

Relationship between suicidal ideations and psychosocial characteristics in depressed patients

Ebrahimi¹ H (Ph.D) - Kazemi² AH (Ph.D) - Fallahi Khoshknab³ M (Ph.D) - Modabber⁴ R (MSc)

Abstract

Introduction: More than 1000 suicides occur daily worldwide and suicidal attempts occurs 10 to 20 times. Identification of risk factors can lead to design preventive interventions to reduce the incidence of suicide. The aim of this study is to determine the association between suicidal ideations and psychosocial characteristics in depressed patients of Razi Hospital in Tabriz.

Methods: This descriptive analytical study was conducted in 2013. 80 depressed patients who have suicidal ideation were selected through convenience sampling method. To collect data, a questionnaire consisting of social and mental questionnaire and Beck suicide ideation scale was used. To analyze data, descriptive and inferential statistics was used.

Result: The overall results of this study showed that significant relationship was seen between suicide ideation and dimensions and gender, job, education, history and method of suicidal attempt, physical disorders, using non psychotropic drugs ($P < 0.05$).

Conclusion: Regarding the issue that suicidal ideation is an important risk factor for successful suicide and identification of vulnerable groups have important role in suicide prevention; therefore, According the result of study we suggest that female patients with lower education less than diploma that use psychotropic drugs should be further considered as a risk group.

Keywords: Suicidal ideation, Depression, Psychosocial characteristics.

Received: 28 December 2013

Accepted: 3 July 2014

1- Associate Professor, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

2- Associate Professor, Department of Medical Ethics, Faculty of Medical Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

3- Associate professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran.

4- Msc Student in Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. (**Corresponding Author**)

E-mail: r_modaber@yahoo.com

بررسی ارتباط افکار خودکشی با ویژگی های روانی - اجتماعی در بیماران افسرده

حسین ابراهیمی^۱، عبدالحسن کاظمی^۲، مسعود فلاحی خشکناز^۳، راحله مدبر^۴

چکیده

مقدمه: روزانه در جهان بیش از ۱۰۰۰ خودکشی و ۱۰ - ۲۰ برابر آن اقدام به خودکشی رخ می دهد. شناسایی عوامل خطر می تواند برای طراحی فعالیت های پیشگیرانه برای کاهش شیوع خودکشی مفید باشد. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط افکار خودکشی با ویژگی های روانی - اجتماعی در بیماران مبتلا به افسردگی بستری در مرکز آموزشی درمانی رازی تبریز انجام گرفت.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۲ انجام شد. ۸۰ بیمار مبتلا به افسردگی که دارای افکار خودکشی بودند، به روش نمونه گیری در دسترس در مطالعه شرکت نمودند. پرسشنامه این مطالعه دارای دو قسمت ویژگی های روانی - اجتماعی و مقیاس افکار خودکشی بک بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید.

یافته ها: به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که ارتباط معنی داری بین افکار خودکشی و ابعاد آن با جنس، شغل، تحصیلات، اقدام به خودکشی قبلی، روش خودکشی، وجود بیماری جسمی و مصرف داروهای غیرروان گردان وجود دارد ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به این که افکار خودکشی به عنوان یکی از قوی ترین عوامل خطر برای خودکشی موفق می باشد و شناسایی گروه های در معرض خطر نقش مهمی را در پیشگیری از خودکشی دارند لذا با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می شود بیماران زن دارای تحصیلات پایین تر از دیپلم که داروهای روانگردان مصرف می نمایند به عنوان گروه در معرض خطر مورد توجه بیشتری قرار گیرند.

کلید واژه ها: افکار خودکشی، افسردگی، ویژگی های روانی - اجتماعی

تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۴/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۷

۱- دانشیار، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۲- دانشیار، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۳- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسؤول)

مقدمه

کشورهای چین، هند و ژاپن ۴۰٪ از خودکشی‌های جهان را به خود اختصاص داده‌اند (۲). آمار خودکشی منجر به مرگ در ایران سالانه ۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است (۱۰).

در کشورهای اسلامی، خودکشی کمتر مطالعه شده است، به علاوه در بسیاری از کشورهای اسلامی، آمارهای ملی خودکشی، جمع‌آوری نشده یا اگر جمع‌آوری شده باشد، چنین آمارهایی را به سازمان جهانی بهداشت گزارش نمی‌شود (۱۲). مطالعات اپیدمیولوژیک در ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد که حدود ۴/۶٪ از بزرگسالان اقدام به خودکشی می‌کنند و ۱۴٪ از آنان دارای افکار جدی خودکشی هستند (۱۳). افکار خودکشی با عملکرد ضعیف روانی - اجتماعی، اختلالات افسردگی آتی، ترک تحصیل، رفتارهای جنسی پرخطر، رفتارهای پرخطرناکه و با اختلالات سوء مصرف مواد رابطه دارد (۱۴).

برای شناسایی گروه‌های در معرض خطر خودکشی، باید ارزیابی جامع از ویژگی‌های فردی - اجتماعی، تنش‌های اخیر زندگی و اختلالات روانی داشت (۱۵). بر اساس مطالعات موجود، عوامل خطر خودکشی شامل؛ سن (۱۳، ۱۶، ۱۷)، جنس، نژاد (۱۰)، مجرد بودن، بیکاری، سطح آموزش پایین، درآمد کم (۱۸)، داشتن اختلالات روانی، تاریخچه رفتارهای آسیب به خود، رفتارهای تهاجمی، تاریخچه خانوادگی خودکشی موفق، اقدام به خودکشی قبلی (۱۹) و داشتن افکار آسیب به خود (۹) می‌باشند. تنوع و تعدد علل خودکشی نشان می‌دهد که پیشگیری از خودکشی نیازمند رویکرد چند محوری با توجه خاص به بهداشت روان می‌باشد (۲۰).

