

## شناسایی عوامل اقدام به خودکشی در شهرستان ایذه و مسجدسلیمان

ذبیح‌اله عباس‌پور<sup>۱</sup>

زینب فتحعلی‌پور<sup>۲</sup>

ایمان ممینی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۸/۴/۳۱

### چکیده

برای بررسی رفتار پیچیده خودکشی پژوهش‌های زیادی انجام گرفته است. در این پژوهش‌ها ابعاد اجتماعی، روان‌شناختی و زیستی متفاوتی به‌عنوان پیش‌بین‌های رفتار اقدام به خودکشی شناسایی شده‌اند. هدف این پژوهش، شناسایی عوامل اقدام به خودکشی در شهرستان ایذه و مسجدسلیمان است. جامعه آماری این پژوهش همه افرادی هستند که طی سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ در شهرستان ایذه و مسجدسلیمان اقدام به خودکشی کرده‌اند. نمونه این پژوهش ۱۰۳ نفر (۷۲ زن و ۳۱ مرد) از افرادی هستند که اقدام به خودکشی کرده‌اند و به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب شدند. طرح پژوهش حاضر، همبستگی از نوع تحلیل ماتریس همبستگی است. برای تحلیل پرسش پژوهش از روش تحلیل عامل اکتشافی (EFA) استفاده شد. همچنین در این پژوهش بررسی علل اقدام به خودکشی با استفاده از پرسشنامه محقق-ساخته و پرسشنامه انگیزه اقدام به خودکشی (IMSA) صورت گرفت. با استفاده از روش آماری تحلیل عوامل اکتشافی، ۹ عامل (۵۴ ماده) با عناوین درد روانی و ناامیدی، فشار به اطرافیان/تنهایی، کمک‌طلبی، رهایی از درد، حل مسئله، تکانشگری، خیرخواهی برای خانواده، ابراز خشم/تنفر و مشکلات مالی/اشتغال به‌عنوان عوامل زیربنایی اقدام به خودکشی در شهرستان ایذه و مسجدسلیمان شناسایی شدند. به‌نظر می‌رسد از بین عوامل مختلف، متغیرهای روانی و میان‌فردی بیشترین تأثیر را در اقدام به خودکشی دارند و از این بین، درد روانی و ناامیدی مهم‌ترین عوامل اثرگذار در اقدام به خودکشی است.

**واژه‌های کلیدی:** اشتغال، تنهایی، خودکشی، درد روانی، مشکلات مالی، ناامیدی.

۱. استادیار مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)، z.abbaspour@scu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد راهنمایی و مشاوره، amiraliamiri13@yahoo.com

۳. عضو هیئت‌علمی جهاد دانشگاهی خوزستان، emanrasekh@yahoo.com

## مقدمه و بیان مسئله

یکی از موضوعات تهدیدکننده جامعه و خانواده خودکشی است. خودکشی و اقدام به آن در اجلاس سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> (WHO) در سال ۱۹۹۶ به عنوان یکی از مسائل مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضداجتماعی اعلام شد. هر ساله یک میلیون نفر در جهان خودکشی می کنند (اودونل و ویلکینسون، ۲۰۱۲؛ نورتنداف، ۲۰۱۱) و در ۴۵ سال اخیر این آمار ۶۰ درصد افزایش داشته است (دلگادو، ۲۰۱۳). این پدیده علاوه بر زیانهای شخصی و خانوادگی، یک زیان اجتماعی هم شمرده می شود (مرادی، مرادی و مصطفوی، ۱۳۹۱). در بسیاری از فرهنگها، خودکشی عملی ننگین، گناه آلود، شرم آور و نشانه رفتارهای خودخواهانه یا فریبکارانه تلقی می شود. این باورها هم در جامعه و هم در بین کسانی که افکار خودکشی دارند، وجود دارد. دین اسلام به کرامت انسان و جانشین خداوند بودن انسان در روی زمین تأکید کرده و جان انسان را امانتی می داند که به او داده شده است. خداوند صراحتاً به کسانی که خودکشی کنند، آتش دوزخ را وعده داده است (قرآن کریم، سوره نساء، آیه ۳۰).

اقدام به خودکشی قبلی، یکی از قوی ترین پیش بین های خودکشی کامل است. در یک پژوهش نشان داده شد که یک سوم کسانی که با خودکشی می میرند، قبلاً یک بار سابقه اقدام به خودکشی داشته اند (لکومت و فورنس، ۱۹۹۸ به نقل از اسپریتو و اوور هولسر، ۲۰۰۳). پژوهشها نشان می دهد افراد اقدام کننده به خودکشی پس از مرخصی از بیمارستان در معرض خطر شدید هستند (سان و لانگ، ۲۰۰۸). دیزنهامر و همکاران (۲۰۰۷) ۶۶۵ نفر از افراد اقدام کننده به خودکشی را که از بیمارستان مرخص شده بودند، بررسی کردند. نتایج نشان داد که ۱۲/۸ درصد این افراد یک روز پس از مرخصی، ۲۸/۴ درصد یک هفته پس از مرخصی و ۴۷/۷ درصد یک ماه پس از مرخصی خودکشی کرده اند. مطابق این آمارها، بسیاری از نیازهای عمده این افراد قبل از مرخص شدن برآورده نشده است. تحقیقات زیادی نشان می دهد هرچه دوره بستری در بیمارستان کوتاه تر باشد، احتمال اقدام به خودکشی بیشتر می شود (دساعی، داوسی و روزنپک، ۲۰۰۵ به نقل از لینکز و همکاران، ۲۰۱۲). در یک پژوهش، وقتی بیماران بستری ۱ تا ۷ روزه یا ۷ تا ۱۴ روزه با بیمارانی که مدت بیشتری در بیمارستان بستری بودند مقایسه شدند، در گروه اول

1. World Health Organization

اقدام به خودکشی مجدد بیشتری دیده شد (دساعی و همکاران، ۲۰۰۵ به نقل از لینکز و همکاران، ۲۰۱۲). این موضوع زمانی نگران‌کننده‌تر می‌شود که بدانیم خودکشی و افکار خودکشی در نوجوانان آمار بالایی را نشان می‌دهد (گرونیام و همکاران، ۲۰۰۴ به نقل از راندل و همکاران، ۲۰۰۶). در یک پژوهش ملی نشان داده شد که ۱۶/۹ درصد دانش‌آموزان به‌طور جدی به خودکشی فکر می‌کنند، ۱۶/۵ درصد نقشه خاصی برای اقدام به خودکشی در نظر گرفته‌اند و ۸/۵ درصد اقدام به خودکشی داشته‌اند. از سوی دیگر، میزان خودکشی در جوانان و سالمندان نیز شیوع بالایی دارد و حتی در بعضی کشورها میزان خودکشی در افراد بالای ۶۵ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی است (کومار، آلیش و جورج، ۲۰۱۵).

