مقـــاله تحقیقی

بررسی همه گیر شناسی اقدام به خودکشی در جامعه شهری ایلام

جهانشاه محمدزاده [۱]، حسن تیموری [۲*]، خدیجه امیدی [۳]، سمانه قبادی [۴]، حجت اله طهماسبیان [۵]

[۱] دانشیار روان شناسی گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران

[۲] دانشیار گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

[۳] دانشجوی دکترای تخصصی روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران

[۴] پژوهشگر، کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی اسلام آباد غرب، کرمانشاه، ایران

[۵] دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

* نشانی نویسنده مسئول: گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

نشانی الکترونیک:

Hassan_teimouri@yahoo.com

چکیده:

زمینه: خودکشی یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی در استان ایلام بویژه در سال های بعد از جنگ بوده است. این استان از نظر اقدام به خودکشی دارای بیشترین میزان بروز در کشور است که توجه محققان و مسئولان بهداشتی منطقه و کشور را به خود جلب کرده است.

روش کار: جامعه آماری این پژوهش کل موارد ثبت شده خودکشی و اقدام به خودکشی طی سال ۱۳۹۵ در بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهرستان ایلام بود. مجموع کل افراد بررسی شده از طریق ثبت وقایع جاری ۵۸۲ نفر بود.

یافته ها: نتایج پژوهش حاکی از این بود که خودکشی در زنان بیشتر از مردان و بیشترین میزان خودکشی در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال بود. میزان خودکشی برحسب تحصیلات در بین افراد با تحصیلات دیپلم و میزان اقدام به خودکشی برحسب شغل در بین افراد خانه دار بیشتر بود. این میزان برحسب محل اقدام به خودکشی بیشتر در منزل و بیشترین آمار وسیله خودکشی به وسیله قرص بود که علت اقدام به خودکشی بیشتر افراد مشخص نبود. همچنین بیشترین آمار اقدام به خودکشی برحسب سابقه بیماری در افراد بدون سابقه بیماری و برحسب سابقه خودکشی در بین افراد بدون سابقه خودکشی بود.

نتیجه گیری: آموزش مهارت های زندگی، شناسایی موارد خشونت خانوادگی، ارایه راه کارهای مناسب در حل مشکلات خانوادگی، معرفی دستگاههای حمایتی به مددجو، ارجاع و پیشگیری از جمله اقداماتی است که می توانند در جهت کاهش موارد اقدام به خودکشی موثر باشند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

مقدمه:

خودکشی یکی از فوریت های روانپزشکی و یکی از مشکلات روانی- اجتماعی و از معضلات مهم در بهداشت روانی عمومی به شمار می رود. مرگ ناشی از خودکشی عمدی، توسط خود شخص رخ می دهد و اقدامی آگاهانه در جهت نابودسازی خود می باشد (۱)، که معمولاً بدون اعلام قبلی از سوی فرد اقدام کننده رخ نمی دهد. این افراد اغلب افکار خودکشی خود را با خانواده، دوستان و پزشک خود در میان می گذارند (۲). وجود افکار یا اقدام به خودکشی از علامت های اختلالات افسردگی اساسی است (۳). براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، خودکشی اقدامی است آگاهانه و با سرانجام مرگبار که به وسیله خود فرد و با آگاهی از این سرانجام رخ می دهد. مطابق اطلاعات منتشر شده از سوی سازمان جهانی بهداشت که تقریباً تنها منبع اصلی از نظر مقایسه بین المللی است، نرخ رسمی خودکشی در بین کشورهای جهان به طور آشکاری متغیر است، بطوریکه تا سال ۲۰۰۰ میلادی میزان خودکشی از ۱درصد هزار نفر تا ۴۵ درصد هزار نفر در نوسان بوده است (۴).