تحقیق در زمینه افسردگی و خودکشی به سه دلیل مهم است، اول این که آن‌ها نشان‌دهنده بار بهداشتی بزرگی هستند، به طوری که افسردگی منجر به ناتوانی در عملکردهای روزانه زندگی و ناتوانی روانی شده و با اختلالات سوء مصرف مواد همراه است و خودکشی منجر به مرگ سالانه یک میلیون نفر در سراسر جهان می‌شود. دوم این که برای حمایت از تلاش‌های در حال افزایش سازمان جهانی بهداشت و دیگر سازمان‌ها برای اجرای برنامه کاری در مؤسسات بهداشت روان کم درآمد، نیاز به شناسایی راهبردهای ارجاعی بهینه برای غربالگری عوامل

اختلالات روانی سالانه یک نفر از هر چهار نفر از افراد بزرگسال را مبتلا می‌کند و از جمله عوامل منجر به ناتوانی در آمریکا و کانادا در سنین ۱۵ تا ۴۴ سال می‌باشد (۱). این اختلالات از جمله مهمترین علل خودکشی‌ها می‌باشند. خودکشی شایع‌ترین دلیل منجر به مرگ بیماران مبتلا به اختلال روانی است (۲). میزان شیوع آن در بیماران مبتلا به اختلال روانی ۳ تا ۱۲ برابر بیشتر از افراد عادی است (۳). ۹۰٪ از خودکشی‌ها همراه با اختلالات روانی است و در بین اختلالات روانی، ۶۰٪ از خودکشی‌ها مربوط به اختلالات خلقی مانند افسردگی است (۴). افسردگی که از شایع‌ترین اختلالات روانی در جهان است (۵) به عنوان یک عامل خطر بزرگ برای خودکشی در بزرگسالان و سومین دلیل منجر به مرگ در این گروه سنی است. بیش از نیمی از قربانیان خودکشی، یک اختلال افسردگی را قبل از مرگشان گزارش کرده‌اند (۶).

خودکشی، فرایند عمدی پایان دادن به زندگی خود می‌باشد (۷). انواع خودکشی شامل خودکشی موفق یا کامل، اقدام به خودکشی و افکار خودکشی می‌باشد. در خودکشی موفق، فرد با انجام عمل مخرب، به خود آسیب می‌رساند که باعث مرگش می‌شود. در اقدام به خودکشی، فرد اقداماتی را برای نابودی خود انجام می‌دهد، اما منجر به مرگش نمی‌شود و در افکار خودکشی، فرد تفکرات یا خیال‌پردازی برای انجام خودکشی یا آسیب به خود دارد که به صورت کلامی یا نوشتاری بیان می‌گردد و فرد هنوز در این مورد اقدامی نکرده است (۸).

هر روز در سراسر جهان بیش از ۱۰۰۰ خودکشی و ۱۰ الی ۲۰ برابر آن اقدام به خودکشی رخ می‌دهد. همه‌ساله در ایالات متحده آمریکا، ۳۵۰۰۰ نفر جانشان را در اثر خودکشی از دست می‌دهند (۷). بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷ در ایالات متحده آمریکا، ۲۵۶۰۸۵ نفر در اثر خودکشی جان باختند (۹). میزان خودکشی منجر به مرگ در جهان ۱۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر یا یک مرگ در هر ۴۰ ثانیه است (۲). در ایالات متحده آمریکا ۱۱ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ می‌باشد (۱۰). بیشتر خودکشی‌ها در قاره آسیا رخ می‌دهد که بیش از ۶۰٪ خودکشی‌ها می‌باشد.

خطر کلیدی است. سوم این که شناسایی عوامل خطر می تواند برای طراحی فعالیت های پیشگیرانه برای کاهش شیوع ناخوشی و مرگ و میر همراه با افسردگی و خودکشی استفاده شود (۲۱). پیشگیری از خودکشی نیازمند طرح ملی است که اجرای آن با همکاری نهادهای مختلفی همچون آموزش و پرورش، صدا و سیما، بهزیستی، وزارت بهداشت و درمان و وزارت ارشاد امکان پذیر است (۲۲). در ایران تعداد پژوهش های انجام شده در زمینه افکار خودکشی در بین بیماران افسرده اندک می باشد و با توجه به شیوع بالای خودکشی در بین بیماران افسرده و به دلیل اثرات زیان آور آن بر فرد، خانواده و جامعه، انجام مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می رسد. لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط ویژگی های روانی اجتماعی با افکار خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی بستری در مرکز آموزشی درمانی رازی تبریز انجام گرفت.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود که در آن ارتباط بین ویژگی های روانی اجتماعی با افکار خودکشی در سال ۱۳۹۲ بررسی شد. با توجه به مطالعه (خدابنده ۲۰۱۲) با میانگین ۷/۵۸ و با انحراف معیار ۴/۵۹ و با حداکثر خطای مجاز ۰/۰۵ و با توان آزمون ۰/۸ و با فاصله اطمینان ۹۵٪ در مطالعه فوق الذکر (۲۳) و با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش نمونه، حجم نمونه نهایی، ۸۰ نفر برآورد شد. روش نمونه گیری به روش در دسترس بود. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که دارای دو بخش بود؛ بخش اول شامل ویژگی های روانی و اجتماعی واحدهای مورد پژوهش که شامل سن، جنس، میزان درآمد، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، محل سکونت، شغل، طول مدت ابتلا به بیماری افسردگی، سابقه اقدام به خودکشی، روش خودکشی، سابقه بستری و درمان، داروهای مصرفی و وجود بیماری جسمی بود. بخش دوم شامل مقیاس سنجش افکار خودکشی بک (Beck Suicide Scale Ideation) بود که یک ابزار خود سنجی ۱۹ سؤالی برای آشکار شدن و اندازه گرفتن شدت نگرش ها، رفتارها و برنامه ریزی برای انجام خودکشی در طی هفته گذشته می باشد.

