برخی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی

فریبا موسوی*، حمیرا سجادی**، حسن رفیعی***، آوات فیضی****

طرح مسأله: *خودکشی یک مشکل روانی و اجتماعی و اولین گام در برنامه‌ریزی برای پیشگیری از خودکشی، توجه به کانون خانواده می‌باشد. این پژوهش به منظور شناخت برخی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی انجام گرفته است.*

روش: *این تحقیق یک مطالعهٔ مورد ـ شاهدی می‌باشد. جامعهٔ آماری آن در گروه مورد، کلیهٔ افراد اقدام‌کننده به خودکشی ساکن شهر اراک می‌باشد که در فاصله زمانی مهر ۱۳۸۲ تا پایان اسفند ماه ۱۳۸۲ برای دریافت خدمات اورژانس به بیمارستان ولیعصر (عج) شهر اراک مراجعه کرده و تعداد آن‌ها در گروه مورد ۱۳۰ نفر (۵۱ مرد و ۷۹ زن) بوده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، فهرست وارسی حاوی سؤالات بسته بوده است.*

یافته‌ها: *آزمون‌های آماری رابطهٔ معناداری بین «طلاق والدین، خشونت در خانواده، درجهٔ ارتباط کلامی در خانواده، اختلاف والدین، مورد اذیت و آزار قرار گرفتن به لحاظ جسمانی، کلامی یا جنسی در دوران کودکی، سابقهٔ اقدام به خودکشی در خانواده یا آشنایان، سابقهٔ مصرف مواد در خانواده، مراجعه به روان‌پزشک در خانواده» و اقدام به خودکشی را نشان دادند.*

نتایج: *خانواده یک کانون فرهنگی اجتماعی مهم به شمار می‌آید و با افزایش ارتباط و انسجام در خانواده می‌توان به کاهش آمار خودکشی کمک کرد.*

کلید واژه‌ها: اراک، اقدام به خودکشی، عوامل خانوادگی

تاریخ دریافت: ۸۵/۴/۱۵ ***تاریخ پذیرش: ۸۷/۳/۸***

* کارشناس ارشد برنامه‌ریزی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، کارشناس مسئول دفتر مطالعات اجتماعی و فقرزدایی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی <faribamosavi66@yahoo.com>

** متخصص پزشکی اجتماعی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** روان‌پزشک، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

**** دانشجوی دکتری آمار، دانشگاه تربیت مدرس

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

خودکشی یکی از پدیده‌هایی است که همواره مورد بحث در علوم مختلف به خصوص علوم اجتماعی و روان‌شناسی و روان‌پزشکی می‌باشد. بر اساس گزارش‌های رسمی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ هر ساله حداقل ۵۰۰ هزار نفر در جهان از طریق خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند. این در حالی است که برآورد واقعی سالانهٔ خودکشی در حدود یک میلیون نفر می‌باشد (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۵) که این میزان بسیار بیشتر از تعداد کشته‌شدگان جنگ و مقتولان نزاع‌های بین فردی است. همچنین تخمین زده می‌شود که تعداد موارد اقدام به خودکشی ۸ تا ۱۰ برابر خودکشی‌های موفق می‌باشد و احتمالاً هیچ کشوری نیست که آمارهای داخلی قابل اعتمادی دربارهٔ تعداد موارد اقدام به خودکشی داشته باشد. بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، خودکشی در ایران نسبت به سایر کشورهای جهان پایین‌تر است ولی روند رو به رشد اختلالات روانی در جامعه و برخوردهای غیراصولی و سنتی با این مسأله زمینهٔ افزایش بروز این معضل اجتماعی را فراهم می‌کند. میزان بروز خودکشی در ایران ۶/۲ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت است، در حالی که این آمار در کشورهای غربی بالای ۱۲ نفر در صدهزار نفر جمعیت است. هم‌چنین میانگین سن خودکشی در ایران ۲۹ سال و نسبت به کشورهای غربی بسیار پایین‌تر است (یاسمی و همکاران، ۱۳۷۲). در سال‌های اخیر خودکشی در افراد نوجوان و جوان در کشورهای مختلف افزایش نگران‌کننده‌ای نشان داده است. تغییر ساختار جمعیتی کشور و جوان‌تر شدن آن که مساوی است با افزایش افراد اقدام‌کننده به خودکشی نیز بر ابعاد مشکل افزوده است. تمایل به خودکشی به دوره‌ای خاص از زندگی تعلق ندارد، اما به نظر می‌رسد که نوجوانان و جوانان در لحظه‌هایی از زندگی که با مشکلات شخصی روبه‌رو می‌شوند، شکنندگی بیشتری نشان می‌دهند. از سال ۱۹۶۰، میزان خودکشی در میان نوجوانان به طور تقریب ۲۰۰ درصد افزایش پیدا کرده است و به عنوان پنجمین علت مرگ در بین نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله شناخته شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳، به نقل از احمدی‌زاده). تعدادی از عوامل شخصیتی، اجتماعی و خانوادگی می‌تواند زمینه‌ساز بروز خودکشی باشد (برمان و جونز، ۱۹۹۵).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

در زندگی اکثر کودکان و نوجوانان، خانواده همواره یک تکیه‌گاه محسوب می‌شود و نخستین مدرسه سلامت روان است از این رو شناخت به‌موقع و آگاهی از مشکلات عاطفی و روانی خانواده می‌تواند به کاهش خودکشی کمک کند. اهمیت خانواده در این است که وظیفه جامعه‌پذیری و تربیت نسل‌های آتی را نیز بر عهده دارد. در حال حاضر خانواده‌ها دچار انواع آسیب‌پذیری و بحران هستند که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از طلاق، اختلاف و تضادهای زناشویی، خودکشی، کودک‌آزاری، فرار دختران و اعتیاد. این بحران‌ها موجب می‌شود که خانواده نتواند به عملکرد اساسی خویش یعنی رشد عاطفه و وجدان اخلاقی عمل کند و هرگاه بنیان عاطفی و اخلاقی خانواده که از همبستگی اعضایش نشأت می‌گیرد، متزلزل شود تصور سایر انحراف‌های اجتماعی نیز دور از ذهن نخواهد بود (مشکاتی، ۱۳۸۱).

