

پیشنهاد الگوی ارزیابی برای تکمیل پرونده قضایی خودکشی‌های موفق

دکتر حسین قمری گیوی* - فاطمه زاهد** - سمیرا نوید**

* دکترای روان‌شناسی مشاوره، استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی
** کارشناس ارشد روان‌شناسی

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش با هدف بررسی کیفیت پرونده‌های قضایی خودکشی‌کنندگان موفق انجام شد. **روش بررسی:** روش تحقیق شیوه اسنادی و تحلیل محتوا بود. پرونده‌های قضایی مربوط به خودکشی موفق طی ۸۷-۱۳۷۷ که در آرشیو دادگاه انقلاب و دادگستری کل شهرستان اردبیل موجود بود با کمک قاضی پرونده مطالعه و کدگذاری شد. تعداد این پرونده‌ها بالغ بر ۴۲ فقره بود. داده‌ها در قالب جدول توصیفی و بررسی فراوانی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که از بین ۴۲ نفر خودکشی‌کننده ۳۴ نفر مرد، ۸ نفر زن، ۲۱ نفر مجرد و ۱۷ نفر متأهل بودند. حلق‌آویز کردن فراوان‌ترین روش خودکشی بود و استفاده از مواد مخدر در ردیف بعدی قرار داشت. اقدام‌کنندگان دارای دامنه سنی ۵۵-۱۴ سال بودند و بسامد خودکشی بین ۲۴-۱۴ ساله‌ها بیشتر از همه سنین بود. **نتیجه‌گیری:** علی‌رغم تلاش قضات برای تکمیل پرونده، نکات مهمی وجود دارد که مورد توجه قرار نمی‌گیرد. لذا نکاتی مثل تعیین استرس‌های عمده و کیفیت زندگی شخص قبل از خودکشی در تکمیل پرونده پیشنهاد می‌شود. البته این الگو پیشنهادی است و باید محدودیت ناشی از تعداد اندک پرونده‌ها را نیز در نظر داشت. **واژگان کلیدی:** خودکشی موفق، پرونده، الگوی تکمیل پرونده.

وصول مقاله: ۱۳۸۷/۱۲/۱۹ تأیید مقاله: ۱۳۸۸/۷/۱۲

نویسنده پاسخگو: اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، صندوق پستی ۱۷۹، گروه روان‌شناسی h_ghamarigivi@yahoo.com

مقدمه

وجوانان در حال افزایش است (۸-۴). بررسی‌ها نشان می‌دهند که رویدادهای استرس‌آور اخیر یکی از عوامل مهم در خودکشی است (۹). از عمده‌ترین دلایل خودکشی در ایران فقر و افسردگی اعلام شده است (۳). ایران در بین کشورهای دنیا در زمینه خودکشی مطابق برخی از آمار رتبه ۴۸ و در برخی دیگر رتبه ۵۸ را دارد (۶). طبق آمار منتشر شده توسط وزارت بهداشت جمهوری اسلامی، استان لرستان در این زمینه در رتبه اول و استان‌های مازندران و گلستان در رتبه‌های بعدی قرار دارند و هم‌چنین کمترین آمار خودکشی در استان سیستان و بلوچستان است. براساس آمار دیگری، معاون اجتماعی سازمان بهزیستی کشور جمهوری اسلامی از افزایش آمار خودکشی در ایران طی سال ۱۳۸۲ خبر داد (۶). استان‌های ایلام، مازندران و گلستان دارای بیشترین میزان خودکشی در سال ۱۳۸۲ بودند و از میان خودکشی‌ها نیز بیشترین آمار مربوط به زنان و دختران

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی^۱ در هر سال حدود یک میلیون انسان خودکشی می‌کنند. آمار خودکشی در جهان ۱۶ نفر به ازای هر صد هزار نفر است و به طور متوسط در هر ۴۰ ثانیه یک نفر خودکشی می‌کند. میزان خودکشی در مردان ۱۶ و در زنان ۴ مورد در هریک میلیون نفر در سال ۱۹۹۷ بوده است. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ این تعداد به ۱/۵ میلیون نفر در سال برسد (۱). طی مطالعه‌ای در کشورهای اروپایی بیشترین میزان اقدام به خودکشی در زنان ۲۴-۱۵ سال و در مردان ۳۴-۲۵ سال بوده است (۲). در کشورهایی نظیر اسکانديناوی، سوئیس، آلمان، ژاپن، اتریش و کشورهای اروپای شرقی که کمربند خودکشی نامیده می‌شوند میزان اقدام به خودکشی حدود ۲۵ در ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده است (۳).

