به شکل روز افزونی در میان جوانان، در مقایسه با بزرگسالان، در حال افزایش است. داده‌ها نشان می‌دهند که فراوانی خودکشی گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال و گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال در دهه هشتاد، روندی افزایشی داشته است؛ اما بررسی روند خودکشی نشان می‌دهد که در پایان این دهه، فراوانی کلی آن، رو به کاهش بوده است.

بحران، در زندگی هر کسی ممکن است اتفاق افتد و احتمال ارتکاب به خودکشی نیز؛ بخصوص برای نوجوانان و جوانانی که هنوز مهارت‌های مقابله با مشکلات را کسب ننموده‌اند، بیشتر است. اقدام به خودکشی افراد، شروع ماجراست تا خانواده‌های بی‌سرپرست شود، دیگران به آن خانواده برچسب بزنند، درگیرها ایجاد شود، مهاجرت صورت گیرد و بالاخره زندگی پیچیده شود.

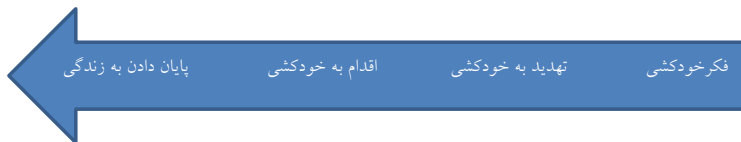
نرخ خودکشی در استان ایلام و بخصوص شهرستان دره‌شهر، در طی سال‌های گذشته از میزان بالایی برخوردار بوده است؛ به طوری که همواره استان ایلام در مقیاس کشوری، در میان دارندگان رتبه‌های بالای نرخ خودکشی قرار دارد و شهرستان دره‌شهر نیز در بین شهرستان‌های استان ایلام، وضعیت بحرانی تری دارد. بررسی پرونده‌های خودکشی (۷۰۴ پرونده از آنها) در شهرستان دره‌شهر، نشان می‌دهد که در طی یک دوره شش ساله (۸۵-۹۰)، بیش از ۸۰۰ مورد خودکشی اتفاق افتاده است؛ یعنی تقریباً ۱۲۰ مورد در هر سال. نکته اساسی این است که بسیاری از موارد خودکشی به دلایل مختلفی گزارش نمی‌شوند و در مواردی نیز، تحت عنوان مسمویت دارویی و تصادف، گزارش می‌گردند؛ لذا می‌توان گفت که تعداد موارد واقعی خودکشی تا حدی بیشتر از موارد گزارش شده است. میانگین سالانه خودکشی به ازای جمعیت ۵۹ هزار و ۵۵۱ نفری شهرستان دره‌شهر، در حدود ۲۰۰ مورد در ۱۰۰ هزار می‌باشد که از میانگین کشوری آن که در حدود ۵ در ۱۰۰ هزار و نیز میانگین جهانی که ۱۶ در ۱۰۰ هزار است، به مراتب بیشتر می‌باشد.



پژوهش حاضر، قصد دارد با بهره‌گیری از دانش تولید شده در دهه گذشته، به تصویری جامع از خودکشی در سطح کشور دست یابد و با وضعیت خودکشی در شهرستان دره‌شهر - به عنوان نمونه‌ای از مناطقی که با فراوانی خودکشی زیاد مواجه است - مقایسه نماید. این پژوهش می‌تواند به ارائه تعریف بهتری از مسئله شیوع رفتار پرخطر خودکشی در ایران منجر شود و عوامل خاص خودکشی در استان ایلام، با فراوانی زیاد را نشان دهد. این تحقیق، با تحلیل میزان غلبه و شدت خودکشی، میزان آگاهی از مشکل و شناخت آن را افزایش می‌دهد و به مسئولان کمک می‌کند تا با شناخت بیشتر، راه‌حلهای بهتری را برای مسئله ارائه دهند. بهبود تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی رضایت‌بخشتر (فرایند تعیین اهداف، پیشبینی آینده و توسعه جایگزین‌ها) به نحوی که گزینه‌های برنامه‌ریزی از اطلاعات بیشتری برخوردار شوند، از نتایج این بررسی است.

مبانی نظری و تجربی تحقیق

«رفتار خودکشی، دارای دامنه‌های از فکر خودکشی، تهدید به خودکشی و اقدام به خودکشی تا خودکشی کامل است» (محمدخانی، ۱۳۸۳: ۱۵۸) (شکل شماره ۱). تهدیدکنندگان، آشکارا، مستقیم و شفاف اعلام می‌دارند که قصد دارند به حیات خود خاتمه دهند. آنهایی که به تهدیدشان توجه می‌شود، به احتمال زیاد تری از خودکشی دست بر خواهند داشت. این گونه تهدیدها اغلب، باعث ازدواج دو نفر، جلوگیری از طلاق، جلوگیری از ازدواج و معافیت فرد تهدیدکننده از برخی وظایف یا برخورداری او از بعضی مزایا شده است.



شکل شماره (۱). طیف رفتار خودکشی

اقدام کنندگان به خودکشی، برخلاف تهدیدکنندگان، نیت خود را آشکارا و روشن اعلام نمی‌کنند؛ هر چند ممکن است به دیگران نشان دهند که تا چه حد افسرده‌اند یا بگویند که نمیتوانند بخوابند؛ اما معمولاً از بیان واژه خودکشی، خودداری می‌کنند؛ از همین رو، در انتقال نشانه‌های افسردگی و فرسودگی خود به دیگران چندان موفق نیستند (صدیق سروستانی، ۱۳۹۰). شیوه‌های متداول اقدام، در این گونه افراد؛ عبارتند از: خوردن تعداد زیادی قرص، قطع کردن رگ دست و استفاده از روش مسمومیت با گاز در منزل؛ اگرچه این شیوه‌ها ممکن است به مرگ اقدام‌کننده بینجامند؛ اما درصد قابل توجهی از این افراد، نجات داده می‌شوند؛ زیرا بیشتر اقدام کنندگان، در فضاها یا به شیوه‌هایی عمل می‌کنند که نجات دادن آنها ممکن، محتمل یا حتی اجتنابناپذیر باشد؛ چنان‌که در نزدیکی دیگران



یا به شکلی مبادرت می‌کنند که اقدام آنها زود آشکار شود یا پس از تصمیمگیری به اقدام، بلافاصله به کسی تلفن می‌کنند و اطلاع میدهند. اقدامکنندگان، اغلب، زنان، جوانان ۲۴-۴۴ ساله و از طبقات پایین اجتماعی-اقتصادیاند. در مقابل، کسانی که واقعاً خود را میکشند، اغلب مردان، مسترها (۵۵-۶۶ ساله) و از طبقات بالاتر اجتماعی-اقتصادیاند (صدیق سروستانی، ۱۳۸۸: ۱۵۴). در مورد پایاندندگان به زندگی (کسانی که واقعاً قصد کشتن خود را دارند) نیز وضعیت متفاوت است. حدود دو سوم آنها پیش از مرگ، حداقل یک بار به خودکشی اقدام کرده‌اند و بیشترشان به نحوی، قصد خود را به دیگران منتقل می‌کنند (همان: ۱۵۵).

مطالعه متون مربوط به خودکشی نشان میدهد که این پدیده توسط نظریه پردازان مختلف، از جنبهها و ابعاد خاص، مورد توجه قرار گرفته است. محققان، در دهه‌های گذشته، طیف وسیعی از نظریات گوناگون را برای تبیین مسئله خودکشی مورد استفاده قرار داده‌اند که در ذیل به برخی از آنها پرداخته می‌شود:

نظریه دور کیم

دور کیم بحث مینمود که ترتیب نرخهای خودکشی، یک واقعیت اجتماعی است که فقط میتوان آن را بر حسب اشکال گوناگون حیات اجتماعی گروههای مختلف تبیین نمود. او بر این نظر بود که در جوامع معاصر، چهار علت اصلی در مورد افزایش نرخهای خودکشی وجود دارد:

۱. خودکشی ناشی از حداقل نظم (آنومی): بیشتر زمانی است که هنجارها و ارزشها آنقدر ضعیف هستند که نمیتوانند خواستهها و تمایلات فردی را برآورده کنند.
۲. خودکشی ناشی از حداقل انسجام (خودخواهانه): ناشی از تضعیف یا سستی پیوند فرد با گروههای اجتماعی است. موقعی که مردم از ارزشها و انتظاراتی که آنها را احاطه کرده است جدا میشوند، دچار خطر فردگرایی مفرط می‌گردند و نسبت به خودکشی آسیب پذیرتر میشوند. دور کیم همچنین مشاهده کرد که افراد ازدواج کرده و دارای فرزند، نسبت به افراد ازدواج نکرده و بدون فرزند، مصونیت بیشتری در برابر خودکشی دارند (تیلور، ۱۳۷۹: ۲۷).
۳. خودکشی دگرخواهانه: در این نوع خودکشی، ساخت اجتماعی، میان فرد و گروه، چنان پیوستگی و اتحادی به وجود آورده است که در واقع تفاوتی بین فرد و گروه نیست. فرد در عمل برای گروه، زنده است و شخصیت فرد، بخشی از شخصیت گروه است. همه اعضا یک تن واحدند و فرد، حاضر است زندگی خود را فدای گروه نماید. خودکشی دگرخواهانه، نوعی عمل قهرمانانه است و در جوامعی متداول است که از یکپارچگی و یگانگی گروهی شدیدی برخوردارند.
۴. خودکشی تقدیرگرایانه: این خودکشی، نوعی عکس العمل به بازبینی، کنترل و تنظیم اجتماعی است. زمانی که جامعه، به حد مفرط و شدیدی دست به ایجاد نظمی دستوری می‌زند



و فرد به شدت، تحت انقیاد و تقلید اجتماعی قرار می‌گیرد و هر چیزی تحدید، کنترل، منظم، خشک و بی‌روح می‌شود. در این مواقع، حق‌گزینش از افراد سلب می‌گردد و فرد تحت شرایط اجباری، نمی‌تواند اهداف و راه‌های رسیدن به آنها را فراهم کند؛ سرانجام به قضا و قدر تن می‌دهد (شیخاوندی، ۱۳۸۴: ۴۹۶).

گیس و مارتین

تصور دورکیم که در آن، درجه انسجام اجتماعی با میزان خودکشی، رابطه معکوس دارد، نقطه شروعی برای نظریه خودکشی گیس و مارتین است؛ بنابراین، نظریه انسجام منزلتی گیس و مارتین مبتنی بر نظریه خودکشی دورکیم است. در این دیدگاه که بر حسب پنج اصل موضوعه بیان گردیده است، میزان خودکشی، تابعی است از درجه انسجام منزلتی یک جمعیت.

