

عوامل روان شناختی و جامعه شناختی موثر بر خودکشی در زنان

شهرهای شال و دانشفهان استان قزوین (۱۳۷۶-۱۳۸۷)

تاریخ دریافت مقاله : ۸۹/۹/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱/۲۵

افسانه علیزاده اصلی^۱

فاطمه فرقانی رامندی^۲

نصرت الله علیرضائی^۳

حسین آقا علیخانی^۴

حسن قدیری^۵

چکیده

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل روان‌شناختی و جامعه‌شناختی مؤثر بر خودکشی و اندیشه خودکشی در زنان شهرهای شال و دانشفهان می‌باشد. روش: این تحقیق توصیفی از نوع علی - مقایسه ای می باشد. نمونه پژوهش شامل ۹۰ نفر می‌باشد که جهت بررسی علل و عوامل مؤثر بر خودکشی (۴۵ نفر زنانی که خودکشی ناموفق داشته‌اند و ۴۵ نفر نیز زنان عادی که با آنها هم‌تا شدند) از طریق سرشماری و نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ۲۶۰ نفر نیز جهت بررسی میزان اندیشه خودکشی در دانش‌آموزان دبیرستانی از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای گزینش شدند. در این تحقیق از سه پرسشنامه MMPI جهت سنجش تاثیر عوامل روان‌شناختی، محقق ساخته جهت سنجش عوامل جامعه شناختی و اندیشه خودکشی جهت سنجش اندیشه خودکشی استفاده شده

۱- نویسنده مسئول: دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوئین زهرا، گروه روانشناسی، بوئین زهرا، ایران
پست الکترونیکی: a.alizadehasli@yahoo.com

۲- دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوئین زهرا، بوئین زهرا، ایران

۳- دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوئین زهرا، گروه آموزش زبان انگلیسی، بوئین زهرا، ایران

۴- دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوئین زهرا، گروه مدیریت، بوئین زهرا، ایران

۵- دانشگاه پیام نور قزوین، گروه علوم اجتماعی، قزوین، ایران

است. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون خی‌دو، تحلیل رگرسیون تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که همبستگی و انسجام اجتماعی، منزلت اجتماعی و اعتقادات دینی، انزوا و کناره‌گیری اجتماعی، ناکامیهای اقتصادی، عاطفی و اجتماعی، افسردگی، سایکوپات و رفتارهای ضداجتماعی با خودکشی و اندیشه خودکشی رابطه معناداری دارد ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: در مجموع این مطالعه نشان می‌دهد که استراتژی‌ها و برنامه‌های پیشگیری و آموزش باید در اولویت قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: خودکشی، عوامل اجتماعی خودکشی، عوامل روان‌شناختی خودکشی، اندیشه خودکشی.

Psychological and sociological factors affecting on suicide attempting and suicidal thoughts in women Shal and Dansfahan cities of Qazvin province (1376-1387)

Afsaneh Alizadeh Asli
Fateme forghani Ramandi
Nosratollah Alirezai
Hossein Aghaalikhani
Hasan Ghadiri

Abstract

Introduction: The present research investigated the most important factors affecting on suicide attempt and suicidal thoughts among women living in Dansfahan and Shal cities of Iran during years 1376-1387.

Method: This comparative-casual study performed on totally 90 participants including 45 suicide attempted women and 45 non-attempted women who matched with them. Also, 260 high school students were chosen through cluster sampling to evaluate the suicidal ideation. In this study has been used from three questionnaires, MMPI and Designed by the researcher and suicidal

thoughts. The collected data were analyzed by chi-square test, regression analysis.

Results: The results showed that there was significant relationship between social cohesion , social status and religious beliefs , Social isolation, economic failures, emotional frustration, depression, antisocial behaviors and psychopath with suicide attempting and suicidal ideation ($p < .01$).

Conclusion: In general the study shows that priorities should be given to the strategies and preventive plans and training.

Keywords: Suicide Attempting, Suicide Social Factors, Suicide Psychological Factors, Suicidal Thoughts.

مقدمه

خودکشی و اقدام به خودکشی یک مسئله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی به شمار می رود. این پدیده افزون بر زیان های شخصی و خانوادگی یک زیان اجتماعی نیز شمرده می شود (قریشی و همکاران، ۱۳۸۷). طیف رفتار خودکشی دارای دامنه ای از فکر خودکشی، تهدید به خودکشی و اقدام به خودکشی تا خودکشی کامل است (محمدخانی، ۱۳۸۳). بنا به تعاریف، افکار خودکشی به افکار مربوط به آرزوی مردن، برنامه ریزی برای زمان و مکان و نحوه خودکشی و اثر آن بر دیگران اطلاق می شود. خودکشی موفق^۱ نیز عبارت است از: گرفتن جان خویش به دست خویشتن. در صورتی که آسیب منجر به مرگ شود خودکشی موفق نامیده می شود و اگر منجر به مرگ نشود اقدام به خودکشی تلقی می گردد (کیو بندی^۲، ۲۰۰۱).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی خودکشی سیزدهمین علت مرگ در جهان و سومین علت منجر به مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ سال است (دالبرگ^۳، ۲۰۰۲؛ مان^۴، ۲۰۰۲). میزان خودکشی در ایران از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین تر، اما در مقایسه با بیشتر کشورهای خاورمیانه بالاتر است (مرادی و همکاران، ۱۳۸۱). همچنین

1 - Committed suicide
2 - Cave bondi
3 - Dahlberg
4 - Mann

میانگین سن خودکشی در ایران ۲۹ سال است که نسبت به کشورهای غربی بسیار پایین است (یاسمی و همکاران، ۱۳۷۲).