پنج سؤال اول، میل آزمودنی به زنده بودن یا مردن را اندازه می گیرد و شامل سؤالاتی مانند میزان علاقه به زندگی، میل به مردن یا زندگی کردن، حفظ جان در شرایط خطرناک، شدت تمایل به خودکشی می باشد. سؤال ۶ تا ۹ خودکشی منفعل را می سنجد که شامل سؤالاتی مانند مدت زمانی افکار خودکشی، دفعاتی افکار خودکشی، قبول افکار خودکشی و کنترل بر افکار خودکشی می باشد. سؤال ۱۰ تا ۱۹ خودکشی فعال را می سنجد که دارای سؤالاتی مانند دلیل اصلی از اقدام به خودکشی، طرح و برنامه خاص خودکشی، روش یا فرصت مناسب برای خودکشی، میزان اطمینان از انجام خودکشی، داشتن جرأت یا توانایی اقدام به خودکشی، مقدار آماده سازی وسایل برای خودکشی، نوشتن یادداشت برای خودکشی، برنامه ریزی در مورد حوادث و مسایل پس از خودکشی و آگاه کردن دیگران از قصد خودکشی فرد می باشد. هر سؤال خود دارای سه گزینه است، درجه نقطه ای مقیاس از صفر تا دو است (نمره صفر یعنی هیچ، نمره یک یعنی تاحدودی، نمره دو یعنی زیاد). اگر پاسخ دهنده گزینه اول را علامت بزند نمره صفر، گزینه دوم نمره یک و گزینه سوم دارای نمره دو می باشد. دامنه نمرات میل به مردن با پنج سؤال از صفر تا ده، خودکشی منفعل با چهار سؤال از صفر تا هشت و خودکشی فعال با ده سؤال از صفر تا ۲۰ می باشد و نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات از صفر تا ۳۸ قرار دارد و در این آزمون هر چه امتیاز فرد بیشتر باشد، میزان افکار خودکشی او بیشتر می باشد (۲۴).

مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون های استاندارد شده بالینی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی دارد. ضرایب همبستگی آن برای بیماران بستری ۰/۹۰ و برای بیماران درمانگاهی ۰/۹۴ می باشد. مقیاس افکار خودکشی بک دارای پایایی بالایی می باشد. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ به دست آمده است (۲۴). انیسی و همکاران (۱۳۸۳) در پژوهش بر روی ۱۰۰ نفر آزمودنی مرد با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال، اعتبار و روایی افکار خودکشی بک را ارزیابی کردند. روش نمونه گیری، نمونه گیری در دسترس بود. در پایان نتایج پژوهش نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی

از روش مسمومیت برای خودکشی استفاده کرده بودند. جدول (۱).

در این مطالعه نتایج آزمون آماری تی تست مستقل نشان داد که ارتباط معنی داری بین میل به مردن و جنس (مؤنث) ($P=0/001$)، وجود بیماری جسمی ($P=0/025$)، مصرف داروی غیر روانگردان ($P=0/02$) وجود داشت. همچنین آزمون آماری آنوا (آزمون تعقیبی توکی) ارتباط معنی داری میان میل به مردن و میزان تحصیلات (زیردیپلم) ($P=0/015$) را نشان داد. با استفاده از آزمون آماری تی تست مستقل، نتایج نشان داد که خودکشی منفعل با جنس مؤنث ($P=0/005$) و مصرف داروهای غیر روان گردان ($P=0/005$) ارتباط آماری معنی داری دارد. همچنین با استفاده از آزمون آماری آنوا (آزمون تعقیبی توکی)، خودکشی منفعل با شغل (خانه دار و شغل آزاد) ($P=0/032$) و روش خودکشی (مسمومیت و خودزنی) ($P=0/006$) ارتباط معنی داری داشت. طبق یافته ها، با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون خودکشی منفعل و خودکشی فعال با سابقه خودکشی ($P=0/001$) ارتباط آماری معنی داری داشت. در نهایت، نتایج نشان داد که افکار خودکشی با جنس مؤنث ($P=0/052$)، وجود بیماری جسمانی ($P=0/045$) و مصرف داروهای غیر روان گردان ($P=0/02$) ارتباط معنی داری داشت. همچنین نمره کلی افکار خودکشی با روش خودکشی (مسمومیت و خودزنی) ($P=0/004$) و سابقه خودکشی ($P=0/000$) ارتباط آماری معنی داری داشت. در این مطالعه، ارتباط آماری معنی داری میان افکار خودکشی و وضعیت تأهل، محل سکونت، وجود رویداد ناگوار، سن، طول مدت ابتلا به افسردگی و تعداد دفعات بستری مشاهده نشد ($P>0/05$). جدول ۲ و ۳ ارتباط ویژگی های روانی - اجتماعی بیماران افسرده را با خودکشی و ابعاد آن نشان می دهد.

گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشت و اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و با روش دو نیمه ۰/۷۵ بدست آمده است (۲۴). با این حال، در این مطالعه برای روایی ظاهری و محتوایی مجدد، از روش ارائه به ۱۰ نفر از اساتید صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی تبریز استفاده شد و نظرات اصلاحی آن ها اعمال گردید. برای پایایی ابزار، از روش آزمون مجدد با تکمیل پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از آزمودنی های مورد مطالعه و ارائه مجدد ابزار به همان افراد بعد دو هفته انجام شد، ضریب همبستگی آزمون ۰/۸۹ به دست آمد. از نرم افزار SPSS v.21 برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. به دلیل توزیع نرمال داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف، از آزمون های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. برای یافتن ارتباط متغیرهای اسمی دو گروهی از آزمون تی تست مستقل، برای یافتن ارتباط متغیرهای اسمی بیش از دو گروهی از آزمون آنوا و برای یافتن ارتباط متغیرهای کمی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. در این مطالعه $P<0/05$ در نظر گرفته شد.

در این مطالعه کلیه ملاحظات اخلاقی که شامل کسب اجازه انجام پژوهش از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، کسب اجازه اخلاقی انجام پژوهش از کمیته منطقه ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز (کد اخلاقی ۹۱۱۲۱)، کسب اجازه از محیط انجام پژوهش، معرفی خود و توضیح اهداف به واحدهای پژوهش و در نظر داشتن تمایل آن ها جهت شرکت در پژوهش، دادن اطلاعات به واحدهای مورد پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات اخذ شده با درج کردن کد به جای نام و نام خانوادگی آن ها در پرسشنامه بود، رعایت گردید.