اراک یک شهر صنعتی می‌باشد که پدیدهٔ مهاجرت در سال‌های اخیر در آن رشد زیادی داشته است و شلوغی فزاینده و مهاجرت بی‌رویه و تداخل خرده فرهنگ‌های مختلف، زمینهٔ بروز معضلات اجتماعی از جمله گرایش به خودکشی را افزایش داده است. این پژوهش با هدف تعیین عوامل خانوادگی مؤثر بر خودکشی در مراجعان به مرکز آموزشی درمانی شهر اراک در نیمهٔ دوم سال ۱۳۸۲ انجام شد.

۱) پیشینهٔ مطالعه

امیل دورکیم خودکشی را چنین تعریف می‌کند: «خودکشی عبارت است از هر نوع مرگی که نتیجهٔ مستقیم و یا غیرمستقیم کردار مثبت یا منفی خود قربانی است که می‌دانسته می‌بایست چنین نتیجه‌ای را به بار آورد» (Durkheim, 1897)

خودکشی معمولاً به صورت خودکشی انجام یافته[1]، اقدام به خودکشی[2] و افکار خودکشی تظاهر می‌کند. خودکشی انجام یافته شامل همهٔ مواردی است که شخص با انجام یک عمل انهدامی و تخریبی صدمه‌ای به خود وارد می‌کند که منجر به مرگ می‌شود. اقدام

1. Completed suicide
2. Suicide Attempt

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

به خودکشی شامل آن دسته اقداماتی است که شخص به منظور از بین بردن خود انجام می‌دهد و لیکن منجر به مرگ نمی‌شود. این نوع خودکشی تحت عناوین مختلف مانند خودکشی ناقص، خودکشی ناموفق، عقیم، ژست خودکشی و ... نامیده می‌شود. افکار خودکشی شامل اشتغالات ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن می‌باشد که هنوز جنبهٔ عملی به خود نگرفته است (اسلامی نسب، ۱۳۷۱).

اگربو و همکارانش، در دانمارک، در یک مطالعهٔ مورد ـ شاهدی به بررسی فاکتورهای خطر خانوادگی، روانی و اقتصادی در خودکشی پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد که به‌طور کلی ۴۹۶ فرد جوان در دانمارک در طی سال‌های ۱۹۸۱-۱۹۷۷ مرتکب خودکشی شده بودند. مردان سه و نیم برابر بیشتر از زنان مرتکب خودکشی شده بودند و خطر خودکشی در بین افراد جوان با سابقهٔ خانوادگی خودکشی، سابقهٔ بیماری روانی، مجرد بودن، بیکار شدن، جدایی از والدین، والدین دارای تحصیلات پایین و یا درآمد کم، افزایش بیشتری داشت (Agerbo, et al., 2002).

پیرسون و همکاران (Pearson, et al., 2002) در یک مطالعه در چین به بررسی ۱۴۷ نفر زن زیر ۳۵ سال که اقدام به خودکشی کرده بودند و در مناطق روستایی چین زندگی می‌کردند پرداختند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۷۵ درصد این زنان متأهل بوده و متوسط سن آن‌ها ۲۶/۶ سال، تعداد سال‌های متوسط تحصیلات ۵/۱ بود و ۸۷ درصد آن‌ها در فعالیت‌های تولیدی شرکت داشتند. بیش‌ترین روش مورد استفاده توسط ۱۴۷ نفری که اقدام به خودکشی کرده بودند مسمومیت بود و اختلاف خانوادگی، مشکلات اقتصادی و بیماری جدی غالباً به خودکشی مربوط می‌شد. معمولاً زنان جوان روستایی مقید و محصور هستند و فرهنگ چینی مباحثه در مورد مشکلات فردی با افراد بیرون از خانواده را تشویق نمی‌کند.

برنت و همکاران در سال ۱۹۹۴ در پنسیلوانیای غربی در یک مطالعهٔ مورد ـ شاهدی به مقایسهٔ ۶۷ نوجوان قربانی خودکشی و ۶۷ نفر که از نظر سن، جنس، وضعیت اقتصادی اجتماعی و محل سکونت با آن‌ها همسان شده بودند پرداختند. نمونه‌ها از قربانیان خودکشی بزرگسالان طی فاصلهٔ زمانی ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۰ در ۲۸ شهر پنسیلوانیای غربی و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

افراد گروه شاهد نیز از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. در این مطالعه به بررسی ارتباط مؤثر بین فاکتورهای خطر خانوادگی و خودکشی موفق در نوجوانان پرداختند و مشخص گردید تاریخچهٔ افسردگی خانوادگی، سوءمصرف مواد و الکل و رفتار خودکشی در اقدام کنندگان به آن شایع‌تر از گروه شاهد بود. هم‌چنین از نظر ساختار خانوادگی، عدم زندگی با هر دو والد بیولوژیکی، اختلافات کودک و والدین، بیماری جسمانی و مزمن والدین، مشکلات قانونی والدین، سوءاستفادهٔ فیزیکی و نقل مکان در سال گذشته با خطر خودکشی ارتباط پیدا می‌کرد (Brentm, et al., 1994).

مک هولوم و همکاران (Mcholom, et al,. 2003) در آنتاریو در یک مطالعهٔ توصیفی به بررسی تعیین‌کننده‌های افکار خودکشی و قصد خودکشی در یک نمونه از زنان با اختلال افسردگی اساسی پرداختند. متغیرهای مورد بررسی شامل سوءاستفاده‌های فیزیکی در دوران کودکی، سابقهٔ خانوادگی و فردی خودکشی بود.