آمار خودکشی در میان زنان ایرانی نسبت به مردان رو به افزایش است. ایران سومین کشور جهان است که در آن آمار خودکشی زنان افزایش می‌یابد و در حال پیشی گرفتن از آمار خودکشی مردان است. به طوری که در مازندران سن متوسط خودکشی ۲۷ سال بوده و ۱۰۰ درصد آن را زنان تشکیل می‌دهند (احمدی و همکاران، ۱۳۸۵). در کرج سن متوسط خودکشی ۳۱/۵ سال می‌باشد که ۵۹ درصد آن را زنان و ۴۱ درصد را مردان تشکیل می‌دهند (موسوی و همکاران، ۱۳۸۴). در تبریز سن متوسط خودکشی ۳۸/۳ سال می‌باشد که ۵۳/۸ درصد آن را زنان و ۴۳/۵ درصد آن را مردان تشکیل می‌دهند (اشکانی و همکاران، ۱۳۸۲). در قزوین سن متوسط خودکشی ۳۰ سال است که ۲۴ درصد آن را مردان و ۷۶ درصد آن را زنان تشکیل می‌دهند که ۷۷ درصد آنها سابقه افسردگی داشته‌اند (شیخ‌الاسلام، ۱۳۷۶). در همدان سن متوسط خودکشی ۲۵ سال می‌باشد که ۳۶ درصد آن را مردان و ۶۴ درصد را زنان تشکیل می‌دهند که ۸۳ درصد آنها سابقه افسردگی داشتند (حیدری، ۱۳۷۸). در تهران نیز سن متوسط خودکشی ۳۹-۳۰ سال می‌باشد که ۳۲ درصد را مردان و ۶۸ درصد را زنان تشکیل می‌دهند (صولتی، ۱۳۷۹).

بر اساس تحقیقات انجام شده نسبت اقدام به خودکشی از ۱۰۰ تا ۳۰۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر فرق می‌کند. در تمام کشورها اکثریت را زنان تشکیل می‌دهند که حدوداً ۵۰ درصد افراد زیر ۳۰ سال هستند. گروه سنی زنان ۱۵ تا ۱۹ سال دارای بالاترین نسبت اقدام به خودکشی بوده‌اند. از هر ۱۰۰ نفر این گروه سنی در طول سال، یک نفر اقدام به خودکشی می‌کند. این در حالی است که مردان گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال دارای بالاترین نسبت اقدام به خودکشی بوده‌اند و از هر ۲۰۰ نفر این گروه سنی ۱ نفر در طول سال اقدام به خودکشی می‌کند. تقریباً ۱ درصد از افراد اقدام کننده به خودکشی در طول سال بعدی اقدام به خودکشی موفق می‌کنند (روی^۱، ۲۰۰۰).

مطالعه مروری در زمینه شناسایی عوامل خطر خودکشی، عواملی همچون بیماری روانی، زن بودن، نوجوان بودن، اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی را به عنوان عوامل خطر

خودکشی مطرح نموده است (ترویستر^۱، ۲۰۰۸). در جهت شناسایی عوامل پیش بینی کننده رخداد خودکشی در کشور ایران پژوهش ها نشان داده اند که نوجوان بودن، زن بودن، سابقه بیماری روانی، مصرف دخانیات و الکل در طول عمر و بیکار بودن از متغیرهایی هستند که به صورت مستقل می توانند پیش بینی کننده اقدام به خودکشی باشند (نقوی، ۱۳۸۱).

نتایج پژوهشهای انجام گرفته (مقصودی، ۲۰۰۴؛ پیرسون^۲، ۲۰۰۲؛ بیوترایس^۳، ۲۰۰۰) نیز نشان می دهد عواملی از قبیل اختلافات زناشویی، مسائل روانی خانواده، روابط اجتماعی و فشارهای خانوادگی با رفتار خودکشی گرا رابطه دارد. همچنین نتایج حاصل از تحقیقات (کمار^۴، ۲۰۰۳؛ فازا^۵، ۲۰۰۳؛ قابیل احمد^۶، ۲۰۰۴؛ اولمان^۷، ۲۰۰۴؛ ژانگ^۸، ۲۰۰۵؛ پمپیلی^۹، ۲۰۰۷؛ کران^{۱۰}، ۲۰۰۷) حاکی از آن است که بین آزار و سوء رفتار فیزیکی همسران، تجاوز جنسی، سابقه بیماری های پزشکی و روانی، سابقه اقدام به خودکشی و خودکشی رابطه معناداری وجود دارد.

در زمینه دانش آموزان می توان علت خودکشی را به عواملی نظیر مشکلات جسمی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و خلق افسرده که میزان آن به طور معنی داری در دخترها بالاتر از پسرها است، اشاره کرد. همچنین خطر خودکشی به طور معنی داری با نامشخص بودن والدین، مرگ، طلاق یا کشمکش بین والدین، مشکلات مالی خانواده، مصرف الکل و اعتیاد در والدین ارتباط دارد (لاروسا^{۱۱}، ۲۰۰۵). در یک مطالعه بین فکر خودکشی و اضطراب، افسردگی و افت تحصیلی رابطه معنی داری وجود داشت (لی، ۲۰۰۶).

در شهرهای شال و دانسفهان کل اقدام کننده های به خودکشی ۷۵/۷ درصد در هزار نفر در سال است. تعداد زنان نسبت به کل جمعیت ۶۷ درصد می باشد که میزان خودکشی ۴۳ مورد در هر صد هزار نفر در سال و مردان نیز ۵۱ درصد کل جمعیت را تشکیل می

-
- 1 - Troister
 - 2 - Pearson
 - 3 - Beutrais
 - 4 - Kumar
 - 5 - Fazaa
 - 6 - Kapil Ahmed
 - 7 - Ullman
 - 8 - Zhang
 - 9 - Pompili
 - 10 - Crane
 - 11 - Iarosa