اصطلاح خودکشی اولین بار ظاهراً در نیمه اول قرن هفدهم به کار رفته است. در اواخر قرن ۱۹ مطالعه و بررسی نوین بر خودکشی را امیل دورکیم در جامعه شناسی و زیگموند فروید در روانشناسی شروع کردند. براساس گزارش های رسمی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶، هرساله حداقل ۵۰۰ هزار نفر در جهان از طریق خودکشی به زندگی خود پایان می دهند. این در حالی است که برآورد واقعی خودکشی ۱/۲ میلیون نفر است (۵). همچنین تخمین زده می شود که تعداد موارد اقدام به خودکشی ۸ تا ۱۰ برابر بیشتر از خودکشی های موفق است و احتمالاً هیچ کشوری وجود ندارد که آمارهای داخلی قابل اعتمادی درباره تعداد موارد اقدام به خودکشی داشته باشد. افکار خودکشی به عنوان افکار خودگزارش دهی درباره خودکشی، در دامنه ای از یک میل مبهم با نفوذ برای مردن تا نقشه ی کامل خودکشی تعریف می شود (۶). سازمان جهانی بهداشت برآورد نموده است که در سال ۲۰۲۰ میلادی، شاهد ۱/۵۳ میلیون مورد مرگ ناشی از خودکشی باشیم (۷). در ایران میزان بروز خودکشی ۶/۲ درصد هزار نفر است که گرچه نسبت به کشورهای غربی پایین تر است اما بالاتر از سایر کشورهای خاورمیانه است (۹و۸).

عوامل روانی، از جمله عوامل خطر خودکشی می باشند و متاسفانه در سال های اخیر مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی، روند صعودی نگران کننده ای داشته است (۱۰). در زمینه سبب شناسی افسردگی علت های گوناگون عصبی- زیست شناختی، ارثی و استرس های روانی- اجتماعی مطرح گردیده است. یکی از مهمترین روشهای پیشگیری از خودکشی، شناسایی افراد در معرض خطر اقدام به خودکشی است (۱۱). بر اساس مطالعات متعدد، افرادی که دارای افکار خودکشی هستند، در معرض خطر بالایی برای اقدام به خودکشی می باشند (۱۲).

امروزه خودکشی از معضلات اساسی عصر حاضر شناخته شده و به عنوان یک مشکل عمده بهداشتی مطرح است (۵). تغییر ساختاری و جوان تر شدن افرادی که اقدام به خودکشی می کنند نیز بر مشکلات افزوده است. در این شرایط نه تنها جامعه نیروهای مولد خود را از دست می دهد، بلکه باید به دلیل بیماری ها، معلولیت ها و آسیب های روانی- اجتماعی ناشی از این معضل، هزینه های نگهداری و ارائه مراقبت های خاص را برای سال های طولانی بپذیرد. از سوی دیگر خودکشی به سلامت روان اعضای خانواده قربانیان آسیب زده، تاثیرات منفی بر زندگی اجتماعی به جای می گذارد و احتمال وقوع آن را در محیط خانواده و اجتماع افزایش می دهد (۱۳). با این وجود خودکشی یک معضل روانی و اجتماعی پیش گیری شونده است و به نظر می رسد که اولین گام در برنامه ریزی اجتماعی برای پیشگیری از آن، شناسایی کامل پدیده از جمله از طریق مطالعه روند تغیرات آن در طی زمان است.