نتایج یافته‌ها نشان داد سوءاستفادهٔ فیزیکی در دوران کودکی توسط بیشتر از ۴۰ درصد از پاسخ دهنده‌ها گزارش شده بود. در مورد سابقهٔ روان‌پزشکی والدین، ۴۱/۱ درصد گزارش کرده بودند که حداقل یکی از والدین بیولوژیکی آن‌ها نشانه‌های افسردگی را نشان داده‌اند. هم‌چنین در بعضی موارد از بین نمونه‌ها ۱۰/۵ درصد از پاسخ‌دهنده‌ها گزارش کرده بودند که حداقل یک والد بیولوژیکی آن‌ها قصد خودکشی داشته است و بیشتر از نیمی (۵۵/۶ درصد) افکار خودکشی را تجربه کرده بودند.

یاسمی و همکاران (۱۳۷۲)، به بررسی همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان از طریق مطالعهٔ مقطعی پرداختند. در مجموع با ۵۶۱ نفر (۳۳۹ زن و ۲۲۲ مرد) مصاحبه شد و یافته‌ها نشان داد که اقدام به خودکشی در این شهر در مقایسه با جمعیت عمومی بیشتر در افراد جوان اتفاق افتاده و در زنان ۱/۵ برابر مردان بوده است. عوامل مرتب با خودکشی عبارت بودند از بیکاری و تحصیلات پایین و شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی مسمومیت به خصوص با داروها و به ویژه دیازپام و بعد از آن خودسوزی و بریدن بود. تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین موارد اقدام به خودکشی در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

فصل‌های مختلف سال وجود دارد و کمترین موارد و در عین حال مرگ‌آورترین موارد در پائیز اتفاق افتاده بود. هم‌چنین در این مطالعه خودکشی بیشتر بین افراد مجرد، بیکار، و دانش‌آموزان به وقوع پیوسته و ۱۶/۴ درصد آن‌ها سابقهٔ اقدام قبلی به خودکشی داشتند. ۳۵ درصد آن‌ها به دلیل بیماری‌های جسمی و روانی خودکشی نموده بودند و مشکلات زناشوئی (۵۰/۳ درصد) و شکست در ازدواج از جمله فاکتورهای خطر مهم بودند. در این مطالعه هم‌چنین مشاهده گردید که ۶/۸ درصد افراد مورد مطالعه سابقهٔ مثبت خانوادگی اقدام به خودکشی داشتند.

در سال ۱۳۷۰، در مطالعه‌ای در شهر تبریز، صد مورد اقدام به خودکشی از طریق مسمومیت دارویی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که گروه سنی ۲۴-۱۵ ساله، ۵۱ درصد آزمودنی‌ها را تشکیل داده و در ۱۵ درصد افراد، سابقهٔ اقدام قبلی وجود دارد که در ۶۶ درصد این موارد خودکشی در طی یک سال گذشته رخ داده است. اختلافات خانوادگی به عنوان شایع‌ترین علت اقدام در ۵۴ درصد موارد گزارش شده، در ۱۷ درصد گروه مورد بررسی دارای افسردگی اساسی و ۶ درصد مبتلا به اختلالات روان‌پریشانه بوده‌اند (پورافکاری و همکاران، ۱۳۷۰؛ به نقل از یزدانی، ۱۳۷۵).

در مطالعهٔ جمشیدزاده و دیگران (۱۳۸۲) شرایط نامناسب زندگی و بیماری روانی علت اظهار شدهٔ بیشتر خودکشی‌های موفق و اقدام به خودکشی در استان ایلام بوده است. هم‌چنین افراد بیکار و زنان خانه‌دار آسیب‌پذیرترین قشر در برابر خودکشی بوده‌اند. مطالعات انجام شده نشان داد که مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی عوامل خانوادگی است که این پژوهش سعی دارد این عوامل را بررسی نماید.

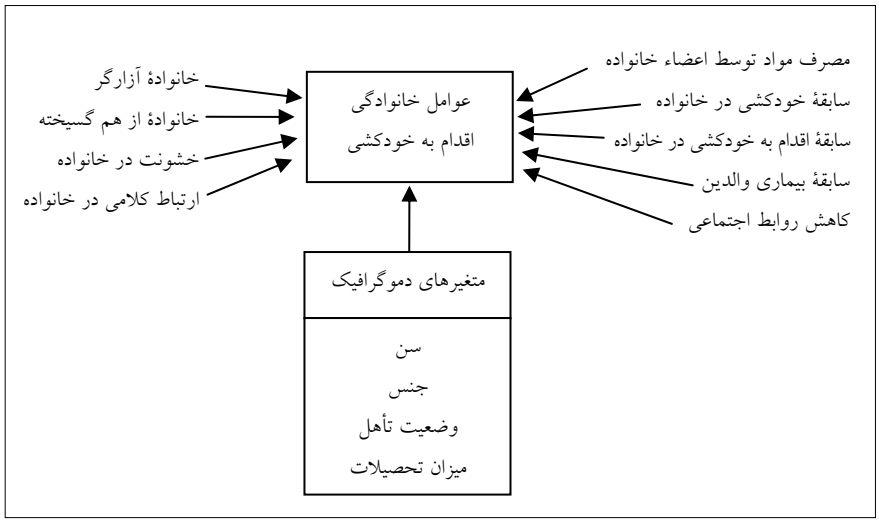
ثقه‌الاسلام (۱۳۶۸)، در پژوهشی دربارهٔ عوامل استرس‌زا و خودکشی، ۲۰۰ زن و مرد را در بیمارستان لقمان تهران، مورد بررسی قرار داد و مشاهده نمود که بیش‌ترین عاملی که منجر به خودکشی در زنان می‌گردد (۵۹ درصد) مشکلات خانوادگی است. در مردان، بیماری‌های روانی، به‌خصوص افسردگی با ۴۲ درصد بیش‌ترین عامل خودکشی بود. خودکشی در مردان بیش‌تر با برنامه‌ریزی طولانی مدت جدی قبلی و سابقه تکرار بوده، در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

حالی‌که در زنان خودکشی غیرجدی، بدون برنامه‌ریزی قبلی و در مدت کوتاه صورت می‌گیرد. از نقطه نظر فاکتورهای خطر، در زنان استرس‌های محیطی و خانوادگی در اولویت قرار داشته‌اند و میزان اقدام به خودکشی در آن‌ها تقریباً سه برابر مردان بوده است.