مرور بررسی‌های انجام شده در دو دهه اخیر در زمینه همه-گیرشناسی خودکشی در ایران نشان می‌دهد که میزان شیوع خودکشی و اقدام به آن در بیشتر استان‌های کشور به ویژه در میان نوجوانان

* الگوی ارایه شده در مقاله حاضر صرفاً الگوی پیشنهادی نویسندگان مقاله بوده و درج آن در مجله علمی پزشکی قانونی به معنای تأیید آن نمی‌باشد «مجله علمی پزشکی قانونی»
1- World Health Organization

پیوسته که با توجه به آمارهای چند ساله اخیر و همچنین افزایش رشد جمعیت، نرخ خودکشی در کشور تغییرات اندکی داشته است (۱۹). از آنجا که رفتار خودکشی در حال افزایش است و سبب نگرانی در بین خانواده‌ها می‌شود مطالعه در این زمینه حایز اهمیت است. به علت کنار گذاشتن پرونده بعد از اثبات ادله خودکشی از یک سو و عدم معرفی یک الگوی منسجم برای تکمیل پرونده‌های قضایی مربوط به خودکشی از دیگر سو و همینطور جلوگیری از مدفون شدن علل و عوامل زمینه ساز و تسریع کننده خودکشی، این پژوهش طراحی شد تا ضمن مرور پژوهش‌های موجود در قلمرو خودکشی موفق و بررسی پرونده قضایی افراد فوت شده از طریق اقدام به خودکشی، یک چهارچوب ارزیابی مناسب برای زمینه‌ها و علل خودکشی موفق به دست آید.

روش بررسی

این پژوهش به شیوه اسنادی و تحلیل محتوا انجام گردید. پرونده‌های قضایی مربوط به خودکشی موفق طی ۱۰ سال در فاصله سال‌های ۸۷-۱۳۷۷ که در آرشیو دادگاه انقلاب و دادگستری کل شهرستان اردبیل موجود بوده است، جامعه آماری این تحقیق را تشکیل می‌دهد. تعداد این پرونده‌ها بالغ بر ۴۲ فقره بود. این ۴۲ پرونده با نظارت قاضی پرونده مورد بررسی قرار گرفتند و اطلاعات مورد نیاز جمع آوری شد. لازم به ذکر است داده‌های مستخرج از پرونده‌ها بوسیله دو نفر از کارشناسان ارشد صورت گرفت و روایی بین کدگذاران بین این دو نفر ۰/۸۸ محاسبه شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۲ پرونده‌ای که در زمینه خودکشی موفق موجود بود مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش از تعداد ۴۲ مورد خودکشی موفق ۳۸ مورد (۸۰/۹۵٪) مرد و ۸ مورد (۱۹/۰۴٪) زن بودند. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، دامنه سنی اقدام-کنندگان به خودکشی از ۶۴-۱۴ سال بوده است، که بالاترین درصد فراوانی در محدوده سنی ۲۴-۱۴ سال (۳۵/۷۱٪) و پایین‌ترین درصد فراوانی در محدوده سنی ۶۴-۵۵ سال (۷/۱۴٪) بوده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در این پژوهش ۲۱ نفر (۵۰٪) مجرد و ۱۷ نفر (۳۷/۷٪) متأهل، ۳ نفر (۷/۱٪) مطلقه، ۱ نفر (۲/۳٪) فوت همسر ملاحظه شد. همچنین در پرونده‌های مورد بررسی تنها وضعیت شغلی ۳۶٪ از اقدام‌کنندگان مشخص بود و ۶۴٪ وضعیت شغلی نامشخصی داشتند.