قاعده‌سازی گیس و مارتین در پنج اصل موضوعه خلاصه شده است که از آن، یک تئورم اصلی استنتاج می‌کنند. این اصول موضوعه و تئورم، بدین قرارند:

اصل موضوعه ۱: میزان خودکشی یک جمعیت، با استحکام و دوام روابط اجتماعی درون آن جمعیت، رابطه معکوس دارد.

اصل موضوعه ۲: استحکام و دوام روابط اجتماعی درون یک جمعیت، با درجه هم‌نوایی افراد آن با مقررات وضع شده و مورد انتظار، رابطه مستقیم دارد.

اصل موضوعه ۳: درجه هم‌نوایی افراد یک جمعیت نسبت به مقررات وضع شده و مورد انتظار، با میزانی که افراد با نقش‌های متضاد مواجه می‌شوند، رابطه معکوس دارد.

اصل موضوعه ۴: میزانی که افراد یک جمعیت با نقش‌های متضاد مواجه می‌شوند، با میزانی که افراد آن پایگاه‌های ناسازگار را اشغال می‌کنند، رابطه مستقیم دارد.

اصل موضوعه ۵: میزانی که افراد یک جمعیت پایگاه‌های ناسازگار (وضعیتی که در آن، پایگاه‌های یک فرد در تضاد با یکدیگر قرار می‌گیرند) را اشغال می‌کنند، با درجه وضعیت متشکل در آن جمعیت، رابطه معکوس دارد.

از پنج اصل موضوعه فوق، آموزه اصلی زیر مشتق می‌شود:

میزان خودکشی یک جمعیت، با درجه انسجام منزلتی در آن جمعیت، رابطه معکوس دارد (علی‌وردی نیا، ۱۳۸۳: ۱۴۵ و ۱۴۶).

نظریه برچسب‌زنی

راشینگ در رفتار انحرافی و فرایند اجتماعی (۱۹۷۵) مشاهده می‌کند که یک خودکشی یا اقدام به خودکشی، اغلب به وسیله رفتاری انحرافی؛ مثل: الکلیسم، استعمال غیرمجاز دارو یا شکست اقتصادی و



یا اجتماعی، ایجاد میگردد. شخصی که به عنوان «منحرف» برچسب میخورد؛ معمولاً از طرف دیگران واکنشهای منفی یا بدنامی دریافت میکند. این عمل، هم باعث کاهش حس عزت نفس فردی و هم ضعف روابط اجتماعی در وی میشود؛ در نتیجه امکان خودکشی را افزایش میدهد (تیلور، ۱۳۷۹: ۶۰).

پدیدارشناسی نو

در این رویکرد، فرد خودکشی کننده، میبایستی ابتدا احساس کند که با یک مسئله غیر قابل تحمل و حل نشدنی مواجه است؛ دوم اینکه اعتقاد داشته باشد که مرگ، تنها راه حل است؛ سوم اینکه موقعیت موجود، قابل کنترل نیست. داگلاس اشاره می کند که خودکشی معانی مختلفی؛ از قبیل: انتقام، طلب کمک، فرار، توبه و جدیت دارد (همان: ۶۲).

رویکرد روانشناسی شناختی

دکتر ادوارد، اس. اشنایدمن، بیش از ۲۰ سال است که در دانشگاه UCLA در آمریکا مشغول به تدریس درس مرگ و خودکشی است. در مدل مکعبی او، چنین فرض شده که سه عامل، افراد را به نقطه‌های می‌رساند که آنها اعتقاد پیدا کنند خودکشی تنها منبع تسکین است. سه محور مدل مکعبی او؛ عبارتند از: فشار، درد و آشفتگی. فشار، به حوادث خارجی تعریف میشود که در آن، شخص، واکنش نشان میدهد. نیازهای روانی ارضا نشده، تولید درد و پریشانی میکنند و حالتی از نگرانی به وجود می‌آورند که منابع چندگانه دارند (اخبار کسب و کار، ۲۰۰۲). او میگوید: در خودکشی با دردی به نام «درد روانی» یا «روان درد» سروکار داریم. انسانها وقتی اقدام به خودکشی میکنند که «روان درد» آنها غیرقابل تحمل شود و تصور کنند که تنها راه خاتمه دادن به این درد و رنج، مرگ است. اشنایدمن، در رویکرد روانشناسی خود نسبت به خودکشی، اشاره میکند که تقریباً در تمامی موارد، خودکشی، تلاقی آگاهانه برای یافتن راه حل یک موضوع کاملاً آزاردهنده میباشد. از دید او، هدف مشترک خودکشیها جستجوی یک راه حل و وقفه در هشیاری است (پروین و زاهدی، ۱۳۸۶: ۱۱۶).

از میان نظریه‌های فوق، میتوان روابط زیر را ترسیم نمود. بینظمی، از سطح اجتماعی به سطح فردی منتقل می‌شود و موجب احساس بیقدرتی؛ سپس گوشه‌گیری و افسردگی میگردد (صدیق سروستانی، ۱۳۹۰: ۴). برچسب خوردن در نتیجه انحرافات رفتاری همچون اعتیاد نیز، موجب انزوای اجتماعی فرد میشود. این وضعیت؛ یعنی منزوی شدن و برچسب خوردن، اغلب، مشکلات غیرقابل حلی تصور می‌شوند و موجب فشارهای روانی میگرددند.



اهداف تحقیق

هدف اصلی از کاربرد روش‌های ترکیبی، آشکار ساختن خطوط ربط منطقی بین پژوهش‌های موجود است. طی دهه گذشته، تحقیقات زیادی درباره خودکشی انجام شده است. پژوهش حاضر قصد دارد با ترکیب نتایج آن تحقیقات، به علل اساسی و روش‌های اصلی خودکشی در این دهه دست یابد. در قسمت دوم این تحقیق، با استفاده از داده‌های مرکز آمار ایران، به تحلیل خودکشی در دهه گذشته پرداخته می‌شود و سعی می‌گردد در ابتدا یک تصویر کلی از خودکشی در دهه گذشته حاصل شود؛ در این راستا باید دید از سال ۱۳۸۰ تا سال ۱۳۹۰ چه تغییری در نرخ خودکشی رخ داده است؟ سپس به مقایسه وضعیت خودکشی در شهرستان دره‌شهر با وضعیت خودکشی در سطح کشور پرداخته می‌شود. برای این منظور، از داده‌های موجود در سالنامه آماری کشور، استفاده شد و پژوهش‌های گوناگون منتشر شده در دهه گذشته مرور شدند؛ بنابراین، اهداف تحقیق عبارتند از:

۱. شناسایی شیوه‌های رایج خودکشی در دهه هشتاد؛
۲. مقایسه نسبت خودکشی در استان‌های مختلف ایران؛
۳. بررسی روند خودکشی در دهه هشتاد؛
۴. مرور ساختاریافته مطالعات انجام شده؛
۵. مقایسه وضعیت خودکشی شهرستان دره‌شهر و خودکشی در سطح کشور.

روش‌شناسی تحقیق

جمعیت آماری در مرور ساختاریافته، کلیه تحقیقات انجام شده در حوزه خودکشی است که در فاصله زمانی ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹ چاپ شده‌اند. بدین ترتیب، ۱۷۰ اثر تحقیقی در حوزه‌های پزشکی، روانپزشکی، روان‌شناسی و جامعه‌شناسی، شناسایی و جهت بهره‌برداری انتخاب شدند. برای جستجو و بازیابی تحقیقات انجام شده در پایگاه‌های SID، Magiran، Noormags، از کلید واژه «خودکشی» استفاده شد.

به دلیل ناکافی بودن اطلاعات همسان، متغیرهای اصلی مورد بررسی؛ عبارت بودند از: وضعیت تأهل، روش غالب اقدام به خودکشی، سابقه اقدام به خودکشی، افسردگی و شبکه‌های مقابله‌ای. در گام بعدی، آن دسته از تحقیقاتی شناسایی شدند که بر متغیرهای فوق تأکید داشتند؛ بدین ترتیب، از میان ۱۷۰ مقاله، ۲۳ مقاله مربوط به خودکشی، جهت انجام مرور ساختاریافته انتخاب شد. فهرست و شناسه (ID) مطالعات منتخب، در ضمایم این تحقیق آورده شده است. معیارهای انتخاب مطالعات، عبارت بودند از:

- مقالات، بین دوره زمانی ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹ چاپ شده باشند.
- مطالعات، فقط به علل خودکشی مربوط باشند.



● متغیرهای اصلی مورد بررسی در این تحقیق را سنجیده باشند.

برای مدیریت استخراج داده‌ها، در برنامه اکسس، فرمی طراحی شد و اطلاعات کتابشناختی و چکیده مطالعات ۱۷۰ مطالعه در آن وارد گردید؛ سپس متن مقالات بررسی شد و مطالعاتی که متغیرهای اصلی تحقیق حاضر را بررسی کرده بودند، شناسایی شدند و اطلاعات مورد نظر استخراج شد.

قسمت دوم این تحقیق، تحلیل ثانویه داده‌های سالنامه آماری کشور است که از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۰ توسط نیروی انتظامی جمع‌آوری شده است. داده‌ها در سایت مرکز آمار موجود می‌باشد. جمع‌آوری داده‌های خودکشی، از دهه ۱۳۵۰ شروع شده است و تاکنون ادامه دارد. ماحصل آن، فراهم آمدن پایگاه داده‌های بسیار غنی است که امکان مطالعه طولی و مقایسه‌ای بین استان‌ها را فراهم کرده است. جامعه آماری این تحلیل، داده‌های جمع‌آوری شده در ده سال گذشته است؛ همچنین در این بررسی، نمونه‌گیری انجام نشده و نمونه آماری، کلیه داده‌های جمع‌آوری شده است.

جامعه آماری یافته‌های شهرستان دره‌شهر، کلیه افرادی است که از سال ۱۳۸۵ لغایت پایان سال ۱۳۹۰ در شهرستان دره‌شهر، اقدام به خودکشی کرده‌اند. با توجه به اینکه جهت رعایت عینیت در تحقیق سعی شده از منابع موثق استفاده گردد؛ لذا پرونده‌های موجود در بهزیستی، به عنوان مرجع اصلی تحقیق حاضر، مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند و جهت اطمینان از صحت اطلاعات، به طور دقیق، با اطلاعات کسب شده از شبکه بهداشت، تطبیق داده شدند. در این راستا تعداد ۷۰۴ پرونده، مورد مطالعه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت که این مقدار، بیش از ۹۰ درصد پرونده‌های خودکشی در دوره زمانی مورد نظر را شامل می‌شود.