جمشیدزاده و همکاران (۱۴) نشان دادند که میانگین سنی خودکشی ۲۶/۶۷ و میانگین سنی اقدام به خودکشی ۲۴/۲۲ سال بوده است. بیشترین میزان خودکشی به ترتیب در ماه های اردیبهشت، شهریور و مرداد و بیشترین میزان اقدام به خودکشی به ترتیب در ماه های مرداد، تیر و خرداد بوده است. خودسوزی شایع ترین روش خودکشی، و خوردن قرص و سم شایع ترین روش اقدام به خودکشی بوده است. همچنین خورشیدی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که به طور کلی ۷۳ درصد از کل دالی محاسبه شده به روش خودسوزی مربوط می شود که ۸۰ درصد از این سهم به زنان اختصاص دارد. مسمومیت با دارو با ۲/۶ درصد، کمترین سهم از دالی را دارد که عمدتا به مردان تعلق دارد. در مسمومیت با سموم آفت کش که ۲۴/۵ درصد دالی به آن مربوط است، سهم مردان تقریبا چهار برابر زنان است. در مقایسه با سایر علل مانند سرطان ها ، بیماری های حول تولد و بیماری های دستگاه تنفسی، خودکشی بار خیلی بیشتری را بر مردم استان ایلام تحمیل می کند (۱). یافته های رضائیان و شریفی حاکی از این است که در استان ایلام مانند بسیاری از کشورهای دیگر موارد خودکشی و اقدام به خودکشی بیشتر در فصول بهار و تابستان اتفاق می افتد (۱۵). چمن آزادشهری و همکاران نشان دادند

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

که سطح کلسترول پایه در دو گروه بیماران با و بدون افکار خودکشی تفاوت معنی دار نداشت و شاید نتوان کلسترول خون را به عنوان شاخص زیست شناختی و عامل خطر برای خودکشی در بیماران روانپزشکی بستری به شمار آورد (۳). بنابراین در حال حاضر به دلیل نبود یک روند محسوس رو به کاهش در خودکشی، اهمیت پرداختن به آن و بررسی های بیشتر به امید تدوین برنامه های پیشگیری و مداخله ای کاملاً محسوس است.

استان ایلام از جمله مناطقی است که طی سال های اخیر شاهد افزایش روزافزون این پدیده بوده است. در حال حاضر خودکشی با افزایش ۵/۷ درصد از کل مرگ ها پس از بیماری قلبی و سوانح و حوادث غیرعمدی، سومین علت مرگ در استان است. روند رو به رشد این معضل، روش های خشن استفاده شده و به خصوص موفقیت آن در بین زنان، این مسئله را بغرنج نموده است. در این استان تحقیقاتی در زمینه سبب شناسی اجتماعی خودکشی (۱۶)، نگرش مردم ایلام به خودکشی (۱۷)، درمان و شیوه های مقابله در افراد اقدام کننده به خودکشی (۱۸)، روند خودکشی و اقدام به خودکشی (۱۴)، بار ناشی از رفتارهای خودکشی (۱)، الگوی فصلی خودکشی و اقدام به خودکشی (۱۵) صورت گرفته است که تمامی آنها در یک مقطع زمانی به بررسی این پدیده پرداخته و فرضیه هایی را به محک گذاشته اند.

این پژوهش با هدف بررسی روند خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام طی سال ۱۳۹۵ انجام شده است، تا ضمن بیان تاثیر این معضل بر جامعه، توجه مسئولین محلی و ملی را به آن معطوف داشته و در نهایت منجر به اتخاذ تصمیمات صحیح و منطقی برای تخفیف این مشکل در استان گردد.

روش کار:

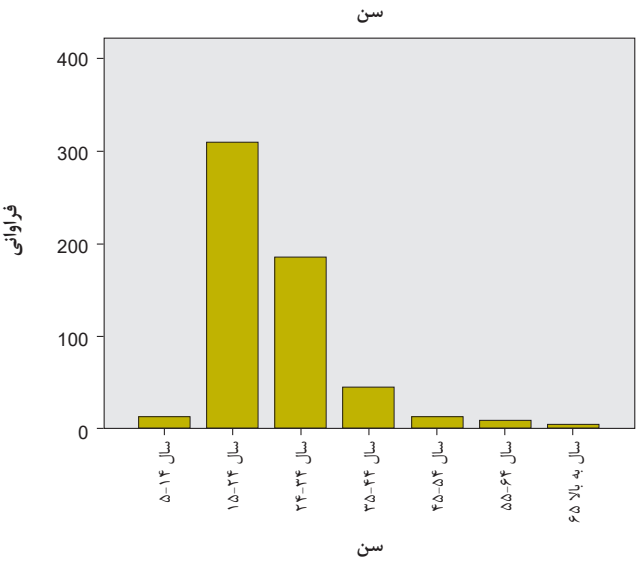
این پژوهش از نوع بررسی های توصیفی- مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش موارد ثبت شده خودکشی و اقدام به خودکشی طی سال ۱۳۹۵ در بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهرستان ایلام است و نمونه گیری انجام نشده است. داده ها از طریق ثبت وقایع جاری، جمع آوری شده و مجموع کل افراد بررسی شده ۵۸۲ نفر بود.