یافته ها

۸۰ نفر بیمار مبتلا به افسردگی که دارای افکار خودکشی بودند در این مطالعه شرکت کردند. اکثر شرکت کننده ها زن، از نظر تحصیلات زیر دیپلم بوده و از نظر شغل اکثریت خانه دار و ساکن شهر بودند. از نظر درآمد اکثر بیماران درآمدی نداشتند و

جدول ۱- فراوانی ویژگی های روانی - اجتماعی بیماران افسرده دارای افکار خودکشی

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۳۰
	زن	۵۰
وضعیت تأهل	مجرد	۳۴
	متاهل	۲۸
	مطلقه	۵
	بیوه	۳
تحصیلات	زیر دیپلم	۴۸
	دیپلم	۲۵
	لیسانس	۷
شغل	خانه دار	۴۱
	آزاد	۲۳
	کارمند	۶
	بیکار	۱۰
محل سکونت	شهر	۶۶
	روستا	۱۴
درآمد	ندارد	۵۲
	کم	۱۹
	متوسط	۹
رویدادناگوار	دارد	۳۷
	ندارد	۴۳
روش خودکشی	ندارد	۸
	مسمومیت	۳۸
	خودزنی	۲۱
	حلق آویز	۱۰
بیماری جسمانی	سایر روش	۳
	دارد	۶۴
	ندارد	۱۶
مصرف داروی غیرروانگردان	دارد	۱۶
	ندارد	۶۴

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار خودکشی و ابعاد آن و همبستگی آن ها با برخی ویژگی های روانی - اجتماعی بیماران افسرده دارای افکار خودکشی

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	دامنه تغییرات		میل به مردن		خودکشی منفعل		خودکشی فعال		نمره کل خودکشی	
		حداقل	حداکثر	p	r	p	r	p	r	p	r
سن (سال)	۱۰/۲۲±۳۴/۱۳	۱۸	۲۲	۰/۸۷	۰/۱۱۷	۰/۳۰۳	۰/۰۷۵	۰/۵۰۷	۰/۰۷۵	۰/۵۱	۰/۰۷۵
طول مدت افسردگی (سال)	۷/۲۲±۸/۴۹	۰	۳۰	۰/۹۷	۰/۱۵۷	۰/۱۶۴	۰/۱۵۶	۰/۱۶۸	۰/۱۱۵	۰/۳۱۲	۰/۱۱۵
سابقه بستری (فراوانی)	۳/۳۲±۲/۱	۰	۱۵	۰/۷۱۹	۰/۰۶۶	۰/۵۶	۰/۰۱۷	۰/۰۸۸	۰/۰۱۲	۰/۹۱۳	۰/۰۱۲
سابقه خودکشی (فراوانی)	۱/۵۱±۱/۹۶	۰	۷	۰/۱۸۲	۰/۱۰۷	۰/۳۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹	۰/۰۰۰	۰/۴۰۹	۰/۰۰۰

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار خودکشی و ابعاد آن و تفاوت میانگین آن‌ها بر حسب ویژگی‌های روانی - اجتماعی بیماران افسرده دارای افکار خودکشی