برای تأمین اعتبار تحلیل، مطالعاتی که کیفیت آنها ضعیف‌تر بود، از روند تحلیل خارج شدند؛ اگرچه ممکن است واحدهای محلی نیروی انتظامی برای خودکشی، تعاریف متفاوتی داشته باشند؛ اما ارسال داده‌ها به مرکز، اجباری است و داده‌های سالنامه آماری کامل هستند. در مجموع، یک روش به تنهایی و به طور مطلق، نمی‌تواند مجاب‌کننده باشد و نتایج را همیشه می‌توان مورد پرسش و تردید قرار داد؛ اما اگر ترکیبی از این روش‌ها، به یافته‌هایی دست پیدا کنند که همه آنها در یک جهت باشند و این جهت با استدلال‌های نظری اصلی ما سازگاری داشته باشد، ادعا پذیرفتنی می‌شود.

یافته‌های تحقیق

یافته‌های مرور ساختار یافته

جدول ضمیمه ۱، اهداف پژوهش، تاریخ انتشار، میدان مطالعه، جامعه آماری، چارچوب نمونه‌گیری و تعداد نهایی حجم نمونه کل مقالات انتخاب شده را نشان می‌دهد. اکثر مقالات، بدون تحلیل نظری می‌باشند و عموماً چند متغیر جمعیت‌شناختی؛ مثل: جنسیت، تأهل و تحصیلات را در افراد اقدام‌کننده به خودکشی بررسی نموده‌اند. مقالاتی که با روشی مشابه، موضوع خودکشی را آزموده باشند،

بسیار کم بود. بیشتر آنها نیز توصیفی بودند و از حداقل داده‌های موجود در پرونده افراد استفاده کرده بودند. به همین دلیل، نتایج و راهکارهای آنها چندان قابل توجه نیستند. این وضعیت تا اندازه‌ای به دلیل ماهیت موضوع است. دسترسی به افراد فوت‌شده، غیرممکن و دسترسی به خانواده‌ها و افراد زنده‌مانده برای بیان علل اقدام به خودکشی دشوار است.

روش و سابقه اقدام به خودکشی و وضعیت تأهل

در ۱۳ مورد از ۱۶ مطالعه، به روش‌های اقدام به خودکشی اشاره شده است. به طور میانگین، ۷۴ درصد خودکشی‌ها در مناطق مختلف ایران، با روش مسمومیت دارویی انجام می‌شوند. مطالعات مربوط به استان کرمانشاه نشان می‌دهند که روش غالب اقدام به خودکشی در آنجا خودسوزی می‌باشد (نتیجه دو مطالعه اصلی میزان خودکشی به روش خودسوزی، به ترتیب ۴۹٫۴ درصد و ۴۵ درصد است). پس از آن، مسمومیت دارویی، روش غالب است. تحقیقات، مختلف نشان می‌دهند که روش غالب خودکشی در استان‌های کرمانشاه، لرستان و ایلام، خودسوزی است؛ در حالی که در استان‌های دیگر، بیش از ۸۲ درصد از اقدام به خودکشی‌ها با مسمومیت دارویی است.

ID	حجم نمونه	روش مسمومیت دارویی	سابقه اقدام به خودکشی	متأهل	مجرد
۲۳۲۳	۱۱۳	۶۱٫۱		۴۵٫۱	۵۴٫۹
۲۳۳۷	۳۳۷	۵۲	۲۰		
۲۴۸۴	۶۴	۹۰٫۶	۲۸٫۱	۵۷٫۸	۴۲٫۲
۲۵۸۸	۲۳۹	۲۲٫۲			
۲۶۱۹	۲۶۱۹	۸۵٫۶		۴۵٫۴	۵۴٫۶
۲۶۸۱	۱۰۶	۸۷٫۷		۳۶٫۸	۶۳٫۲
۲۸۹۰	۵۵۰	۸۱٫۴	۳۱		
۳۰۲۳	۲۳۰۰		۱۵٫۴	۵۷٫۲	۴۲٫۸
۳۱۳۴	۴۰۰	۸۸٫۸	۷٫۷۵	۴۱٫۵	۵۸٫۵
۳۱۹۸	۱۲۰	۲۹٫۲		۴۷٫۵	۵۲٫۲
۳۲۹۵	۶۳۲		۲۸	۴۳٫۴	۵۶٫۶
۳۳۰۷	۱۱۱	۹۲٫۸	۱۸٫۵		
۳۳۵۰	۶۰	۹۳			
۳۴۵۰		۶۶٫۵	۶٫۳	۵۱	۴۹
۳۵۶۰	۳۸۳	۸۸٫۵		۵۱	۴۹
۳۷۰۹	۱۰۰	۷۲	۳۴		
دره شهر	۷۰۴	۶۶٫۵	۶٫۳	۴۴٫۹	۵۵٫۱

جدول شماره (۱). توزیع روش غالب اقدام به خودکشی، سابقه اقدام و وضعیت تأهل در مطالعات مختلف

در ۹ مورد از بررسی‌ها سابقه اقدام به خودکشی، پرسیده شده بود. به طور میانگین ۲۵٫۳ درصد از اقدام کنندگان، سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند.

به طور متوسط، ۴۹٫۲ درصد از اقدام کنندگان، متأهل و ۵۰٫۸ درصد از آنها مجرد بوده‌اند و این



نشان می‌دهد که وضعیت تأهل، برخلاف نظریه‌ای که می‌گوید افراد متأهل به دلیل پیوستگی‌های خانوادگی، کمتر اقدام به خودکشی می‌کنند، تفاوت خاصی در فراوانی اقدام به خودکشی ایجاد نمی‌کند. وضعیت تأهل در شهرستان دره‌شهر، نزدیک به وضعیت کشوری است و تفاوت قابل توجهی ندارد.

شایع‌ترین وسیله خودکشی در دره‌شهر، قرص (۶۶٫۵ درصد) و سم (۲۴ درصد) می‌باشد. خودکشی به وسیله سم نیز از مسمومیت‌های دارویی به شمار می‌آید؛ در نتیجه روش خودکشی در شهرستان دره‌شهر نیز تفاوت زیادی با وضعیت کشوری ندارد. خودزنی و خودسوزی نیز (هر کدام با بیش از ۳ درصد) از دیگر موارد شایع در سطح شهرستان دره‌شهر می‌باشد.

نکته قابل توجه در مورد متغیر سابقه اقدام به خودکشی در شهرستان دره‌شهر، این است که برای هر اقدام به خودکشی، پرونده جداگانه‌ای تشکیل می‌شود؛ چه بسا یک فرد که چند نوبت اقدام به خودکشی کرده، دارای چندین پرونده نیز باشد؛ لذا به نظر می‌رسد این رقم بیشتر باشد.

مقایسه افسردگی در گروه اقدام‌کننده و گروه عادی

مشاهده می‌شود که هر یک از مطالعات مختلف، از مقیاس‌های مختلفی برای سنجش میزان افسردگی استفاده کرده‌اند. برای بررسی رابطه افسردگی و اقدام به خودکشی، مطالعاتی انتخاب شدند که یک گروه کنترل و یک گروه شاهد داشتند؛ بر این اساس، در مجموع، ۶ مطالعه برای بررسی این نوع رابطه یافت شد. جدول زیر، مقیاس مورد استفاده برای سنجش افسردگی، میانگین نمره افسردگی، انحراف معیار و سطح معناداری تفاوت مشاهده‌شده در دو گروه را نشان می‌دهد.

جدول شماره (۲). مقایسه افسردگی در دو گروه اقدام کننده و عادی

ID	مقیاس مورد استفاده	گروه اقدام کننده			گروه شاهد			تفاوت میانگین ها	نوع آزمون	سطح معناداری یا sig p
		میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد			
۳۷۰۹	پرسش نامه افسردگی بک	۲۷.۵۴	۵۰	۱۱.۶	۵۰	۱۵.۹۴	t	۰.۰۱		
۲۵۲۵	پرسش نامه ناامیدی بک	۳۰	۳۳				t	۰.۰۲۵		
۳۳۲۸	مقیاس افسردگی اساسی در پرسش نامه چندمحوری میلون	۶۶.۷	۱۲.۵۳	۳۰	۴۸.۱	۱۵.۲۱	t	۰		
۲۶۳۳	مقیاس افسردگی اساسی در پرسش نامه چندمحوری میلون	۶۸.۷۳	۱۱.۷۷	۷۵	۵۶.۱	۱۶.۴	لامبدای ویلکز	۰.۰۰۱		
۳۶۹۳	مقیاس افسردگی در SCL-90-R	۶۶.۳۸	۶.۹	۴۷	۵۳.۷۲	۸.۵۳	t	۰.۰۰۰۱		
۲۷۸۶	مقیاس افسردگی در پرسش نامه سلامت عمومی	۱۳.۷	۴.۴	۹.۳	۴.۹	۴.۴۰	t	۰.۰۰۱		

مقایسه میانگین افسردگی گروه اقدام کننده و گروه شاهد در همه مطالعات، تفاوت زیادی را نشان می دهد و در همه مطالعات مورد بررسی، میانگین نمره افسردگی گروه اقدام کننده، به طور معناداری بیشتر از گروه عادی است. در مطالعه با شناسه ۳۶۹۳ متغیر وابسته افکار خودکشی بود.

با بررسی پرونده های خودکشی که حاوی اطلاعات کلی در خصوص علل خودکشی در شهرستان دره شهر بودند، مشخص شد که ناراحتی روحی و روانی (افسردگی، انزوای طلبی، کمبود معنویت، عدم جامعه پذیری، احساس پوچی و ...)، علت ۱۱،۱ درصد از خودکشی ها بوده و علت خودکشی در ۳۷،۸ درصد از پرونده ها نیز مسائل خانوادگی؛ از قبیل: درگیری و اختلاف نظر بین والدین و فرزندان یا والدین با یکدیگر، مسائل زناشویی، ازدواج اجباری جوانان، عدم درک جوانان، عدم موافقت با ازدواج جوانان، خشونت های خانوادگی و نظایر آن، اعلام شده است. عوامل اقتصادی؛ شامل: بیکاری، فقر، عدم مسئولیت پذیری سرپرست خانواده جهت تأمین هزینه های زندگی، ورشکستگی اقتصادی،



بدهکاری و امثال آن، علت ۱۳٫۸ درصد از خودکشی‌ها دانسته شده و علت ۳۷٫۳ درصد دیگر نیز، نامعلوم بیان شده است.

