

یافته های نو در روان شناسی

سال پنجم، شماره ۱۷، زمستان ۱۳۸۹

صفحات مقاله: ۷۹-۹۵

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۴/۸ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۲۶

بررسی فراتحلیلی رابطه جنسیت و وضعیت تاهل با اقدام به خودکشی

دکتر سعید بختیارپور*
صدیقه قاسمی**
ژیلا حیدری کایدان*

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی فراتحلیلی رابطه ی متغیرهای جنسیت و وضعیت تاهل با اقدام به خودکشی بود. روش پژوهش در این طرح از نوع فراتحلیلی بود. پس از بررسی ۹۳ مورد پژوهش انجام شده درباره خودکشی، که در سایت های اینترنتی پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و پایگاه مجلات تخصصی نورمگس وجود داشت، ۲۲ مقاله در مجموع با ۳۰۲۰۳ آزمودنی از بین مقالاتی که با توجه به متغیرهای تحقیق و صحیح بودن مراحل مختلف اجرای تحقیق مورد تأیید بودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند. جهت تجزیه و تحلیل یافته ها از آزمون خی دو استفاده شد. نتایج فراتحلیل نشان داد که رابطه ی هر دو متغیر جنسیت و وضعیت تاهل با اقدام به خودکشی در سطح $P < 0/01$ معنی دار بود. در پژوهش حاضر مشخص گردید که فراوانی خودکشی در زنان بیشتر از مردان و در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل است به عبارت دیگر گروه دختران مجرد بالاترین فراوانی خودکشی را دارا هستند.

واژه های کلیدی: خودکشی، فراتحلیل، جنسیت، وضعیت تاهل

* عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز
** کارشناس ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز (نویسنده مسئول)

مقدمه

اقدام به خودکشی^۱ یک مساله مهم بهداشت عمومی است. بخش قابل توجهی از مراجعین به مراکز اورژانس پزشکی را افرادی تشکیل می دهند که عمدتاً با انگیزه های گوناگون به روشهای مختلف به خود آسیب رسانده اند (پهلویان، ۱۳۷۶). در برخی از این پژوهشها شایعترین علت مراجعه افراد زیر ۵۰ سال به این مراکز، اقدام به خودکشی است (روی،^۲ ۱۹۹۵). به نقل از یاسمی، صانعی، ملک پور افشار، هنرمند و میرشکاری، (۱۳۷۷). اقدام به خودکشی شایعترین علت مراجعه زنان و دومین علت مراجعه مردان (پس از حمله قلبی) به مراکز فوریتهای پزشکی بوده است. بر اساس پژوهشهای بین المللی حدود ۱۰٪ افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، در آینده موفق به خودکشی خواهند شد (بلومنتال و کاپفر^۳، ۱۹۹۰ و مرفی^۴، ۱۹۹۵) و اقدام به خودکشی یک عامل پیش بینی کننده مهم خطر مرگ ناشی از خودکشی در آینده است (ریهمر^۵، ۱۹۹۶).

رفتار خودکشی مفهومی وسیع دارد و در بر دارنده دامنه ای از پدیده ها از جمله افکار خودکشی، تهدید به خودکشی، اقدام به خودکشی و ارتکاب خودکشی می باشد. همچنین، اصطلاحات مختلفی برای خودکشی هایی که به مرگ منجر نمی شوند، وضع شده است: از جمله اقدام به خودکشی، خود-آسیب رسانی عمدی، خود شکنی، فریاد برای کمک و ژست خودکشی (گودرزی، ۱۳۸۰). در تحقیق حاضر اصطلاح اقدام به خودکشی هر دو نوع خودکشی موفق و غیر موفق را شامل می شود.

پاره ای از تحقیقات نشان داده اند که بین زنان و مردان از لحاظ اقدام به خودکشی تفاوت معناداری وجود ندارد (ظهور، ترابی و پسندیده، ۱۳۸۰؛ صفا، محمودی، سلطانی فر، ساکی و فرهادی، ۱۳۸۶؛ اشکانی، ده بزرگی و امامقلی پور، ۱۳۸۱؛ قلعه ایها و بهروزی فرد، ۱۳۸۵؛ اشکانی، معینی، توحیدی، ۱۳۸۱؛ کوشان، شگرف نخعی، ربانی زاده، حیدری و توفیقیان و مسکنی، ۱۳۸۷؛ صابری زفرقندی، قربانی و موسوی، ۱۳۸۴؛ عنایتی، حیدری، ملک زاده و ابوالفتحی، ۱۳۸۵؛ خوشحال دستجردی، آرمان و زاهد، مقدم نیا، ۱۳۷۸). دسته ای دیگر از تحقیقات میزان خودکشی در زنان را بیشتر از مردان گزارش کرده اند (یاسمی، صانعی، ملک پور افشار، هنرمند و میرشکاری، ۱۳۷۷؛ نجومی، بوالهری، ملکوتی، حکیم شوشتری، اصغر زاده امین و پشت مشهدی، ۱۳۸۵؛ موسوی، خسروی، حسنی و جهانی، ۱۳۸۶؛ خزایی و پرویزی فرد، ۱۳۸۲؛ سالاری لک، انتظار مهدی، افشانی و عباسی، ۱۳۸۵؛ رفیعی و سیفی، ۱۳۸۷؛ آذین، شهید زاده ماهانی، امیدواری، عبادی و منتظری، ۱۳۸۶؛ خلیخالی، رهبر، فرد مسعود، جمادی، ۱۳۸۰؛ عارفی، ۱۳۸۱؛ شیخ الاسلامی، کنی، ضیائی، ۱۳۸۷؛ پهلویان، ۱۳۷۶؛ یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱ و سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۵). در مورد رابطه متغیر وضعیت تاهل با اقدام به خودکشی نیز بین تحقیقات انجام شده قبلی هماهنگی وجود ندارد. بعضی از این تحقیقات شیوع خودکشی را در افراد مجرد بیشتر گزارش کرده اند (مثلاً اشکانی، ده بزرگی و امامقلی پور، ۱۳۸۱؛