نمره کل خودکشی			خودکشی فعال			خودکشی منفعل			میل به مردن			ابعاد خودکشی متغیر		
p	F یا t	میانگین ± انحراف معیار	p	F یا t	میانگین ± انحراف معیار	p	F یا t	میانگین ± انحراف معیار	p	F یا t	میانگین ± انحراف معیار			
۰/۰۵	-۰/۸۴	۶/۱۳±۱۷/۵۶	۰/۸۸	-۰/۱۴	۳/۲۹±۷/۱	۰/۰۰۵	-۲/۹۱	۱/۵۷±۳/۸۳	/۰۰۱	-۰/۵۰	۲/۱۷±۶/۶۳	مرد	جنس	
		۶/۵۸±۱۸/۸۲			۳/۶±۷/۲۲			۱/۸۱±۵			۲/۳۴±۶/۹			زن
۰/۴۲	۰/۹۵	۶/۴±۱۶/۹۴	۰/۶۴	۰/۵۵	۳/۷۶±۶/۶۱	۰/۹۱	۰/۱۷	۱/۵۷±۴/۴۱	۰/۲۰	۱/۵۵	۲/۲۸±۶/۱۷	مجرد	وضعیت تأهل	
		۶/۷۸±۱۹/۴۲			۳/۴۹±۷/۵۵			۲/۰۴±۴/۶۳			۲/۳±۷/۳۱			متأهل
		۳/۴۹±۱۹/۲			۱/۳۴±۷/۴			۱/۳±۴/۸			۱/۸۷±۷			مطلقه
		۳/۵۱±۱۹/۳۳			۱/۵۲±۸/۳			۲/۶۴±۵			۱±۷			بیوه
۰/۲۰	۱/۶۱	۳/۶۸±۲۰/۷۱	۰/۳۳	۱/۰۹	۲/۲۱±۷/۷۱	۰/۶۴	۰/۴۴	۱/۱۵±۵	۰/۰۱	۴/۴۲	۰/۹۷±۸/۵۷	زیر دبلم	تحصیلات	
		۷/۴۴±۱۹/۶۴			۴/۳۹±۷/۹۲			۲/۳±۴/۷۲			۱/۸۸±۷/۳۲			دبلم
		۶/۰۱±۱۷/۳۳			۳/۰۳±۶/۷			۱/۶±۴/۴۱			۲/۴۲±۶/۲۷			لیسانس
۰/۲۶	۱/۳۴	۶/۶۹±۱۸/۴۸	۰/۵۹	۰/۶۳	۳/۶۳±۷/۰۷	۰/۰۳	۳/۱	۱/۸۴±۵	۰/۱۴	۱/۸۶	۲/۲۵±۶/۶۳	خانه‌دار	شغل	
		۵/۶۷±۱۶/۵۲			۳/۲۹±۶/۶۵			۱/۴۸±۳/۷۳			۲/۱۸±۶/۳			آزاد
		۷/۹۳±۲۱/۱۶			۴/۲۲±۸/۳۳			±۵/۳۳			۲/۲۲±۸/۱۶			کارمند
		۵/۴۳±۳۰/۳			۲/۸±۸/۱			۱/۱۳±۴/۲			۲/۲۹±۷/۸			بیکار
۰/۸۵	-۰/۱۸	۶/۵۲±۱۸/۲۸	۰/۳۷	-۰/۸۹	۳/۴۶±۷/۰۱	۰/۹۵	-۰/۰۲	۱/۸۷±۴/۵۶	۰/۶۸	۰/۴۱	۲/۲۹±۶/۸۴	شهر	محل سکونت	
		۶/۰۷±۱۸/۶۴			۳/۵۴±۷/۹۲			۱/۵۵±۴/۵۷			۲/۲۴±۶/۵۷			روستا
۰/۸۲	۰/۳۰	۶/۶۴±۱۸/۵	۰/۶۹	۰/۴۷	۳/۶۴±۷/۰۹	۰/۳۸	۱/۰۱	۱/۸±۴/۷۸	۰/۹۵	۰/۱۰	۲/۲۵±۶/۷۳	نارد	درآمد	
		۵/۸۹±۱۷/۸۹			۳/۱۱±۷/۱۵			۱/۷۶±۴/۳۱			۲/۴۸±۶/۹۴			کم
		۶/۷۶±۱۸/۴۴			۳/۵۰±۷/۶۶			۱/۸۵±۳/۷۷			۲/۱۴±۶/۸۸			متوسط
۰/۴۲	-۰/۸۰	۶/۷۶±۱۸/۹۷	۰/۴۲	-۰/۸۰	۳/۷±۷/۵۱	۰/۸۸	-۰/۱۴	۱/۹۳±۴/۵۹	۰/۳۰	-۱/۰۲	۲/۳۲±۷/۰۸	دارد	رویداد ناگوار	
		۶/۱۱±۱۷/۸۱			۳/۲۶±۶/۸۸			۱/۷۲±۴/۵۳			۲/۲۲±۶/۵۵			نارد
۰/۰۰	۴/۲۵	۵/۱۳±۱۲/۱۲	۰/۰۱	۳/۵۳	۳/۲۳±۳/۷۵	۰/۰۰۶	۳/۹۷	۱/۴۸±۳/۲۵	۰/۱۳	۱/۸۱	۱/۷۵±۵/۷۵	نارد	روش خودکشی	
		۶/۱۶±۱۸/۴۴			۳/۳۵±۷/۲۱			۱/۷۶±۴/۶۳			۲/۴۱±۶/۶			مسمومیت
		۵/۴۹±۲۱/۶۱			۳/۰۶±۸/۷۱			۱/۵۳±۵/۴۷			۱/۷۹±۷/۷۶			خودزنی
		۶/۸۶±۱۷/۴			۳/۴۳±۷			۲±۴			۲/۵۲±۶/۸			حلق‌آویز
		۳/۴۶±۱۴			۲/۵۱±۵/۶			۰/۵۷±۲/۶۶			۰/۵۷±۵/۳۳			روش‌های دیگر
۰/۰۴	-۱/۰۲	۵/۳۵±۱۹/۸۱	۰/۱۶	-۱/۳۹	۳/۵۳±۸/۲۵	۰/۲۲	-۱/۲۳	۱/۶۹±۵/۰۶	۰/۰۲	-۰/۱۴	۱/۵۸±۶/۸۷	دارد	بیماری جسمی	
		۶/۶۳±۱۷/۹۸			۳/۴۳±۶/۹			۱/۸۳±۴/۴۳			۲/۴۲±۶/۷۸			نارد
۰/۰۲	-۲/۳۹	۴/۴±۲۱/۶۸	۰/۰۵	-۱/۹۸	۳/۰۹±۸/۶۸	۰/۰۰۵	-۲/۹۰	۱/۵۷±۵/۶۸	۰/۰۲	-۲/۲۹	۱/۷۶±۷/۹۳	دارد	داروی غیر روانگردان	
		۶/۵۸			۱۷/۵۱			۳/۴۷±۶/۷۹			۱/۷۶±۴/۲۸			۲/۳±۶/۵۱

بحث

همکاران که خودکشی در زنان بالاتر از مردان است (۲۶) همخوان است.

در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین افکار خودکشی و وضعیت تأهل مشاهده نشد. مطالعه Denney و همکاران نشان داد که پیوندهای خانوادگی و تأهل خطر خودکشی را کاهش می‌دهد (۱۷). مطالعه دای و همکاران نشان داد که شیوع خودکشی در افراد هرگز ازدواج نکرده بیشتر است. اما مطالعه قلعه‌ای‌ها و همکاران با عنوان یک تحقیق سالانه از شیوع خودکشی موفق در همدان که در سال ۲۰۰۹ انجام شد

نتایج این مطالعه نشان داد که جنس بیماران با افکار خودکشی ارتباط معناداری دارد، افکار خودکشی در زنان بیشتر از مردان می‌باشد که با نتیجه مطالعه دای و همکاران (۲۰۱۱) مبنی بر این که افکار خودکشی در جنس مؤنث شیوع بیشتری دارد (۲۵) و مطالعه Yan Cheng و همکاران (۲۰۱۰) مبنی بر این که طول عمر افکار و اقدام به خودکشی در آمریکایی‌های آسیایی جنس مؤنث بیشتر است (۹) و مطالعه بختیار پور و