مقایسه سبک‌های مقابله‌ای گروه اقدام‌کننده و گروه عادی

در سه مطالعه، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار، در دو گروه اقدام‌کننده و عادی مقایسه شده بود. جدول زیر، میانگین و انحراف معیار نمره سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار را در سه مطالعه نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، تفاوت مشاهده شده در هر سه مطالعه از نظر آماری، معنادار است.

جدول شماره (۳). مقایسه مهارت‌های مقابله‌ای در دو گروه اقدام‌کننده و عادی

تفاوت میانگین‌ها	گروه شاهد			گروه اقدام‌کننده خودکشی			سطح معناداری P یا sig	مقدار آماره	متغیر مورد اندازه‌گیری	مقیاس (پرسش‌نامه مورد استفاده)	ID
	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین					
۶۵۰	۳۰	۲۸	۳۴٫۳	۳۰	۵٫۶	۲۷٫۸	۰٫۰۰۱		سبک مقابله‌ای عاطفه‌مدار	مهارت‌های مقابله‌ای کارور، اسکیر ویتروپ	۲۶۰۴
۵۸۰	۳۰	۲۹	۳۶	۳۰	۴٫۹	۳۰٫۲	۰٫۰۰۱		سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار		
-۳۴۸	۱۲۰	۴٫۷۹	۱۰٫۴۳	۱۲۰	۴٫۷۹	۱۳٫۹۱	۰٫۰۰۵	۴٫۴۸	سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار	مهارت‌های مقابله‌ای بلینگز و موس	۳۱۹۸
۶۷۴	۱۲۰	۵٫۳۱	۱۲٫۹۲	۱۲۰	۴٫۶۶	۶٫۱۸	۰٫۰۰۵	۱۰٫۵۳	سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار		
-۱۰۶۶	۳۸	۹٫۱۹	۴۲٫۸۹	۳۸	۹٫۴۴	۵۳٫۵۵	۰٫۰۰۵	-۴٫۹۸	سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار	مقابله با بحران اندلر و پارگر	۴۴۳۵
۸۸۷	۳۸	۱۰٫۱۴	۵۷٫۵۸	۳۸	۱۰٫۷۶	۴۸٫۷۱	۰٫۰۰۵	۴٫۱۱	سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار		

در مطالعات انجام‌شده، سه مطالعه مداخله‌ای وجود داشت که در آنها به یک گروه از اقدام‌کنندگان، مهارت‌های مقابله‌ای و بخصوص مهارت حل مسئله، آموزش داده شد؛ سپس با گروه شاهد که این آموزش‌ها را ندیده بود، مقایسه گردید. تفاوت معناداری در همه مطالعات مشاهده شد؛ اما تأثیر این آموزش‌ها در بلندمدت بر رفتار خودکشی مجدد و نیز ماندگاری این آموزش‌ها بررسی نشده است.

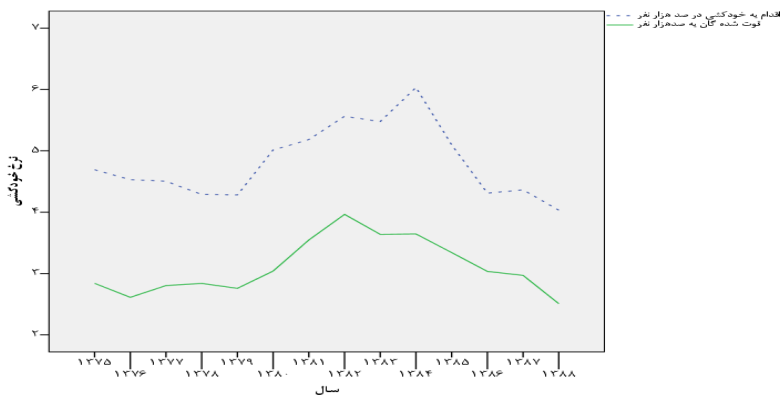
منظور از روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر عاطفه در مطالعه اول، جستجوی حمایت‌های اجتماعی-عاطفی، تفسیر مجدد مثبت، پذیرش، انکار و کمک گرفتن از مذهب است؛ لذا می‌بینیم که میانگین آن در گروه اقدام‌کننده نسبت به گروه عادی کمتر است.

هر یک از مطالعات انجام‌شده به عوامل خاصی پرداخته‌اند. یک روند منسجم سبب‌شناسی خودکشی در مطالعات مشاهده نمی‌شود؛ به طوری که فراتحلیل کمی را غیرممکن می‌سازد. هیچ کدام از آنها، از نظریه، برای تبیین رفتار خودکشی استفاده نکرده‌اند. نبود مطالعاتی که علل مشابهی را بررسی نموده باشند؛ همچنین استفاده از مقیاس‌های متفاوت در مطالعات، از مهمترین محدودیت‌های این بررسی هستند. این مطالعه، داده‌های مربوط به تحقیقات منتشر نشده؛ مانند پایان‌نامه‌های دانشگاهی و جز آنها را شامل نمی‌شود.

بررسی فرایند خودکشی در دهه ۸۰

نظام ثبت هماهنگ برای آمار خودکشی در وزارت بهداشت، از سال ۱۳۸۷ ایجاد شده است؛ بنابراین برای تحلیل روند خودکشی در دهه اخیر، چندان به کار نمی‌آید. داده‌های پزشکی قانونی نیز برای عموم منتشر نمی‌شود؛ لذا در این بررسی از داده‌های نیروی انتظامی که در سایت مرکز آمار ایران موجود می‌باشد، استفاده شد. در مجموع می‌توان داده‌های نیروی انتظامی را نمونه‌های معرف از جمعیت اقدام‌کننده به خودکشی در نظر گرفت. برای تکمیل بحث درباره کیفیت داده‌های موجود، به ضمیمه ۱ مراجعه کنید.

نمودار زیر، نرخ اقدام به خودکشی و فوت‌شدگان را در سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸ در ایران نمایش می‌دهد (سالنامه آماری ایران، ۱۳۹۰). به طور میانگین، در سال‌های مورد بررسی، ۳۵ درصد از افراد خودکشی‌کننده، زنده مانده و ۶۵ درصد اقدام‌کنندگان فوت کرده‌اند.



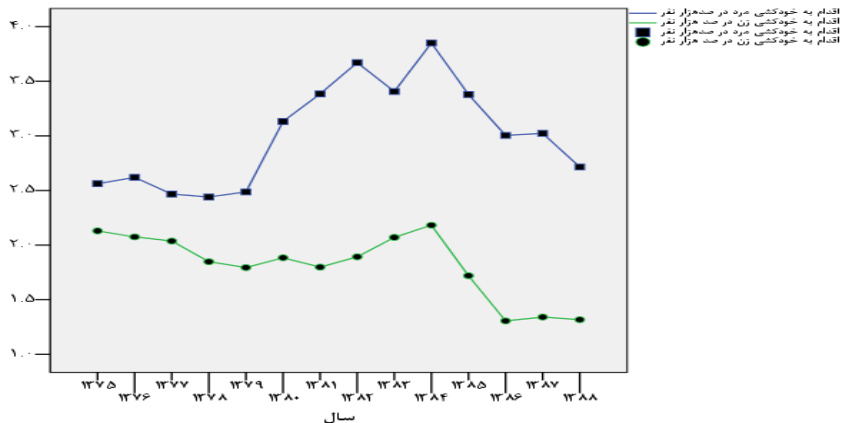
شکل شماره (۲). نرخ اقدام به خودکشی و فوت‌شدگان در سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸



همانطور که نمودار بالا نشان می‌دهد، این فاصله در سال‌های مختلف، تقریباً ثابت است. به طور میانگین، ۴۸٫۶ درصد ($\frac{1}{2}$) از زنان اقدام کننده و ۷۴ درصد ($\frac{3}{5}$) از مردان اقدام کننده فوت شده‌اند. این مسئله نشان می‌دهد که خودکشی زنان، بیشتر از نوع تهدید کننده و خودکشی مردان بیشتر از نوع اقدام کننده بوده است.

خودکشی زنان و خودکشی مردان

روند نرخ خودکشی زنان و مردان تا سال ۱۳۷۹ مشابه یکدیگر است؛ اما از سال ۱۳۷۹ تا سال ۱۳۸۵ نرخ خودکشی مردان نسبت به زنان روندی افزایشی داشته است؛ ولی نرخ خودکشی زنان در این مدت، تقریباً ثابت مانده است.



شکل شماره (۳). میانگین خودکشی زنان و مردان در ۱۰۰ هزار نفر

میانگین نرخ خودکشی مردان ۳ در ۱۰۰ هزار و زنان ۱٫۸ در ۱۰۰ هزار است. مقایسه میانگین نرخ خودکشی در دو گروه زنان و مردان طی ۱۴ سال، نشان می‌دهد که این تفاوت، تصادفی نبوده و معنادار است. می‌توان با ۹۹ درصد اطمینان گفت که نرخ خودکشی مردان بیشتر از زنان است. در شهرستان دره‌شهر، از مجموع ۷۰۴ نفر اقدام کننده به خودکشی، تعداد ۲۹۰ نفر (معادل ۴۱ درصد) مرد و ۴۱۴ نفر (معادل ۵۹ درصد) زن بوده‌اند که نشان‌دهنده درصد بیشتر زنان خودکشی کننده در این شهرستان، نسبت به کشور است.

خودکشی در گروه‌های سنی: جوانان بیشتر خودکشی می‌کنند.

۵٫۹ درصد از مجموع خودکشی‌های دهه ۸۰، در سطح کشور، به گروه سنی ۱۷ سال و کمتر، ۳۹٫۲ درصد به گروه سنی ۱۸-۲۴ سال، ۳۵٫۶ درصد به گروه سنی ۲۵-۳۴ سال و ۱۹٫۳ درصد به گروه سنی



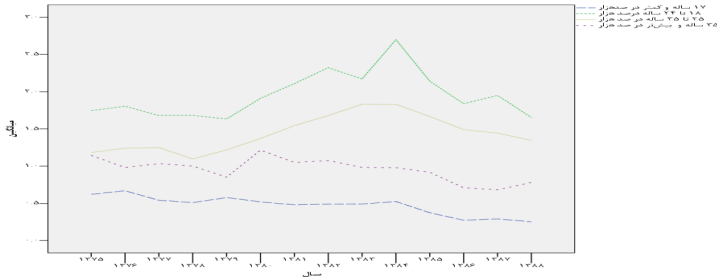
۳۵ سال و بیشتر، مربوط است. در شهرستان دره شهر نیز نزدیک به ۱۳٫۳ درصد از افراد خودکشی کننده، زیر ۱۸ سال، سن داشته‌اند (سن دوران دانش آموزی). ۴۷٫۸ درصد نیز در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال و ۲۷٫۱ درصد در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال قرار داشته‌اند.