1. Attempted suicide.

2. Roy

3. Blumenthal & Kupfer.

4. Murphy.

5. Rihmer

اشکانی، معینی، توحیدی، ۱۳۸۱؛ کوشان، شگرف نخعی، ربانی زاده، حیدری، توفیقیان و مسکنی، ۱۳۸۷؛ عارفی، ۱۳۸۱؛ آذین، شهید زاده ماهانی، امیدواری، عبادی و منتظری، ۱۳۸۶؛ شیخ الاسلامی، کنی، ضیائی، ۱۳۸۷؛ پهلویان، ۱۳۷۶). ولی گروهی دیگر از محققین رابطه وضعیت تاهل با اقدام به خودکشی را غیر معنادار گزارش کرده اند (به عنوان مثال قلعه ایها و بهروزی فرد، ۱۳۸۵؛ یاسمی، صناعی، ملک پور افشار، هنرمند و میرشکاری، ۱۳۷۷؛ نجومی، بوالهروی، ملکوتی، حکیم شوشتری، اصغر زاده امین و پشت مشهدی، ۱۳۸۵؛ موسوی، خسروی، حسنی و جهانی، ۱۳۸۶؛ خزایی و پرویزی فرد، ۱۳۸۲؛ رفیعی و سیفی، ۱۳۸۷؛ سالاری لک، انتظار مهدی، افشانی و عباسی، ۱۳۸۵؛ خلخالی، رهبر، فرد مسعود، جمادی، ۱۳۸۰؛ صابری زعفرندی، قربانی و موسوی، ۱۳۸۴؛ عنایتی، حیدری، ملک زاده و ابوالفتحی، ۱۳۸۵). با توجه به اختلاف نظر در تحقیقات پیشین راجع به متغیرهای جنسیت و وضعیت تاهل، هدف از تحقیق حاضر بررسی فراتحلیلی تحقیقات پیشین بود تا نتیجه نهایی مربوط به متغیرهای مذکور، با توجه به ترکیب یافته های قبلی مشخص شود. رفیعی و سیفی (۱۳۸۶)، در پژوهشی به بررسی اپیدمیولوژیک اقدام کنندگان به خودکشی در بیمارستان های علوم پزشکی استان مرکزی از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ پرداختند. نمونه ی پژوهش شامل ۶۲۲۶ نفر بود که از این تعداد ۳۳۹۹ نفر مجرد و ۲۸۲۷ نفر آن ها متأهل بودند. میانگین سنی برای افرادی که خودکشی موفق داشتند 29 ± 13 سال بوده است. ۶۰ درصد اقدام کنندگان به خودکشی مؤنث بودند و انگیزه خودکشی در ۸۹ درصد اختلافات خانوادگی ذکر شده است. میزان خودکشی در این تحقیق در افراد مجرد و مؤنث بیشتر از افراد متأهل و مردان بوده است. قلعه ایها و بهروزی فرد (۱۳۸۵)، در پژوهشی با عنوان بررسی اپیدمیولوژیک اقدام کنندگان به خودکشی بستری در بیمارستان ابن سینا همدان در سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۱ پرداختند. جامعه ی آماری این پژوهش شامل ۴۰ نفر اقدام کننده به خودکشی بود. نتایج نشان داد که فراوانی زنان در اقدام به خودکشی کمتر از مردان بود، این میزان به ترتیب ۴۸٪ در زنان و ۵۲٪ در مردان، در افراد مجرد ۵۰/۵ درصد و در افراد متأهل ۲۹/۷۵ درصد بودند. ضربامی و خلیلیان (۱۳۸۱)، در پژوهشی توصیفی به بررسی خودسوزی در استان مازندران پرداختند. نمونه ی پژوهش شامل ۳۱۸ مورد خودسوزی طی سه سال به مرکز سوختگی مازندران بود. میانگین سنی اقدام کنندگان ۲۷ سال بود و ۸۳ درصد آن ها را خانم ها تشکیل می دادند و بیشتر آن ها متأهل، خانه دار و تسهیلات دبستانی بودند. علت اصلی این اقدامات کشمکش های زناشویی و خانوادگی بود. نجومی و بوالهروی و ملکوتی، حکیم شوشتری و اصغر زاده امین و پشت مشهدی (۱۳۸۲)، در پژوهشی با عنوان بررسی ویژگی های جمعیت شناختی اقدام کنندگان به خودکشی مراجعه کننده به اورژانس شهر کرج در سال ۱۳۸۲ پرداختند. نمونه ی پژوهش شامل ۶۳۲ نفر اقدام کننده به خودکشی بودند که اکثریت اقدام کنندگان مؤنث (۶۲/۵ درصد) و مجرد (۵۶/۵۳ درصد) بودند. میانگین سنی آن ها ۲۴/۵ سال بود. نتایج نشان داد افراد بیکار، مؤنث، مجرد بیش از دیگران در معرض اقدام به خودکشی هستند. اشکانی و معینی و توحیدی (۱۳۸۱)، در تحقیقی با عنوان بررسی خودکشی با داروها و مواد سمی در بخش های اتفاقات و مراکز مراقبت ویژه بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز پرداختند. این تحقیق از تاریخ مهر ۱۳۷۹ تا خرداد ماه ۱۳۸۰ انجام شد. نمونه تحقیق شامل ۱۰۰ نفر از افرادی بود که به قصد خودکشی به خود آسیب

رسانده بودند. از این نمونه ۵۴ نفر زن، ۴۶ نفر مرد و ۵۷ نفر مجرد و ۴۰ نفر متأهل بودند. یافته ها نشان داد بیشترین میزان اقدام به خودکشی در گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال بود. بیشتر آن ها مجرد و زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی کرده بودند. موسوی، خسروی، حسنی و جهانی (۱۳۸۵)، در تحقیقی با عنوان بررسی اپیدمیولوژیک مواد خودآزاری عمدی و مسمومیت در شهرستان شاهرود پرداختند. در طول یکسال تعداد ۳۸۳ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد ۱۶۳ نفر مرد و ۲۲۰ نفر زن بودند. دامنه ی سنی ۱۵ تا ۳۰ سال بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد. نتایج تحقیق نشان داد که اقدام به خودکشی در گروه مردان جوان و مجردین قابل توجه بوده است. سالاری لک، انتظار مهدی، افشانی و عباسی (۱۳۸۴)، در مطالعه ای به بررسی میزان و عوامل مؤثر بر رخداد خودکشی در استان آذربایجان غربی پرداختند. یافته ها نشان داد میزان اقدام به خودکشی در زنان ۶۳/۳ درصد و در مردان ۳۵/۷ درصد، همچنین ۵۰/۴ درصد از افراد اقدام کننده به خودکشی مجرد بودند. خزایی و پرویزی فرد (۱۳۸۲)، در یک طرح توصیفی-مقطعی با نمونه ۳۰۱ نفر که ۱۷۰ نفر آنها زن و ۱۳۱ نفر آنها مرد بودند به این نتیجه رسید که بالاترین میزان اقدام به خودکشی در افراد مجرد زنان و افراد با تحصیلات ابتدایی بود. جمشیدزاده، رفیعی، یاسمی، رحیمی و کمال (۱۳۸۰)، در مطالعه ای روند خودکشی و اقدام به خودکشی را در بین سال های ۱۳۷۳-۸۰ در استان ایلام مورد بررسی قرار دادند. نمونه شامل ۲۰۰ نفر اقدام کننده به خودکشی بود، که از این تعداد ۱۲۲ نفر زن و ۶۸ نفر مرد بودند. نتایج حاکی از آن بود که میزان خودکشی و اقدام به آنان در زنان بیشتر از مردان بود. آگنوا و فواسپ^۱ (۲۰۰۳) در پژوهشی در یک بیمارستان عمومی در جزیره فیجی به تفاوت های جنسیتی در افراد اقدام کننده به خودکشی پرداختند. نمونه این پژوهش شامل ۴۰ مرد و ۸۸ زن اقدام کننده به خودکشی بودند. میانگین سنی زنان اقدام کننده ۲۳ ساله و مردان ۲۵ ساله بود. نتایج نشان داد خودکشی در بین زنان بیشتر از مردان است. شینر، اسکورفیلد، فین چام و لنجر^۲ (۲۰۰۶). در مطالعه ای با یک نمونه ۱۰۰ نفری از افراد اقدام کننده به خودکشی در پزشک قانونی انگلستان به این نتیجه رسیدند که مردان جوان نسبت به زنان جوان و افراد میانسال رسیک بالاتری در خودکشی دارند. کامر، مهان، رنجیت و چاندراسیکرن^۳ (۲۰۰۵)، در پژوهشی به تفاوت های جنسیتی در رفتار خودکشی در بیمارستان عمومی جنوب هند پرداختند و از ۲۰۳ بیمار اقدام کننده به خودکشی میزان انگیزه خودکشی، افسردگی و استرس های آنها را اندازه گیری کردند. به این نتیجه رسیدند که مردان نسبت به زنان انگیزه بالاتری برای خودکشی داشتند. متین درفر - روتز^۴ (۲۰۰۶)، در مطالعه ای تفاوت های جنسیتی خودکشی جوانان را در طول سالهای ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ بررسی کرد و به این نتیجه رسیدند که در چندین کشور اروپایی خودکشی در بین مردان جوان و نوجوان نسبت به زنان افزایش پیدا کرده و خطر بزرگی را برای سلامتی این کشورها به وجود آورده است. پیب، سوامی و استاستریت^۵ (۲۰۰۸)، در پژوهشی به بررسی ساختارهای اجتماعی جنسیت و تاثیر