دهند که میزان خودکشی ۳۲/۷ مورد در هر صد هزار نفر در سال گزارش شده است که این میزان در مقایسه با شهرهای دیگر ایران بسیار قابل تأمل می‌باشد.^۱ از آنجا که این پدیده برای نظام بهداشتی و درمانی شهرهای مختلف کشور پرهزینه است و با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور ما سازگار نیست، بررسی دقیق تر موضوع ضروری به نظر می‌رسد. این پژوهش در راستای شناسایی عوامل موثر بر خودکشی و اندیشه خودکشی در زنان شهرستانهای مذکور انجام شد.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع پس رویدادی (علی-مقایسه‌ای) می‌باشد. جامعه آماری شامل دو گروه می‌باشد. گروه یک کلیه زنان شال و دانشفهان که بین سالهای (۱۳۷۲-۱۳۸۷) خودکشی ناموفق داشته اند. گروه دو کلیه زنان جوان شهرهای شال و دانشفهان که در مقطع دبیرستان تحصیل می‌کنند. نمونه مورد نظر در گروه یک ۹۰ نفر می‌باشد که ۴۵ نفر آنها زنانی هستند که خودکشی ناموفق داشته اند که از طریق سرشماری به دست آمدند و ۴۵ نفر دیگر زنان عادی هستند که بر اساس سه متغیر سن، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیل با گروه خودکشی‌کننده همتا شدند. همچنین نمونه مورد نظر در گروه دو شامل ۲۶۰ نفر از بانوان دانش آموز در مقطع دبیرستان شهرستانهای شال و دانشفهان می‌باشد که ۱۳۰ نفر آنها از چهار دبیرستان شهرستان شال و ۱۳۰ نفر دیگر از سه دبیرستان شهرستان دانشفهان از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای به طور جداگانه انتخاب شدند.

ابزار سنجش

جهت سنجش تأثیر عوامل روان شناختی بر خودکشی از پرسشنامه چند جنبه‌ای شخصیت مینه‌سوتا MMPI استفاده شد. این پرسشنامه یکی از رایج‌ترین آزمون‌های ارزیابی عینی شخصیت است که در سال ۱۹۴۳ به وسیله هاتاوی و مک‌کنیلی در دانشگاه مینه‌سوتای آمریکا ساخته شد. نمونه اصلی آن ۵۶۵ پرسش دارد که اجرای آن نیازمند مدت زمان طولانی است. بنابراین در ۱۹۶۸، کینکانن نمونه‌ای کوتاه شده از این پرسشنامه را با ۷۱ پرسش فراهم آورد.

برای سنجش عوامل جامعه‌شناختی پرسشنامه‌ای توسط محقق تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۶۱ سوال می‌باشد که عواملی چون پایگاه اقتصادی و اجتماعی خانواده، همبستگی و انسجام اجتماعی، انزوا و کناره‌گیری اجتماعی، ناکامی اقتصادی، اجتماعی، عاطفی، پذیرش نقش‌های سنتی، منزلت اجتماعی، تقدیرگرایی و پایبندی به اعتقادات دینی را می‌سنجد. پایایی مزبور با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/90$ بدست آمد.

پرسشنامه اندیشه خودکشی نیز جهت سنجش اندیشه خودکشی استفاده شده است. این پرسشنامه توسط محمدی‌فر (۱۳۸۴) ساخته شده است و شامل ۳۸ سوال می‌باشد که سه گزینه هیچوقت، گاهگاهی و اکثر اوقات دارد و به ترتیب نمره ۱، ۲ و ۳ می‌گیرند. فقط سوال ۳۳ و ۳۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای به دست آمده از کل سوالات ($N=455$) برابر $0/93$ بوده است در حالی که کلیه زیر مقیاس‌های این مقیاس دارای آلفایی بزرگتر از $0/70$ بوده‌اند، بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که این پرسشنامه محقق ساخته دارای همسانی درونی مورد نیاز می‌باشد. نمره گرایش به اندیشه خودکشی با توجه به یک انحراف استاندارد حول و حوش میانگین (۶۶ تا ۸۸) به نمره گرایش به خودکشی در حد متوسط و یک انحراف استاندارد بالای میانگین (۸۹ تا ۱۲۰) گرایش به خودکشی در حد زیاد و یک انحراف استاندارد پایین (۴۰ تا ۶۵) به گرایش کم به اندیشه خودکشی تقسیم شده است. همچنین محقق در طی این مطالعه مدارک مورد نظر گروه خودکشی‌کننده را از طریق مراجعه به مراکز بهداشت، فرمانداری، پزشکی قانونی شهرستان بوئین‌زهرا تهیه دیده است.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها و آزمون انگاره‌های پژوهش، نخست نتایج آزمون t برای مقایسه عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر خودکشی در زنانی که خودکشی ناموفق داشته‌اند و زنان عادی بررسی شد که در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- نتایج آزمون t برای مقایسه زنانی که خودکشی نا موفق داشته اند و زنان عادی برحسب متغیرهای عوامل جامعه‌شناختی

متغیر	گروه	\bar{X}	S^2	u	F	a	T	Df	a
پایگاه اقتصادی- اجتماعی	زنانی که خودکشی ناموفق داشته اند	۲۵۴/۰۰۰	۹۲۶۴/۰۶	۹۶/۲۵	۱/۰۸	۰/۱۱۱	-۱/۰۶	۸۸	۰/۱۴۶
	زنان عادی	۲۵۶/۱۶	۷۹۶۱/۹۹	۹۸/۲۳					
همبستگی و انسجام اجتماعی	زنانی که خودکشی ناموفق داشته اند	۱۶/۰۲	۳/۸۴	۱/۹۶	۶/۹۶	۰/۰۱	-۴/۶۲	۵۸	۰/۰۱
	زنان عادی	۱۹/۶۲	۲۳/۵۲	۴/۸۵					
انزوا و کناره‌گیری اجتماعی	زنانی که خودکشی ناموفق داشته اند	۱۸/۸۷	۲۳/۹۱	۴/۸۹	۵/۶۲	۰/۰۱	۴/۱۶	۶۰/۳۶	۰/۰۱
	زنان عادی	۱۵/۵۶	۴/۶۲	۲/۱۵					
ناکامی‌های اقتصادی و عاطفی و اجتماعی	زنانی که خودکشی ناموفق داشته اند	۲۳/۱۷	۱۰/۲۴	۳/۲۰	۱/۳۱	۰/۱۶۴	۲۱/۶	۸۸	۰/۰۱
	زنان عادی	۱۵/۶۱	۶/۰۰	۲/۴۵					