جدول شماره (۴). نرخ خودکشی در گروه‌های سنی مختلف

گروه‌های سنی	۱۷ سال و کمتر	۱۸-۲۴ سال	۲۵-۳۴ سال	۳۵ سال و بیشتر
کشور	۵٫۹	۳۹٫۲	۳۵٫۶	۱۹٫۳
دره شهر	۱۳٫۳	۴۷٫۸	۲۷٫۱	۱۱٫۸

نزدیک به ۷۰ درصد از کل جمعیت خودکشی کننده در دره شهر، زیر ۲۵ سال، سن دارند؛ یعنی افرادی که در ابتدای دوران جوانی هستند (سن دانشجویی، سرپازی، شروع کار و ورود به جامعه)؛ اما در سطح کشوری، نزدیک به ۴۵ درصد از افراد خودکشی کننده زیر ۲۵ سال، سن دارند. این وضعیت نشان می‌دهد که سن افراد خودکشی کننده در شهرستان دره شهر، نسبت به کشور، به طور قابل توجهی پایین تر است.

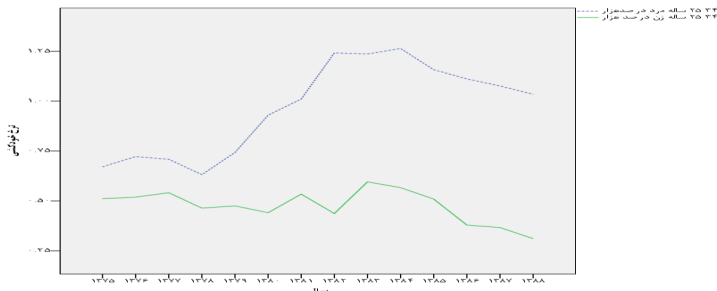
نمودار زیر نشان می‌دهد که فراوانی خودکشی در گروه‌های سنی ۱۸ تا ۲۴ سال و ۲۵ تا ۳۴ سال در کشور، در دهه ۸۰، رو به افزایش بوده است. داده‌ها برای مقایسه با دهه ۷۰، از سال ۱۳۷۵ آورده شدند؛ البته باید توجه داشت که نسبت این گروه‌های سنی به کل جمعیت نیز در دهه گذشته افزایش داشته است. نحوه ارزیابی افراد از موقعیتهای فشارزا و چگونگی مقابله آنان با فشار روانی متفاوت است؛ همچنین پاسخ آنان در این موقعیتهای مهارت‌های مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی موجود از آنها بستگی دارد. عامل اساسی و محرک همیشگی خودکشی، فشار و درد روانی غیرقابل تحمل است. اقدام کنندگان به خودکشی نمی‌خواهند بمیرند؛ بلکه می‌خواهند به درد و رنجی که آنها را از پا در آورده است، خاتمه دهند. مقابله با بحران، رفتار آموخته شده‌ای است که بایستی بر حسب سن و بلوغ روانی و اجتماعی پیشرفته‌تر گردد؛ به عبارتی، فرایند کنارآیی در دوران خردسالی و کودکی که هنوز فرایندهای شناختی، حاکم نشده و رشد شناختی و تفکر انتزاعی در فرد، کامل نشده است، معمولاً به صورت هیجان‌مدار می‌باشد و هرچه بر میزان سن افزوده شود، همراه با رشد سایر جنبه‌های روانی و زیستی، شیوه‌های مقابله نیز تغییر خواهد یافت (کدیور و زاهدی، ۱۳۸۶: ۱۱۳).



شکل شماره (۴). میانگین خودکشی در گروه‌های سنی مختلف، طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸

نرخ خودکشی در گروه سنی ۱۷ سال و کمتر، از ۰,۶۲ در ۱۰۰ هزار، در سال ۱۳۷۵ به ۰,۲۵ در ۱۰۰ هزار در سال ۱۳۸۸ کاهش پیدا کرده است و این نرخ، در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال، از سال ۱۳۷۹ تا سال ۱۳۸۵ روندی افزایشی داشته و از این سال به بعد، رو به کاهش نهاده است. گروه سنی بالای ۳۵ سال نیز روند تقریباً ثابتی را در این دوره نشان می‌دهد.

مقایسه نرخ خودکشی زنان و مردان در گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال نشان می‌دهد که نرخ خودکشی مردان در این دوره، رو به افزایش بوده است (شکل زیر)؛ ولی نرخ خودکشی زنان روند تقریباً ثابتی را نشان می‌دهد. روند نرخ خودکشی دو جنس در بقیه گروه‌های سنی نیز، طی این دوره، به طور موازی است.



شکل شماره (۵). میانگین خودکشی زنان و مردان در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال

در سطح کشور، مردان گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال در معرض خطر هستند. فشارهای روانی زیادی در این دوره سنی برای مردان جوان، در ارتباط با پیدا کردن شغل، ازدواج و تشکیل زندگی وجود دارد؛ علاوه بر این، برجسب بیکاری نیز موجب منزوی شدن برخی از آنان می‌شود. بیشترین نرخ خودکشی، مربوط به گروه سنی ۱۷ تا ۲۴ سال و پس از آن، گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال است. دو گروه سنی زیر ۱۷ سال و بالای ۳۴ سال، کمترین نرخ خودکشی را دارند.

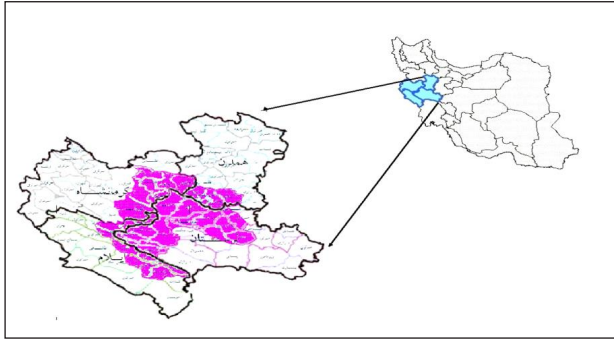
وضعیت خودکشی در استان‌های کشور

جدول زیر، میانگین نرخ خودکشی در ۱۰۰ هزار نفر را برای استان‌های مختلف کشور از سال ۱۳۷۸ تا سال ۱۳۸۸ نمایش می‌دهد. داده‌های مربوط به سال‌های ۱۳۸۴، ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ برای استان‌ها موجود نبودند. داده‌های استان‌های خراسان شمالی، رضوی و جنوبی نیز مربوط به سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ می‌باشد.

جدول شماره (۵). میانگین نرخ خودکشی در ۱۰۰ هزار نفر و نسبت فوت به اقدام از سال ۱۳۷۸ تا سال ۱۳۸۸

استان	اقدام به خودکشی در ۱۰۰ هزار (مرد و زن)	تعداد در ۱۰۰ هزار (مرد)	تعداد در ۱۰۰ هزار (زن)	فوت‌شدگان مرد و زن در ۱۰۰ هزار نفر	نسبت فوت به اقدام به اقدام به %
آذربایجان شرقی	۴.۱۱	۲.۸۴	۱.۲۷	۳.۲۴	۷۹
آذربایجان غربی	۵.۸۹	۳.۴۱	۲.۴۸	۴.۱۴	۷۰
اردبیل	۴.۴۵	۳.۳۱	۱.۱۴	۳.۱۵	۷۱
اصفهان	۱.۷۴	۱.۴۴	۳۰.	۱.۵۷	۹۰
ایلام	۴۱.۲۸	۲۰.۵۰	۲۰.۷۸	۱۳.۸۳	۳۴
بوشهر	۴.۸۲	۲.۷۳	۲.۰۹	۳.۶۲	۷۵
تهران	۲.۳۱	۱.۷۳	۵۸.	۲.۰۹	۹۰
چهارمحال و بختیاری	۵.۰۵	۳.۱۳	۱.۹۲	۳.۷۱	۷۳
خراسان جنوبی	۲۶.۵۵	۱۹.۹۶	۶.۵۹	۲۲.۴۷	۸۵
خراسان رضوی	۱.۷۹	.۸۷	۹۲.	.۴۲	۲۳
خراسان شمالی	۹.۶۷	۶.۱۰	۳.۵۷	۴.۴۴	۴۶
خوزستان	۳.۳۰	۲.۰۸	۱.۲۲	۲.۰۷	۶۳
زنجان	۴.۱۷	۲.۹۴	۱.۲۳	۳.۲۹	۷۹
سمنان	۴.۹۹	۳.۱۰	۱.۸۹	۲.۵۲	۵۱
سیستان و بلوچستان	۱.۶۰	۱.۲۴	۳۶.	۱.۳۷	۸۶
فارس	۳.۹۹	۲.۷۳	۱.۲۶	۲.۹۱	۷۳
قزوین	۳.۶۴	۲.۶۲	۱.۰۲	۲.۷۱	۷۴
قم	۳.۶۵	۳.۱۴	۵۱.	۳.۱۸	۸۷
کردستان	۶.۴۵	۳.۳۳	۳.۱۲	۴.۰۹	۶۳
کرمان	۴.۷۲	۳.۳۸	۱.۳۴	۳.۲۲	۶۸
کرمانشاه	۱۲.۸۶	۷.۳۱	۵.۵۵	۸.۳۴	۶۵
کهگیلویه و بویراحمد	۷.۲۸	۳.۶۴	۳.۶۴	۴.۴۵	۶۱
گلستان	۸.۶۱	۴.۴۲	۴.۱۹	۲.۱۳	۲۵
گیلان	۵.۲۹	۳.۸۲	۱.۴۷	۴.۰۰	۷۶
لرستان	۱۱.۳۳	۶.۱۸	۵.۱۵	۸.۳۳	۷۴
مازندران	۳.۸۹	۲.۱۴	۱.۷۵	۱.۹۰	۴۹
مرکزی	۵.۴۳	۳.۸۵	۱.۵۸	۳.۷۵	۶۹
هرمزگان	۵.۱۴	۴.۱۲	۱.۰۲	۴.۳۷	۸۵
همدان	۹.۴۳	۷.۳۹	۲.۰۴	۶.۹۸	۷۴
یزد	۳.۸۹	۲.۱۶	۱.۷۳	۲.۲۳	۵۷

آداب و رسوم کهن شده است و نسل مقارن با این تغییرات نیز، بر اساس آموزه‌های مدرن، پرورش یافته‌اند؛ بنابراین، پس از بلوغ و به هنگام تصمیم‌گیری برای زندگی آینده، سعی می‌کنند بر اساس آموزه‌هایشان عمل کنند؛ اما با مخالفت شدید نسل‌های گذشته که آموزه‌هایشان حاصل سنت‌های کهن بوده است، روبه‌رو می‌شوند.