از نظر روش خودکشی در ۴۲ پرونده مورد بررسی، حلق‌آویزی و مواد مخدر به ترتیب بیشترین فراوانی را داشتند (جدول ۳). با توجه به پژوهش‌های انجام شده عوامل فشارزای زندگی به

است. در استان گلستان که از نظر خودکشی سومین استان کشور است، در سال ۱۳۸۲ اکثر زنان و دخترانی که به خودکشی اقدام کردند بین سنین ۱۵ تا ۱۹ سال قرار داشتند (۷-۱۰).

از طرف دیگر آمار سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور جمهوری اسلامی، در سال ۱۳۸۲ خودکشی ۲۴۸۶ زن و ۱۴۸۱ مرد را نشان می‌دهد و آمار وزارت بهداشت از انجام حداقل ۱۳ خودکشی در روز با میانگین سنی ۲۹ سال خبر می‌دهد. طبق این آمار نسبت خودکشی مردان به زنان ۲/۵ به یک و گاه ۴/۵ به یک است (۸).

در بروز رفتار خودکشی عوامل چندی مؤثرند، بررسی‌ها حاکی از آنست که مسن بودن یا نوجوان بودن، داشتن وضعیت اقتصادی پایین، مصرف مواد، سابقه اقدام به خودکشی، زن بودن، زندگی در مناطق روستایی و مجاز دانستن خودکشی از نظر مذهبی در برخی از کشورهای رو به رشد از عوامل خطر خودکشی می‌باشند. مجرد بودن یا داشتن اختلال روانی در این کشورها کمتر با اقدام به خودکشی مرتبط می‌باشند. رویدادهای استرس آور اخیر و در دسترس بودن وسایل اقدام نیز در بسیاری از بررسی‌های انجام شده مهم شمرده شده‌اند (۹-۱۲). معمولاً افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند دارای برخی خصوصیات رفتاری مشترک هستند؛ اغلب در سطح اقتصادی پایین جامعه قرار دارند یا دچار افسردگی می‌باشند. اضطراب مزمن، افسردگی و تهدید به خودکشی از نشانه‌های مهم رفتاری هستند که منجر به خودکشی می‌شوند. این افراد اغلب تصور می‌کنند که با مشکلی بزرگ و غیر قابل تحمل رو به رو هستند که تنها چاره باقی مانده مرگ است (۱۴ و ۱۳، ۵).

رفتار خودکشی نتیجه تعامل پیچیده عوامل پزشکی-اجتماعی و خانوادگی می‌باشد. تغییرات اجتماعی که ممکن است با افزایش خودکشی جوانان مرتبط باشد عبارتند از عوامل افزایش دهنده‌ی افسردگی کودکی، کاهش ثبات خانوادگی و افزایش دسترسی به سلاح (۱۴-۱۴، ۵).

در اروپا بزرگترین موج خودکشی جوانان طی جنگ جهانی بود و از دلایل آن می‌توان به بیکاری دسته‌جمعی، ناکامی‌های ناشی از آن حتی در بین افراد با تحصیلات بالا، کاهش اعتقادات مذهبی، مدارا با رفتارهای بحرانی در خرده فرهنگ جوانان و اثرات طلاق بر کودکان اشاره کرد (۱۷).

یک بررسی نشان داد که ۸۸٪ کسانی که دارای فکر خودکشی بوده‌اند، دست کم یک تشخیص روان پزشکی بر پایه چهارمین تجدید نظر راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-IV) داشته‌اند و از آن میان ۲۳٪ دچار افسردگی بودند (۱۵). در بررسی‌های انجام شده در ایران از جمله در ایلام نزدیک به ۷۰٪ اقدام‌کنندگان سابقه اختلالات روانی داشته‌اند (۱۶).