با اینکه در ایران آمار مدون و دقیقی از میزان وقوع خودکشی وجود ندارد، براساس پژوهش‌های صورت‌گرفته آمار خودکشی در ایران وضعیتی مشابه سایر کشورها دارد (جمشیدزاده، ۱۳۸۲ به نقل از اکبری زردخانه و همکاران، ۱۳۸۸). براساس اعلام سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۹۶ مجموع تلفات خودکشی‌ها ۴۶۲۷ نفر بوده که نسبت به سال ۱۳۹۵ افزایش ۵ درصدی را نشان می‌دهد و از این تعداد خودکشی منجر به فوت، ۳۲۶۲ مورد مربوط به مردان و ۱۳۶۵ مورد مربوط به زنان بوده است (وب‌سایت باشگاه خبرنگاران جوان، ۱۳۹۷). البته بعضی از آمارها نشان می‌دهد در ایران خودکشی از بیشتر کشورهای دنیا به‌ویژه کشورهای غربی پایین‌تر، ولی از سایر کشورهای منطقه خاورمیانه بالاتر است. ایران از نظر خودکشی در رتبه پنجاه و هشتم جهان قرار دارد که در این میان، سه استان ایلام، کرمانشاه و همدان بالاترین آمار خودکشی را دارند (شمسی‌خانی و همکاران، ۱۳۸۶ به نقل از مرادی، مرادی و مصطفوی، ۱۳۹۱).

در سال ۱۳۹۶، بروز چندین مورد خودکشی در استان خوزستان رسانه‌ای شد و موجی از نگرانی‌ها را در جامعه به‌وجود آورد. نکته قابل‌توجه این است که در بین شهرستان‌های استان خوزستان، شهرستان مسجدسلیمان، اندیکا، هفتکل، باغملک و ایذه آمار بیشتری از خودکشی گرای را گزارش کرده‌اند. آمار منتشرشده نشان می‌دهد که در استان خوزستان از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۵ در مجموع ۱۱۵۹ خودکشی رخ داده است. از بین ۲۷ شهر این استان، مسجدسلیمان با ۶۲ نفر، اندیکا با ۲۵ نفر، هفتکل با ۹ نفر، باغملک با ۴۲ نفر و ایذه با ۷۵ نفر خودکشی،

برحسب نسبت جمعیت، در طول این پنج سال بیشترین نرخ خودکشی استان را به خود اختصاص داده‌اند. در مورد علل و عوامل خودکشی حدس و گمان‌های زیادی متصور است. چه عواملی سبب روند صعودی اقدام به خودکشی در استان خوزستان، به‌خصوص دو شهر نه‌چندان بزرگ ایذه و مسجدسلیمان شده است؟ آیا این نرخ بالای اقدام به خودکشی می‌تواند ریشه فرهنگی یا قومیتی داشته باشد؟ موضوع بسیار نگران‌کننده دیگر، نقش اسطوره‌سازی از افراد اقدام‌کننده به خودکشی و الگوپذیری افراد آسیب‌پذیر، به‌خصوص نوجوانانی است که مرحله هویت‌یابی را سپری می‌کنند. بررسی عوامل به‌طور دقیق می‌تواند راهنمایی برای کار مسئولان و درمانگران باشد. با توجه به آمار بالای میزان اقدام به خودکشی در استان خوزستان و اهمیت این موضوع، پژوهش حاضر به این پرسش کلی پاسخ می‌دهد که دلایل زیربنایی اقدام به خودکشی در شهرستان مسجدسلیمان و ایذه کدام‌اند؟

### روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع تحلیل ماتریس همبستگی یا کوواریانس است. از جمله پژوهش‌هایی که در آن‌ها ماتریس همبستگی یا کوواریانس استفاده می‌شود، تحلیل عاملی است. در تحلیل عاملی، هدف تلخیص مجموعه‌ای از داده‌ها یا رسیدن به متغیرهای مکنون<sup>۱</sup> (سازه) است. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل عوامل اکتشافی استفاده شد. جامعه این پژوهش تمامی افراد اقدام‌کننده به خودکشی در سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ در شهرستان‌های ایذه و مسجدسلیمان هستند. به‌دلیل شرایط و محدود بودن نمونه، همه افرادی که در این محدوده زمانی اقدام به خودکشی کرده بودند به‌عنوان نمونه پژوهش بررسی شدند و نمونه‌گیری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت.

### ابزار پژوهش

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه محقق‌ساخته و پرسشنامه انگیزه اقدام به خودکشی<sup>۳</sup> (IMSA) است. پس از بررسی پیشینه نظری و پژوهشی مربوط به اقدام به خودکشی، ۲۶ گویه

- 
1. Latent variables
  2. Construct
  3. Inventory of Motivations for Suicide Attempts

به‌عنوان پرسشنامه محقق‌ساخته طراحی شد. بعد از حذف ۹ ماده، روایی محتوایی پرسشنامه ۱۷ ماده‌ای محقق‌ساخته تأیید شد. همچنین به‌دلیل کاربرد زیاد پرسشنامه انگیزه اقدام به خودکشی (IMSA) در پژوهش‌های آسیب‌شناسی خودکشی، تمام ماده‌های این پرسشنامه مورد استفاده واقع شد (کوله‌مرزی و همکاران، ۲۰۱۸؛ می، ابرین، لئو و کلونسکی، ۲۰۱۶). پرسشنامه انگیزه اقدام به خودکشی (IMSA) یک ابزار خودگزارشی است که توسط می و کلونسکای (۲۰۱۳) برای ارزیابی انگیزه‌های اقدام به خودکشی و با تأکید بر نظریه‌های اصلی گرایش به خودکشی ساخته شد. این پرسشنامه بر مبنای نظریه‌های رایج خودکشی‌گرایی و نظرات محققان و متخصصان بالینی است. همچنین پرسشنامه شامل ده مقیاس پنج‌ایتمی و چهار آیتم اضافه است. این آیتم‌ها در مقیاس‌های لیکرت پنج‌درجه‌ای در دامنه صفر (اصلاً اهمیتی ندارد) تا چهار (مهم‌ترین) قرار دارند. برای هر کدام از این ده مقیاس، چهار ماده ساخته شد: ناامیدی<sup>۱</sup>، درد روانی<sup>۲</sup>، فرار<sup>۳</sup>، مشقت و رنج<sup>۴</sup>، تعلق‌پذیری کم<sup>۵</sup>، بی‌پروایی<sup>۶</sup>، کمک خواستن<sup>۷</sup>، تأثیر میان‌فردی<sup>۸</sup>، حل مشکل<sup>۹</sup> و تکانشی‌بودن<sup>۱۰</sup>. برای بررسی روایی این پرسشنامه از تحلیل عامل استفاده شد که دو عامل را نشان داد. عامل اول که عامل «درون‌فردی» نامیده شد، شامل علت‌های درونی مرتبط با حالت‌های روحی مضطرب‌کننده است (درد روانی، فرار، ناامیدی، رنج و مشقت، تعلق‌پذیری اندک و بی‌پروایی). این عامل ۳۲/۹ درصد واریانس نمونه دانشجویان و ۳۷/۷ درصد واریانس نمونه بیماران سرپایی را تبیین کرد. عامل دوم به نام «میان‌فردی» شامل علت‌های متمرکز بر دیگر مسائل مرتبط با تمایل به تأثیرگذاری بر دیگران است (کمک‌خواهی و تأثیر میان‌فردی). این عامل ۱۶/۹ درصد واریانس نمونه دانشجویان و ۲۲/۷ درصد واریانس نمونه بیماران سرپایی را تبیین می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ نیز برای عامل اول ۰/۸۸ و برای عامل دوم ۰/۹۲ گزارش شده است (می و کلونسکای، ۲۰۱۳).