بر اساس پژوهش‌های انجام شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی (که به برخی از آن‌ها اشاره شد) چارچوب مفهومی شکل شمارهٔ ۱ جهت آزمون فرضیات در نظر گرفته شد.

شکل ۱: چارچوب مفهومیِ عوامل خودکشی



۲) روش مطالعه

۲-۱) نوع مطالعه و روش اجرا

این پژوهش از نوع مطالعه‌ی مورد ـ شاهدی است. بعد از هماهنگی با مسئولین بیمارستان،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

محقق هر روز جهت انجام مصاحبه و جمع‌آوری اطلاعات از گروه مورد به بیمارستان مراجعه می‌کرد و با استفاده از فنون مشاوره و پس از برقراری ارتباط اولیه و جلب اعتماد و اطمینان دادن به محرمانه بودن اطلاعات، مصاحبه انجام می‌شد. در مواردی که در همان زمان، انجام مصاحبهٔ دقیق امکان‌پذیر نبود بعداً پس از تماس تلفنی، به‌صورت حضوری در منزل بیمار اطلاعات مورد نیاز کسب می‌شد. در مورد گروه کنترل نیز با مراجعهٔ حضوری به در منزل آن‌ها مصاحبه انجام شد.

۲-۲) جامعهٔ آماری و روش نمونه‌گیری

جامعهٔ آماری در گروه مورد، کلیهٔ افراد اقدام‌کننده به خودکشی بودند که در فاصلهٔ زمانی مهرماه تا پایان اسفندماه ۱۳۸۲ برای اقدام درمانی به مراکز آموزشی درمانی شهر اراک مراجعه کرده و خدمات فوریتی برای آن‌ها انجام گرفته بود. افرادی به عنوان اقدام‌کننده به خودکشی در نظر گرفته شدند که بنابر گفتهٔ خود قصد از بین بردن خود را داشته و به بیمارستان آموزشی مزبور ارجاع داده شده بودند و شامل ۱۳۰ نفر، ۵۱ مرد و ۷۹ زن بودند. گروه شاهد نیز که فاقد سابقهٔ خودکشی بودند به صورت تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم از افراد خانواده‌های ۳۲ منطقه پایگاه‌های بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهر اراک انتخاب شده و شامل ۲۲۰ نفر، ۷۷ مرد و ۱۴۳ زن بودند.

۲-۳) ابزار جمع‌آوری اطلاعات

روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش مصاحبه و مشاهده، و ابزار جمع‌آوری اطلاعات فهرست وارسی حاوی سؤالات بسته بود.

چک‌لیست در گروه مورد در دو بخش تنظیم شده بود: بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک و بخش دوم شامل سوالات مربوط به متغیرهای فرضیات تحقیق بود. چک‌لیست گروه شاهد مشابه گروه مورد بود؛ به جز این‌که سؤالاتی در مورد زمان، دفعات و نحوهٔ اقدام به خودکشی را در بر نداشت.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

۲-۴) تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، آزمون مربع‌کای و رگرسیون لجستیک و در غالب موارد با P<۰/۰۱ به عنوان سطح معناداری تحلیل شدند.

۲-۵) ملاحظات اخلاقی

با توجه به این‌که پایبندی به حفظ اسرار بیماران از اهمیت خاصی برخوردار بوده، نام و نام‌خانوادگی، توضیحات و سایر صحبت‌ها، آدرس و تلفن، برای تماس‌های بعدی و تکمیل فهرست وارسی و احیاناً انجام مشاوره، در صفحه ضمیمه یادداشت می‌شد، لذا در هنگام استخراج اطلاعات، فهرست‌های وارسی فقط کد داشتند. هم‌چنین در این مطالعه جهت حفظ حقوق انسان‌ها و آزادی در انتخاب و احترام به احساسات آن‌ها، پس از برقراری ارتباط اولیه و احوال‌پرسی از آن‌ها هدف از انجام تحقیق برای آن‌ها گفته می‌شد و در صورت رضایت آن‌ها به همکاری، مصاحبه آغاز می‌شد و اگر بنا بر دلایلی بیماران اقدام به خودکشی را تأیید نمی‌کردند یا همراهان آن‌ها اجازهٔ صحبت با بیمار را نمی‌دادند از گروه نمونه خارج می‌شدند. در این مطالعه چون گروه مورد افراد دردمندی بودند که آخرین راه را برای پایان بخشیدن به مشکلات زندگی خود (اقدام به خودکشی) انتخاب کرده بودند و نیازمند راهنمایی و ایجاد امید و شوق به زندگی بودند پس از تکمیل چک‌لیست و مصاحبه، پژوهش‌گر بر سر بالین آن‌ها دقایقی را صرف مشاوره می‌کرد.

۳) یافته‌ها

۳-۱) مشخصات جمعیت‌شناختی

میانگین سنی افراد اقدام‌کننده به خودکشی ۲۴/۶۸ سال بوده که ۶۵/۴ درصد آنان در گروه سنی ۲۵-۱۵ سال قرار داشتند. ۶۰/۸ درصد افراد اقدام‌کننده به خودکشی زن بوده و ۵۰ درصد از اقدام‌کنندگان به خودکشی مجرد، ۴۳/۸ درصد متأهل و ۶/۱ درصد مطلقه و بیوه بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۴۱/۵ درصد در سطح دبیرستان و ۳۸/۴ درصد در سطح راهنمایی و ابتدایی تحصیل کرده بودند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

۲-۳) متغیرهای مربوط به اقدام به خودکشی

جدول شمارهٔ ۱ خلاصهٔ یافته‌های توصیفی متغیرهای مربوط به خودکشی را نشان می‌دهد.