متغیر	گروه	\bar{X}	S^2	u	F	a	T	Df	a
پذیرش نقشهای سنتی	زنانی که خودکشی ناموفق داشته اند	۱۷/۶۷	۱۳/۵۴	۳/۶۸	۰/۰۱۷	۰/۸۹۶	۰/۲۳	۸۸	۰/۸۲۰
	زنان عادی	۱۷/۴۹	۱۳/۸۴	۳/۷۲					
منزلت اجتماعی	زنانی که خودکشی ناموفق داشته اند	۱۵/۱۳	۴/۱۲	۲/۰۳	۵/۱۳	۰/۰۱	۶/۰۴	۶۰/۴۵	۰/۰۱
	زنان عادی	۱۹/۶۷	۱۲/۲۵	۴/۶۱					
تقدیرگرایی	زنانی که خودکشی ناموفق داشته اند	۱۹/۲۸	۱۵/۹۲	۳/۹۹	۰/۰۴	۰/۸۳۲	۰/۹۸۱	۸۸	۰/۸۲۰
	زنان عادی	۱۸/۴۴	۱۷/۳۹	۴/۱۷					
اعتقادات دینی	زنانی که خودکشی ناموفق داشته اند	۱۶/۹۵	۱۸/۹۲	۴/۳۵	۰/۷۸	۰/۳۸۴	۴/۱۳	۸۸	۰/۰۱
	زنان عادی	۲۰/۸۲	۲۰/۵۲	۴/۵۳					

نتایج آزمون t نشان داد که بین میانگین نمرات همبستگی اجتماعی، انزوا و کناره‌گیری اجتماعی، ناکامیهای اقتصادی، عاطفی، اجتماعی، منزلت اجتماعی و اعتقادات دینی در دو گروه مذکور تفاوت معنادار وجود دارد که با توجه به میانگین‌ها ملاحظه می‌شود که میانگین همبستگی و انسجام اجتماعی، منزلت اجتماعی و اعتقادات دینی در گروه عادی بیشتر از افرادی است که خودکشی ناموفق داشته‌اند و همچنین میانگین انزوا و کناره‌گیری اجتماعی، ناکامیهای اقتصادی، عاطفی، اجتماعی در زنانی که خودکشی ناموفق داشته‌اند از زنان عادی بیشتر است.

جدول ۲- محاسبه ضرایب رگرسیون لجستیک براساس متغیرهای پیش‌بین

متغیرها	B	SE	Wald	df	EXP(B)
مقدار ثابت	۳۸/۴۹	۱۵/۲۵	۶/۳۷	۱	۰/۰۱۲
پایگاه اقتصادی	۰/۱۸۰	۱/۰۰۹	۰/۰۳	۱	۰/۱۹۷
همبستگی و انسجام اجتماعی	-۲/۰۶۱	۰/۰۹	۳/۵۲	۱	۰/۱۲۷
انزوا و کناره‌گیری اجتماعی	-۰/۵۶۸	۰/۵۳	۱/۱۳	۱	۰/۵۷۲
ناکامی‌های اقتصادی اجتماعی	-۱/۱۵۶	۰/۶۵	۳/۱۵	۱	۰/۳۱۸
پذیرش نقش‌های سستی	-۰/۳۹۷	۰/۷۱	۰/۳۰	۱	۰/۶۷۹
منزلت اجتماعی	-۰/۷۸۰	۰/۲۷	۸/۵۱	۱	۰/۱۸۲
تقدیرگرایی	۰/۱۴۳	۰/۳۹	۰/۱۴	۱	۱/۱۵۳
اعتقادات دینی	۰/۹۲۹	۰/۴۹	۳/۵۱	۱	۲/۵۱۵

همچنین با توجه به جدول ۲ نتایج حاصل از محاسبه ضرایب رگرسیون لجستیک براساس متغیرهای پیش‌بین و عوامل مؤثر بر خودکشی نشان داد که به ترتیب منزلت اجتماعی و پذیرش نقش‌های سستی ارتباط معنادارتری نسبت به سایر عوامل با خودکشی دارد. همچنین سایر عوامل هرچند معنادار نمی‌باشند، ولی اعتقادات دینی نیز تا حدودی پیش‌بینی‌کننده خوبی برای خودکشی است.

نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین ویژگیهای شخصیتی زنانی که خودکشی ناموفق داشته‌اند و زنان عادی نشان داد که تنها بین میانگین نمرات افسردگی در دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بدین معنی که میانگین نمرات افسردگی زنانی که خودکشی ناموفق داشته‌اند بیشتر از زنان عادی است. در سایر موارد ویژگیهای شخصیتی تفاوت معنی‌دار در این گروه دیده نشد. جداول ۳ و ۴ خلاصه تحلیل واریانس همزمان به منظور بررسی رابطه عوامل موثر بر خودکشی و اندیشه خودکشی و محاسبه ضرایب رگرسیون همزمان حاصل از آن براساس متغیرهای پیش بین و تاثیر آن بر اندیشه خودکشی در دانش آموزان دبیرستانی را نشان می‌دهد.

جدول ۳- خلاصه تحلیل واریانس همزمان به منظور بررسی رابطه عوامل موثر بر

خودکشی و اندیشه خودکشی در دانش آموزان دبیرستانی

منابع تغییرات	SS	df	MS	F	a
رگرسیون	۱۳/۳۶۷	۸	۱/۶۷۱	۱۴/۸۲	۰/۰۱
باقیمانده	۹/۱۳۳	۸۱	۰/۱۱۳		
جمع کل	۲۲/۵۰۰	۸۹			

جدول ۴- محاسبه ضرایب رگرسیون همزمان براساس متغیرهای پیش بین و تاثیر آن

بر اندیشه خودکشی در دانش آموزان دبیرستانی

متغیرها	B	SE	Beta	T	r	P	V
پایگاه اقتصادی اجتماعی	۰/۰۰۵	۰/۰۸۰	۰/۰۴۳	۰/۰۶	۰/۹۴۸	۰/۰۷	۰/۴۹٪
همبستگی و انسجام اجتماعی	۰/۱۳	۰/۰۷۵	۱/۰۶	۲/۶۷	۰/۰۲۱	-۰/۲۵	۶/۲۵٪
انزوا و کناره‌گیری اجتماعی	۰/۰۳	۰/۰۱۵	۰/۳۲	۳/۰۰	۰/۰۱۵	۰/۳۸	۱۴/۴۴٪
ناکامیهای اقتصادی، عاطفی، اجتماعی	۰/۰۳	۰/۰۴۶	۰/۲۴	۳/۴۷	۰/۰۰۲	۰/۴۹	۲۴/۰۱٪
پذیرش نقشهای اجتماعی	۰/۰۵	۰/۰۴۷	۰/۰۰۴	۰/۰۱۱	۰/۹۳۹	۰/۰۱	۰/۰۱٪
منزلت اجتماعی	۳/۰۹	۰/۰۱۴	۰/۴۶	۰/۰۶	۰/۹۴۶	-۰/۰۷	۰/۴۹٪
تقدیرگرایی	۰/۰۲	۰/۰۲۶	۰/۰۳	۰/۰۸	۰/۹۹۱	۰/۰۰۹	۰/۰۰۸٪
اعتقادات دینی	۰/۰۶	۰/۰۰۸	۰/۰۰۸	۲/۲۵	۰/۰۲۷	-۰/۳۳	۱۰/۸۹٪