1. Hopelessness
2. Psychache
3. Escape
4. Burdensomeness
5. Low belongingness
6. Fearlessness
7. Help seeking
8. Interpersonal influence
9. Problem solving
10. Impulsivity

## یافته‌ها

جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل میانگین سنی، انحراف معیار و فراوانی را به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سن افراد به تفکیک جنسیت در نمونه پژوهش

نمونه	تعداد	میانگین سنی	انحراف معیار	حداقل سن	حداکثر
زن	۷۲	۲۸/۰۵	۸/۸۷	۱۳	۴۴
مرد	۳۱	۲۶/۵۷	۷/۵۵	۱۶	۵۶
کل	۱۰۳	۲۷/۳۲	۸/۷۰	۱۳	۵۶

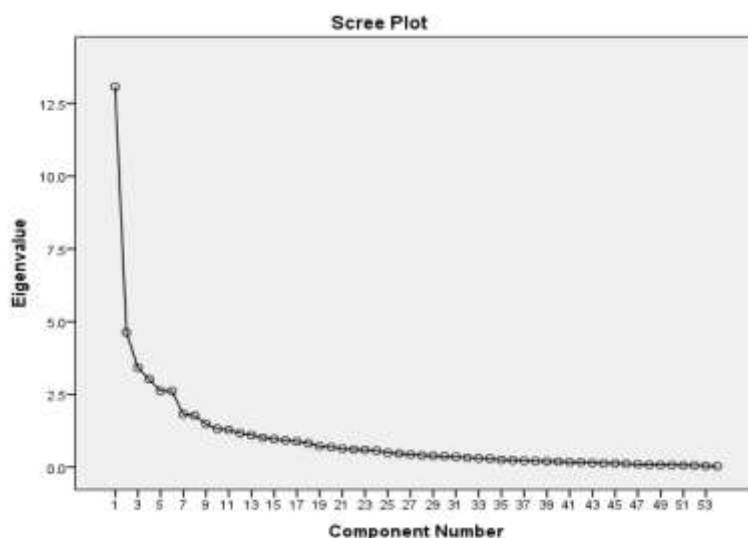
همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در این پژوهش ۷۲ زن و ۳۱ مرد شرکت کردند. میانگین و انحراف معیار سن در زنان به ترتیب ۲۸/۰۵ و ۸/۸۷ و در مردان به ترتیب ۲۶/۵۷ و ۷/۵۵ و در کل نمونه برابر با ۲۷/۳۲ و ۸/۷۰ است. از ۱۰۳ اقدام‌کننده به خودکشی، حداقل سن ۱۳ سال و حداکثر سن ۵۶ سال است. همچنین یافته‌های توصیفی نشان داد از این افراد، ۵ زن و ۱۷ مرد بیش از یک بار سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند. ۴۸ نفر با خوردن قرص، ۹ نفر با بریدن رگ دست، ۸ نفر با خوردن سموم شیمیایی، ۸ نفر با خوردن تریاک، ۵ نفر با دارزدن خود، ۲ نفر با خوردن مواد شوینده و ۱ نفر با انداختن خود در رودخانه اقدام به خودکشی کرده‌اند.

برای پاسخگویی به پرسش پژوهش، تحلیل عامل از نوع مؤلفه‌های اصلی<sup>۱</sup> انجام گرفت؛ بنابراین با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS و با روش تحلیل عامل اکتشافی<sup>۲</sup> چرخش متعامد<sup>۳</sup> یا اورتاگونال (از نوع واریماکس<sup>۴</sup>) و حداقل بار عاملی ۰/۴۰ تحلیل عوامل شدند. در تحلیل عاملی ابتدا باید مناسب بودن داده‌ها و همچنین کفایت نمونه‌گیری برای تحلیل مشخص شود؛ بنابراین از آزمون کمو<sup>۵</sup> (Kmo) و آزمون بارتلت<sup>۶</sup> استفاده شد. کفایت نمونه‌گیری برای تحلیل با

1. Principal components
2. Explanatory factor analysis
3. Orthogonal
4. Varimax
5. Kaiser Mayer Olkin (kmo)
6. Bartlett

آزمون کمو نشان داد که در این پژوهش، مقدار آن برابر با ۰/۷۰ است. این مقدار کفایت نمونه‌گیری برای تحلیل در این پژوهش را نشان می‌دهد. شایان ذکر است که مقدار کمتر از ۰/۵۰ برای شاخص کمو نشانه نامناسب بودن کفایت نمونه‌گیری برای تحلیل است. مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل با آزمون بارتلت مشخص می‌شود. مناسب بودن داده‌ها زمانی است که این آزمون معنادار باشد. در پژوهش حاضر، مقدار آزمون بارتلت برابر با ۳۸۷۵/۳۴ بود که در سطح ۰/۰۰۰۱  $P \leq$  معنادار است. این نتایج نشان داد که تعداد افراد نمونه و داده‌های به دست آمده برای تحلیل مناسب است. برای چرخش عوامل، از روش چرخش واریماکس استفاده شده و ۲۵ چرخش رخ داده است. همچنین حدنصاب بار عاملی ۰/۴۰ است. برای تعیین تعداد عوامل مربوط به خودکشی، سه شاخص مقدار ویژه<sup>۱</sup>، نسبت واریانس تبیین شده توسط هر عامل و نمودار مقادیر ویژه در نظر گرفته شد که از طریق آزمون اسکری<sup>۲</sup> به دست می‌آید.

نمودار ۱ عوامل استخراجی زیربنایی اقدام به خودکشی را در شهرستان مسجدسلیمان و ایذه نشان می‌دهد.