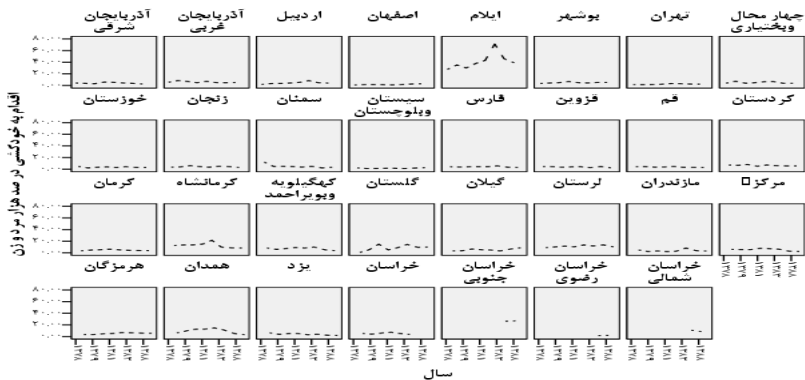


شکل شماره (۷). نقشه پراکندگی جغرافیایی قوم لک در میان چهار استان ایلام، کرمانشاه، لرستان و همدان

«تغییر اجتماعی، ابتدا ارزش‌های سنتی را متزلزل می‌کند و نوعی ابهام نقش در میان افراد؛ بخصوص زنان پدید می‌آورد؛ اما نهادهای جامعه؛ سرانجام با فشارهای حاصل از تغییرات، سازگار می‌شوند و آنومی کاهش می‌یابد» (عنبری و بهرامی، ۱۳۸۹: ۸).

پژوهشی به روش کیفی و با مصاحبه‌های متواتر، توسط عنبری و بهرامی، در خصوص ۵۳ مورد اقدام به خودکشی طی سال‌های ۱۳۶۳ تا ۱۳۸۵، در روستاهای دهستان افرینه از شهرستان پلدختر لرستان انجام شده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که فقر و خشونت خانوادگی، بیشترین تأثیر را بر خودکشی در افراد مورد مطالعه داشته است که در این میان، زنان و جوانان، بیشترین اقدام به خودکشی را داشته‌اند. استدلال محوری مقاله، این است که خودکشی، تابعی از نحوه جدال فرد با نقش‌های اجتماعی محول است. فرد به سبب احساس حقارت در ستیز با نقش‌های اجتماعی ترجیح می‌دهد خود را از سر راه بردارد.

به منظور گروه‌بندی استان‌های کشور، از نظر میزان خودکشی، از آزمون «توکی» استفاده شد. استان ایلام به تنهایی در یک گروه قرار گرفت. استان‌های کرمانشاه، لرستان، همدان، گلستان و کهگیلویه و بویر احمد در گروه دوم و بقیه استان‌ها در گروه سوم قرار گرفتند. استان‌هایی که با هم در یک گروه قرار گرفتند، از نظر نرخ خودکشی شباهت دارند. استان ایلام را «استان با بیشترین نرخ خودکشی» و استان‌های گروه دوم را «استان‌های با نرخ خودکشی بالا» نام‌گذاری می‌کنیم. در تحلیل فوق استان‌های خراسان شمالی، رضوی و جنوبی به دلیل کمی مشاهدات وارد نشدند.



شکل شماره (۸). روند خودکشی در استان‌های مختلف از سال ۸۷ تا ۸۸

خودکشی در استان‌های ایلام، کرمانشاه و همدان در سال‌های ۸۲ و ۸۳ به طور قابل توجهی افزایش داشته است؛ اما نرخ خودکشی در بقیه استان‌ها روند تقریباً ثابتی را در دهه گذشته نشان می‌دهد.

پیشنهادها

مرور نظام‌مند مطالعات انجام‌شده، امکان می‌دهد تا با اطمینان زیاد، پیشنهادهای برای سیاست‌گذاری، طرح شود. روش‌های پیشگیری از بروز خودکشی را می‌توان با توجه به الگوی رایج در علوم بهداشتی، در سه گروه پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث طبقه‌بندی کرد. یافته‌های این گزارش می‌تواند در مراحل مختلف پیشگیری از خودکشی به کار گرفته شود.

پیشگیری اولیه

«هدف از پیشگیری اولیه، جلوگیری از ایجاد هرگونه آرزوی مرگ یا خودکشی است» (صبروری، ۱۳۸۶: ۳۱۳). همانطور که مرور ساختار یافته نشان داد، گروه‌های اقدام‌کننده، مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری نسبت به افراد عادی دارند. هرچند این مهارت‌ها تا اندازه‌ای، نتیجه بلوغ فکری افراد است؛ اما در راستای ارتقای سطح آنها؛ باید مهارت‌های مقابله‌ای؛ بخصوص مهارت حل مسئله را با قرار دادن آن در محتوای آموزشی مدارس و دانشگاه مورد توجه داد. افراد از طریق آموزش مهارت‌های حل مسئله می‌آموزند چگونه با مشکلات فعلی که آنها را احاطه کرده است، مقابله کنند. آنها می‌توانند با ارائه راه حل‌های دانشجویی برای مشکلات به ظاهر غیر قابل حلشان، به آن نوع امیدواری برسند که لازمه درمان و بهبودی است.

همانطور که پیش از این نیز گفته شد، نزدیک به ۷۰ درصد از کل جمعیت خودکشی‌کننده در دره‌شهر، زیر ۲۵ سال، سن دارند؛ یعنی افرادی که در ابتدای دوران جوانی هستند (سن دانشجویی، سربازی، شروع کار و ورود به جامعه)؛ اما در سطح کشوری، نزدیک به ۴۵ درصد از افراد



خودکشی کننده زیر ۲۵ سال، سن دارند. این وضعیت نشان می‌دهد که سن افراد خودکشی کننده در شهرستان دره‌شهر، نسبت به کشور، به طور قابل توجهی پایین تر است؛ بنابراین جمعیت هدف برنامه‌های پیشگیری اولیه در این مناطق، می‌بایست افراد جوان باشند. در مناطقی که سنت‌های فرهنگی قوی و انسجام اجتماعی شدید بر آنها حاکم است؛ مثل مناطقی که قوم لر، لک و کرد در آن (استان ایلام)، سکونت دارند، تمرکز برنامه‌های پیشگیری اولیه، می‌بایست بر فعالیت‌های آگاهی‌رسانی از طریق رسانه‌های جمعی باشد. همانطور که این تحقیق نشان داد علت خودکشی در ۳۷٫۸ درصد از پرونده‌ها مسائل خانوادگی؛ از قبیل: درگیری و اختلاف نظر بین والدین و فرزندان یا والدین با یکدیگر، مسائل زناشویی، ازدواج اجباری جوانان، عدم درک جوانان، عدم موافقت با ازدواج جوانان، خشونت‌های خانوادگی و نظایر آن، اعلام شده بود. سنت‌های فرهنگی قوی، موجب ازدواج‌های تحمیلی به دختران می‌شود و خودکشی، اعتراضی است علیه سنت‌های فرهنگی. عوامل اقتصادی؛ شامل: بیکاری، فقر، عدم مسئولیت‌پذیری سرپرست خانواده جهت تأمین هزینه‌های زندگی، ورشکستگی اقتصادی، بدهکاری و امثال آن، علت ۱۳٫۸ درصد از خودکشی‌ها دانسته شده و علت ۳۷٫۳ درصد دیگر نیز، نامعلوم بیان شده بود. برای کاهش اثر عوامل اقتصادی، آموزش مهارت‌های شغلی، کمک در کاربایی و حمایت از اشتغال خانواده‌های محروم پیشنهاد می‌شود.

پیشگیری ثانویه

«روش‌های پیشگیری ثانویه، هنگامی به کار گرفته می‌شوند که گرایش به خودکشی، حالت آشکاری پیدا می‌کند؛ اما شخص هنوز دست به خودکشی نزده است» (همان: ۲۲۴). «افسردگی، عام‌ترین تشخیص در خودکشی‌های موفق است. همه افراد، گاهی احساس افسردگی، غم، تنهایی و تزلزل می‌کنند؛ ولی این احساس‌ها معمولاً گذرا هستند؛ اما اگر پایدار شوند و زندگی عادی شخص را مختل کنند، در آن صورت، دیگر احساس افسردگی نخواهند بود و آن وضعیت، تبدیل به بیماری افسردگی می‌شود» (مستشاری، ۱۳۷۹: ۴۶). نتایج مرور ساختاریافته نشان داد که در تمامی تحقیقات انجام شده، میانگین نمره افسردگی افراد اقدام‌کننده، بیشتر از افراد عادی است؛ لذا تشخیص افسردگی‌های شدید و اقدام برای رفع آن از ضروریات پیشگیری از خودکشی است.

پیشگیری ثالث

این جنبه از پیشگیری، هنگامی واقعیت پیدا می‌کند که اقدام به خودکشی صورت گرفته است. روش غالب خودکشی در ایران (بیش از ۸۲ درصد) مسمومیت دارویی است؛ لذا آمادگی مراکز اورژانس برای این موارد می‌تواند بسیار موثر باشد. آموزش مراقبت‌های اولیه به مراقبان بهداشتی و قسمت‌های دیگر؛ بخصوص برای اقدام موثر در موارد مسمومیت دارویی، باید در اولویت برنامه‌های آموزشی این



مراکز قرار گیرد.

به نظر می‌رسد عوامل موثر بر اقدام به خودکشی مجدد، همان‌هایی هستند که موجب اقدام به خودکشی اول شده‌اند. با توجه به اینکه ۳۵ درصد از اقدام به خودکشی‌ها منجر به فوت فرد نمی‌شوند و با توجه به اینکه به طور میانگین، ۲۵ درصد از این افراد، مجدداً اقدام به خودکشی می‌کنند، ضروری است افراد زنده‌مانده، مورد توجه جدی برنامه‌های مداخله‌ای قرار گیرند. حمایت و تقویت شبکه‌های زنده‌ماندگان خودکشی، از طریق مراکز مداخله در بحران، می‌بایست بسیار مورد عنایت واقع شود.