بر پایه نتایج تحلیل واریانس و شاخص های آماری و رگرسیون بین عوامل جامعه شناختی مؤثر بر خودکشی و اندیشه خودکشی در دانش آموزان دبیرستانی میزان F بدست آمده معنادار است و ۱۲٪ از واریانس نمرات اندیشه خودکشی را عواملی چون (همبستگی، انسجام اجتماعی، انزوا، کناره گیری اجتماعی، ناکامی ها، اعتقادات دینی) تعیین می کند به طوری که ضرایب حاصله در مورد متغیرهای مذکور به ترتیب برابر (۰/۲۵-)، (۰/۳۸)، (۰/۴۹) و (۰/۳۳-) است که همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می شود رابطه بین عوامل همبستگی و انسجام اجتماعی و اعتقادات دینی با اندیشه خودکشی منفی است، یعنی با افزایش این عوامل میزان اندیشه خودکشی کاهش می یابد یا برعکس. همچنین رابطه بین ناکامی ها و انزوا و کناره گیری با اندیشه خودکشی مثبت است، یعنی با افزایش این عوامل اندیشه خودکشی نیز افزایش می یابد.

جدول ۵- محاسبه تحلیل واریانس برای رگرسیون همزمان به منظور تاثیر متغیرهای

ویژگیهای شخصیتی بر متغیر اندیشه خودکشی

منابع تغییرات	SS	df	MS	f	D
رگرسیون	۱۳۳/۹۷	۱۰	۱۳/۳۹۷	۳/۵۴	۰/۰۲
باقیمانده	۲۹۸/۶۹۹	۷۹	۳/۷۸۱		
جمع کل	۴۳۲/۶۶۹	۸۹			

جدول ۶- محاسبه ضرایب رگرسیون همزمان متغیرهای پیش بین و تاثیر آن بر متغیر وابسته

متغیرها	B	SE	Beta	t	P	V
هیپوکلندریا (HS)	۰/۰۸	۰/۱۸	۰/۰۶۶	۰/۷۸	۰/۰۸۸	۰/۰۰۶
افسردگی (D)	۰/۱۴	۰/۰۱۷	۱/۷۶	۲/۶۷	۰/۰۱	۱۲/۹۶
هیستری (Hy)	۰/۰۷	۰/۰۵۲	۰/۸۹	۰/۸۱	۰/۴۳۱	۱
سایکوپات (pd)	۰/۷۳	۰/۱۱	۰/۹۸	۲/۳۳	۰/۰۱	۸/۴۱
حالات مردانگی	۰/۰۵۶	۰/۰۶۱	۰/۰۳۷	۰/۰۲۶	۰/۹۸۶	۰/۴۹

متغیرها	B	SE	Beta	t	P	V
حالات زنانگی	۰/۰۸	۰/۰۷۲	۰/۶۴	۰/۱۶	۰/۹۹۹	۰/۰۱
پارانویا (Pa)	۰/۱۱	۰/۰۶۱	۰/۰۶۷	۰/۹۳	۰/۱۲۴	۰/۰۴
پسکاستی (Pt) یا ضعف روانی	۰/۰۹	۰/۰۵۴	۰/۰۴	۰/۷۴	۰/۴۷۱	۰/۳۶
اسکیزوفرن (SC)	۰/۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۵	۰/۰۱۶	۰/۹۳۶	۰/۴۹
درونگرای اجتماعی (Si)	۰/۰۹	۰/۰۶۰	۳/۰۱	۲/۳۰	۰/۰۲	۶/۷۶
هیپومانیا (Ma)	۰/۰۸	۰/۰۰۸	۰/۰۹	۰/۰۹۳	۰/۸۷۶	۰/۰۰۱

در ارتباط با نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون همزمان متغیرهای پیش بین (ویژگی‌های شخصیتی) و تاثیرات آن بر اندیشه خودکشی در دانش آموزان دبیرستانی میزان F بدست آمده معنادار است و ملاحظه می‌شود که $۰/۰۹$ از واریانس نمرات متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند اندیشه خودکشی را تعیین کند. بنابراین بین ویژگی‌های شخصیتی و اندیشه خودکشی رابطه معنادار وجود دارد. با مشاهده جدول ۶ می‌توان نتیجه گرفت بین ویژگی‌های شخصیتی و اندیشه خودکشی در دانش آموزان دبیرستانی تنها در مورد افسردگی، سایکوپات و رفتارهای ضد اجتماعی (درونگرای اجتماعی) معنادار است و بین سایر ویژگی‌های شخصیتی با اندیشه خودکشی رابطه معنادار وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

پاسخ به این سؤال که چرا انسان با وجود انگیزه قوی در حفظ جان و سلامت خود اقدامی را در جهت نابودی خویش انجام می‌دهد و گاهی چندین بار آن را تکرار می‌نماید تا به مرگ منتهی شود، بی تردید نیازمند اتخاذ نگرش چندبعدی به موضوع است. در نگاهی به تحقیقات در مورد نقش جنسیت به عنوان عامل خطر ساز در اقدام به خودکشی نتایج تحقیقات خارج و داخل کشور نشان می‌دهد اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان بیشتر است (فولادی، ۱۳۸۱، صولتی، ۱۳۷۹). به عنوان نمونه مطالعه بوریل^۱ در