جدول ۱: متغیرهای مربوط به اقدام به خودکشی

		فراوانی نسبی (درصد)
دفعات اقدام به خودکشی	یک‌بار	۷۹/۸
	دوبار	۹/۳
	بیش‌تر از دو بار	۱۰/۹
نحوهٔ اقدام به خودکشی	دارو	۸۴/۱
	خودزنی	۸
	خودسوزی	۳/۲
	حلق‌آویز	۲/۴
	دو روش	۴/۸
	سایر	۴/۸
ساعات اقدام به خودکشی	۱۷-۲۴	۴۱/۹
	۱۳-۱۸	۳۴/۱
	۷-۱۲	۲۰/۲
	۱-۶	۳/۹
روزهای اقدام به خودکشی	سه‌شنبه	۲۲
	چهارشنبه	۱۹/۵
	جمعه	۱۵/۴
	دوشنبه	۱۵/۴
ماه‌های اقدام به خودکشی	دی	۲۲/۵
	بهمن	۲۰/۲
	آبان	۱۷/۴
فصول اقدام به خودکشی	زمستان	۵۶/۲
	پاییز	۴۳/۸

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

همان‌طور که جدول شمارهٔ ۱ نشان می‌دهد، ۷۹/۸ درصد افراد اقدام‌کننده به خودکشی برای بار اول و ۸۴/۱ درصد با دارو اقدام به خودکشی کرده بودند. بیش‌ترین روز اقدام به خودکشی سه‌شنبه (۲۲ درصد) و بیش‌ترین ساعت اقدام به خودکشی ساعت ۲۴-۱۹ (۴۱/۹ درصد) بود.

۳-۳) عوامل خانوادگی مؤثر بر اقدام به خودکشی

جهت تعیین عوامل خانوادگی مؤثر بر اقدام به خودکشی فرضیه‌هایی مورد آزمون قرار گرفت که به طور خلاصه در جدول شمارهٔ ۲ آمده است.

جدول ۲: خلاصه متغیرهای آزمون شده در گروه مورد و شاهد

		فراوانی نسبی		آمارهٔ آزمون کای‌دو	P-value	Exp(B)
		مورد	شاهد			
عوامل خانوادگی	از هم گسیختگی خانواده	۶/۲	۰/۵	۱۰/۴۲	۰/۰۰۱	۱۴/۱۴۸
	خانوادهٔ آزارگر	۶۴/۶	۲۰/۵	۶۸/۴۷	۰/۰۰۰	۷/۰۹
	سابقهٔ مصرف مواد در خانواده	۱۰	۱/۸	۱۱/۸۳۷	۰/۰۰۱	۶
	مراجعه به روان‌پزشک در والدین	۴۱/۵	۹/۵	۴۹/۶۷	۰/۰۰۰	۶/۷۳۳
	سابقهٔ خودکشی در خانواده:					
	برادر	۰	۰/۵			
	خواهر	۰/۸	۰	۹/۹۸	۰/۱۲	۰/۵۹۱
	بستگان درجهٔ دوم	۱۰	۴/۵			
	دوست و آشنا	۳	۸/۲			
	سابقه اقدام به خودکشی در خانواده:					
	برادر	۲/۳	۰/۵			
	خواهر	۲/۳	۰/۵	۲۸/۹۶	۰/۰۰۱	
	بستگان درجهٔ دوم	۵/۴	۰/۵			
	دوست و آشنا	۷/۴	۲/۸			

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

ادامهٔ جدول ۲

	اختلاف والدین:					
	قهر	۴۷/۲	۴۳/۱	۷۵/۵۳	۰/۰۰۰	۵/۰۱۳
	ترک منزل	۲۵/۲	۴/۶			۲/۶۸۶
	در جهت طلاق	۹/۴	۳/۲			۲/۵۳
	تقاضای طلاق	۰/۰۸	۰			۱۰/۹۶۷
	طلاق رسمی	۵/۵	۰/۰۵			۰/۲۲۲
	خشونت والدین:					
	بالا بردن صدا و اخم	۳۵/۷	۵۶/۲	۵۴/۴۹	۰/۰۰۰	۴/۶۰۵
	فحاشی	۲۴	۸/۲			۴/۹۴۷
	کتک سبک	۲۸/۷	۹/۱			۴/۳۲
	ضرب و شتم	۱/۶	۰			۰/۵۹۹
	تعداد دفعات نداشتن ارتباط کلامی در خانواده طی هفتهٔ گذشته:					
	صفر	۷/۷	۷۲/۳	۲۰۸/۵۱	۰/۰۰۰	
	یک بار	۱/۵	۹/۵			۱/۵۱۴
	دو بار	۶/۹	۷/۳			۸/۹۴۴
	سه بار	۱۱/۵	۵/۵			۳۱/۸۰۰
	چهار بار	۱۰/۸	۳/۲			۲۵۴/۴۰۰
	پنج بار	۶۱/۵	۲/۳			
	شرکت در میهمانی و گردش:					
	تغییر نکرده	۲۴/۶	۵۵/۹	۷۹/۰۸	۰/۰۰۰	
	کم‌تر شده	۵۶/۹	۱۳/۲			۶/۹۷۵
	بیش‌تر شده	۸/۵	۳۰/۹			۰/۴۴۲

همان‌طور که جدول شمارهٔ ۲ نشان می‌دهد، آزمون کای‌دو رابطهٔ معناداری بین اکثر متغیرهای مورد بررسی و اقدام به خودکشی نشان داد. نتایج نشان می‌دهد مصرف مواد در خانواده موجب شده که اقدام به خودکشی در گروه مورد ۶ برابر گروه شاهد باشد. خانوادهٔ آزارگر و جدایی والدین در اثر طلاق نیز باعث شده که اقدام به خودکشی در گروه مورد

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

(به ترتیب) ۷/۰۹ و ۱۴/۴۸ برابر گروه شاهد باشد. هم‌چنین بررسی ارتباط کلامی و اقدام به خودکشی توسط روش رگرسیون لجستیک نشان داد که رابطهٔ معکوسی میان سطوح ارتباط کلامی (با کاهش ارتباط کلامی) و اقدام به خودکشی وجود دارد؛ یعنی با کاهش ارتباط کلامی اقدام به خودکشی بیش‌تر می‌شود. بین متغیر کناره‌جویی از دیگران و اقدام به خودکشی نیز ارتباط معنادار بوده و با افزایش شدت کناره‌گیری، اقدام به خودکشی افزایش یافته است؛ یعنی هر چه از سطح شرکت در مجلس دوستانه بیش‌تر فاصله می‌گیرد احتمال اقدام به خودکشی نسبت به وضعیت عدم تغییر در شرکت در آن مجالس بیشتر می‌شود.