آمار ارایه شده خودکشی در ایران در سال ۱۳۸۰ توسط سازمان پزشکی قانونی کشور حاکی از آن است که ۵/۷٪ خودکشی در هر صد هزار مرد و ۳/۱٪ خودکشی در هر صد هزار زن در کشور به وقوع

جدول ۲ - توزیع فراوانی وضعیت تأهل افراد با خودکشی موفق استخراج شده از پرونده‌های موجود در دادگستری شهرستان اردبیل طی سال‌های ۱۳۷۷-۸۷

| وضعیت تأهل | فراوانی | درصد |
|------------|---------|------|
| مجرد | ۲۱ | ۵۰ |
| متأهل | ۱۷ | ۳۷/۷ |
| مطلقه | ۳ | ۷/۱ |
| فوت همسر | ۱ | ۲/۳ |
| کل | ۴۲ | ۱۰۰ |

جدول ۴ - توزیع فراوانی مکان خودکشی در افراد با خودکشی موفق استخراج شده از پرونده‌های موجود در دادگستری شهرستان اردبیل طی سال‌های ۱۳۷۷-۸۷

| مکان | فراوانی | درصد |
|----------------|---------|-------|
| منزل | ۲۹ | ۶۹/۰۴ |
| زندان | ۳ | ۷/۱ |
| دریاچه شورابیل | ۱ | ۲/۳ |
| بیمارستان | ۱ | ۲/۳ |
| محل کار | ۱ | ۲/۳ |
| فضای آزاد | ۷ | ۱۶/۶۶ |
| کل | ۴۲ | ۱۰۰ |

جدول ۱ - توزیع فراوانی سن افراد با خودکشی موفق استخراج شده از پرونده‌های موجود در دادگستری شهرستان اردبیل طی سال‌های ۱۳۷۷-۸۷

| دامنه سنی | فراوانی | درصد |
|-----------|---------|-------|
| ۱۴-۲۴ | ۱۵ | ۳۵/۷۱ |
| ۲۵-۳۴ | ۱۳ | ۳۰/۹۵ |
| ۳۵-۴۴ | ۱۰ | ۲۳/۸۰ |
| ۴۵-۵۴ | ۴ | ۹/۵۲ |
| ۵۵-۶۴ | ۳ | ۷/۱۴ |
| کل | ۴۲ | ۱۰۰ |

جدول ۳ - توزیع فراوانی روش خودکشی در افراد با خودکشی موفق استخراج شده از پرونده‌های موجود در دادگستری شهرستان اردبیل طی سال‌های ۱۳۷۷-۸۷

| روش | فراوانی | درصد |
|-----------------|---------|-------|
| حلق آویزی | ۲۸ | ۶۶/۶۶ |
| مواد مخدر | ۱۰ | ۲۳/۸ |
| غرق کردن | ۱ | ۲/۳ |
| اسلحه گرم | ۱ | ۲/۳ |
| مسمومیت با دارو | ۱ | ۲/۳ |
| کل | ۴۲ | ۱۰۰ |

بررسی سن، جنس، وضعیت تأهل، شیوه خودکشی، مکان خودکشی به طور کامل مشخص شده بود. لازم به ذکر است که به برخی از زمینه‌های مهم در پرونده‌ها کمتر اشاره شده بود، از قبیل وضعیت تحصیلی (۹/۵٪)، نوع شغل (۷/۱٪)، تعداد فرزند (۱۶/۶۶٪)، بیماری جسمی (۷/۱٪)، نوع بیماری روانی (۲/۳٪)، نوع مواد مخدر (۲۱/۴۲٪)، سابقه اقدام به خودکشی (۷/۱٪)، مشکلات خانوادگی (۱۹/۰۴٪)، ارتباط با دوستان (۲/۳٪)، وصیت (۷/۱٪). همچنین در هیچ‌یک از پرونده‌ها به وضعیت اقتصادی و خانوادگی اشاره ای نشده بود.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش ۴۲ مورد از پرونده‌های خودکشی موفق مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که میزان شیوع خودکشی در

تنهایی نمی‌تواند وضعیت سلامت افراد را تبیین و پیش‌بینی کند و لازم است متغیرهایی مانند مهارت‌های مقابله‌ای، شبکه حمایت اجتماعی و جنبه‌های شناختی را نیز در نظر گرفت (۲۰).