سال (۲۰۰۰) نشانگر این مطلب است که نسبت خودکشی مردان به زنان عملاً رو به کاهش است. بوریل^۱ با مقایسه داده‌های چند کشور صنعتی به این نتیجه رسید افزایش خودکشی زنان و کاهش خودکشی مردان در گروه‌های سنی بالا به نزدیکی نسبت خودکشی مردان به زنان انجامیده است. تحقیقات دیگر نیز به همین نتیجه اشاره دارند چنانچه تحقیق کاسترو^۲ در پرتغال و تحقیق بورگ^۳ در سال (۲۰۰۵) در کالیفرنیا نشان دهنده افزایش خودکشی زنان و کاهش خودکشی مردان نسبت به زنان است. محقق دیگری به نام استفان مایر^۴ در سال (۲۰۰۸) پس از تحلیل نرخ خودکشی سفیدان آمریکا در خلال سالهای (۲۰۰۰) تا (۲۰۰۷) به این نتیجه رسید که تشابه در نرخ خودکشی زنان و مردان و نزدیکی نرخ خودکشی در این دو نه به دلیل افزایش نرخ خودکشی زنان بلکه به دلیل کاهش نرخ خودکشی در میان مردان بالاتر از چهل سال است. (محمدی، ۱۳۹۰).

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که همبستگی و انسجام اجتماعی، منزلت اجتماعی، و اعتقادات دینی در زنان عادی بیشتر از زنانی هستند که خودکشی کرده‌اند. اما انزوا و کناره‌گیری اجتماعی، ناکامی اقتصادی، عاطفی، اجتماعی در زنانی که خودکشی کرده‌اند از زنان عادی بیشتر است. کاهش وحدت خانوادگی و مدیریت والدین در گرایش زنان به خودکشی تأثیر می‌گذارد (آذر و همکاران، ۱۳۸۵). دورکهایم و هالبواکس نشان دادند همسرانی که همدیگر را درک نمی‌کنند باعث کاهش همبستگی‌های اجتماعی می‌گردند. بر اساس دیدگاه نظارت اجتماعی، دلبستگی اجتماعی و ارتباط باعث می‌شود که این احساس در فرد بوجود آید که به انتظارات و خواسته‌های دیگران پاسخ دهد و با این حس، فرد کمتر هنجارهای اجتماعی را نقض می‌نماید. بیوتراس^۵ (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. وی همچنین 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 دامنه باریکی از احساس‌ها را در جهت سازگاری با منابع فشار نشان دهند. برای مثال افراد خانواده‌ای که

1 - Buril

2- Castro

3 - Burgue

4 - Steffehmeir

5 - Beautrais

با پدر معتاد یا الکلیک سرو کار دارد ممکن است مدام بحث کنند و مشاجره داشته باشند و عاطفه و ارتباط کلامی پایینی نسبت به هم نشان دهند.

کناره جوئی از دیگران و کاهش رابطه صمیمانه نیز با اقدام به خودکشی در ارتباط است. بر اساس نتایج تحقیقات ضرغامی (۱۳۸۶) و برنت (۲۰۰۷) قربانیان خودکشی دارای دوستان کمتری نسبت به افرادی هستند که در اثر حوادث طبیعی فوت شده اند. این یافته، خودکشی از نوع بی هنجارانه دورکیم را تأیید می کند که در آن هنگامی که قدرت سازگاری برخی از افراد دچار اختلال می شود و برقراری سازگاری مجدد و سریع در آنها غیر ممکن می گردد، اقدام به خودکشی می کنند. همچنین نتایج تحقیقات نشان می دهد افراد مذهبی کمتر دست به خودکشی می زنند. آموزه های دینی با ایجاد مجموعه نگرش های مثبت در قالب روان شناختی ممکن است عامل بازدارنده ای در ارتکاب خودکشی باشند و کاهش درصد خودکشی در کشورهای مسلمان تأیید این نظریه است که افراد مذهبی کمتر دست به خودکشی می زنند، زیرا معتقدند خداوند در زمان مقرر در مورد پایان زندگی آنها تصمیم می گیرد (آذر و همکاران، ۱۳۸۵).

از سوی دیگر نتایج این پژوهش نشان داد که میزان افسردگی در زنانی که اقدام به خودکشی کرده اند بیشتر از زنان عادی بوده است. در مورد همزمانی اختلالات روانپزشکی و اقدام به خودکشی، بیشترین مقدار برای اختلال افسردگی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال خلقی گزارش شده است (سولوف^۱، ۲۰۰۸). بر پایه برخی نظریه های شناختی درباره بیمار افسرده اقدام کننده به خودکشی (کاویانی، ۱۳۸۱)، این بیماران به دلیل اشکال در بازخوانی از حافظه شخصی توانائی مسئله گشائی مؤثر را ندارند و در یک چرخه معیوب افسردگی - اشکال در مسئله گشائی - ناامیدی، گرفتار می آیند که نهایتاً به خودکشی می انجامد. همچنین براساس دیدگاه شناختی از آنجا که خودکشی عملی است که فرد به صورت عمدی با آگاهی از نتیجه احتمالی عمل خود، جهت صدمه زدن به خود انجام می دهد، بنابراین توانائی های شناختی فرد در به انجام رسیدن این موضوع نقش مستقیم دارند. در مجموع می توان گفت عناصر شناختی دخیل در رفتار خودکشی، شامل مجموعه شناخت فرد می شود (ثابت، ۱۳۸۷). کلی (۱۹۶۱) نیز خودکشی را به عنوان عملی در جهت اعتباربخشی به زندگی خود و یا رها کردن همه چیز، تفسیر می کند. در

این دیدگاه، خودکشی به دلیل جبرگرایی یا اضطراب کامل و افسردگی اتفاق می افتد؛ زیرا جریان رویدادها چنان روشن است که "تنها کار ممکن" رها کردن صحنه به طور کامل است (پروین، ۲۰۰۱).