توسط Dai و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در بین چینی‌های روستایی سنین ۱۶ - ۳۴ ساله که تأثیر عوامل جمعیت شناختی - اجتماعی را می‌سنجید، نشان داد که شیوع بیشتر تفکر خودکشی با وضع مالی پایین و محل سکونت روستایی همراه است (۲۵). اما یافته‌های یک پژوهش جامع در کشور نشان داد که زندگی در مرکز استان به طور معنی‌داری نسبت به زندگی در سایر شهرهای استان و روستاها با افزایش فراوانی اقدام به خودکشی روبه‌روست (۲۸). علت ناهم خوانی نتیجه این مطالعه با مطالعه دای و همکاران این می‌باشد که مطالعه Dai و همکاران، در بین چینی‌های روستایی انجام شده است، اما مطالعه حاضر هم روی بیماران افسرده ساکن شهر و هم ساکن روستا بود. مطالعه دای و همکاران و همچنین پژوهش انجام شده در کشور، روی افراد عادی جامعه بررسی شده، اما مطالعه حاضر روی بیماران افسرده بستری در مرکز آموزشی درمانی رازی تبریز انجام شده است. مطالعه قلعه‌ای‌ها و همکاران نشان داد که بیکاری، سوء مصرف مواد و مشکلات اقتصادی با خودکشی مرتبط هستند (۲۷). عدم همخوانی نتیجه این مطالعه از نظر درآمد با دیگر مطالعات، این است که در مطالعه حاضر اغلب بیماران (۶۵٪) درآمدی نداشتند و ۲۳/۹٪ درآمد کمی داشتند و در این مطالعه هیچ فردی درآمد خوب نداشت و به علاوه این مطالعه روی بیماران افسرده بستری در بخش انجام شده است. در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین افکار خودکشی و روش خودکشی مشاهده شد، در افرادی که از روش مسمومیت و خودزنی استفاده کرده بودند، افکار خودکشی بیشتر بود. بیشترین روش اقدام به خودکشی در مردان و زنان مسمومیت با داروها بوده است. مرور سیستماتیک بررسی‌های انجام شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران در سال ۱۳۸۷ نشان داد که مهم‌ترین روش اقدام به خودکشی مسمومیت با داروها بوده است (۲۹) که با نتیجه مطالعه حاضر سازگار است.

در این مطالعه ارتباطی بین افکار خودکشی و رویداد ناگوار در طول دوران زندگی مشاهده نشد. مطالعه Ruengorn و همکاران (۲۰۱۲) که عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی را در

نشان داد که خودکشی در افراد متأهل بیشتر است (۲۷). در مورد رابطه متغیر وضعیت تأهل با اقدام به خودکشی، بین تحقیقات انجام شده قبلی هماهنگی وجود ندارد، برخی از این تحقیقات شیوع خودکشی را در افراد مجرد بیشتر گزارش کرده‌اند و برخی دیگر رابطه معناداری را پیدا نکرده‌اند (۲۶). در این مطالعه، ارتباط معنی‌داری میان افکار خودکشی و سطح تحصیلات مشاهده شد، داده‌ها نشان داد که افکار خودکشی در افراد زیر دیپلم بیشتر است که با نتیجه مطالعه دای و همکاران مبنی بر این که افکار خودکشی در افراد با سطح آموزش پایین شیوع بیشتری دارد و با نتیجه مطالعه Denney و همکاران (۲۰۱۰) مبنی بر این که سطح بالای آموزش خطر خودکشی را کاهش می‌دهد (۱۷) هم خوانی دارد. در این مطالعه از نظر شغل، ارتباط معنی‌داری بین افکار خودکشی و نوع شغل مشاهده شد، بدین ترتیب که در بین زنان خانه‌دار و مردان شغل آزاد افکار خودکشی بیشتر بود. مطالعه دنی و همکاران نشان داد که شاغل بودن خطر خودکشی را کاهش می‌دهد. نتایج یک تحقیق جامع در کشور که ۵۵۰ فرد اقدام کننده به خودکشی با مسمومیت عمدی در بیمارستان‌های تهران، تبریز، اصفهان، شیراز و کرمانشاه را مورد بررسی قرار داده بود، نشان داد که در بین اقدام‌کنندگان به خودکشی، افراد خانه‌دار با ۱۸۶ نفر (۳۳/۶٪) بیشترین فراوانی را دارند و پس از آن، افراد بیکار با ۱۰۳ نفر (۱۸/۸٪)، افراد دارای مشاغل آزاد یا تجاری ۱۰۱ نفر (۱۸/۴٪)، دانشجو و دانش‌آموز با ۹۶ نفر (۱۷/۵٪)، کارمند با ۳۴ نفر (۶/۲٪)، کارگر با ۱۲ نفر (۲/۲٪) در حال انجام خدمت وظیفه با ۱۲ نفر (۲/۲٪)، بازنشسته ۵ نفر (۰/۹٪) و از کارافتاده یک نفر (۰/۲٪) قرار داشتند (۲۸). مطالعه برخوردار و همکاران با عنوان بررسی روند بروز خودکشی و عوامل مؤثر بر آن در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه طی سال‌هایی ۱۳۷۹-۱۳۸۵ نشان داد که بیشترین میزان خودکشی در زنان، خانم‌های خانه‌دار (۹۸/۲٪) و در مردان حرف کشاورزی و دامداری (۴۱/۳٪) بود (۱۰) که تقریباً با نتیجه این مطالعه هماهنگ است. در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین افکار خودکشی و محل سکونت و میزان درآمد مشاهده نشد. در مطالعه‌ای که

که شدت و طول مدت ابتلا به افسردگی فاکتور خطر برای اقدام به خودکشی است. ناهمخوانی نتیجه مطالعه حاضر با مطالعات قبلی این می‌تواند باشد که ما برای سنجش افکار خودکشی از پرسشنامه خود سنجی بک استفاده کردیم، اما مطالعات قبلی به صورت مصاحبه انجام شده است.

در این مطالعه ارتباط معناداری بین افکار خودکشی با سن مشاهده نشد. مطالعه برخوردار و همکاران نشان داد که در هر دو جنس مردان و زنان، گروه سنی ۲۰-۲۹ ساله بیشترین رده سنی اقدام کننده به خودکشی بودند (۱۰). مطالعه قلعه‌ای‌ها و همکاران نشان داد که بیشترین میزان خودکشی در همدان در سنین ۲۱-۳۰ ساله است (۲۷). اما مطالعه Cheong و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان تفاوت میزان خودکشی بر اساس جنس، سن، محل سکونت و فاکتورهای منطقه‌ای در کره نشان داد که میزان خودکشی در افراد مسن بیشتر از افراد جوان می‌باشد (۳۵). علت ناهمخوانی نتیجه مطالعه فعلی با مطالعات انجام شده قبلی این است که محققین افکار خودکشی را در بیماران افسرده بستری در مرکز آموزشی درمانی بررسی کرده‌اند، اما در مطالعات ذکر شده خودکشی موفق در افراد عادی جامعه بررسی شده است.