نمودار ۱. عوامل استخراجی زیربنایی اقدام به خودکشی در شهرستان مسجدسلیمان و ایذه

1. Eigenvalue
2. Scree test

همان‌طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، نه عامل را می‌توان مشاهده کرد که مقدار ویژه آن‌ها از ۱/۴ بیشتر است. تحلیل عوامل با استفاده از چرخش متعامد برای شناسایی ساختار عاملی نتایج نمودار اسکری را تأیید کرد و نشان داد که نه عامل استخراج شده ۶۳/۷۵ درصد واریانس ماده‌ها را تبیین می‌کنند. ۱۷ ماده به دلیل نداشتن بار عاملی از تحلیل‌های بعدی حذف شدند و بنابراین با حذف این ماده‌ها، تعداد ماده‌های پرسشنامه به ۵۴ تقلیل یافت. عامل اول (۲۰ ماده) «درد روانی و ناامیدی»، عامل دوم (۷ ماده) «فشار به اطرافیان/تنهایی»، عامل سوم (۶ ماده) «کمک‌طلبی»، عامل چهارم (۴ ماده) «خیرخواهی برای خانواده»، عامل پنجم (۴ ماده) «تکانشگری»، عامل ششم (۴ ماده) «رهایی از درد»، عامل هفتم (۳ ماده) «حل مسئله»، عامل هشتم (۳ ماده) «ابراز خشم و تنفر» و عامل نهم (۳ ماده) «مشکلات مالی و اشتغال» نام‌گذاری شدند. جدول ۲ بارهای عاملی اکتشافی پرسشنامه دلایل اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. بارهای عاملی اکتشافی پرسشنامه دلایل اقدام به خودکشی

شماره	گویه‌ها	بار	بار	بار	بار	بار	بار	بار	بار
۲	احساس ناامیدی می‌کردم	۰/۸۲							
۶	دیگر امیدى نداشتم که در آینده چیزی بهتر شود	۰/۷۷							
۴۰	افکارم قابل تحمل نبودند	۰/۷۰							
۲۹	دیگر از خودکشی نمی‌ترسیدم	۰/۷۱							
۱۲	واقعاً می‌خواستم بمیرم	۰/۷۱							
۳	قبلاً این کار را کرده بودم و این دفعه آخر اصلاً احساس ترس نمی‌کردم	۰/۷۰							
۳۲	خیلی خودم را برانگیخته کرده بودم	۰/۶۸							
۳۷	آینده تاریکی در انتظارم بود	۰/۶۷							
۲۷	آن‌قدر تنها بودم که نمی‌توانستم تنهایی‌ام را تحمل کنم	۰/۶۶							
۲۱	احساساتم بسیار آشفته و غیرقابل کنترل بود	۰/۶۵							
۱	خیلی پریشان بودم و می‌خواستم از خودم فرار کنم	۰/۶۴							
۳۸	شایسته هیچ چیزی نبودم	۰/۶۴							
۷	دیگر نمی‌توانستم همه هیجانات و احساساتی را که در سر داشتم تحمل کنم	۰/۶۳							
۲۴	از کنترل خارج شده بودم و نمی‌دانستم چه کار کنم	۰/۶۲							



ادامه جدول ۲. بارهای عاملی اکتشافی پرسشنامه دلایل اقدام به خودکشی

شماره	گویه‌ها	بار عقل عقل عقل عقل عقل عقل عقل عقل عقل
۱۰	دیگر به هیچ چیزی احساس تعلق نمی‌کردم	۰/۶۰
۱۶	دیگر نمی‌توانستم اشتباهات خودم را ببینم	۰/۵۶
۴۵	تا آن موقع این قدر ناامید و درمانده نشده بودم	۰/۵۳
۲۳	این قدر احساس حقارت می‌کردم که نمی‌توانستم خودم را ببینم	۰/۴۷
۲۵	می‌خواستم به خودم ثابت کنم شرایط واقعاً بد است	۰/۴۶
۱۷	مدتی درموردش فکر کرده بودم و بالاخره اقدام کردم	۰/۴۲
۵۳	امیدوار بودم با این کارم روی رفتارهای اطرافیانم تأثیر بگذارم	۰/۸۸
۵۱	احساس می‌کردم با تمام دنیای اطرافم قطع ارتباط کرده‌ام	۰/۸۵
۳۱	فکر می‌کردم کسی مرا دوست ندارد	۰/۶۹
۱۹	کسی را برای دوست‌داشتن نداشتم	۰/۶۷
۱۱	می‌خواستم افرادی که با من رفتار خوبی نداشتند، احساس پشیمانی و تأسف کنند	۰/۶۵
۱۵	می‌خواستم کسی را مجبور کنم نظرش را تغییر دهد	۰/۵۶
۳۰	این کار من برای اطرافیانم بسیار وحشتناک بود	۰/۴۵
۲۸	می‌خواستم به دیگران بفهمانم که چقدر آشفته‌ام	۰/۸۲
۸	می‌خواستم بدانم آیا کسی هست که واقعاً نگران من باشد	۰/۸۱
۵	می‌خواستم از کسی کمک بگیرم	۰/۵۷
۵۴	می‌خواستم دیگران بدانند که من چقدر آسیب دیده‌ام	۰/۵۶
۴۳	می‌خواستم در یک بیمارستان پذیرش شوم تا به من کمک شود	۰/۵۳
۳۶	می‌خواستم دیگران را بترسانم	۰/۵۰
۴	می‌خواستم خانواده‌ام بهتر زندگی کنند	۰/۸۸
۳۴	نمی‌خواستم دیگر باری بر دوش دیگران باشم	۰/۶۷
۱۴	زنده‌بودن من تنها دلیل دشوارشدن زندگی اطرافیانم بود	۰/۶۵
۴۸	احساس می‌کردم با این کار بعضی مشکلات خاص حل می‌شود	۰/۶۰

ادامه جدول ۲. بارهای عاملی اکتشافی پرسشنامه دلایل اقدام به خودکشی

شماره	گویه‌ها	بار	بار	بار	بار	بار	بار	بار	بار
۳۳	هیچ دلیلی برای این کار نداشتم و اتفاقی این کار را کردم	۰/۸۶							
۴۹	این یک تصمیم خاص لحظه‌ای بود	۰/۸۶							
۲۶	این کارم کاملاً تکانشی و ناگهانی بود	۰/۸۳							
۴۲	این فکر همین‌طور آمد و من واقعاً درموردش فکر نکرده بودم	۰/۵۴							
۴۷	می‌خواستم درد ذهنی‌ام را متوقفم کنم	۰/۸۲							
۳۵	خودم را ناچیز می‌دیدم و با مردن راحت می‌شدم	۰/۶۸							
۴۶	دیگر نمی‌توانستم دردهای احساسی‌ام را تحمل کنم	۰/۶۸							
۹	دیگر وضعیت ذهنی‌ام قابل تحمل نبود	۰/۶۸							
۲۰	می‌خواستم مانع کسی شوم که قصد داشت به من ضربه بزند	۰/۸۱							
۲۲	به‌نظر می‌رسید این کار بهترین راه برای حل مشکلاتم است (شخصی، مالی و...)	۰/۷۵							
۱۳	می‌خواستم از آن شرایط سخت راحت شوم	۰/۷۰							
۱۸	خیلی از خودم متنفر بودم	۰/۴۱							
۵۰	می‌خواستم به معشوقم ضربه بزنم	۰/۸۲							
۳۹	می‌خواستم کسانی که به من کمک نکرده‌اند احساس گناه کنند	۰/۶۴							
۶۱	مشکلات مالی مرا به خودکشی سوق داد	۰/۵۴							
۵۸	به‌خاطر نیازهای اولیه و احتیاجات زندگی تحت فشار بودم	۰/۵۴							
۶۳	فشار بیکاری بودم برایم قابل تحمل نبود	۰/۴۱							