یافته‌های دیگر این پژوهش حاکی از آن است که همبستگی و انسجام اجتماعی، انزوا و کناره‌گیری اجتماعی، ناکامی‌ها و اعتقادات دینی می‌تواند در اندیشه خودکشی دانش‌آموزان دبیرستانی نقش داشته باشد. از طرفی نتایج حاکی از آن است که دانش‌آموزان افسرده و سایکوپات و دارای رفتارهای ضداجتماعی بیشتر افکار خودکشی دارند. این یافته‌ها با یافته‌های (ارسنالت^۱ و همکاران، ۲۰۰۴؛ قریشی، ۱۳۸۷) که اختلال‌های عاطفی و افسردگی را در زنان خودکشی‌کننده بالاتر گزارش نمودند همسوئی دارد. طبق نظریه واکنش اجتماعی در فردی که برچسب منحرف به او زده می‌شود، احتمال مواجه شدن با عکس‌العمل‌های منفی و به دور از نزاکت دیگران بیشتر است. این امر هم احساس عزت نفس را کاهش می‌دهد و هم موجب تضعیف روابط اجتماعی او با دیگران می‌شود و در نتیجه، موجب افزایش احتمال خودکشی می‌گردد (کدیور، ۱۳۸۶). از سوی دیگر نتایج تحقیقات نشان داده است که دختران حوادث پراسترس بیشتری را نسبت به پسران تجربه می‌کنند و بیشتر از حوادث تأثیر می‌پذیرند و هرچند حوادث زندگی آنها با هم تفاوت ندارد، اما دختران حوادث زندگی را منفی‌تر و غیر قابل کنترل‌تر از پسران ارزیابی می‌کنند. اریکسون (۱۹۸۸) در مطالعه‌ای که در مورد تأثیر نگرشها و باورهای معیوب در اقدام به خودکشی انجام داده است، هسته اصلی رفتارهای ناسازگارانه در جوانان را باورهای معیوب آنها می‌داند. در بسیاری از تحقیقات صورت گرفته، نگرش‌ها و باورهای جوانان هسته اصلی و عمده پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگارانه یا سازگارانه ایشان مشخص شده است که با رفتارهای خودکشی گرایانه در آنها همبستگی بالایی را نشان می‌دهد. لذا به نظر می‌رسد آماج قرار دادن نگرشهای جوانان به عنوان عامل مهمی در پیشگیری از اقدام به خودکشی آنان باید مورد توجه قرار گیرد. مادلین^۲ (۲۰۰۴) در نتایج تحقیقات خود، نگرشهای نوجوانان خودکشی‌کننده و دارای افکار خودکشی را عامل اصلی اتخاذ سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و ناسازگارانه در مواجهه با مشکلات و بحرانها

1 - Arsenault

2 - Madllin

می‌داند. اریکسون (۱۹۸۸) در تئوری روانی- اجتماعی خود، قائل به این است که حل کامل بحران‌ها در ۸ مرحله زندگی انسان، میراثی از منابع مقابله‌ای را برای فرد به جا می‌گذارد که وی را قادر به حل بحرانهای زندگی می‌سازد. لذا آماده ساختن زنان جوان برای مدیریت موقعیت‌های فشارزا و مقابله مؤثر با بحرانهای زندگی‌شان، مستلزم آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به ایشان است؛ زیرا کسب این مهارت‌ها، مادرزادی نبوده و نیاز به آموزش دارد و با توجه به رابطه تنگاتنگ وجود اختلالات روانی بالاخص افسردگی و اقدام به خودکشی، برای پیشگیری و کاهش خودکشی در میان دانش‌آموزان، تشخیص و درمان اختلالات روانی در میان آنها ضروری می‌باشد تا به طور همزمان بتوان با ایجاد تعادل در سلامت روانی و ارتقاء توانمندی‌های شناختی در زنان گامی در حمایت از آنها برداشت.

در مجموع این مطالعه نشان می‌دهد که استراتژی‌ها و برنامه‌های پیشگیری و آموزش باید در اولویت قرار گیرند. سیستم ارائه خدمات بهداشتی- درمانی یک بستر مناسب جهت اجرای برنامه‌های پیشگیری از خودکشی می‌باشد. آگاهی ما از آمار قربانیان خودکشی و سرگذشت آنها انگیزه کافی را جهت تلاش برای پیشگیری از این بلای خودمخرب که دارای عوارض شدید اجتماعی نیز هست، فراهم می‌کند. از سوی دیگر با توجه به اینکه 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. از محدودیت‌های تحقیق دشواری تهیه آمار و بدست آوردن مشخصات و آدرس افراد خودکشی‌کننده، پیچیدگی طرح و مخفی نگهداشتن خودکشی از طرف بستگان و وجود مقاومت در تکمیل پرسشنامه در برخی موارد از محدودیت‌های این طرح می‌باشد.

منابع

- احمدی، امیر مسعود؛ حاجی احمدی، محمود (۱۳۸۵). گزارش اپیدمیولوژی خودکشی موفق در استان مازندران در سالهای ۷۱-۷۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال دهم، شماره ۲۸، ۸-۱۲.
- اشکانی، حمید؛ ده بزرگی، غلامرضا؛ امامقلی پور، نادر (۱۳۸۱). بررسی همه گیرشناسی خودکشی در مراجعان به بخش اتفاقات روانپزشکی. مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز، شماره ۵۶، ۲۱-۱۶.
- آذر، ماهیار، و نوحی، سیما، و شفیع کنجدجانی، علیرضا. (۱۳۸۵). "خودکشی". تهران: انتشارات ارجمند.
- پروین ای. لارنس و جان، اولیور. (۲۰۰۱). شخصیت، نظریه و پژوهش (ترجمه جوادی و کدیور، ۱۳۷۴)، تهران، انتشارات آبیژ.
- ثابت، فریده. (۱۳۸۷). بررسی رابطه سختگیری و تبعیض والدین با پیرا خودکشی، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- حیدری، پهلویان، احمد، ملکی، حسین (۱۳۷۸). بررسی متغیرهای روانی-اجتماعی موثر بر ۱۰۲۹ مورد اقدام به خودکشی در مراجعین به مراکز آموزش درمان شهر همدان در سال ۷۳-۷۴. مجله دانشگاه علوم پزشکی همدان، سال ششم، شماره ۴، ۲۴-۳۰.
- شیخ الاسلامی، همایون، فلاح زاده، محمد. (۱۳۷۶). بررسی اقدام به خودکشی در موارد ارجاعی به بخش مسمومین مرکز آموزشی-درمانی بو علی سینای قزوین (سال های ۷۲-۷۱). مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال اول، شماره ۳، ۳۰-۲۴.
- صولتی، سید کمال. (۱۳۷۹). بررسی باورهای غیرمنطقی در اقدام کنندگان به خودکشی (به روش خود سوزی). مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، سال دوم، شماره ۱، ۵۲-۶۰.
- ضرغامی، مهران، جلیلیان، علیرضا. (۱۳۸۶). خود سوزی در استان مازندران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۴، ۱۳-۲۴.
- فولادی، عزت اله. (۱۳۸۱). استراتژی ها و برنامه های پیش گیری از خودکشی با تمرکز بر نوجوانان و جوانان. تهران: فجر اندیشه.