تحلیل روش خودکشی و نتیجه خودکشی در دره‌شهر نشان می‌دهد که ۱۱ درصد از افرادی که از سم، جهت خودکشی استفاده کرده‌اند، موفق بوده‌اند (۱۹ مورد از ۱۶۰ مورد). از ۴۶۴ مورد خودکشی با قرص، فقط ۴ مورد (کمتر از ۱ درصد)، موفقیت‌آمیز بوده است که نشان می‌دهد افرادی که با قرص، خودکشی می‌کنند؛ شاید هدف اصلیشان پایان‌دادن به زندگی نیست؛ بلکه اعتراضی به دیگران است؛ لذا در برنامه‌های مداخله‌ای، می‌بایست به بهبود ارتباط فرد با دیگران، توجه خاص نشان داد. ۱۴ مورد از ۲۳ مورد خودسوزی، ۲ مورد از ۳ مورد غرق در آب و ۱ مورد از ۲ مورد دار زدن به مرگ، منتهی شده است و این، نشان می‌دهد افرادی که این روش‌ها را انتخاب کرده‌اند، تصمیم قاطع برای مرگ داشته‌اند؛ اما از افرادی که با خودزنی و خوردن گچ و نفت به خودکشی اقدام کرده‌اند، کسی فوت نکرده است؛ به طور کلی، بیشترین تعداد مرگ، مربوط به کسانی است که خودسوزی کرده یا از سم استفاده نموده‌اند.

نتایج تحلیل پرونده‌های مربوط به شهرستان دره‌شهر، حاکی از آن است که تنها ۱۵ درصد از افراد خودکشی‌کننده با پذیرش اقدام به خودکشی، تحت درمان قرار گرفته یا پذیرفته‌اند که با مراکز مشاوره همکاری نمایند؛ البته لازم به ذکر است که بخش زیادی از افراد تحت درمان، به دلایل اقتصادی و معرفی به بهزیستی و کمیته امداد پذیرفته‌اند که تحت درمان باشند و چه بسا آنها نیز همانند ۸۵ درصد مابقی، به دلایل اجتماعی و فرهنگی خاص منطقه، حاضر به پذیرش واقعیت اقدام به خودکشی نیستند یا در صورت پذیرش، هیچ‌گونه همکاری‌ای با کارشناسان و مشاورین ندارند. به منظور اثربخشی بهتر برنامه‌ها و تخصصی شدن فعالیت‌های پیشگیری، پیشنهاد می‌شود میان سازمان‌های مسئول، تقسیم کار انجام گیرد. خودکشی جوانان، اغلب به دلیل عدم رشد مهارت‌های مقابله‌ای است؛ بنابراین، بهتر است در جهت پیشگیری اولیه، مهارت‌های مقابله‌ای؛ بخصوص مهارت حل مسئله، توسط وزارت آموزش و پرورش، وزارت علوم و معاونت آموزش وزارت بهداشت به دانش‌آموزان و دانشجویان آموزش داده شود.



جدول شماره (۶). تقسیم کار بین سازمان‌های مختلف و مراحل پیشگیری

سازمان مسئول	اقدام	مراحل پیشگیری
وزارت علوم، معاونت آموزشی وزارت بهداشت و دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی وزارت آموزش و پرورش	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای؛ بخصوص مهارت حل مسئله	پیشگیری اولیه
معاونت پیشگیری از آسیب‌های بهزیستی	مراکز مداخله در بحران و مراکز مشاوره	پیشگیری ثانویه
دفتر سلامت جمعیت و خانواده وزارت بهداشت	آمادگی برای مسمومیت‌های دارویی	پیشگیری ثالث

با توجه به اینکه روش‌های پیشگیری ثانویه، هنگامی به کار گرفته می‌شوند که گرایش به خودکشی، حالت آشکاری پیدا می‌کند؛ اما شخص هنوز دست به خودکشی نزده است، بهتر است بهزیستی، پیشگیری سطح ثانویه را به عهده بگیرد و با توجه به اینکه نزدیک ۹۰ درصد از خودکشی‌ها در ایران با مسمومیت دارویی انجام می‌شود، ضروری است که وزارت بهداشت، اورژانس‌ها را برای مواجهه با مسمومیت‌های دارویی، کاملاً آماده کند و افراد زنده‌مانده را به اورژانس‌های اجتماعی بهزیستی ارجاع دهد. همانطور که در شرح وظایف خانه‌های بهداشت، در طرح جامع پیشگیری از خودکشی آمده است، این خانه‌ها بایستی افراد در معرض خطر شناسایی شده را به اورژانس‌های اجتماعی و مراکز مشاوره بهزیستی ارجاع بدهند.

منابع و مأخذ

- اخبار کسب و کار؛ (۲۰۰۲)، مفاهیم خودکشی برای مشاوران، <http://goliath.ecnext.com>
- اصطلاحنامه علوم؛ (بازیابی ۱۵/۲/۱۳۹۰)، <http://thesauri.irandoc.ac.ir>
- تیلور، استیو؛ (۱۳۷۹)، جامعه‌شناسی خودکشی، تهران: آوای نور.
- جمشیدی‌ها، غلامرضا و سیاوش قلی‌پور، (۱۳۸۹)، «مدرنیته و خودکشی زنان و دختران لک»، بررسی مسائل اجتماعی ایران، شماره ۱.
- سازمان بهداشت جهانی؛ (۲۰۱۱) پیشگیری از خودکشی، http://www.who.int/mental_health
- سالنامه آماری ایران؛ (۱۳۹۰)، مرکز آمار ایران.
- شیخاوندی، داور؛ (۱۳۸۴)، جامعه‌شناسی انحرافات و مسائل جمعیتی ایران، تهران: قطره.
- صبوری، منوچهر؛ (۱۳۸۶)، جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی، تهران: طهوری.
- صدیق سروسنتی، رحمت‌الله؛ (۱۳۸۸)، آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی)، تهران: سمت.
- _____؛ (۱۳۹۰)، جزوه آسیب‌های اجتماعی، تهران: چاپ نشده.
- علوردی‌نیا، اکبر؛ (۱۳۸۳)، «انسجام منزلتی و خودکشی زنان: نظریه گیبس و مارتین»، دوفصل‌نامه علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی، مشهد، شماره ۴.
- عنبری، موسی و اردشیر بهرامی؛ (۱۳۸۹)، «بررسی آثار فقر و خشونت بر میزان خودکشی در ایران (مورد مطالعه: روستاهای



- شهرستان پلدختر). بررسی مسائل اجتماعی ایران، (۲)۱، ۱-۲۹.
- کدیور، پروین و فریبا زاهدی؛ (۱۳۸۶)، «سبک‌های مقابله با بحران و اقدام به خودکشی در دختران دانشجو»، فصل‌نامه رفاه اجتماعی، ۲۵(۶)، ۱۱۱-۱۳۱.
- محمدخانی، پروانه؛ (۱۳۸۳)، «همه‌گیرشناسی افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران مناطق پرخطر ایران»، رفاه اجتماعی، شماره ۱۴، ۱۵۷-۱۷۴.
- مستشاری، گلاره؛ (۱۳۷۹)، «پیشگیری از خودکشی یک راهنمای مرجع برای مددکاران»، فصل‌نامه اصول بهداشت روانی، شماره ۶، ۴۵-۵۳.

ضمایم

ضمیمه (۱). اهداف، تاریخ انتشار، محل انجام پژوهش، چارچوب نمونه‌گیری و حجم نمونه مطالعات مرور شده.

ID	اهداف پژوهش	تاریخ انتشار	میدان مطالعه	جامعه آماری	چارچوب نمونه‌گیری	حجم نمونه
۳۶۹۳	تعیین میزان شیوع افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران مقیم مناطق پرخطر کشور	۱۳۸۳	کرمانشاه	دانش‌آموزان دختر	دانش‌آموزان دختر شهرستان‌های کرمانشاه	۱۳۱۲
۳۷۰۹	توصیف ویژگی‌های روانشناختی و اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در مقایسه با افراد عادی	۱۳۸۳	شهرستان بیرجند		مراجعه‌کنندگان به مراکز اورژانس در شهرستان بیرجند و گروه شاهد از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند	۱۰۰
۳۵۶۰	بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط با آن	۱۳۸۴	سمنان		اقدام‌کنندگان مراجعه‌کننده به بخش اورژانس بیمارستان‌های فاطمیه (س) و تأمین اجتماعی سمنان، امام گرمسار، شهید رضایی دامغان و ۱۵ خرداد مهدی شهر و پزشکی قانونی	۳۸۳



حجم نمونه	پارچوب نمونه‌گیری	جامعه آماری	میدان مطالعه	تاریخ انتشار	اهداف پژوهش	ID
۶۰	مراجعه‌کنندگان به بیمارستان لقمان حکیم	کودکان	تهران	۱۳۸۴	بررسی کودکانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند	۳۳۵۰
۴۰۰	مراجعات به دلیل مسمومیت عمدی به بیمارستان علوم پزشکی ارومیه		ارومیه	۱۳۸۵	تعیین ارتباط عوامل استرس‌زا در اقدام به خودکشی	۳۱۳۴
	موارد خودسوزی موفق پذیرش شده در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی		کرمانشاه	۱۳۸۵	شناخت چهره اپیدمیولوژیک خودسوزی موفق	۳۴۵۰
۶۰	دانشجویان دانشگاه‌های مختلف	دانشجویان		۱۳۸۵	بررسی عوامل روان‌شناختی در اقدام به خودکشی	۳۳۲۸
۱۱۱	کودکان ۸ تا ۱۳ سال که به علت مسمومیت طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳ در بیمارستان لقمان حکیم بستری شده‌اند	کودکان		۱۳۸۵	بررسی موارد خودکشی در گروه سنی زیر ۱۴ سال و عوامل مرتبط با آن	۳۳۰۷
۶۳۲	اقدام‌کنندگان مراجعه‌کننده به اورژانس‌های شهر کرج		شهر کرج	۱۳۸۵	تعیین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی	۳۲۹۵
۱۲۰	اقدام‌کنندگان مراجعه‌کننده به خودکشی به بیمارستان امام خمینی		شهرستان کرمانشاه	۱۳۸۵	بررسی ویژگی‌های شخصیتی، استرس‌های روانی- اجتماعی، شیوه مقابله با استرس و نگرش‌های مذهبی افراد اقدام‌کننده	۳۱۹۸
۲۳۰۰	جمعیت عمومی شهر کرج		شهر کرج	۱۳۸۶	تعیین الگوی پیش‌بینی‌کننده خودکشی	۳۰۲۳
۵۷۵	اقدام‌کنندگان مراجعه‌کننده به بیمارستان بوعلی سینا قزوین		قزوین	۱۳۸۷	عوامل مستعدکننده اقدام به خودکشی و ارتباط بین علایم عمومی روان‌پزشکی و اقدام مجدد به خودکشی	۲۷۸۶
۱۰۶	اقدام‌کنندگان بستری‌شده در اورژانس بیمارستان واسعی سبزوار		سبزوار	۱۳۸۷	شناسایی عوامل خطر خودکشی	۲۶۸۱
	اقدام‌کنندگان ارجاع داده شده به بیمارستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی		استان مرکزی	۱۳۸۷	بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط با آن	۲۶۱۹
۵۵۰			تهران، مشهد، تبریز، اصفهان، شیراز و کرمانشاه	۱۳۸۷	بررسی اپیدمیولوژیکی خودکشی	۲۸۹۰
۱۴۸	مردان و زنان اقدام‌کننده به خودکشی		دره شهر ایلام	۱۳۸۸	شناسایی عوامل شخصیتی و رویدادهای پیش‌بینی کننده	۲۶۳۳
۲۳۹	جمعیت عمومی		روستاهای شهرستان کرمانشاه	۱۳۸۸	بررسی ویژگی‌های افراد اقدام‌کننده و روش‌های مورد استفاده و پیامدهای خودکشی	۲۵۸۸
۶۶	بیماران با اختلال‌های خلقی در بخش روان‌پزشکی (بستری- سرپایی) بیمارستان گلستان اهواز	بیماران با اختلال‌های	اهواز	۱۳۸۸	بررسی ارتباط ناامیدی با خودکشی در بیماران با اختلال‌های خلقی	۲۵۲۵