1. Aghanwa & Fwacp
2. Shiner, Scourfield, Fincham & Langer
3. Kumer, Mohan, Rangith & Chandrasekaran
4. Mittendorfer - Rutz
5. Paybe, Swami & Stanistreet

خودکشی پرداختند به این نتیجه رسیدند که تفاوت‌هایی بین ساختارها مربوط به مردان و زنان در رفتارهای خودکشی وجود دارد. رگلینگ، فرند و پاول^۱ (۲۰۰۹)، در مطالعه ای به بررسی رفتار خودکشی نوجوانان و تعیین رابطه آن با جنسیت پرداختند و به این نتیجه رسیدند که نوجوانان پسر بیشتر دست به خودکشی می زنند ولی در دختران رفتارهای اقدام به خودکشی بیشتر است. ماسکو، پامپیلی، وانا کور، اینمورتی، لستر، جرادی، تاتارلی و ویچی^۲ (۲۰۱۰)، در پژوهشی با عنوان بررسی وضعیت تاهل در اقدام به خودکشی از سال ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۷ پرداختند، نمونه آنها ۶۱۵۸۸ مرد و ۶۹۷۷۴ زن اقدام کننده به خودکشی در طی این سالها بود. یافته های آنها نشان داد که اقدام به خودکشی در افراد مجرد بیشتر از افراد متاهل است. همچنین نرخ خودکشی در مردان طلاق گرفته بالاتر از مردان متاهل است. رسکار، پودلسک، کوزامانیک، دمسار، زاتل و ماروسیک^۳ (۲۰۱۰)، در تحقیقی با عنوان خطر خودکشی و وضعیت تاهل در طی ۵ سال به بررسی وضعیت زناشویی، بیوه شدن و طلاق گرفتن پرداختند. یافته های آنها نشان داد که بیوه شدن و طلاق گرفتن به خصوص در سال اول عامل خطر سازی برای اقدام به خودکشی می باشد. نیکو، نیکولی، بدانوی، کوکی و پترو^۴ (۲۰۰۹)، در تحقیقی رابطه بین وضعیت تاهل و اقدام به خودکشی را بررسی کردند. نمونه این پژوهش شامل ۶۲۸ نفر اقدام کننده به خودکشی بودند که ۱۸۸ نفر آنها زن و ۴۴۰ نفر آنها مرد بودند. یافته ها نشان داد مردان اقدام کننده به خودکشی نسبت به زنان ۲۴ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بود. بالاترین نرخ خودکشی در میان افراد بیوه و مردان طلاق گرفته بود اما در میان زنان مجرد و متاهل کمتر بود نتایج نشان داد وضعیت تاهل نقش مهمی در افزایش نرخ خودکشی دارد. تاکاری، یاماموتو، ای وامیتسو تاتسومانی، یوکاوا، کامیجوی و همکاران^۵ (۲۰۰۹)، در مطالعه ای گذشته نگر در پرونده پزشکی ۴۲۱ بیمار اقدام کننده به خودکشی (۱۷۴ زن و ۲۴۷ مرد) در ژاپن به این نتیجه رسیدند که مردان با ۶۳٪ بیشترین میزان خودکشی در اقدام به خودکشی داشتند، همچنین اختلاف معنی داری بین سن، جنس، وضعیت تاهل و روش اقدام به خودکشی وجود دارد. دنی، راجزر، کراجر و وادورث^۶ (۲۰۱۰)، در تحقیقی با عنوان خودکشی جوانان در ایالت متحده به بررسی وضعیت تاهل، پایگاه اقتصادی اجتماعی، تفاوت‌های جنسیتی پرداختند. نتایج نشان داد طلاق گرفتن و جدا شدن از همسر و مجرد ماندن با افزایش خودکشی در بین مردان ارتباط وجود دارد اما این ارتباط شامل زنان نمی شود. همچنین تفاوت‌های جنسیتی مهم بین خودکشی و وضعیت تاهل دارد. با توجه به عدم هماهنگی نتایج تحقیقات قبلی در خصوص رابطه جنسیت و وضعیت تاهل با اقدام به خودکشی پژوهش حاضر به دنبال پاسخ علمی به این سئوالات است که: ۱- آیا بین جنسیت و اقدام به خودکشی رابطه معنی دار وجود دارد؟ ۲- آیا بین وضعیت تاهل با اقدام به خودکشی رابطه معنی دار وجود دارد؟

1. Rogling , Friend & Powell.
2. Masco, Pompili, Vanacore, Innamorti, Lester, Giradi, Tatarelli & Vichi
3. Roskar, Podlesek, Kuzamanic, Demsar, Zaletel & Marusic
4. Niki, Nikoli, Bogdanovi, Koci & Petro
5. Takari, Yamamoto & Iwamitsu
6. Denney, Rogers, Krueger & Wadsworth

روش تحقیق

به منظور اجرای پژوهش حاضر، روش فراتحلیل مورد استفاده قرار گرفته است. در این روش پژوهشگران سعی بر ثبت ویژگیها و یافته های پژوهشها در قالب مفاهیم کمی دارند و آنها را آماده استفاده از روشهای نیرومند آماری می سازد تا از این طریق به نتایج منسجم و یکپارچه برسد. دلاور (۱۳۷۴) اظهار می دارد فراتحلیل مهارتی است که در آن از روشهای آماری، کمی و ریاضی استفاده می شود. اصل اساسی این روش عبارت است از ترکیب نتایج متعدد و استخراج نتایج جدید و منسجم و حذف آنچه موجب سوگیری در نتایج نهایی می شود. در روش فراتحلیل، پژوهشگر با ثبت ویژگیها و یافته های توده ای از پژوهشهای گذشته، در قالب مفاهیم کمی، به صورت کمی آنها را آماده استفاده از روشهای نیرومند آماری می کند.

با بررسی ۹۳ مورد پژوهش انجام شده درباره موضوع این پژوهش، که در سایت های اینترنتی پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و پایگاه مجلات تخصصی نورمگس مشخص شد که ۲۲ مقاله (در مجموع با ۳۰۲۰۳ آزمودنی) با توجه به متغیرهای تحقیق و صحیح بودن مراحل مختلف اجرای تحقیق انتخاب شدند. بقیه به دلایلی از جمله صرفاً توصیفی بودن، مشکل روش شناسی مانند عدم امکان محاسبه اندازه اثر، روش نمونه گیری یا روشهای آماری نادرست، حذف گردیدند.

ابزار گردآوری اطلاعات: مطالعه منابع دست اول در زمینه موضوع تحقیق، ابزار اصلی جمع آوری اطلاعات این پژوهش را تشکیل می دهد، زیرا در روش فراتحلیل تمامی پژوهشهای مربوط یا تعداد قابل توجهی از آنها باید مورد بررسی قرار گیرد. منظور از منابع دست اول، اصل پژوهشهای انجام شده در زمینه مورد نظر است، زیرا در روش فراتحلیل گزارشهای پژوهشی مختصر قابل استفاده نیست.

روش تحلیل داده ها

جهت تجزیه و تحلیل داده ها، صرفاً با استفاده از فراوانی های گزارش شده برای متغیرهای جنسیت و وضعیت تاهل در تحقیقات مذکور و بدون توجه به نتایج گزارش شده در تحقیقات مورد استفاده، با استفاده از آزمون آماری خی دو (با استفاده از فرمول شماره ۱) اقدام به مقایسه فراوانی ها در دو متغیر جنسیت و وضعیت تاهل گردید. آنگاه با استفاده از داده های حاصل از آزمون خی دو، اندازه اثر برای هر تحقیق محاسبه شد. بدین صورت که Z معادل میزان سطح معنی داری خی دو با استفاده از جدول نمرات Z توزیع نرمال موجود در کتابهای آمار استخراج و با استفاده از فرمول شماره ۲ میزان اندازه اثر (R) محاسبه شد. از جدول نمرات سپس با استفاده از جدول ZI فیشر، اندازه اثر تبدیل به ZI شد. سرانجام میانگین ZI ها حساب و دوباره به اندازه اثر تبدیل و معناداری آن (با استفاده از فرمول شماره ۳) بررسی شد. روشهای آماری مورد استفاده در تحقیق حاضر برگرفته از هویت و کرامر^۱ (ترجمه شریفی، نجفی زند، میرهاشمی، معنوی پور، شریفی، ۱۳۸۸) بودند.