جدول ۲ نشان می‌دهد بارهای عاملی اکتشافی پرسشنامه دلایل اقدام به خودکشی در دامنه‌ای از ۰/۴۱ تا ۰/۸۶ قرار دارند.

جدول ۳ میانگین، انحراف استاندارد و آلفای کرونباخ عوامل استخراجی پرسشنامه دلایل اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد. مطابق جدول، ۵۴ ماده استخراجی در ۹ عامل قرار دارند و پایایی عوامل استخراج شده در دامنه‌ای از ۰/۳۶ تا ۰/۹۴ است. ارزش‌های ویژه بیشتر از ۱/۴۰ به ۹ عامل می‌رسند که روی هم ۶۳/۷۵ درصد واریانس کل پرسشنامه عوامل خودکشی را

تیین می‌کنند. در حقیقت عامل اول (درد روانی و ناامیدی) بیشترین سهم را در تییین واریانس عوامل اقدام به خودکشی دارد.

جدول ۳. مقدار ویژه، درصد واریانس تییین شده، میانگین، انحراف استاندارد و آلفای کرونباخ عوامل

استخراجی

عامل	تعداد ماده	مقدار ویژه	درصد واریانس تییین شده	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
اول (درد روانی و ناامیدی)	۲۰	۱۳/۰۶	۱۸/۶۳	۷۷/۵۲	۱۵/۶۲	۰/۹۴
دوم (فشار اطرافیان/تنهایی)	۷	۴/۶۳	۷/۸۱	۱۸/۱۰	۷/۱۰	۰/۸۱
سوم (کمک‌طلبی)	۶	۳/۴۱	۶/۵۱	۲۲/۴۳	۵/۱۸	۰/۸۰
چهارم (خیرخواهی برای خانواده)	۴	۳/۰۲	۶/۰۵	۱۰/۷۵	۴/۷۳	۰/۸۰
پنجم (تکانشگری)	۴	۲/۶۲	۵/۶۹	۸/۰۳	۴/۴۳	۰/۸۶
ششم (رهایی از درد)	۴	۲/۶۱	۵/۵۲	۱۱/۶۶	۴/۲۵	۰/۸۱
هفتم (حل مسئله)	۳	۱/۸۱	۵/۴۱	۷/۱۲	۳/۵۸	۰/۷۸
هشتم (ابراز خشم و تنفر)	۳	۱/۷۷	۴/۵۸	۷/۱۷	۳/۱۷	۰/۵۸
نهم (مشکلات مالی و اشتغال)	۳	۱/۴۸	۳/۵۵	۹/۲۱	۲/۸۳	۰/۳۶
جمع	۵۴	-	۶۳/۷۵	۱۷۲/۰۱	۲۵/۷۸	۰/۸۸

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد انگیزه‌های اقدام به خودکشی در نه عامل درد روانی و ناامیدی، فشار به اطرافیان/تنهایی، کمک‌طلبی، رهایی از درد، حل مسئله، تکانشگری، خیرخواهی برای خانواده و ابراز خشم/تنفر و مشکلات مالی/اشتغال قرار دارد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های میوه یان (۱۳۹۶)، خادم رضاییان و همکاران (۱۳۹۶)، زارع شاه‌آبادی، شفیع‌نژاد و مداحی (۱۳۹۶)، سفیری و رضایی‌نسب (۱۳۹۵)، کیانی، فاتحی‌زاده و قاسمی (۱۳۹۳)، کنستانتین و همکاران (۲۰۱۵)، معماری و همکاران (۱۳۸۵) و کینخاوی (۱۳۷۹) همخوانی دارد. عامل اول (درد روانی و ناامیدی) به احساس درماندگی، افسردگی، ناامیدی و درد روانی اشاره دارد (احساس ناامیدی می‌کردم). به نظر می‌رسد برای شرکت‌کنندگان موقعیت چنان دردآور بوده که

به دنبال راه فراری بوده‌اند و هیچ آمیدی نداشته‌اند که وضعیت بهتر شود. این احساس زمانی قابل‌درک‌تر می‌شود که بدانیم در این نمونه افرادی بودند که توسط اعضای خانواده اصلی خود مورد تجاوز قرار گرفته بودند یا فردی که به خاطر یک اشتباه در رانندگی موجب مرگ چند نفر از اعضای خانواده خود شده بود. این موقعیت‌های دردناک برای افراد غیرقابل‌تحمل بوده است و درد روانی بی‌نهایت همراه با استیصال سبب تصمیم به رهایی از استرس زیاد شده است. برای بعضی از این افراد، هیچ آمیدی به بهتر شدن موضوع وجود نداشته است؛ چرا که بعضی از اتفاقات برای آن‌ها غیرقابل‌جبران و برگشت‌ناپذیر ادراک شده بود. بعضی از مشکلات چنان غیرقابل‌حل تلقی شده که حتی هفت بار اقدام به خودکشی قبلی هم در این نمونه پژوهشی دیده شد.