قریشی، سید ابوالفضل، و موسوی نسب، نورالدین. (۱۳۸۷). "مرور سیستماتیک بررسی های انجام شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران" مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهارم، شماره ۱۱۵-۱۲۱. کاویانی، حسین؛ رحیمی، پریسا. (۱۳۸۱). مسئله گشائی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۴، ۲۵-۳۰.

کدیور، پروین و زاهدی، فریبا. (۱۳۸۶). "سبک های مقابله با بحران و اقدام به خودکشی در دختران دانشجو". فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ششم، شماره ۲۵.

محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۳). همه گیر شناسی افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران مناطق پر خطر، فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۴.

مرادی، سعیده، خادمی، علی. (۱۳۸۱). بررسی وضعیت خودکشی های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ های جهانی. مجله پزشکی قانونی، سال هشتم، شماره ۲۷، ۱۶-۲۱.

موسوی، فاطمه؛ شاه محمدی، داود؛ کفاشی، احمد. (۱۳۸۴). بررسی همه گیر شناسی خودکشی در مناطق روستائی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۴، ۱۰-۴.

محمدی، حسین. (۱۳۹۰). بررسی خودکشی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم اجتماعی علامه طباطبائی.

نقوی، محسن و اکبری، محمد اسماعیل. (۱۳۸۱). همه گیر شناسی آسیب های ناشی از علل خارجی (حوادث) در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، انتشارات فکرت.

یاسمی، محمد تقی و صانعی، نسرین. (۱۳۷۲). "بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی در شهرستان های کرمان": خلاصه مقالات چهارمین کنگره پژوهش های روان پزشکی و روان شناسی در ایران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

- Arsenault , G.,lapierre , C.k .& Gustavo , T. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides :A meta – analysis . Biomed central psychiatry , 4 , 37.
- Beautrais , Annetel .(2000) . " Risk factors for suicide Among young people " , Australian Newzealand Jurnal of Psychiatric , vol .34.
- Brent, D.A.; Perper, J.A.; Mortiz, G; Liotusl, A. et al. (2007). "Familial Risk Factors for Adolescent Suicide, A Case Control Study", ActapsychiatrScand, Vol. 89.
- Crane, C., Phil , D. , Mark, J.,Williams , G.,Hawton , k., Arensman, E. (2007). " The association between life events and suicide intent in self-poisoners with and without a history of deliberate self-harm: A preliminary study". Suicide and life – threatening behavior , 37,Pg,367.
- Dahlberg LL , mercy JA , ZWi AB , Lozano R , (eds). (2002). "Word report on violence and health". Geneva; word Heath organization.
- Fazaa, N.,page,S.(2003)." Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior ". Suicide and life-threatening behavior , 33,pg.172.
- Kapil Ahmed , M., Ginneken,J.V.,Razzaque, A .,Alam , N. (2004). "Violent deaths among women of reproductive age in rural Bangladesh " . social science & medicin . 59.311-319.
- Kumar, V. (2004). "poisoning deaths in married woman " . journal of clinical forensic menicin , II,2-5.
- Maghsoudi ,H.,Garadagi , A ., Jafary .G .A .,Azarmir . G .,Aali, N., Karimian , B. , Tabrizi , M . (2004) ."women victims of self –inflicted burns in Tabriz , Iran " . Burns 30, 217-220.
- Mann JJ.A (2002)." current Perspective of Suicide and Attempted Suicide". Ann Intern Med 136: 302 – 311.
- Pearson.v.,Philips.R.et al.(2002)."Attempted suicide Among young Rural woman in the people Republic of china : Possibilities for prevention suicide " , New York , vol 32 , Iss.4.PJ.359.11 Pgs.
- Pompili , M . , Innamorali , M. , lester , D . , Brunetti, S., Tatarelli , R. , Giradi, P. (2007) . " Gender effects among undergraduates relating to suicide risk , impulsivity , aggression and self-efficacy", personality and individual differences , 43, 2047-2056.
- Roy A, Draper R. Suicide among psychiatric hospital in-patients. Psychol Med 1995; 25(1): 199-202.

- Soloff PH, Fabio A. Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. *J PersDisord* 2008; 22(2): 123-34.
- Ullman ,S.E.(2004) . "sexual assault victimization and suicidal behavior in women" : a review of the literature. *Aggression and violent behavior*, 9.331-351.
- Zhang , J.,Mckeown,R.E.,Hussey,J-R.,Thompson , S .J., wood , J .R .(2005)."Gender differences in Risk factors for attempted suicide among young adults : findings from the third national Health and nutrition examination survey". *Ann Epidemiol* ,15,167-174.
- Troister T, Links PS, Cutcliffe J. Review of predictors of suicide within 1 year of discharge from a psychiatric hospital. *Curr Psychiatry Rep* 2008; 10(1): 60-5.
- Larosa E, Consoli SM, Hubert-Vadenay T, Leclercq H. Factors associated with suicidal risk among consulting young people in a preventive health center. *Encephale* 2005; 31(3): 289-99.
- Lee MT, Wong BP, Chow BW, McBride-chang C. Predictors of suicide ideation and depression in Hong Kong adolescents: perceptions of academic and family climates. *Suicide life treat behav* 2006;36(1): 82-96.
- Cave Bondi G, Cipolloni L, Parroni E, Cecchi R. A review of suicides by burning in Rome between 1947-1997 examined by the Pathology Department of the Institute of Forensic Medicine, University of Rome'LaSapienza'. *Burns* 2001;27(3):227-31.