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$r = \frac{\chi^2}{\sqrt{n}}$$

فرمول شماره ۱

فرمول شماره ۲

1. Howitt & Cramer

$$Z = \frac{\sum Z}{\sqrt{N}}$$

فرمول شماره ۳

نتایج تحقیق

جدول ۱: اطلاعات تفصیلی پیرامون پژوهشهای مورد استفاده در فراتحلیل

ردیف	پژوهشگر	تعداد اقدام به خودکشی	محل پژوهش	سال پژوهش	مرد	زن	متاهل	مجرد
۱	اشکانی...	۸۰	شیراز	۱۳۷۶-۷۷	۴۸	۳۲	۳۴	۴۳
۲	قلعه ایها...	۴۰۰	همدان	۱۳۸۰-۸۱	۲۰۷	۱۹۳	۱۹۸	۲۰۲
۳	یاسمی...	۵۶۱	کرمان	۱۳۷۰-۷۱	۲۲۲	۳۳۹	۲۱۵	۳۲۸
۴	نجومی...	۶۳۲	کرج	۱۳۸۱-۸۲	۲۳۷	۳۹۵	۲۷۴	۳۳۸
۵	موسوی...	۳۸۳	شاهرود	۱۳۸۱-۸۲	۱۶۲	۲۲۰	۲۳۷	۱۴۰
۶	خزایی...	۳۰۱	تبریز	۱۳۸۰	۱۳۱	۱۷۰	۱۳۸	۱۵۶
۷	سالاری لک...	۴۰۱۵	آذربایجان غربی	۱۳۸۰	۱۴۱۵	۲۵۱۹	۱۹۹۵	۱۸۵۲
۸	رفیعی...	۴۲۲۶	استان مرکزی	۱۳۸۴-۸۶	۱۷۰۰	۲۵۲۶	۱۸۸۴	۲۲۹۳
۹	اشکانی...	۱۰۰	شیراز	۱۳۷۹-۸۰	۴۶	۵۴	۴۰	۵۷
۱۰	خلخالی...	۱۷۳	رشت	۱۳۸۰	۵۶	۱۱۷	۷۳	۹۲
۱۱	کوشان...	۱۰۶	سنزوار	۱۳۸۷	۵۲	۵۴	۳۹	۶۷
۱۲	آذین	۵۵۰	تهران، مشهد، تبریز، اصفهان، شیراز و کرمانشاه	۱۳۸۶	۲۲۰	۳۳۰	۲۱۹	۳۰۱
۱۳	عارفی	۲۷۹۳	آذربایجان غربی	۱۳۷۷-۷۸	۱۰۸۶	۱۶۸۴	۱۲۲۱	۱۰۶۵
۱۴	صابری...	۳۸۳	سمنان، دامغان و گرمسار	۱۳۸۰-۸۱	۱۸۱	۱۷۹	۱۹۵	۱۷۵
۱۵	شیخ الاسلامی...	۵۷۵	قزوین	۱۳۸۳-۸۴	۱۷۵	۳۹۹	۳۰۶	۲۵۳
۱۶	پهلویان	۶۶۷	همدان	۱۳۷۴	۲۴۴	۴۲۳	۳۶۳	۳۰۴
۱۷	عنایتی...	۶۰	گناوه	۱۳۸۳	۲۹	۳۱	۳۱	۲۹
۱۸	ظهور...	۴۴	جیرفت	۱۳۸۰	۱۶	۲۸	-	-
۱۹	صفا...	۶۷	خرم آباد	۱۳۸۳	۳۴	۲۸	-	-
۲۰	خوشحال...	۱۳۳۸۴	اصفهان	۱۳۷۸-۸۳	۶۶۹۳	۶۶۹۱	-	-
۲۱	مقدم نیا	۶۶۰	استان مازندران	۱۳۷۳-۷۶	۱۶۶	۱۳۵	-	-
۲۲	یاسمی...	۶۳	کرمان	۱۳۷۲-۷۳	۴۳	۱۹	-	-

مطابق جدول شماره ۱، مشخصات کلی پژوهشهای مورد استفاده در فراتحلیل حاضر آورده شده

است

فرضیه شماره ۱: بین جنسیت و اقدام به خودکشی رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول ۲: شاخص χ^2 دو، سطح معنی داری، نمره استاندارد، اندازه اثر و معادل اندازه اثر در جدول فیشر متغیر جنسیت پژوهشهای مورد استفاده در فراتحلیل

ردیف	χ^2 جنسیت	P جنسیت	Z جنسیت	r جنسیت	Z_r جنسیت
۱	۳/۲	۰/۰۷	۲/۴۴	۰/۲۷	۰/۲۷۷
۲	۰/۴۹	۰/۴۸۴	۰/۰۴	۰/۰۰۲	۰
۳	۲۴/۴	۰	۳/۵	۰/۱۴	۰/۱۴۱
۴	۳۹/۵	۰	۳/۵	۰/۱۳۹	۰/۱۴۱
۵	۸/۸	۰/۰۰۳	۲/۷۵	۰/۱۴	۰/۱۴۱
۶	۵/۰۵	۰/۰۲۵	۱/۹۶	۰/۱۱	۰/۱۱
۷	۳۰۹/۸۱	۰	۳/۵	۰/۰۵	۰/۰۵
۸	۱۶۱/۴۴۷	۰	۳/۵	۰/۰۵۳	۰/۰۵۵
۹	۰/۶۴	۰/۴۲۴	۰/۱۹	۰/۰۱۹	۰/۰۲۰
۱۰	۲/۵	۰	۱/۰۹	۰/۰۸۴	۰/۰۸
۱۱	۰/۰۳۸	۰/۸۴۶	۱/۰۲	۰/۰۹	۰/۰۹
۱۲	۲۲	۰	۳/۵	۰/۱۴۹	۰/۱۵۱
۱۳	۱۲۹/۰۹	۰	۳/۵	۰/۰۶	۰/۰۶
۱۴	۱۹/۷۶۲	۰	۳/۵	-۰/۰۷۲	۰/۱۷۲
۱۵	۸۷/۴۱۵	۰	۳/۵	۰/۱۴	۰/۱۴۱
۱۶	۳۸/۰۳۷	۰	۳/۵	۰/۱۳	۰/۱۳۱
۱۷	۰/۰۶۷	۰/۷۹۶	۰/۸۳	۰/۱۰	۰/۱۰۵
۱۸	۳/۲۷۳	۰/۰۷	۲/۴۴	۰/۳۶	۰/۳۷۷
۱۹	۰/۵۸۱	۰/۴۴۶	-۰/۱۴	-۰/۰۱	-۰/۰۱
۲۰	۰	۰/۹۸۶	-۲/۲	-۰/۰۱۹	-۰/۰۲
۲۱	۳/۱۹۳	۰/۰۷۴	-۱/۴۴	-۰/۰۸۳	-۰/۰۸۵
۲۲	۹/۲۹	۰/۰۰۲	-۲/۸۸	-۰/۳۶۵	-۰/۳۸۳

جدول ۳: نمره مجموع Z، میانگین Z، مجموع Zr، میانگین Zr متغیر جنسیت

مجموع Z	میانگین Z	مجموع Zr	میانگین Zr
۳۷/۶۰	۸/۰۲	۱/۷۴	۰/۰۷۹

مطابق جدول شماره ۳، مجموع نمرات استاندارد، میانگین نمرات استاندارد، مجموع معادل اندازه اثر ترکیبی در جدول فیشر و میانگین معادل اندازه اثر ترکیبی در جدول فیشر متغیر جنسیت به ترتیب، ۳۷/۶۰،

۸/۰۲، ۱/۷۴ و ۰/۰۷۹ می باشد.