عامل دوم (فشار اطرافیان/تنهایی) به تلاش برای تأثیرگذاری بر رفتار اطرافیان و همچنین احساس تنهایی و نداشتن تعلق به دیگران اشاره دارد. مشارکت‌کنندگان معتقدند که نه کسی را دوست دارند و نه احساس می‌کنند که کسی آن‌ها را دوست دارد. گاهی ابراز کردند که هیچ احساس تعلق ندارند. از طرف دیگر، بعضی از این افراد تنها به این دلیل اقدام به خودکشی کرده بودند که فکر می‌کردند اطرافیان حرف آن‌ها را نمی‌شنوند و به خواسته‌های آنان اهمیتی نمی‌دهند. بعضی از افراد متأهل به خصوص زنان اظهار کردند که فقط به خاطر رفتارهای همسر و فرزندان خود اقدام به خودکشی کرده‌اند. در بین زنان متأهل، افرادی بودند که به دلیل اعتیاد شدید همسر خود اقدام به خودکشی کرده بودند. تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان علت خودکشی خود را روابط زناشویی متعارض دانستند؛ تا جایی که بعضی اشاره کرده بودند که تنها دلیل خودکشی آن‌ها خشونت فیزیکی از طرف شوهر بوده است. در همین نمونه پژوهشی، افرادی اظهار کردند که در خانواده جایی ندارند. چند نفر از زنانی که اقدام به خودکشی کرده بودند، عنوان کردند که اعتیاد همسرشان آن‌ها را به بن‌بست کشانده و هیچ نقطه آمیدی در زندگی ندارند. از طرف دیگر، پیام‌های متعارض و متناقضی که در خانواده‌های آشفته دیده می‌شود می‌تواند از عوامل خودکشی باشد. در بعضی تحقیقات، مشخص شده که اثرات خودکشی دوستی که اقدام به خودکشی کرده یا خودکشی موفق داشته است تأثیر مثبتی بر اقدام به خودکشی فرد دارد (بروسکی، ایرلند و رزنیک، ۲۰۰۱ به نقل از ولز و هیلپورن، ۲۰۱۲).

به نظر می‌رسد در بافت‌های قومیتی و خیلی نزدیک به هم، بعد از خودکشی فرد دیگر که احساس ترحم و دلسوزی دیگران را در پی دارد، افرادی هستند که به دلیل اینکه احساس می‌کنند شنیده نمی‌شوند، اقدام به خودکشی می‌کنند.

عامل سوم (کمک‌طلبی) راهی برای جلب حمایت و کمک از دیگران بود. این یافته با یافته‌های کلدی و گراوند (۱۳۸۱)، زارع شاه‌آبادی، شفیعی‌نژاد و مداحی (۱۳۹۶)، کیانی، فاتحی‌زاده و قاسمی (۱۳۹۳) همخوانی دارد، اما با یافته‌های نازمنانگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) همخوانی ندارد. آن‌ها می‌خواستند دیگران بدانند که در شرایط مناسبی نیستند و حالشان خوب نیست. در میان مشارکت‌کنندگان کسانی هستند که دچار ورشکستگی شده‌اند یا فقر مالی دارند. آن‌ها عنوان کردند که کسی به آن‌ها اهمیت نمی‌دهد و حاضر نیست به آن‌ها کمک کند. به نظر می‌رسد میزان درد و رنجی که این افراد تجربه می‌کنند سبب می‌شود آن‌ها به دنبال کمک و حمایت از جانب دیگران باشد، اما در فرهنگ‌های سنتی مثل مسجدسلیمان و ایزه، این کمک‌طلبی می‌تواند با مانعی مواجه شود. اول اینکه کمک‌طلبی، به‌خصوص در مردان، نشانه ضعف تلقی می‌شود. در فرهنگی که مرد باید قوی باشد و احساس ناتوانی را نشان ندهد، این مسیر تاریک ایجاد می‌شود. فرد نیاز به کمک دارد، ولی باورهای فرهنگی و قومیتی مانع قدم برداشتن و کمک‌خواستن می‌شود. دوم اینکه ممکن است مراکز یاری‌رسانی و مدیریت بحران به اندازه کافی در این شهرستان‌ها نباشد. یک موضوع اساسی در این فرهنگ‌ها این است که وقتی حمایت‌های اجتماعی وجود داشته باشد، به نظر می‌رسد رفتار کمک‌طلبی از مراکز رسمی کاهش می‌یابد. شاید در بطن این رفتار، تلاش برای پوشیده و محرمانه ماندن این ضعف باشد. یکی از مشکلات اساسی در خرده‌فرهنگ‌ها نگرش منفی به روان‌شناس و مشاور است. می‌توان گفت افراد این خرده‌فرهنگ‌ها احتمالاً ترس و بی‌اعتمادی عمیقی به مشاور و روان‌شناس دارند که به صورت باورهای بی‌اعتنایی و ناکارآمد بودن مشاور و روان‌شناس خود را نشان می‌دهد.

عامل چهارم (خیرخواهی برای خانواده) از متفاوت‌ترین عامل‌هایی است که در تحقیقات گذشته کمتر دیده شده است (می‌خواستم خانواده‌ام بهتر زندگی کنند). از بین شکل‌های مختلف

خودکشی، خودکشی دگرخواهانه<sup>۱</sup> شباهت زیادی به این عامل دارد. به نظر می‌رسد برای بعضی از افراد اقدام‌کننده به خودکشی، این اقدام به‌نوعی کمک به خانواده برای حفظ آبرو یا «راحت‌شدن از دست یک فرد مشکل‌دار» تلقی می‌شود. بعضی افراد در خانواده‌هایی هستند که حداقل صمیمیت و نزدیکی را دارند و خانه خود را به‌عنوان «مسکن و نه خانه»<sup>۲</sup> می‌دانند. نبود تعامل و ابرازنکردن مشکلات در این خانواده‌ها به‌گونه‌ای می‌شود که فرد خشم و درد را با احساس گناه توأمان تجربه می‌کند و ممکن است این احساس گناه به‌اندازه‌ای باشد که افراد به‌نوعی خود را فدای خانواده کنند تا خانواده حفظ شود. بار اضافه‌بودن بر دوش فردی<sup>۳</sup> یا تعلق‌پذیری خشتی<sup>۴</sup> اصالتاً بین‌فردی، و ناشی از شناخت‌های تحریف‌شده در مورد افراد مهم زندگی است. دومین عنصر نظریه بین‌فردی-روان‌شناختی<sup>۵</sup>، احساس بی‌خاصیت‌بودن است که در میل به خودکشی فرد نقش دارد؛ برای مثال ممکن است فرد احساس کند اگر او بیش از این در زندگی معشوقه‌اش نباشد و بمیرد، معشوقه‌اش راحت‌تر خواهد بود (استلرچت و همکاران، ۲۰۰۶).