جمع آوری داده های پژوهش براساس مطالعه پرونده های خودکشی و اقدام به خودکشی صورت گرفت. هنگام ارجاع فرد اقدام کننده به خودکشی به بیمارستان، یک پرسشنامه اطلاعات فردی برای تکمیل و براساس آن پرونده ای تشکیل می گردید. در صورت عدم ارجاع فرد به بیمارستان و اعلام خودکشی فرد از طرف بستگان و سایر افراد، مشخصات او را دستگاه قضایی یا پزشکی قانونی ثبت می کند. اما از آنجا که اقدام به خودکشی و یا خودکشی معمولاً نیاز به درمان، اجازه دفن و ... دارد، احتمال اینکه برای افرادی پرونده تشکیل نشده باشد خیلی کم است. در تحلیل داده های پژوهش، از آمار توصیفی و فراوانی و درصد استفاده شد.

یافته‌ها:

در سال ۱۳۹۵، ۵۸۲ مورد اقدام به خودکشی در بیمارستان شهید مصطفی خمینی ایلام ثبت گردید. از بین افرادی که اقدام به خودکشی کردند، ۳۲۴ نفر (۵۵/۷ درصد) زن و ۲۵۸ نفر (۴۴/۳درصد) مرد بودند که نشان می داد اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است.

توزیع فراوانی موارد اقدام به خودکشی برحسب گروههای سنی نشان داد که گروه سنی ۱۴-۵ سال ۱۳ نفر (۲/۲ درصد)، گروه سنی ۲۴-۱۵ سال ۳۱۰ نفر (۵۳/۳ درصد)، ۳۴-۲۵ سال ۱۸۶ نفر (۳۲ درصد)، ۴۴-۳۵ سال ۴۵ نفر (۷/۷درصد)، ۵۴-۴۵ سال ۱۴ نفر (۲/۴ درصد)، ۶۴-۵۵ سال ۹ نفر (۱/۵ درصد) و بالای ۶۵ سال ۵ نفر (۰/۹ درصد) بود. براساس این اطلاعات بیشترین آمار اقدام به خودکشی در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال با ۵۳/۳ درصد و بعد از آن ۳۴-۲۵ سال با ۳۲ درصد بوده است (شکل ۱).



شکل شماره ۱: نمودار توزیع فراوانی آزمودنی ها برحسب سن

بررسی توزیع فراوانی موارد اقدام به خودکشی بر حسب تحصیلات نشان می دهد که، بیسواد ۱۵ نفر (۲/۶ درصد)، میزان تحصیلات ابتدایی ۳۰ نفر (۵/۲ درصد)، دانشوری ۱نفر (۰/۲ درصد)، راهنمایی ۲۶ نفر (۴/۵ درصد)، سیکل ۵۰ نفر (۸/۶ درصد)، متوسطه ۳۱

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

نفر (۵/۳ درصد)، دیپلم ۲۵۲ نفر (۴۳/۳ درصد)، کاردانی ۴۴ نفر (۷/۶ درصد)، کارشناسی ۵۰ نفر (۸/۶ درصد)، کارشناسی ارشد ۸ نفر (۱/۴درصد) و مشخص نشده ها ۷۵ نفر (۱۲/۹ درصد) بود. بیشترین آمار اقدام به خودکشی برحسب تحصیلات در بین افراد با تحصیلات دیپلم بود.