۴) بحث و نتیجه‌گیری

۴-۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

آمارهای توصیفی مربوط به وضعیت سنی اقدام‌کنندگان به خودکشی نشان داد که بیش‌تر آن‌ها در فاصلهٔ سنی ۲۴-۱۵ سال بودند که این یافته مطابق با نتایج دیگر پژوهش‌ها در این فرضیه می‌باشد (رحیم‌زاده، ۱۳۷۲؛ جمشیدزاده، ۱۳۸۲؛ محسنی، ۱۳۶۶). با توجه به جوان بودن جمعیت کشور این یافته اهمیت زیادی پیدا می‌کند. در توجیه این امر شاید بتوان به مسائلی چون قرار داشتن بحران هویت و بحران بلوغ در این سنین و خصوصیات عاطفی مختص دورهٔ جوانی و نیز قرار داشتن بسیاری از تصمیمات مهم زندگی در این مقطع اشاره کرد. البته بیکاری نیز با توجه به افزایش شدت آن در بین جوانان ۳۰-۲۱ سال احتمالاً می‌تواند بخشی از این موضوع را توضیح دهد .

در این مطالعه اقدام به خودکشی در بین زنان بیش‌تر از مردان بوده است و اکثر بررسی‌ها نیز اقدام به خودکشی را در زنان بیش از مردان گزارش کرده‌اند (جمشیدزاده و همکاران، ۱۳۸۲؛ Roy, 1995; Booth, 1999).

براساس نتایج این مطالعه افراد مجرد بیش‌تر اقدام به خودکشی کرده بودند. مطالعات یاسمی و همکاران (۱۳۷۲)، جمشیدزاده (۱۳۸۲)، فرجی هرسینی (۱۳۷۷) و موسوی (۱۳۸۲) نیز مؤید این مطلب می‌باشد. حسن (Hassan, 1995) پی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

برد که ازدواج، ایمنی قابل توجهی در برابر خودکشی فراهم می‌کند و به طور متوسط طلاق و بیوه‌گی کم‌ترین حفاظت را فراهم می‌کند. نتایج یافته‌های این تحقیق تئوری دورکیم را حمایت می‌کند. دورکیم متذکر شده بود در افراد ازدواج کرده بالای ۲۰ سال از هر دو جنس، کسانی که پیوستگی اجتماعی بالایی دارند به مقدار زیادی کم‌تر احتمال دارد مرتکب خودکشی شوند (Durkheim, 1897).

میزان تحصیلات افراد اقدام‌کننده به خودکشی بیشتر در مقطع دبیرستان بود و مطالعات دیگران (حسن‌پور، ۱۳۵۸؛ احمدی، ۱۳۷۸؛ یاسمی و همکاران، ۱۳۷۲؛ جمشیدزاده، ۱۳۸۲) نیز نشان داد که میزان اقدام به خودکشی در افراد با تحصیلات راهنمایی و دبیرستان بیش‌تر بوده است.

۴-۲) الگوهای خودکشی

در گروه اقدام‌کننده به خودکشی بیش‌تر افراد برای اولین بار اقدام به خودکشی کرده بودند. در مطالعهٔ احمدی (۱۳۷۸) و موسوی، (۱۳۸۲) نیز بیش‌تر افراد مورد بررسی برای بار اول اقدام به خودکشی کرده بودند.

بیش‌ترین روش اقدام به خودکشی استفاده از دارو بوده است. پیرسون و همکاران و (Pearson, et al., 2002)، روی و همکاران (Roy, et al., 1995)، یاسمی و همکاران (۱۳۷۲) و جمشیدزاده (۱۳۸۲) نیز در مطالعات خود مصرف دارو را به عنوان اولین روش اقدام به خودکشی نشان داده‌اند.

۴-۳) نقش عوامل خانوادگی

نتایج این پژوهش با یافته‌های بیوترایس و همکاران (Beautrais, et al., 2000)، برانت و همکاران (Brent, et al., 1994) و حسن‌پور (۱۳۵۸) همخوانی دارد که از هم پاشیدگی خانوادگی را رویداد تهدیدکننده‌ای برای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان ذکر کرده بودند. هم‌چنین بر اساس نظریهٔ جامعه‌شناختی دورکیم طلاق در نتیجهٔ اختلاف مشترک

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

پیش می‌آید و اختلاف نظم و پیوستگی تأهل را کاهش می‌دهد.

اذیت شدن و آزار دیدن در دوران کودکی در اقدام کنندگان به خودکشی بیش‌تر از گروه مقایسه بوده است. هیبارد (Hibard, 1999) نیز در یک پژوهش مدرسه‌ای دریافت که بدرفتاری جسمی و جنسی در دوران کودکی از همراهان معمول خودکشی در بزرگسالی است.

نتایج این پژوهش رابطهٔ معناداری بین سابقهٔ اقدام به خودکشی والدین و اعضای خانواده با اقدام به خودکشی نشان داد و با یافته‌های برنت و همکاران (Brent & et al,. 1994) همخوانی دارد.