مطابق جدول شماره ۴، معادل اندازه اثر ترکیبی در جدول فیشر، نمره استاندارد و سطح معنی داری متغیر جنسیت به ترتیب ۰/۰۷۹، ۰/۰۸۰ و ۰/۰۰۰۱ می باشد.

جدول ۴: معادل اندازه اثر ترکیبی در جدول فیشر، نمره استاندارد و سطح معنی دار متغیر جنسیت

Z_r	r	P
۰/۰۷۹	۰/۰۸۰	۰/۰۰۰۱

نتیجه فرضیه شماره ۱: همان طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می کنید معادل اندازه اثر ترکیبی در جدول فیشر، نمره استاندارد و سطح معنی داری متغیر جنسیت به ترتیب، ۰/۰۷۹، ۰/۰۸۰ و ۰/۰۰۰۱ بود. به عبارت دیگر نتیجه فراتحلیل نشان داد که رابطه متغیر جنسیت با خود کشی در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار بود.

فرضیه شماره ۲: بین وضعیت تاهل و اقدام به خود کشی رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول شماره ۵: شاخص χ^2 دو، سطح معنی داری، نمره استاندارد، اندازه اثر و معادل اندازه اثر در جدول فیشر متغیر وضعیت تاهل پژوهشهای مورد استفاده در فراتحلیل

ردیف	χ^2 تاهل	P تاهل	Z تاهل	r تاهل	Z_r تاهل
۱	۱/۰۵۲	۰/۳۰۵	۰/۵۱	۰/۰۵۸	۰/۰۵
۲	۰/۰۴	۰/۸۴۱	۱	۰/۰۵	۰/۰۵
۳	۲۳/۵۱	۰	۳/۵	۰/۱۵	۰/۱۵۱
۴	۶/۶۹	۰/۰۱	۲/۳۲	۰/۰۹۳	۰/۰۹۵
۵	۲۴/۹۵	۰	۳/۵	۰/۱۸	۰/۱۸۲
۶	۱/۱۰۲	۰/۲۹۴	۰/۵۵	۰/۰۳۲	۰/۰۳
۷	۵/۳۱	۰/۰۲۱	۲/۰۲	۰/۰۳۲	۰/۰۳
۸	۴۰/۰۴	۰	۳/۵	۰/۰۵۴	۰/۰۵۵
۹	۲/۹۷۹	۰/۰۸۴	۱/۳۸	۰/۱۴	۰/۱۴۱
۱۰	۲/۱۸	۰/۱۳۸	۳/۵	۰/۲۶۶	۰/۲۶۶
۱۱	۷/۳۹	۰/۰۰۷	-۳/۰۹	۰/۲۳۷	۰/۲۳۹
۱۲	۱۲/۹۳	۰	-۰/۵۳	۰/۱۵۳	۰/۱۵۶
۱۳	۱۰/۶۴	۰/۰۰۱	-۱/۹۶	-۰/۰۶۴	-۰/۰۶
۱۴	۱/۰۸۱	۰/۲۹۸	-۲/۰۱	-۰/۰۲۷	-۰/۰۲
۱۵	۵/۰۲۵	۰/۰۲۵	-۰/۸۳	-۰/۰۸۲	-۰/۰۸
۱۶	۵/۲۱۹	۰/۰۲۲	-	-۰/۷۷	-۰/۰۷
۱۷	۰/۰۶۷	۰/۷۹۶	-	-۰/۱۰۷	-۰/۰۵

جدول شماره ۶: نمره مجموع Z ، میانگین Z ، مجموع Zr و میانگین Zr متغیر وضعیت تاهل

میانگین Z_r	مجموع Z_r	میانگین Z	مجموع Z
۰/۰۵	۱/۱۱	۴/۱۱	۱۹/۳۱

مطابق جدول شماره ۶، مجموع نمرات استاندارد، میانگین نمرات استاندارد، مجموع معادل اندازه اثر ترکیبی در جدول فیشر و میانگین معادل اندازه اثر ترکیبی در جدول فیشر متغیر تاهل به ترتیب، ۱۹/۳۱، ۴/۱۱، ۱/۱۱ و ۰/۰۵ می باشد.

جدول شماره ۷: معادل اندازه اثر ترکیبی در جدول فیشر، نمره استاندارد و سطح معنی دار متغیر وضعیت تاهل

P	r	Z_r
۰/۰۰۰۱	۰/۰۵	۰/۰۵

مطابق جدول شماره ۷، معادل اندازه اثر ترکیبی در جدول فیشر، نمره استاندارد و سطح معنی دار متغیر وضعیت تاهل به ترتیب ۰/۰۵، ۰/۰۵ و ۰/۰۰۰۱ می باشد. نتیجه فرضیه شماره ۲:

همانطوری که در جدول شماره ۷ مشاهده می کنید معادل اندازه اثر ترکیبی در جدول فیشر، نمره استاندارد و سطح معنی داری متغیر وضعیت تاهل به ترتیب ۰/۰۵، ۰/۰۵ و ۰/۰۰۰۱ بود. به عبارت دیگر نتیجه فراتحلیل نشان داد که رابطه متغیر وضعیت تاهل با خودکشی در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار بود.

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر مشخص گردید که فراوانی خودکشی در زنان بیشتر از مردان و در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل است. به عبارت دیگر گروه دختران مجرد بالاترین فراوانی خودکشی را دارا هستند. سالاری لک و همکاران (۱۳۸۵)، کیخاوانی (۱۳۷۶)، یاسمی و همکاران (۱۳۸۱)، مولوی و همکاران (۱۳۸۲)، عارفی (۱۳۸۱)، آذین و همکاران (۱۳۸۷)، رفیعی و سیفی (۱۳۸۷)، شیروانینان (۱۳۷۷)، آراسته (۱۳۷۵)، پهلویان (۱۳۷۶)، صولتی (۱۳۷۳)، فولادی (۱۳۸۱) در تحقیقات خود نشان دادند میزان خودکشی در زنان بیشتر از مردان است. خادمی، مرادی و سلیمانی (۱۳۸۳)، خزایی و پرویزی فر (۱۳۸۲)، مولوی نجومی و همکاران (۱۳۸۵)، ضرغامی و خلیلیان (۱۳۸۲)، ساکی و فرهاد (۱۳۸۶)، سرجمعی و همکاران (۱۳۸۲)، سپهری و همکاران (۱۳۷۵)، محبی و بوشهری (۱۳۸۵) در تحقیقات خود نشان دادند خودکشی در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل است. اقتداری نینم (۱۳۷۰)، خسروی (۱۳۴۲)، محسنی (۱۳۶۶)، قلعه ایها و بهروزی فرد (۱۳۸۵)، شیرزاد و قره داغی در تحقیقات خود نشان دادند خودکشی در مردان بیشتر از زنان است. عارفی (۱۳۸۱)، یوسفی و همکاران (۱۳۸۱)، مولوی و همکاران

(۱۳۸۵)، رنجبر (۱۳۶۷)، صیاد رضایی و همکاران (۱۳۸۸) در تحقیقات خود نشان دادند خود کشی در افراد متاهل بیشتر از افراد مجرد است. این یافته بیانگر مشکلات خاص گروه اخیر است. مقارن بودن این گروه سنی با دوران نوجوانی و جوانی مؤید این نظر است که زندگی تجردی و بالاخص دوران دبیرستان، همراه با ناکامی هایی است که ممکن است، دختر نوجوان را به خود کشی بکشاند. نوجوانان و جوانانی که در خانه محیط امن را نمی یابند، به دنبال آرامش و امنیت به گروه می پیوندند یا به طرف جنس مخالف گرایش پیدا می کنند که شکست یا ناکامی در این موارد می تواند گرایش به خود کشی را افزایش دهد، بخصوص زمانی که زمینه های روانی نیز مهیاست (عارفی، ۱۳۸۱).