بررسی توزیع فراوانی موارد اقدام به خودکشی بر حسب شغل نشان داد که شغل آزاد ۶۳ نفر (۱۰/۸ درصد)، بیکار ۸۱ نفر (۱۳/۹ درصد)، خانه دار ۲۳۱ نفر (۳۹/۷ درصد)، دانشجو ۳۳ نفر (۵/۷ درصد)، راننده ۳ نفر (۰/۵ درصد)، سرباز ۶ نفر (۱ درصد)، کارگر ۴ نفر (۰/۷ درصد)، کارمند ۷ نفر (۱/۲ درصد)، کشاورز ۲ نفر (۳ درصد)، محصل ۵۲ نفر (۸/۹ درصد)، مستمری بگیر ۴نفر (۰/۷ درصد) و مشخص نشده ها ۹۶ نفر (۱۶/۵درصد) بودند. بیشترین آمار اقدام به خودکشی برحسب شغل در بین افراد خانه دار بوده است.

بررسی توزیع فراوانی موارد اقدام به خودکشی بر حسب محل خودکشی نشان می داد که در اماکن عمومی ۴۳ نفر (۵/۸ درصد)، زندان یا بازداشتگاه ۲ نفر (۰/۳ درصد)، محل کار ۱۳ نفر (۲/۲ درصد) و در منزل ۵۳۳ نفر (۹۱/۶ درصد) بوده است که بیشترین آمار محل اقدام به خودکشی در منزل بود.

بررسی توزیع فراوانی موارد اقدام به خودکشی بر حسب وسیله خودکشی نشان می دهد که، الکل ۳ نفر (۰/۵ درصد)، سم ۳۶ نفر (۶/۲ درصد)، طناب ۳ نفر (۰/۵ درصد)، قرص ۵۱۳ نفر (۸۸/۱ درصد)، گچ ۱ نفر (۰/۲ درصد)، سایر ۱۵ نفر (۲/۶ درصد) و مشخص نشده ها ۱۱ نفر (۱/۹ درصد) بوده است که بیشترین آمار اقدام به خودکشی به وسیله قرص بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی و درصد آزمودنی ها اساس وسیله خودکشی

	فراوانی	درصد
الکل	۳	۰/۵
سم	۳۶	۶/۲
طناب	۳	۰/۵
قرص	۵۱۳	۸۸/۱
گچ	۱	۰/۲
سایر	۱۵	۲/۶
نامشخص	۱۱	۱/۹
مجموع	۵۸۲	۱۰۰

بررسی توزیع فراوانی موارد اقدام به خودکشی بر حسب علت خودکشی نشان می دهد که بیماری های اعصاب و روان ۱ نفر (۰/۲ درصد) و علت نامشخص ۵۸۱ نفر (۹۹/۸ درصد) بوده است و بنابراین علت اقدام به خودکشی افراد مشخص نبوده است.

بررسی توزیع فراوانی موارد بر حسب نتیجه اقدام به خودکشی نشان می دهد که، اقدام به خودکشی ۵۷۳ نفر (۹۸/۵ درصد) و منجر به مرگ ۹ نفر (۱/۵درصد) بوده است.

بررسی توزیع فراوانی موارد اقدام به خودکشی بر حسب سابقه بیماری نشان می دهد که افراد با سابقه بیماری ۱۵ نفر (۲/۶ درصد) و بدون سابقه بیماری ۵۶۷ نفر (۹۷/۴ درصد) بودند. بیشترین آمار اقدام به خودکشی برحسب سابقه بیماری در بین افراد بدون سابقه بیماری بود.

بررسی توزیع فراوانی موارد اقدام به خودکشی بر حسب سابقه خودکشی نشان می دهد که افراد با سابقه اقدام به خودکشی ۹ نفر (۱/۵ درصد) و افراد بدون سابقه اقدام به خودکشی ۵۷۳ نفر (۹۸/۵ درصد) بودند. بیشترین آمار اقدام به خودکشی برحسب سابقه خودکشی در افرادی بدون سابقه خودکشی بوده است.