در مطالعه حاضر، ارتباط معنی‌داری بین افکار خودکشی و سابقه خودکشی مشاهده شد، هر چه تعداد اقدام به خودکشی قبلی بیشتر باشد میزان افکار خودکشی افزایش می‌یابد. مطالعه Ruengorn و همکاران نشان داد که اقدام به خودکشی قبلی، فاکتور خطر برای اقدام به خودکشی است (۳۰) که با نتیجه مطالعه ما سازگار است.

از محدودیت‌های این پژوهش این بود که نمونه‌گیری اولیه به صورت در دسترس انجام شد، حجم نمونه کم بود و مطالعه مبتنی بر خود گزارشی افکار خودکشی بود که قابلیت تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد. با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌گردد مطالعات مشابه با حجم نمونه بیشتر و بر روی بیماران افسرده و دیگر بیماران روان در معرض خطر خودکشی انجام گیرد.

بیماران افسرده اساسی بررسی کرد، نشان داد که رویدادهای تنش‌زای زندگی عامل خطر برای اقدام به خودکشی است (۳۰). مطالعه Overholser (۲۰۱۲) نشان داد که تنش‌های اخیر زندگی فاکتور خطر برای خودکشی موفق می‌باشد (۱۴). عدم هم‌خوانی نتیجه مطالعه حاضر می‌تواند رویدادهای ناگوار زندگی از زمان کودکی تا حال باشد، ولی در مطالعات ذکر شده تنش‌های اخیر زندگی بررسی شده.

در این مطالعه بین افکار خودکشی و بیماری‌های جسمی ارتباط معناداری مشاهده شد، در افرادی که علاوه بر افسردگی، بیماری‌های جسمانی داشتند، افکار خودکشی بیشتر بود. نتیجه مطالعه Goodwin و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که بیماری‌های جسمانی مزمن، ناعلاج و بیماری‌هایی که همراه با درد یا ناتوانی هستند خطر خودکشی را افزایش می‌دهد (۳۱) و مطالعه قلعه‌ای‌ها و همکاران نشان داد که تاریخچه بیماری پزشکی (جسمانی)، عامل خیلی مهمی در اقدام به خودکشی در بیماران افسرده نسبت به سایر اختلالات روانی می‌باشد (۲۷) که با نتیجه مطالعه حاضر همسو هستند.

در مطالعه فعلی ارتباط معنی‌داری از نظر افکار خودکشی بین افرادی که داروهای مرتبط با بیماری جسمی دریافت می‌کردند با افرادی که این داروها را مصرف نمی‌کردند، مشاهده شد. افرادی که علاوه بر داروهای روان‌گردان برای درمان بیماری افسردگی دریافت می‌کردند، از داروهای دیگری مانند ضد فشارخون، ضد دیابت و دارو برای درمان بیماری‌های قلبی استفاده می‌کردند، میزان افکار خودکشی بیشتر بود، که با مطالعه Robertson (۳۲) مبنی بر این‌که بعضی داروها مانند داروهای ضد چاقی، ضد دیابت، ضدسایکوز، ضدآلرژیک و شل کننده عضلات که با افکار خودکشی بیشتر همراه می‌باشند با اقدام به خودکشی بیشتر نیز همراه هستند، هماهنگ است. در این مطالعه ارتباط معناداری بین طول مدت ابتلا به افسردگی و تعداد دفعات بستری با افکار خودکشی مشاهده نشد. مطالعه سوکرو و همکاران با عنوان افکار و اقدام به خودکشی در بیماران افسرده اساسی (۳۳) و مطالعه Malone و همکاران (۳۴) با عنوان افسردگی اساسی و اقدام به خودکشی نشان داد

نتیجه گیری نهایی

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که بین افکار خودکشی و ابعاد آن با جنس، شغل، میزان تحصیلات، سابقه خودکشی، روش خودکشی، بیماری های جسمی، داروهای غیر روان گردان ارتباط معناداری وجود دارد.

با توجه به این که افکار خودکشی به عنوان اولین پله در گذر به خودکشی عامل خطر برای خودکشی موفق می باشد و چون شناسایی گروه های در معرض خطر نقش مهمی را در پیشگیری از خودکشی دارند بنابراین باید گروه های در معرض خطر خودکشی زودتر شناسایی گردند تا از اقدام به خودکشی و اثرات مخرب آن بر فرد، خانواده و جامعه جلوگیری به عمل آید. باید توجه داشت که در زنان، افراد بیکار، افراد با تحصیلات پایین تر از دیپلم و کسانی که سابقه خودکشی دارند و داروهای

روان گردان مصرف می کنند در معرض خطر خودکشی بوده و بایستی مورد توجه بیشتر قرار گیرند. برای جلوگیری از خودکشی مجدد، ایجاد فرصت های شغلی مناسب برای افراد بیکار، کاهش دسترسی به وسایل و آلات کشنده می تواند راهکارهای مناسبی باشند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بر گرفته از طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد تصویب ۳۵۳ و کد اخلاقی ۹۱۱۲۱ است. به این وسیله از تمامی افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده اند، به ویژه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، بیمارستان رازی تبریز و بیماران شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

- 1- Zender R, Olshansky E. Woman's Mental Health: Depression and Anxiety. Nurs Clin North Am. 2009; 44(3): 355-364.
- 2- Elakkuvana Bhaskara RD. Text book of mental health nursing. 1st ed. Jaypee brother medical pub. 2011; p.409
- 3- Izadifard R. suicide in psychiatric patient [on line]. 2009. Available from: [www.ravanyar.com/articles/suicide patients](http://www.ravanyar.com/articles/suicide%20patients). [persian].
- 4- Wahlbeck K and Mäkinen M, editors. prevention of depression and suicide. consensus paper. European Communities(OIL): Luxembourg. 2008, p.10
- 5- Aguirre A. Suicide behavior among Latino adolescents [dissertation]. United States - California: California State University, Long Beach; 2011, p.5
- 6- Thapar P, Collishaw S, Pine DS and Thapar AK. Depression in adolescence Lancet. 2012; 379(9820): 1056-1067.
- 7- Suicide Prevention [on line]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2010 [cited 2013 Jun 20]. Available from: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/suicide/index.html>
- 8- Fortinash KM and Holoday Worret PA. Psychiatric Mental Health Nursing. 4thed. St. Louis: Mosby Elsevier. 2008,p.502
- 9- Yan Cheng JK, Fancher TL, Ratanasen M, Conner KR, Duberstein PR, Sue S, et al. Lifetime suicidal ideation and suicide attempt in asian american. Asian am j psychol. 2010; 1(1):18-30.