بصورت کلی، بر آئینده نهای که از یافته های پژوهش های متعدد بدست آمد، بیانگر آن است که خود کشی پدیده ای است که در مجموعه ای از عوامل متعامل در هم تنیده قابل تبیین است و هر گونه تبیین تک علتی از آن، گویای درستی از ماهیت چند وجهی آن نخواهد بود. با نگاهی به تحقیقات در مورد نقش جنسیت به عنوان عامل خطر ساز در اقدام به خود کشی نتایج تحقیقات خارج و داخل کشور نشان می دهد اقدام به خود کشی دختران از پسران بیشتر بوده است. در خصوص باورها و نگرش های جوانان نیز تحقیقات متعددی انجام شده است که نتایج تحقیقات مبین آن است که دختران حوادث پراسترس بیشتری را نسبت به پسران تجربه می کنند و بیشتر از حوادث تأثیر پذیرند هر چند حوادث زندگی آنها با هم تفاوت ندارد، اما دختران جوان حوادث زندگی را منفی تر و غیر قابل کنترل تر از مردان تجربه می کنند (کدیور، ۱۳۸۴). شاید بتوان گفت علت بالا بودن فراوانی اقدام به خود کشی در این قشر علاوه بر جوان بودن جمعیت جامعه، می تواند انعکاسی از مشکلات خاص این دوره از زندگی باشد و مبین بالا بودن میزان خود کشی در نزد گروه های جوان است.

یکی دیگر از تبیین های خود کشی نزد دختران جوان عدم تجانس ارزش هایی است که آن ها را احاطه نموده است. در جامعه فعلی ما در طبقات خاص، بعضی از دختران مجبورند به ازدواج هایی تن دهند که با خواسته ها و انتظارات آن ها تجانسی ندارد (عارفی، ۱۳۸۱). دو عامل از عواملی که در ارتباط با خود کشی دختران جوان بیشتر مرتبط است: ۱- مسائل عاطفی - ارتباطی ۲- مسائل جنسی و جسمانی - روانی.

تمایل به خود کشی به دوره ای خاص از زندگی تعلق ندارد اما دختران جوان با توجه به ویژگی هایی از قبیل عدم تعادل و بی ثباتی عاطفی، عدم تحمل شنیدن انتقاد و سرزنش، عدم تحمل ناکامی، حالات رویایی و عاشق پیشگی، نگرانی نسبت به آینده تحصیلی و اقتصادی، نیاز به مهربانی و محبت، نیاز به احترام و استقلال و نیاز به داشتن هدفی مشخص در زندگی که با مشکلات خاص روبرو می شوند، بیشتر شکنندگی نشان می دهند و احساس می کنند راه برگشت ندارند. رشد و نمو غدد داخلی و ترشحات هورمون های جنسی که از ابتدای بلوغ که همزمان با شروع نوجوانی است آغاز می گردد. علائق و رفتار جنسی در هر دو جنس در طی دوره نوجوانی افزایش قابل ملاحظه ای پیدا می کند که میزان پاسخ گویی به آن در مردان بیشتر از زنان است. این تغییرات سریع جسمانی دوران بلوغ باعث می شود. که نوجوان به دشواری بتواند به یک احساس ثابت درونی دست یابد و زمان لازم است تا نوجوان این تغییرات را به صورت یک احساس هویت فردی انجام دهد (حسین پور، ۱۳۸۰). بنابراین به نظر می

رسد بالا بودن اقدام به خودکشی در این گروه به دلیل عدم آشنایی با مهارت های زندگی ارتباط بین فردی ضعیف و ضعف خودشناسی و دیگر شناسی دچار مشکلات ارتباطی و عاطفی گردیده و چون راه های مقابله با استرس را بخوبی نمی داند و هنر و توان تصمیم گیری صحیح ندارند در راه پر پیچ و خم زندگی و در کوران حوادث تسلیم مشکلات می گردند و بهترین گزینه را نیستی و عدم می بینند. بنابراین آموزش مهارت های زندگی به افراد با تأکید ویژه به افراد در معرض خطر از راه های مفید پیشگیری از اقدام به خودکشی است.

یکی از عواملی که در زنان و مردان متفاوت است وضعیت بیولوژیک آنهاست. در این رابطه هورمون های جنسی زنانه و سیکل قاعدگی و وجه بارزی از این تفاوت را نشان می دهند (باکا، آزستری، سورینو، سازروز، دی یاز و همکاران، ۲۰۰۳؛ تارگوم، کاپاتو و بال، ۱۹۹۱). میزان سروتونین مغز یک یافته مهم در اقدام کنندگان به خودکشی است (باکا، آزستری، سورینو، سازروز، دی یاز و همکاران، ۲۰۰۳). باکا و همکاران به ارتباط میزان سروتونین مغز با هورمون های جنسی اشاره نموده اند (باکا، واکائرو، آزستری، سورینو، سازروز و همکاران، ۲۰۰۳). فورستیک و همکاران نیز در مطالعه ارتباط بین مراحل کم استروژن سیکل ماهانه را با اقدام به خودکشی نشان داده اند (کریمناپتر و نائول، ۱۹۸۶).

موارد بیشتر اقدام به خودکشی در زنان مرتبط با میزان بالاتر اختلالات خلقی، عاطفی و سایر متغیرهای زیستی و روان شناختی است. شواهد نشان می دهند که میزان بالای اقدام به خودکشی در زنان جوان ایرانی، دلایل متعددی دارد: درگیر شدن در سیکل معیوب تحقیر اجتماعی، وابستگی اقتصادی، ناامنی خانوادگی، ترس برای زندگی خود و فرزندان، خجالت و کمبود اعتماد به نفس و فقدان سیستم های حمایت کننده اجتماعی از جمله دلایلی هستند که احتمال خودکشی را در این گروه افزایش می دهند (هشوساس، ۱۹۸۰).

در مصاحبه های انجام شده با دختران و زنان جوان، مشخص ترین مواردی که مستقیماً مورد اشاره قرار می گرفت، مربوط به اختلافات و مشاجرات میان دو جنس در خانواده ها بود که در نتیجه استبداد هنجاری مردسالارانه در خانواده ها بوجود آمده بود. نشان می دهد که فرار از خانه، طلاق، ازدواج های باسنین پایین و بارداری های زود هنگام نیز از مواردی هستند که به موازات یأس، افسردگی و خودکشی دختران جوان در محیط های خانوادگی ناسالم مبتنی بر ترس و خشونت که در آن به خواسته های ایشان توجهی نمی شود، بسیار شایع است.

بررسی های انجام یافته توسط قربانی و تقوی در استانهای کرمانشاه و آذربایجان شرقی نیز نشان داد که مشاجرات و خشونت های خانوادگی از جمله علل و انگیزه های اساسی بوده اند که در برانگیختن خودکشی و مسایل روحی روانی به خصوص در بین دختران و زنان جوان نقش آشکاری داشته اند (قربانی، ۲۰۰۴؛ تقوی، ۲۰۰۴).

فشار هنجاری مرد سالاری اقتدارگرایانه حاکم بر روابط خانوادگی و تبعات جسمی و روحی آن از مهم ترین موضوعاتی بود که زنان و دختران جوان مستقیماً از آن به عنوان علتی اساسی در اقدام به

خودکشی یاد می کردند. اکثر پژوهش های مرتبط با خودکشی زنان بیانگر آن است که انزوا، ناامیدی و افسردگی ویژگی ویژگی عمومی زنان و دختران جوانی است که در محیط های خانوادگی مبتنی بر ترس و خشونت، تمام آمال، امیدها و خواسته های خود را از دست رفته می بینند. در مطالعه ای که رحیمی به بررسی علل خودسوزی دختران ترکمن می پردازد، با استناد به مدل نظری امیل دورکیم در خصوص خودکشی تقدیر گرایانه، اظهار می دارد که خودسوزی برای دختران و زنان جوان به منزله رهایی از تقدیر گریز ناپذیری است که در جریان زندگی خود ناتوان از تغییر آنند (رحیمی، ۱۹۹۹).