بحث و نتیجه گیری:

خودکشی یک بیماری نیست و می تواند پیامد بسیاری از بیماری ها و مشکلات اجتماعی باشد، امروزه در سرتاسر جهان به دلیل اهمیت روزافزون خودکشی در بین همه اقوام، روز ۱۰ سپتامبر به عنوان روز جهانی پیشگیری از خودکشی توسط سازمان جهانی بهداشت نام گرفته است. اهمیت نامگذاری در جهت جلب توجه به خودکشی به عنوان یک عامل اصلی قابل پیشگیری و زودرس مرگ می باشد. نتایج مطالعه حاضر مبین آن است که درصد خودکشی در زنان بیشتر از مردان بوده است، این در حالی است که اکثر مطالعات مشابه، خودکشی در مردان را بیش از زنان گزارش کرده اند (۱۹و۵)، که این مغایرت به دلیل بالا بودن میزان اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان در استان می باشد.

بیشترین میزان خودکشی در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال و برحسب تحصیلات در بین افراد با تحصیلات دیپلم بوده است که این میزان بالا چه در زنان و چه در مردان مربوط به آسیب ها است. در مطالعه میزان اقدام به خودکشی برحسب شغل در بین افراد خانه دار، محل اقدام به خودکشی در منزل و بیشترین آمار وسیله خودکشی به وسیله قرص بوده است که علت اقدام به خودکشی بیشتر افراد مشخص نبوده است. در مطالعات بسیاری، مصرف دارو اولین روش خودکشی دانسته شده است که با این یافته ها همخوانی دارد (۲۱و۲۰و۵).

بیشترین آمار اقدام به خودکشی برحسب سابقه بیماری در بین افراد بدون سابقه بیماری و برحسب سابقه خودکشی در بین افراد بدون سابقه خودکشی بوده است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]

روند سریع روبه افزایش خودکشی در استان ایلام پیش بینی و ارزیابی خطر خودکشی و اهمیت موضوع را می رساند که لزوم توجه بیشتر به این معضل را محسوس تر می کند. خودکشی و تلاش برای آن عواقب شدید روحی و روانی برای خانواده ها و دوستان خواهد داشت. خانواده های افرادی که تلاش برای خودکشی می کنند اغلب مضطرب و نگران از خطرهای بیشتر رفتار مجدد خودکشی بوده و خود را جهت پیشگیری از رویدادهای مجدد مسئول می دانند، ضمن اینکه هزینه های اقتصادی زیادی در ارتباط با زندگی های از دست رفته ناشی از خودکشی به آنها تحمیل می شود (۲۲).

برای اینکه خودکشی در جامعه و به خصوص در مورد کسانی که برای نوبت اول خودکشی ناموفق داشته اند تکرار نشود، ضروری است که مداخلات پرستاری و سیاست هایی جهت پیشگیری از روش های خودکشی مآبانه به کار گرفته شود. به نظر پژوهشگران توصیه می شود آموزش پرستاران برای شناخت مراقبت و کنترل رفتار خودکشی ناشی از مشکلات در نزد مددجویان انجام گیرد. در ضمن می توان با محدود کردن دسترسی افراد مستعد به وسایل کشنده همچون دارو گام مثبتی در جهت پیشگیری از خودکشی برداشت. آموزش مهارت های زندگی، شناسایی موارد خشونت خانوادگی، ارایه راه کارهای مناسب در حل مشکلات خانوادگی، معرفی دستگاههای حمایتی به مددجو و ارجاع و پیشگیری از جمله اقداماتی است که می توانند در جهت کاهش موارد اقدام به خودکشی موثر باشند.

مراجع

۱. خورشیدی، علی؛ یاسمی، محمدتقی؛ اساسی، نازیلا؛ زمانی، قاسم. تعیین بار ناشی از رفتارهای خودکشی در استان ایلام. نشریه پایش. ۱۳۸۳؛ ۳(۴): ۲۶۴–۲۵۷.