هم‌چنین بین درجهٔ ارتباط کلامی در خانواده و اقدام به خودکشی نیز رابطه وجود داشت. بر اساس دیدگاه نظارت اجتماعی، دلبستگی اجتماعی و ارتباط باعث می‌شود که این احساس در فرد به‌وجود آید که به انتظارات و خواسته‌های دیگران پاسخ دهد و با این حس، کم‌تر فرد هنجارهای اجتماعی را نقض می‌نماید. مورفی (۲۰۰۰) نیز معتقد است داشتن روابط اجتماعی سالم و سازنده و ارتباط داشتن با دیگران به عنوان یک وسیله حفاظتی در مقابل خودکشی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. (مورفی، ۲۰۰۰ به نقل از جمشیدزاده) بیوترایس (Beautrais, 2000) نیز نشان داد که قربانیان خودکشی فشارهای خانوادگی بیش‌تری را نسبت به گروه کنترل تجربه کرده‌اند. به هر حال کسانی که در خانواده دارای مشکل می‌باشند ممکن است دامنهٔ باریکی از احساس‌ها را در جهت سازگاری با منابع فشار نشان دهند. برای مثال افراد خانواده‌ای که با پدر الکلیک یا معتاد سروکار دارد ممکن است به طور مدام بحث کنند و مشاجره داشته باشند و عاطفه و ارتباط کلامی پایینی نسبت به هم نشان دهند.

خشونت والدین به هر شکل بر اقدام به خودکشی تأثیر می‌گذارد. یزدانی (۱۳۷۵) و شاه‌محمدی (۱۳۷۲)، نیز در مطالعهٔ خود درگیری و تشنج در خانواده را از عوامل تأثیرگذار بر اعتماد به نفس، ناامیدی و سوق دادن آزمودنی‌ها به سمت رفتار خودکشی دانستند.

اختلاف والدین نیز در این مطالعه یک متغیر تأثیرگذار بر اقدام به خودکشی بوده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

دورکیم افرادی را که از رفتاری مرسوم محروم گردیده‌اند، افراد بی‌هنجار قلمداد می‌کند. فرزند در این خانواده می‌تواند مشمول چنین تعریفی باشد چرا که او می‌گوید خودکشی خشم معطوف به درون است. پیرسون (Pearson, 2002)، ثقه الاسلام (۱۳۶۸) محسنی و (۱۳۶۶) نیز در تحقیقات خود اختلافات و مشاجرات، و تهدید توأم با زد و خورد را از عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی ذکر می‌کنند.

شکایت روانی هر یک از والدین نیز در اقدام به خودکشی مؤثر بوده است و می‌تواند بستر خانواده را دچار اختلال عاطفی سازد و در بهداشت روانی اعضاء خانواده تأثیر منفی بگذارد. از سویی بر اساس نظریات جامعه‌شناختی فرد به دلیل عدم ارتباط منطقی با والدین دارای بیماری روانی دچار یک نوع خلاء اجتماعی خواهد شد که از خانواده منشأ گرفته است. در یک نمونهٔ مورد مطالعه، کاشانی (Kashani, 1994) از مقایسهٔ والدین افرادی که افکار خودکشی داشته‌اند با کسانی که افکار خودکشی نداشته‌اند دریافت که در این افراد دامنهٔ بزرگ‌تری از علائم و نشانه‌های روانی دیده می‌شود. کین (Kin, 2002)، رونسون (Runeson et al., 1994) و رنجبر (۱۳۶۷) نیز در نمونه‌های مورد بررسی خود مسائل روانی خانواده را از عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی ذکر می‌کنند.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد کناره‌جویی از دیگران و کاهش رابطهٔ صمیمانه با اقدام به خودکشی در ارتباط می‌باشد. قربانیان خودکشی به گونه‌ای که گزارش شده دارای دوستان کم‌تری نسبت به افرادی هستند که در اثر حوادث طبیعی فوت شده‌اند و غالباً تنها زندگی می‌کنند. کیان‌فر (۱۳۵۲) و برنت و همکاران (۱۹۹۴) نیز در مطالعهٔ خود به چنین نتیجه‌ای دست یافتند. این یافته خودکشی از نوع بی‌هنجارانهٔ دورکیم را تأیید می‌کند که در آن، هنگامی که قدرت سازگاری برخی از افراد دچار اختلال می‌شود و برقراری سازگاری مجدد و سریع در آن‌ها غیر ممکن می‌گردد و اقدام به خودکشی می‌کنند.

هم‌چنان‌که ذکر گردید، سابقهٔ خودکشی والدین یا اعضای خانواده، با اقدام به خودکشی در هیچ‌یک از سطوح معنی‌داری تأیید نگردید؛ که این یافته، با یافته‌های روی (Roy, et al., 2000) و شافر (Shafer, et al., 2001)، مغایرت دارد. در توجیه این مغایرت می‌توان به تعداد کم

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

این موارد در گروه مورد اشاره کرد. لذا انجام پژوهش‌هایی در سطح وسیع‌تر با کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده از طریق همسان نمودن گروه کنترل و شاهد توصیه می‌گردد.

در چارچوب مفهومی ارائه شده در پیشینهٔ تحقق، اکثر متغیرهای عوامل خانوادگی اقدام به خودکشی با اقدام به خودکشی ارتباط معنادار داشته و موجب افزایش اقدام به خودکشی شدند و جز در مورد متغیر سابقهٔ خودکشی در والدین، مدل مورد تأیید قرار گرفت.

خودکشی یک مشکل سلامت عمومی جامعه محسوب می‌شود و پیشگیری و آموزش در کنترل آن نقش مؤثری را دارا می‌باشد. از سویی خانواده یک کانون فرهنگی اجتماعی مهم به شمار می‌آید و نقش مهمی در جهت پیشگیری از مسائل آسیب‌زای افراد در آینده دارد، لذا با افزایش انسجام خانوادگی می‌توان به کاهش آمار خودکشی کمک کرد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