دورکیم می گوید: در این حال اشخاصی دست به خودکشی می زنند که آینده شان به طور بی رحمانه مسدود شده و احساسات شان به شدت با نظامات هنجاری و قواعد آزار دهنده سرکوب شده است (دورکیم، ۱۹۵۱).

انسانها برای خودکشی دلایل مختلفی دارند. گاهی نامساعد بودن شرایط زندگی بعضی از خانواده ها و حساسیت و سختگیری بیش از حد آنها به دخترانشان باعث می شود تا برخی از دختران برای فرار از مشکلات دست به خودکشی بزنند. خودسوزی رایج ترین شیوه خودکشی در بین دختران و زنان است آنها با این کار می خواهند اطرافیان را بترسانند و آنان را از خواسته های خود آگاه کنند. این در حالی است که اکثر آنها بر اثر جراحات ناشی از سوختگی جان می سپارند و خانواده نیز به لحاظ روحی دچار مشکل می شوند. خودسوزی و خوردن قرص ها و مواد سمی دو نمونه بارز خودکشی هستند که افراد مخصوصاً زنان به آن دست می زنند. ازدواج های اجباری، بیکاری و بالا رفتن سن ازدواج، خود مسائلی هستند که زنان و دختران را به سمت خودکشی سوق می دهند.

عدم دسترسی به کلیه تحقیقات انجام شده قبلی، امکان کنترل متغیرهایی مثل سن آزمودنی ها و موفق یا ناموفق بودن خودکشی را از بین برد. پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده با گردآوری تحقیقات بیشتر از طریق رجوع به دانشگاه ها و بررسی پایان نامه های تحصیلی و طرح های پژوهشی و مجلات علمی، امکان کنترل متغیر های مداخله گر را فراهم سازند.

منابع

- آذین، سویانید علی؛ شهید زاده ماهانی، علی؛ امیدواری، سپیده؛ عبادی، مهدی؛ و منتظری، علی (۱۳۸۶). سیمای خود کشی در مراجعین به بخش های مسمومین: قسمت اول. فصلنامه پایش. سال هفتم، شماره ۲، ۹۷-۱۰۶.
- اشکانی، حمید؛ ده بزرگی، غلامرضا؛ و امامقلی پور، نادر (۱۳۸۱). بررسی همه گیرشناسی خود کشی در مراجعان به بخش اتفاقات روانپزشکی، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، شماره ۵۶.
- اشکانی، حمید؛ معینی، سید علی و توحیدی، معصومه (۱۳۸۱). بررسی خود کشی با داروها و مواد سمی در بخش های اتفاقات و مراکز مراقبت ویژه بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز. مجله تحقیقات پزشکی. دوره ۱، شماره ۱.
- جمشیدزاده، فرح؛ رفیعی، حسن؛ یاسمی، محمد تقی؛ رحیمی، علی سینا و کمال، اعظم (۱۳۸۰). بررسی روند خود کشی و اقدام به خود کشی در استان ایلام طی سال های ۸۰-۱۳۷۳. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال سوم، شماره ۱۲، صص ۳۲۹-۳۴۹.
- حیدری پهلوان، احمد (۱۳۷۶). وضعیت روانی، اجتماعی اقدام کنندگان به خود کشی در شهرستان همدان. اندیشه و رفتار. جلد سوم، شماره ۱ و ۲.
- حسین پور، مهناز؛ غفاری، سید محمد و مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۰). بررسی علل اقدام به خود کشی در نوجوانان ارجاع شده به بیمارستان گلستان اهواز در سال ۸۰-۱۳۷۹. مجله علمی پزشکی اهواز، شماره ۴۱، صص ۲۴-۳۰.
- خزایی، حبیب الله؛ و پرویزی فرد، علی اکبر (۱۳۸۲). بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی و ارزیابی وضعیت روانی اقدام کنندگان به خود کشی. بهبود، سال هفتم، شماره سوم.
- خلخالی، سید محمد رسول؛ رهبر، مرتضی؛ فرد مسعود، رسول؛ جمادی، آسیه (۱۳۸۰). بررسی حوادث زندگی در اقدام کنندگان به خود کشی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان. سال دهم، شماره ۳۹ و ۴۰.
- خوشحال دستجردی، جواد؛ آرمان، سرور و زاهد، غزال (۱۳۸۶). بررسی ارتباط مولفه های دما و ساعات تابش آفتاب و طول روز به میزان خود کشی های دارویی در شهر اصفهان. تحقیقات جغرافیایی، ۲۲(۱): ۲۸-۳.
- خدیبوی، رضا؛ معزی، معصومه؛ شاکری، مصطفی و برجان، محمد تقی (۱۳۸۲). تأثیر آموزش مهارت های زندگی در زمینه پیشگیری از اقدام به خود کشی در زنان شهرستان اردبیل. مجله علمی دانشگاه پزشکی ایلام، دوره سیزدهم، شماره اول، صص ۲۱-۱۳.
- دلاور، علی (۱۳۷۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و علوم اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- رفیعی، محمد؛ و سیفی، اکرم (۱۳۸۷). بررسی اپیدمیولوژیک اقدام کنندگان به خود کشی ارجاع شده به بیمارستان های تابع دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی از سال ۱۳۸۴ الی ۱۳۸۶. مجله تخصصی

اپیدمیولوژی ایران، دوره ۴، شماره ۳ و ۴، صص ۵۹-۶۹.

سالاری لک، شاکر؛ انتظار مهدی، رسول؛ افشانی، محمد تقی و عباسی، هدایت (۱۳۸۵). بررسی میزان و عوامل مؤثر بر رخداد خودکشی طی یک سال در استان آذربایجان غربی. مجله پزشکی ارومیه، سال هفدهم، شماره دوم، ۹۳-۱۰۰.

شکر کن، حسین. (۱۳۷۷) فراتحلیل. نشریه پژوهش در آموزش. مجموعه مقاله ها. پژوهشگاه تعلیم و تربیت.

شیخ الاسلامی، همایون؛ کنی، کاملیا؛ ضیائی، امیر (۱۳۸۷). بررسی عوامل مستعد کننده اقدام به خودکشی در مراجعین به بخش اورژانس. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۱۷، شماره ۶۵.

صابری زفرقندی، محمد باقر؛ قربانی، راهب؛ و موسوی، شاهرخ (۱۳۸۴). بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی در شهرستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی سمنان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، جلد ۶، شماره ۴.

صفا، میترا؛ محمودی، غفار علی؛ سلطانی فر، محمد؛ ساکی ماندانا؛ و فرهادی، علی (۱۳۸۶). بررسی ویژگیهای فردی، خانوادگی، روانی و سوء مصرف مواد در بیماران بستری با خودکشی در بیمارستان شهدای عشایر سال ۸۳. یافته، دوره نهم، شماره ۲، مسلسل، ۳۲.

ضرغامی، مهران و خلیلیان، علیرضا (۱۳۸۱). بررسی خودسوزی در استان مازندران، فصلنامه روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران، شماره ۲۸، ص ۱۳.

ظهور، علیرضا، ترابی ملوک، و پسندیده، حجت (۱۳۸۰). اپیدمیولوژی خودکشی در مراجعه کنندگان به اورژانس جیرفت- کرمان. مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد. سال ۷، شماره ۱.

عارفی، مرضیه (۱۳۸۱). بررسی میزان خودکشی در سطح استان آذربایجان غربی بین سالهای ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ و دستیابی به برخی از متغیرهای اثر گذار بر آن. مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، جلد ۳۲، شماره ۱.