2. Begg S, Tomijima N, Vos T, Mathers CD. Global burden of injury in the year 2000: an overview of methods.

۳. چمن آزاد شهری، سعید؛ ملکوتی، سیدکاظم؛ حسن زاده، سیدمهدی. افکار خودکشی و سطح کلسترول خون. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار). ۱۳۸۳؛ ۱۰(۲–۱): ۱۲۳۹–۱۳۵.

4. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and Psychosocial disorders. World Health Organization: Geneva, 1993.

5. Roy A. Suicide in Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry 7th ed. Philadelphia: Williams and wilkins. 2000.

6. Anderson RN. Deaths: leading causes for 2000. Natl Vital Stat Rep. 2002;50(16):1-85.

7. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization; 2002.

8. Khajeh Mogehi N, Behroziyan F, Ganavati F. Investigation the relationship between hopelessness and suicide in patients with mood disorders. Sci Med J. 2010; 8(4): 407-13.

9. Moradi A, Akbari Zardkhaneh S, Cheraghi FE, Foladvand K. An investigation on the role of family and social factors on suicide of university students. J Family Res. 2009;5(4):487-502.

10. Hatami P. Studying the effectual factors in social health of students emphasizing of social networks [thesis]. Tehran (Iran): Allameh Tabataba'i University Faculty of social sciences. 2010.

۱۱. جانقربانی، محسن؛ بخشی، سیف اله. شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۹۴–۱۳۹۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.۱۳۹۴؛ ۱۷(۵): ۱۲–۱.

12. Pirkis J, Burgess P, Dunt D. Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2000;21(1):16-25.

۱۳. سازمان بهزیستی کشور. طرح پیشگیری از خودکشی در استان ایلام. ۱۳۷۵

جمشیدزاده، فرخ لقا؛ رفیعی، حسن؛ یاسمی، محمدتقی؛ رحیمی، سیدعلی سینا؛ ۱۴. اعظم، کمال. روند خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام: ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۰. رفاه اجتماعی.۱۳۸۳؛ ۳ (۱۲): ۳۴۵–۳۲۵.

۱۵. رضائیان، محسن؛ شریفی، غلامرضا. الگوی فصلی خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام طی سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۲. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۱۳۸۷؛ ۱۶(۲): ۵۷–۵۱.

۱۶. محسنی، منوچهر. بررسی علل و عوامل موثر بر ازدیاد نرخ خودکشی در استان ایلام ۱۳۷۱–۱۳۶۷. مرکز اطلاعات و آمار ایران. ۱۳۷۱؛ ۳۰۵۳۱.

۱۷. احمدی زاده، شاکر. بررسی مقدماتی برداشت ها و آگاهی های مردم شهر ایلام نسبت به خودکشی. پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روان پزشکی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران، ۱۳۷۳.

۱۸. باپیری، امیدعلی. بررسی اثربخشی روش آموزش گروهی مهارت حل مسئله در درمان نوجوانان اقدام کننده به خودکشی در شهر ایلام. پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روان پزشکی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران، ۱۳۷۶.

۱۹. نیک قوام، معصومه. بررسی مسمومیت های حاد دارویی در بیمارستان آیت اله طالقانی ارومیه بین سال های ۱۳۷۲ تا ۱۳۷۴. برای اخذ دکتری در رشته داروسازی. دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۷۶.

20. Khan MM, Islam S, Kundi AK. Parasuicide in Pakistan: experience at a university hospital. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1996;93(4):264-7.

۲۱. یاسمی، محمدتقی؛ صانعی، نسرین. بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی در شهرستان کرمان. خلاصه مقاله چهارمین کنگره پژوهشی های روان پزشکی و روان شناسی در ایران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۲.

22. Mohr WK, Johnson BS, editors. Johnson›s psychiatric-mental health nursing. Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-09]