عامل پنجم (تکانشگری) به تصمیم‌آنی و بدون تأمل اشاره می‌کند. تحقیقات نشان داده است که بین اقدام به خودکشی و تکانشگری رابطه وجود دارد (لیم، لی و پارک، ۲۰۱۶). از بین افراد شرکت‌کننده در پژوهش، افرادی هستند که قبلاً زمینه افسردگی نداشته‌اند و در موقعیتی که برایشان پیش آمده، بدون اینکه تأمل کنند، تصمیم به خودکشی گرفته‌اند. در صحبت‌هایی که این افراد در زمان تکمیل پرسشنامه داشتند، دیده می‌شد که افراد احساس پشیمانی شدیدی بابت تصمیم به خودکشی دارند. حتی گاهی این تجربه را مجزا از خود می‌بینند و باور نمی‌کنند که این کار را انجام داده‌اند. افرادی هستند که قبلاً نشانه افسردگی نداشته‌اند و پس از یک اتفاق، به‌سرعت اقدام به خودکشی کرده‌اند. یکی از این افراد به‌دلیل اینکه در رانندگی بی‌احتیاطی کرده و به‌دلیل تصادف، چند نفر از اعضای خانواده‌اش را از دست داده است، بدون اینکه زمان بگذرد، اقدام به خودکشی کرده است. به نظر می‌رسد پیشگیری از این نوع خودکشی‌ها اندکی دشوار است؛ زیرا این خودکشی‌ها معمولاً در غیاب

- 
1. Altruistic suicide
  2. A house but not a
  3. Burdensomeness
  4. Thwarted belongingness
  5. Interpersonal-Psychological Theory

نشانه‌های شدید افسردگی و ناامیدی صورت می‌گیرند و همین امر سبب می‌شود حضور و حمایت اطرافیان در پیشگیری از این اقدام به حداقل برسد. باز هم می‌توان به این نکته اشاره کرد که در قومیت‌ها ممکن است باورهای قومیتی در ابراز خشم و ناتوانی و نشان‌دادن علائم هشداردهنده سبب بروز این اقدام به خودکشی‌ها شود.

عامل ششم (رهایی از درد) نشان داد گاهی درد ادراک‌شده توسط فرد غیرقابل تحمل بوده و خودکشی به‌نوعی رهاشدن از این وضعیت دردناک بوده است (می‌خواستم درد ذهنی‌ام را متوقفم کنم). در مدل مکعبی خودکشی<sup>۱</sup> (استلرچت و همکاران، ۲۰۰۶) رفتارهای خودکشی به‌عنوان وقوع هم‌آمیزی سه عامل روان‌شناختی روی سه محور تبیین می‌شود و اولین محور این مکعب، رنج غیرقابل تحمل است. زمانی فرد اقدام به خودکشی می‌کند که در بالاترین سطح درد، فشار و تشویش باشد. الزاماً هر کسی که در این موقعیت قرار بگیرد، اقدام به خودکشی نمی‌کند، اما هر فردی که اقدام به خودکشی می‌کند، در زمان خودکشی در این موقعیت قرار دارد؛ به عبارت دیگر، فرد به‌دنبال راهی برای رهاشدن از رنج مستمر و بی‌پایان است.

عامل هفتم (حل مسئله) به این موضوع اشاره دارد که افراد اقدام‌کننده به خودکشی به‌دنبال راهی برای حل مسائل خود هستند و خودکشی آن‌ها بهترین راه‌حل مشکل است (می‌خواستم مانع کسی شوم که قصد داشت به من ضربه بزند). در نمونه این پژوهش، فردی است که می‌خواست با کسی ازدواج کند که دوستش دارد، اما خانواده معتقد بودند که او باید با پسرعموی خود ازدواج کند؛ چرا که این رسم قدیمی است و این ازدواج برایشان حکم قوی‌تر شدن پیوندهای خانواده را دارد. او فکر می‌کرد با کشتن خودش موجب می‌شود حداقل خواهرانش «بدبخت» نشوند.

عامل هشتم (ابراز خشم و تنفر) نشانه‌ای از احساسات سرکوب‌شده نسبت به خود و اطرافیان است (خیلی از خودم متنفر بودم). ناتوانی در تغییر شرایط و بازخوردهای دریافت‌شده از دیگران ممکن است سبب ایجاد خشم و تنفر از خود فرد شود. به‌نظر می‌رسد این خشم مداوم از خود می‌تواند موجب احساس نفرت شود. همچنین آسیب به خود را می‌توان شیوه‌ای منفعلانه برای ابراز خشم و به شکل ایجاد احساس گناه در اطرافیان فرد اقدام‌کننده به خودکشی دانست.

عامل نهم (مشکلات مالی و اشتغال) از مهم‌ترین عوامل اقدام به خودکشی در جوامع مختلف است (خادم رضاییان و همکاران، ۱۳۹۶). منابع مالی و اقتصادی می‌تواند بر سایر جنبه‌های زندگی افراد تأثیر بگذارد. تأمین‌نشدن نیازهای ضروری روزمره، دسترسی‌نداشتن به امکانات بهداشتی و پزشکی، ناتوانی در تأمین مسکن و زندگی در محله‌های پرآسیب، مشکل در ازدواج و تأمین نیازهای فرزندان از نمونه مسائل مرتبط با اشتغال و سطح درآمد هستند که فشارهای روانی مستمری را به افراد وارد می‌کنند.

به‌دلیل دشواری دسترسی به افراد، جنسیت تفکیک و تحلیل‌نشده و یافته‌های این پژوهش مربوط به مردان و زنان رده‌های سنی متنوع است. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش آن است که اطلاعات به‌دست‌آمده، اطلاعات مربوط به خودگزارشی هستند و از دیگر منابع اطلاعاتی نظیر مقیاس‌های رفتاری (مشاهده) یا گزارش‌های مصاحبه‌گرای مستقل و استاندارد استفاده نشده است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه‌ای از مردان و زنان در رده‌های سنی کنترل‌شده اجرا شود و عوامل زیربنایی استخراج‌شده مقایسه شوند. همچنین با توجه به اینکه آمار خودکشی در شهرستان‌های دیگر نیز قابل‌توجه است، پیشنهاد می‌شود در شهرستان‌های دیگر نیز این موضوع بررسی شود.



## منابع

- قرآن کریم (۱۳۸۳)، ترجمه حسین انصاری، قم: نشر اسوه.
- اکبری زردخانه، سعید؛ جعفری، سالار؛ دولتشاهی، بهروز و مریم ممقانیه (۱۳۸۸)، «رابطه خودکشی با ویژگی‌های شخصیتی و رویدادهای زندگی»، *مجله علوم رفتاری*، شماره ۳: ۱۵۷-۱۵۱.
- خادم رضاییان، مجید؛ جراحی، لیدا؛ محرری، فاطمه؛ افشاری، رضا؛ معتمد الشریعتی، سید محمد؛ اخروی، ندا و محمد خواجه دلویی (۱۳۹۶)، «بررسی اپیدمیولوژی موارد اقدام به خودکشی در استان خراسان رضوی در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۴»، *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، شماره ۲: ۱۲۸-۱۳۵.
- زارع شاه‌آبادی، اکبر؛ شفیعی‌نژاد، مجتبی و جواد مداحی (۱۳۹۶)، «اقدام به خودکشی بین زنان آبدانان: انگیزه‌ها و شرایط»، *زن در توسعه و سیاست*، شماره ۳: ۴۲۷-۴۴۶.
- کیانی، احمدرضا؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ و نظام‌الدین قاسمی (۱۳۹۳)، «بررسی کیفی عوامل خانوادگی دخیل در اقدام به خودکشی»، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، شماره ۴: ۲۴۱-۲۵۱.
- کیخاوی، ستار (۱۳۷۹)، «بررسی شیوع خودکشی موفق و ناموفق در استان ایلام»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، شماره ۲۸: ۷-۱۳.
- مرادی، علیرضا؛ مرادی، رحیم و احسان مصطفوی (۱۳۹۱)، «بررسی میزان و عوامل مرتبط به خودکشی در شهرستان بهار»، *فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، شماره ۱: ۵۰-۵۸.
- معماری، اشرف‌الملوک؛ رمیم، طیب؛ امیر مرادی، فرشته؛ خسروی، خدیجه و زهرا گودرزی (۱۳۸۵)، «علل اقدام به خودکشی در زنان متأهل»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، شماره ۱۱: ۴۷-۵۳.
- میوه یان، میلاد (۱۳۹۶)، «بررسی عوامل خودکشی و اقدام به خودکشی در استان کرمانشاه»، *فصلنامه علمی-حقوقی قانون یار*، شماره ۳: ۹۹-۱۱۷.
- آخرین آمار خودکشی در ایران (۱۳۹۷)، «وبسایت باشگاه خبرنگاران جوان»، <https://www.yjc.ir/fa/news/6660232>