منابع References

- احمدی، بنفشه. (۱۳۷۸)، **بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی و اختلالات روانی همراه با آن در اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه به بیمارستان ولیعصر اراک از شهریور ۱۳۷۸ تا بهمن ماه ۱۳۷۸**، پایان‌نامهٔ دکتری پزشکی، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک.
- اسلامی نسب، علی. (۱۳۷۱)، **بحران خودکشی**، چاپ اول، تهران، انتشارات فردوس.
- ثقه‌الاسلام، طاهره. (۱۳۶۵)، **خودکشی و عوامل سیکولوژیک آن در بخش مسمومین داروئی**، تهران، مرکز پزشکی لقمان حکیم.
- جمشیدزاده، فرخ‌لقاء. (۱۳۸۲)، **بررسی روند تغییرات برخی ویژگی‌های موارد خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام طی سال‌های ۸۰-۱۳۷۳ تهران**، پایان‌نامهٔ دورهٔ کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- حسن‌پور، مجید. (۱۳۵۸)، **بررسی تحلیلی آمار اقدام به خودکشی**، پایان‌نامهٔ دورهٔ کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- رحیم‌زاده، سعید. (۱۳۷۲)، **تعیین ویژگی‌های اقدام به خودکشی در واحدهای پژوهشی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی و اخوان کاشان از اسفند تا شهریور ۱۳۷۲**، پایان‌نامهٔ دکتری پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان.
- رنجبر، فرهدخت. (۱۳۶۷)، **مطالعه صفات مشخصات افراد اقدام‌کننده به خودکشی در یکی از بیمارستان‌های آموزشی تهران**، پایان‌نامهٔ دوره کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۵)، **طرح پیشگیری از خودکشی در استان ایلام**، تهران، سازمان بهزیستی کشور.
- شاه‌محمدی، داود. (۱۳۷۲)، **گزارش جامع از پروژه تحقیقاتی ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در روستاهای شهرکرد، سال (۶۹-۱۳۶۸)**، منتشر نشده.
- فرجی هرسینی، مسعود. (۱۳۷۷)، «بررسی و مصاحبه با ۱۰۰ مورد اقدام به خودکشی و تعیین اتیولوژی مربوطه در بخش‌های سوختگی و مسمومیت بیمارستان امام خمینی و بخش اورژانس بیمارستان فارابی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۳۷۷-۱۳۷۶»، دانشکدهٔ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.
- کیانی‌فر، خدیجه. (۱۳۵۲)، **مطالعه اقدام به خودکشی با نابسامانی خانوادگی**، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

منابع

References

- محسنی، منوچهر. (۱۳۶۶)، **انحرافات اجتماعی، انگیزه و علل خودکشی**، تهران، چاپ مروی.
- موسوی، فریبا. (۱۳۸۲)، **بررسی ویژگی‌های افراد اقدام‌کننده به خودکشی در شهر اراک**، بهزیستی استان مرکزی، معاونت پیشگیری، دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی.
- همتی، رضا. (۱۳۸۳)، «عوامل مؤثر بر خشونت مردان علیه زنان: مطالعه موردی خانواده‌های تهرانی»، **فصلنامهٔ رفاه اجتماعی**، شماره ۱۲.
- یاسمی، محمدتقی و صانعی، نسرین. (۱۳۷۲)، «بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی در شهرستان کرمان»، **خلاصه مقالات چهارمین کنگره پژوهش‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی در ایران**، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- یزدانی قیچاق، سعید. (۱۳۷۵)، **بررسی تعدادی از ویژگی‌های روان‌شناختی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی و مقایسه آن با نوجوانان مبتلا به اختلالات روانی و عادی**، پایان‌نامهٔ دوره کارشناسی ارشد انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

- Agerbo, E.; Nordentoft, M. & Mortensen. P. (2002), "Famillial / Psychiatric and Socioeconomice Risk Factors for Suicide in Young People, Nested-Case-Control Study", **British Medical Journal**, London, Vol. 325
- Beautrais, Annetel. (2000), "Risk Factors for Suicide Among Young People", **Australian Newzealand Journal of Psychiatric**, Vol. 34.
- Booth, Heather. (1999), "Gender, Power and Social Change : Youth Suicide among the Eiji Indions and the Western Samoans", **The Journal of Polyne Sian Society**, 108(1).
- Brent, D.A.; Perper, J.A.; Mortiz, G; Liotusl, A. et al. (1994), "Famillial Risk Factors for Adolescent Suicide, A Case Control Study", **Actapsychiatr Scand**, Vol. 89.
- Durkheim, E. (1897), **Suicide: A Study in Sociology**, NewYork, The Free Press.
- Hassan, R. (1995), "Marital Status and Suicide in the National Longitudinal Mortality", **The Australian Experience**, Melboune University Press, Victoria.
- Hibbard. (1999), Risk factors for Adolescence Suicide and Suicidal behavior. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**. 38(7).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]

References منابع

- Kashani. J. H.; Reid, J. & Rosenberg. T. (1994), "Depression, depressive Symptoms, and depressed mood among a Community Sample of adolescents. Am I Pshychiatry; Vol. 144.
- Kin, (2002), **Epidemiology and Methology of Suicide**, available at: <http://en. Wikipedia. Org/Wiki/Epidemiology and Metology of Suicide.
- Mcholom, A. E.; Macmillan, H. & Jamieson, E. (2003), "The Relationship Between Childhood Physical Abuse & Suicidality Among Depressed Women: Results From a Community Sample", **The American Journal of Psychiatry**, Washington, Vol 160.
- Pearson. V.; Philips, R. et al. (2002), "Attempted Suicide Among Young Rural Women in the Peoples Republic of China: Possibilities for Prevention Suicide", New York, Vol 32, Iss. 4. Pj. 359. 11 pgs.
- Rog, (2000), "Suicide", in H. L. Kaplan & B. J. Sadock. (Eds), **Comperhensive Textbook of Psychiatry**, Baltimore, Williams & Wilkins.
- Roy, A.; Segal, N. L.; Centerwall, B. S. & Robinette, C.D. (1995), "Suicide in Twins", **Arch Gen Psychiatny**, 1991, 48-29-32.
- Runeson, B.O, & Marje, Asberg. (1997), 'Family Histony of Suicide Among Suicide Victims", **The American Journal of Psychiatry**, Washington, Vol. 160.
- Shaffer, David. & Pfeffer, Cynthia. R. (2001), "Practice Parameter for the Assessment and Threatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior". **Journal of American Academic of Child and Adolesce Psychiatny**, Vol. 40.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-19]