حجم نمونه	چارجوب نمونه‌گیری	جامعه آماری	میدان مطالعه	تاریخ انتشار	اهداف پژوهش	ID
		خلقی				
۶۴	کلیه افراد فوت شده در اثر خودکشی از ابتدای سال ۱۳۸۲ تا پایان بهمن ماه ۱۳۸۷		اردبیل	۱۳۸۸	بررسی اپیدمیولوژیکی خودکشی	۲۴۸۴
۱۱۳	مراجعه‌کنندگان به اورژانس بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع) با تشخیص خودکشی در سال ۱۳۸۶		رفسنجان	۱۳۸۹	شناسایی فراوانی اختلالات روانی و عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی	۲۳۲۳
۳۳۷	کلیه موارد خودکشی ارجاع داده شده به پزشکی قانونی در بازه زمانی سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۷	دانشجویان	دانشجویان سراسر کشور	۱۳۸۹	بررسی ویژگی‌های خودکشی دانشجویان	۲۳۳۷
۱۰۰	اقدام‌کنندگان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید فقیهی		هرمزگان	۱۳۸۸	شناخت تفاوت‌های موجود در انواع روش‌های مقابله‌ای در افرادی که به خودکشی اقدام کرده‌اند، در مقایسه با افرادی که سابقه اقدام به خودکشی نداشته‌اند	۲۶۰۴
۷۴	دختران دانشجویی دانشگاه‌های دولتی که به خودکشی اقدام کرده‌اند	دانشجویان دختر		۱۳۸۶	بررسی نقش چگونگی مقابله با بحران‌ها، در اقدام‌کنندگان به خودکشی	۴۴۳۵

ضمیمه (۲). فهرست و شناسه (ID) مطالعات منتخب در مرور ساختاریافته

ID	مشخصات کتابشناختی
۲۳۲۳	زارع، حسین، محمد ناظر و احمدرضا صیادی؛ (۱۳۸۹)، «بررسی فراوانی اختلالات روانی و عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۸۶»، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، شماره ۳۶.
۲۳۳۷	پناغی، لیلی، زهره احمدآبادی، حمید پیروی و فائزه‌زهرا ابوالمعصومی؛ (۱۳۸۹)، «روند خودکشی دانشجویان در فاصله سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۷»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۶(۲).
۲۴۸۴	صیادرضایی، ایرج، اسماعیل فرزانه، احد اعظمی، افسانه انتشاری‌مقدم، سمیرا شهبازادگان و رضا مهرگانی؛ (۱۳۸۸)، «بررسی همه‌گیرشناسی خودکشی در استان اردبیل از سال ۱۳۸۲ لغایت ۱۳۸۷»، مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، شماره ۳۴.
۲۵۲۵	خواجه موگی، ناهید، فروزان بهروزیان و فروغ قنوتی؛ (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه ناامیدی با خودکشی در بیماران با اختلال‌های خلقی»، دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، شماره ۶۳.
۲۵۸۸	برخوردار، نسرین، کتابون جهانگیری و ناهید برخوردار؛ (۱۳۸۸)، «بررسی روند بروز خودکشی و عوامل موثر بر آن در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه (طی سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۸۵)»، مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، شماره ۱۰۶.



ID	مشخصات کتابشناختی
۲۶۱۹	رفیعی، محمد و اکرم سیفی؛ (۱۳۸۷)، «بررسی اپیدمیولوژیک اقدام‌کننده به خودکشی ارجاع شده به بیمارستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی از سال ۱۳۸۴ الی ۱۳۸۶»، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، شماره ۱۲.
۲۶۳۳	اکبری‌زردخانه، سعید، سالار جعفری، بهروز دولتشاهی و مریم ممقانیه؛ (۱۳۸۸)، «رابطه خودکشی با ویژگی‌های شخصیتی و رویدادهای زندگی»، نشریه علوم رفتاری، شماره ۸.
۲۶۸۱	کوشان، محسن، محمدرضا شگرف‌نخعی، علی ربانی‌زاده، عباس حیدری، طاهره توفیقیان و کاظم مسکنی؛ (۱۳۸۷)، «بررسی شیوع عوامل خطر خودکشی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی بستری در اورژانس بیمارستان واسعی سبزوار»، فصل‌نامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی سبزوار، شماره ۴۸.
۲۷۸۶	شیخ‌الاسلامی، همایون، کاملیا کنی و امیر ضیائی؛ (۱۳۸۷)، «بررسی عوامل مستعدکننده اقدام به خودکشی در مراجعان به بخش اورژانس»، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، شماره ۶۵.
۲۸۹۰	آذین، سیدعلی، علی شهیدزاده ماهانی، سپیده امیدواری، مهدی عبادی و علی منتظری؛ (۱۳۸۷)، «سیمای خودکشی در مراجعان به بخش‌های مسمومین: قسمت اول»، فصل‌نامه پایش، شماره ۲۶.
۳۰۲۳	نجمی، مرضیه، سیدکاظم ملکوتی، جعفر ابوالهری، مرجان پشت‌مشهدی و صفیه اصغرزاده امین؛ (۱۳۸۶)، «عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی شهر کرج»، فصل‌نامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۵۰.
۳۱۳۴	مجبی، ایرج و بهزاد بوشهری؛ (۱۳۸۵)، «تأثیر عوامل استرس‌زا در اقدام به خودکشی عمدی با مواد شیمیایی: مروری بر ۴۰۰ مورد»، مجله پزشکی ارومیه، شماره ۶۵.
۳۱۹۸	شاکری، جلال، علی‌اکبر پرویزی‌فرد، خیرالله صادقی و رضا مرادی؛ (۱۳۸۵)، «ویژگی‌های شخصیتی، استرس، شیوه‌های مقابله و نگرش‌های مذهبی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی»، فصل‌نامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۴۶.
۳۲۹۵	نجمی، مرضیه، جعفر ابوالهری، سیدکاظم ملکوتی، میترا حکیم‌شوستری، صفیه اصغرزاده امین و مرجان پشت‌مشهدی؛ (۱۳۸۵)، «بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس‌های شهر کرج در سال ۱۳۸۲»، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، شماره ۵۲.
۳۳۰۷	مهدیزاده، مهشید، غلامرضا زمانی، مظهره کبیری؛ (۱۳۸۵)، «بررسی موارد اقدام به خودکشی در کودکان بستری در بخش اطفال بیمارستان لقمان حکیم»، مجله بیماری‌های کودکان ایران، شماره ۵۷.
۳۳۲۸	حسینایی، علی، علیرضا مرادی، عبدالکریم پژومند؛ (۱۳۸۵)، «بررسی عوامل روان‌شناختی اقدام به خودکشی در دانشجویان ایرانی»، فصل‌نامه مطالعات روانشناختی، شماره ۶.
۳۳۵۰	طاهره نقه‌الاسلام و امیدوار رضایی؛ (۱۳۸۴)، «بررسی مواردی از خودکشی کودکان مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان حکیم»، فصل‌نامه پزشکی قانونی، شماره ۳۹.
۳۴۵۰	احمدی، علیرضا، شهریار جانبازی، زهرا لقایی، عباس احمدی، عمران داوری‌نژاد و محمدباقر حیدری؛ (۱۳۸۵)، «مطالعه اپیدمیولوژی موارد خودسوزی موفق پذیرش‌شده در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه»، فصل‌نامه اصول بهداشت روانی، شماره ۳۰.



ID	مشخصات کتابشناختی
۳۵۶۰	صابری زفرقندی، محمدباقر، راهب قربانی و شاهرخ موسوی؛ (۱۳۸۴)، «بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی در شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی سمنان»، فصل‌نامه کومش، شماره ۱۸.
۳۶۹۳	محمدخانی، پروانه؛ (۱۳۸۳)، «همبودی نشانگان افسردگی و آشفتگی‌های روان‌شناختی با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران مناطق پرخطر»، فصل‌نامه رفاه اجتماعی، شماره ۱۴.
۳۷۰۹	مهران، ناهید، جعفر بوالهیری، علی‌اصغر فرید اصغرنژاد و محمدرضا میری؛ (۱۳۸۳)، «ویژگی‌های روانی - اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در مقایسه با افراد عادی در بیرجند»، مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، شماره ۲۰.
۲۶۰۴	جهانگیر، فریدون، محمدرفعی بذرافشان، علیرضا زنگویی و طاهره رئیسی؛ (۱۳۸۸)، «مقایسه روش‌های مقابله‌ای در افراد اقدام‌کننده به خودکشی با افرادی که سابقه اقدام به خودکشی نداشته‌اند در مددجویان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید فقیهی شیراز در سال ۱۳۸۶»، مجله پزشکی هرمزگان، شماره ۵۰.
۲۶۰۷	کدیور، پروین و فریبا زاهدی؛ (۱۳۸۶)، «سبک‌های مقابله با بحران و اقدام به خودکشی در دختران دانشجوی»، فصل‌نامه رفاه اجتماعی، شماره ۱.