- Akbari Zardkhaneh, S., Jafari, S., Dowlatshahi, B., and Mamaghanieh, M. (2009), "Relationship of Suicide with Personality Characteristics and Life Events", **Journal of Behavioral Sciences**, No. 2: 151-157. *(In Persian)*
- Moradi, A. R., Moradi, R., and Mostafavi, E. (2011), "A Survey of The Rate and Effective Factors on Suicide in Bahar", **Journal of Research in Behavioral Sciences**, Vol. 10, No. 1: 50-58. *(In Persian)*
- Delgado, K. J. (2012), **The Role of Relationships in Completed Suicide: A Gendered Analysis of Suicide Notes**, Thesis, Faculty of the School of Professional Psychology Wright State University.
- Deisenhammer, E. A., Huber, M., Kemmler, G., Weiss, E. M., and Hinterhuber, H. (2007), "Suicide Victims' Contacts with Physicians during the Year Before Death", **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, No. 8: 480-485.
- <https://www.yjc.ir/fa/news/6660232>
- Keikhavi, S. (1997), "Prevalence of Successful and Unsuccessful Suicides in Ilam, (2000)", **Ilam University of Medical Sciences**, No. 28: 7-13. *(In Persian)*
- Khadem Rezaian, M., Jarahi, L., Moharreri, F., Afshari, R., Motamedalshariati, S. M., Okhravi, N., and Khajedaluae, M. (2017), "Epidemiology of Suicide Attempts in Khorasan Razavi Province, 2014-2015", **Iranian Journal of Epidemiology**, No. 2: 128-135. *(In Persian)*
- Kiani, A., Fatehizadeh, M., and Ghasemi, N. (2013), "A Quantitative Study of Family Factors that Interfere with Suicide Attempters", **Journal of Research in Behavioral Science**, No. 4: 245-251. *(In Persian)*
- Kulehmarzi, B., Javad, M., Karami, J., Momeni, K., and Elahi, A. (2018), "The Effectiveness of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) and Dialectical Behavior Therapy Based on Compassion on Resilience and Motivations for Suicide Attempts in People Attempted Suicide", **Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association**, Vol. 13, No. 1: 26-39. *(In Persian)*
- Kumar, P. S., Anish, P. K., and George, B. (2015), "Risk Factors for Suicide in Elderly in Comparison to Younger Age Groups", **Indian Journal of Psychiatry**, No: 3, 249.
- Lim, M., Lee, S., and Park, J. (2016), "Differences between Impulsive and Non-Impulsive Suicide Attempts among Individuals Treated in Emergency Rooms of South Korea", **Psychiatry Investigation**, No. 4: 389-396.
- Links, P., Nisenbaum, R., Ambreen, M., Balderson, K., Bergmans, Y., Eynan, R., Harder, H., and Cutcliffe, J. (2012), "Prospective Study of Risk Factors for Increased Suicide Ideation and Behavior Following Recent Discharge", **General Hospital Psychiatry**, No. 34: 88-97.
- May, A. M., O'Brien, K. H. M., Liu, R. T., and Klonsky, E. D. (2016), "Descriptive and Psychometric Properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA) in an inpatient Adolescent Sample", **Archives of Suicide Research**, No. 3: 476-482.

- May, A. M., and Klonsky, E. D. (2013), "Assessing Motivations for Suicide Attempts: Development and Psychometric Properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts", **Suicide and Life-Threatening Behavior**, No. 5: 532–546.
- Memari, A., Ramim, T., Amirmoradi, F., Khosravi, K., and Godarzi, Z. (2006), "Causes of Suicide in Married Women", **Hayat**, No. 1: 47–53. (*In Persian*)
- Mivehyan, M. (2017), "Investigating Suicidal Suicide Factors in Kermanshah Province", **Journal of Civil & Legal Sciences**, No. 3: 99–117. (*In Persian*)
- Nordentoft, M. (2011), "Crucial Elements in Suicide Prevention Strategies", **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, No. 35: 848–853.
- Nsamenang, S. A., (2014), **Attitudes toward Suicide, Mental Health, and Help-Seeking Behavior among African Immigrants: An Ecological Perspective**, Thesis, East Tennessee State University.
- O'Donnell, H., and Wilkinson, E. (2012), "Prevention of Suicide in Northern Ireland", **Mental Health Practice**, No. 8: 25–29.
- Randell, B. P., Wang, W. L., Herting, J. R., and Eggert, L. L. (2006), "Family Factors Predicting Categories of Suicide Risk", **Journal of Child and Family Studies**, No. 3: 247–262.
- Spirito, A., and Overholser, J. C. (2003), **Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: from Research to Practice**, London: Academic Press, the Obalds Road.
- Stellrecht, N. E., Gordon, K. H., Van Orden, K., Witte, T. K., Wingate, L. R., Cukrowicz, K. C., et al. (2006), "Clinical Applications of the Interpersonal-Psychological Theory of Attempted and completed suicide", **Journal of Clinical Psychology**, No. 2: 211–222.
- Sun, F.K., and Long, A. (2008), "A Theory to Guide Families and Careers of People Who Are at Risk of Suicide", **Journal of Clinical Nursing**, No. 17: 1939–1948.
- Wells, K. C., and Heilbron, N. (2012), "Family-Based Cognitive-Behavioral Treatments for Suicidal Adolescents and Their Integration with Individual Treatment", **Cognitive and Behavioral Practice**, No. 19: 301–314.
- Zare Shahabadi, A., Shafiee Nejad, M., and Madahi, J. (2017), "Suicidal Behavior among Women of Abdanan: Motivations and Conditions", **Woman in Development and Politics (Women's Research)**, No. 3: 427–446. (*In Persian*)