- 10- Barkhourdar N, Jahanghiri K, Barkhourdar N. Trend and factors influencing suicides in rural areas of kermanshah during 7 years (2000-2006). *Journal of Medical Council of I.R.I.* 2009; 27(2):219-225. [persian].
- 11- Shah A and Chandia M. The relationship between suicide and islam: a crossnational study. *J Inj violence Res.* 2010; 2(2):93-97.
- 12- May AM, Klonsky ED, Klein DN. Predicting future suicide attempt among depressed suicide ideators: a 10-years longitudinal study. *J Psychiatr Res.* 2012; 46(7): 946-52.
- 13- Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC and Wish ED. suicide ideation among college students: a multivariate analysis. *Arch suicide Res.* 2010; 13(3):230-246.
- 14- Overholser JC, Braden A, Dieter L. Understanding suicide risk: Identification of high risk groups during high times. *J clin psychol.* 2012; 68(3): 349-361.
- 15- Mackenzie S, Wiegel JR, Mundt M, Brown D, Saewyc E, Heiligenstein E, et al. Depression and suicide ideation among students accessing campus healthcare. *Am J orthopsychiatry.* 2012; 81(1):101-107.
- 16- Haerian K, Salmasian H, Friedman C. Methods for identifying suicide or suicidal ideation in EHRs. *AMIA Annu Symp Proc.* 2012; 1244-1253.
- 17- Denney JT, Rogers RG, Krueger PM, Wadsworth T. Adult suicide mortality in the united states: marital status, family size, socioeconomic status and differences by sex. *Soc Sci Q.* 2010; 90(5): 1167-1185.
- 18- Murakami SA, Vu C. suicide. In: Irwin RS and Rippe JM. *Irwin and Rippe's Intensive Care Medicine.* 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008. Available from: [www.psych.org/psych-pract/trratg/pg/practice %20guidelines8904/suicidalbehaviors](http://www.psych.org/psych-pract/trratg/pg/practice%20guidelines8904/suicidalbehaviors).
- 19- 2012 Annual Report - American Foundation for Suicide [on line]. American foundation for suicide prevention; 2012 [cited 2013 Dec 6]. Available from: <https://www.afsp.org/.../AFS>.
- 20- Babazadeh A. Suicide [on line]. 2013. Available from: alirezababazadeh.blogfa.com/post. [persian].
- 21- Wagenaar BH, Hagaman AK, Kaiser BN, Mclean KE, Kohrt BE. Depression, suicidal ideation and associated factors: a cross-sectional study in rural haiti. *BMC Psychiatry.* 2012; 12:149.
- 22- Prevention of suicidal tendencies [on line]. *salamat news*; 2013 [cited 2013 Jun 20]. Available from: www.beytoote.com/.../prevention3-suicidal-tendencies. [persian].
- 23- Khodabandeh F, Noorbala AA, Kashani S, Bagheri A. A Study on the Factors that Associated with Attempting Suicide in Middle and Old Age Patients Referriry to Poison Center Loghman Hospital in year-1388. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY.* 2012; 1(1): 88-96.
- 24- Anisi J, Fathi Ashtiani A, Salimi SH, Ahmadi Kh. Validity and reliability of Beck suicide scale ideation among soldiers. *journal of military medicine.* 2005; 7(1): 33-37. [persian].

- 25- Dai J, Chiu HF, Conner KR, Chan SS, Hou ZJ, X Y, et al. Suicidal ideation and attempt among rural Chinese aged 16-34 years- socio- demographic correlates in the context of transforming china. *J Affect Disord*. 2012 ; 130(3): 438-446.
- 26- Bakhtiyarpour S, Ghasemi S, Haidari J. Meta analytic review of the relationship between gender and marital status with suicide attempt. *Journal of New findings in psychology*. 2009; 5(17): 79-95. [persian].
- 27- Ghaleiha A, Khazae M, Afzali S, Matinnia N and Karimi B. An annual survey of successful suicide incidence in hamadan, western iran. *J Res Health Sci*. 2009; 9(1): 13-16.
- 28- Suicide [on Line]. IRANIAN STUDENTS' NEWS AGENCY 2013. Available from: <http://isna.ir/fa/news/92041810859>. [persian].
- 29- Ghoreyshi SAA, Mousavinasab SNAD. Systematic review of reseaches on suicide and suicide attempt in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psycholog*. 2008; 2(53):15-21. [persian].
- 30- Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W, Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Patumanond J. Factors related to suicide attempts among individuals with major depressive disorder. *International Journal of General Medicine*. 2012; 2(5):323-330.
- 31- Goodwin RD, Marusic A, Hoven CW. Suicide attempts in the United States: the role of physical illness *Social Science & Medicine*. 2012; 56(8):1783-1788.
- 32- Robertson HT and Allison DB. Drugs associated with more suicidal ideations are also associated with more suicide attempt. *Plus one*. 2009; 4(10):1-8.
- 33 - Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ, et al. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64(9):1094-1100.
- 34- Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord*. 1995;34(3):173-185.
- 35- Cheong KS, Choi MH, Cho BM, Yoon TH, Kim CH, Kim YM, et al. Suicide rate differences by sex, age, and urbancity and related regional factors in korea. *Journal of preventinve medicine and publice health*. 2012; 45(2):70-77.