عنایتی، میرصلاح الدین؛ حیدری، علیرضا؛ ملک زاده، محمد، و ابوالفتحی، بدالله (۱۳۸۵). مقایسه سلامت عمومی، عزت نفس و حمایت اجتماعی در بیماران خودسوز و غیر خودسوز بستری در بیمارستان سوانح و سوختگی چرومی شهرستان گناوه. مجله ارمان دانش. دوره ۱۱، شماره ۱.

قلعه ایها، علی؛ و بهروزی فرد، فاطمه (۱۳۸۵). بررسی اپیدمیولوژیک اقدام کنندگان به خودکشی بستری در بیمارستان سینا همدان از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۱. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دوره سیزدهم، شماره ۴، شماره مسلسل ۴۲.

کدیور، پروین و زاهدی، فریبا (۱۳۸۴). سبک های مقابله با بحران اقدام به خودکشی در دختران دانشجو. فصل نامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ششم، شماره ۲۵، صص ۱۲۹-۱۱۱.

کوشان، محسن؛ شگرف نخعی، محمد رضا؛ ربانی زاده، علی؛ حیدری، عباس؛ توفیقیان طاهره؛ و مسکنی، کاظم (۱۳۸۷). بررسی شیوع عوامل خطر خودکشی در افراد اقدام کننده به خودکشی بستری در اورژانس بیمارستان واسعی سبزوار. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

- سبزواری، دوره ۱۵، شماره ۲، ۱۲۳-۱۲۸.
- گودرزی، محمد علی (۱۳۸۰). تحولات جدید در فهم و درمان رفتار خودکشی. فصلنامه تازه های رواندرمانی، سال پنجم، شماره ۱۹ و ۲۰.
- مقدم نیا، علی اکبر (۱۳۷۸). مطالعه مسمومیت های ناشی از اقدام به خودکشی در منطقه غرب استان مازندران در سالهای ۱۳۷۳-۱۳۷۶. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال نهم، شماره ۲۲ و ۲۳.
- نجومی، مرضیه؛ بوالهری، جعفر؛ ملکوتی، سید کاظم؛ حکیم شوشتری، میترا؛ اصغر زاده امین، صفیه؛ و پشت مشهدی، مرجان (۱۳۸۵). بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی اقدام کنندگان به خودکشی مراجعه کننده به اورژانس شهر کرج در سال ۱۳۸۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران. دوره ۱۳، شماره ۵۲.
- هویت، دنیس؛ کرامر، دانکن، ترجمه شریفی، حسن؛ نجفی زند، جعفر؛ میرهاشمی، مالک؛ معنوی پور، داود؛ شریفی، نسترن (۱۳۸۸). روش های آماری در روان شناسی و سایر علوم رفتاری. تهران: انتشارات سخن.
- یاسمی، محمد تقی؛ صانعی، نسرین؛ ملک پور افشار، رضا؛ هنرمند، علیرضا و میرشکاری، رضا (۱۳۷۷). بررسی همه گیر شناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان. اندیشه و رفتار. جلد سوم، شماره ۴.
- Aghanwa,H;& Fwacp,M.(2003). The determinants of attempted suicide in general hospital sitting in Figi Islands: A gender –specific study. General Hospital psychiatry 26, 63-69
- Baca-Garcia, E., Az-Sastre, C., Ceverino, A., Saiz-Ruiz, J., Diaz, FJ.,& De, L.J. (2003). Association between the menses and suicide attempts: a replication study. Psychosom Med, 65(2), PP.237-44.
- Baca-Garcia, E., Vaquero, C., Az-Sastre, C., Ceverino, A., Saiz-Ruiz, J., Fernandez-Piquera, J.,& et al. (2003). A pilot study on a gene-hormone interaction in female suicide attempts. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci , 253(6). PP.281-5.
- Blumental, S. K., & Kupfer, D. (1990). Suicide over the life cycle. Washington: American Psychiatric Press.
- Cremeniter, D.,& Nahoul, K. (1986). Suicide attempts in hypo-estrogenic. Phases of the menstrual cycle. Lancet, .2, 1357-60.
- Denney, J.,Rogers, R., Krueger, P.,& Wadsworth, T.(2010). Adult suicide morality in the United states: Marital status, family size, socioeconomic status, and differences. Sex, 90, 5, pp 1167-1185
- Durkheim E, (1951). Suicide. New York: Free Press.
- Gorbani, S. (2004). Investigation of Suicide Motivations in kerman shah (1998-1999). Papers of First National Conference of Social Problems in Iran. Iranian Sociological Association. 4th ed. Tehran, Tehran Agah, PP.139-164.
- Heshusius, L. (1980). Female Self-injury and Suicide Attempts: Culturally Reinforced Techniques in Human Relations. Ses Role, Vol.6(6), PP.843-857.
- Kuner c.T.,Mohan, R.,Ranjith,g.,& Chandraserkaran,R.(2005).Gender differences in medicalluy serios suicide attempts: Astudy from south India . Psychiatry Research 144, 79-86
- Rihmer, Z. (1996). Strategies of suicide prevention: Focus on health care. Journal of Affective

- Disorders, 39: 83-91.
- Kuner c.T.,Mohan, R.,Ranjith,g.,& Chandraserkaran,R.(2005).Gender differences in medicallu serios suicide attempts: Astudy from south India . Psychiatry Research 144, 79-86
- Roskar.S.Podlesex,A.kuzmanic M.,Demsar, L., Zaletel, M., & Marusic, A. (2010). Suicide risk and marital status. *Europen psychiatry*, 25, (1), p,1377
- Mittendorfer-Rutz,E.(2006).Trends of youth suicide in Europe during The 1980s and 1990s. Gender differences and implications for prevention,1, (3)pp250-257
- Masoco,M.,pompili,M.,Movanacore,N.,Innamoration,M.,Lester.D.,Giradi,P.,R.Vichi,M.(2010). Completed suicide and marital status according to the Italian region of origin.*Psychiarter* ,Q.Mar 81, (1), 57-71
- Murphy, G, E. (1995).suicide and attempted suicide. In R. Michels (Ed). *Psychiatry*. Philadelphia: Lppincott Raven.
- Niki,D.,Nikoli,M.,Bogdanovi,D.,Koci,B.,& Petrov,B.(2009).The in fluence of marital status on epidemilological characteristics of suicide in the south a stern part of Serbia.*American Jornal of Epidemiology*.
- Payne,s.,swami,V.,&Stanistreet,D.I.(2008).The social construction of gender and its inflonce on suicide. A review of the literature,5,1,pp.23-35
- Rahimi, A. (1999). Analysis of Self Burning of Turkmen Girls. *Journl of Humanity & Social Sciences Institute of Jihad University*, 3th ed. 80-81.
- Rohling, J., Friend, J., & powel, A. (2009). Adolescent suicide, gender and culture: Arate and risk factore analysis. *Aggression and violent behavior* 14, 402-414
- Shiner,M.,scourfield, J.,Fincham,B.,& Langer,S.(2006).When thens fall a part:Gender and suicide across the life-course.*Journal of the social science & Medicine*, 738-746
- Tagavi, N. (2004). Investigation of effective Factors on Suicide in Eastern Azerbaijan. *Papers of First National Conference of Cocial Problems in Iran*. Iranian Sociological Association. 4th ed. Tehran, Tehran Agah, PP.71-74.
- Takari, M., yamamoto, Y., Iwamitsu, H., Yamamoto, S., Tatematsu, M., Yukawa, A., kamijo, y., & Mivaoka, H. (2009). Exploration of factors related to harm -Kirisa method of suicide an suicidal behavior. *American Journal of Epidemiology*. Article in press.
- Mittendorfer-Rutz,E.(2006).Trends of youth suicide in Europe during. The 1980s and 1990s. Gender differences and implications for prevention, 1(3) pp250