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در پرونده‌های مورد بررسی خودکشی در منزل بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است. به علاوه در پرونده‌های مورد بررسی بیشترین موارد خودکشی مربوط به ساکنان شهری (۶۶/۶) بوده است.

هر یک از پرونده‌ها براساس واحدهای کدگذاری که در جدول ۵ ذکر شده است مورد بررسی قرار گرفتند و فراوانی وجود و عدم وجود هر یک از واحدها در این جدول گزارش شده است. ضمناً ضریب پایایی به شیوه بازآزمایی که در مورد ارزیابی دو کدگذار صورت گرفت برابر ۰/۸۷ محاسبه شد.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در پرونده‌های مورد

جدول ۵ - توزیع فراوانی واحدهای کدگذاری شده در پرونده‌های خودکشی موفق موجود در دادگستری شهرستان اردبیل طی سال‌های ۸۷-۱۳۷۷

| واحد های کدگذاری | فراوانی | درصد | واحد های کدگذاری | فراوانی | درصد |
|------------------|---------|-------|-----------------------|---------|-------|
| سن | ۴۲ | ۱۰۰ | وضعیت خانوادگی | ۰ | ۰ |
| جنس | ۴۲ | ۱۰۰ | بیماری جسمی | ۳ | ۷/۱ |
| وضعیت تاهل | ۴۲ | ۱۰۰ | نوع بیماری روانی | ۱ | ۲/۳ |
| شیوه خودکشی | ۴۲ | ۱۰۰ | نوع مواد مخدر | ۹ | ۲۱/۴۲ |
| مکان خودکشی | ۴۲ | ۱۰۰ | سابقه اقدام به خودکشی | ۳ | ۷/۱ |
| وضعیت اقتصادی | ۰ | ۰ | مشکلات خانوادگی | ۸ | ۱۹/۰۴ |
| سطح تحصیلات | ۴ | ۹/۵ | ارتباط با دوستان | ۱ | ۲/۳ |
| نوع شغل | ۳ | ۷/۱ | وصیت | ۳ | ۷/۱ |
| تعداد فرزند | ۷ | ۱۶/۶۶ | | | |

از بیکاری می‌باشد. اما در پژوهش حاضر به علت اینکه یافته‌های درستی از لحاظ شغلی در دسترس نبود، نمی‌توان در این مورد اظهار نظر کرد. به دلیل اینکه ۹۲/۸۵٪ از پرونده‌ها از نظر شغلی نامشخص بودند.

با توجه به نتایج پژوهش ۳۸/۰۶٪ از موارد، سابقه سوء مصرف مواد داشتند. همچنین برخی تحقیق‌ها (۳۴ و ۱۲) نشان می‌دهند که اعتیاد با خودکشی رابطه‌ی مثبت معنی‌داری دارد. اعتیاد به عنوان یک عامل خطر برای خودکشی مطرح می‌شود و احتمال مرگ را در جریان خودکشی در معتادان بیشتر می‌کند (۳۶).

در پژوهش‌های گوناگون میزان خودکشی در روستاییان به مراتب کمتر از شهرنشینان بوده است (۳۶). در پژوهش حاضر شیوع بالای خودکشی در افراد شهرنشین مشاهده شده است، به طوری که این میزان در شهرنشینان ۶۶/۶٪ و در روستاییان ۳۳/۳٪ بوده است. که می‌توان بخشی از آن را ناشی از استرس-های اجتماعی، سست بودن بنیادهای خانوادگی، بی‌بند و باری‌ها و ماشینی شدن زندگی دانست. یافته‌های مشابهی بدست آمده است که نشان می‌دهد میزان خودکشی در افراد شهری بیشتر بوده است (۳۷). این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های داخل کشور که بیشترین میزان خودکشی را در کشورمان در میان شهرنشینان مشاهده کرده‌اند، هماهنگ می‌باشد (۳۹ و ۳۸، ۲۱). از نظر مکان خودکشی، خودکشی در منزل (۶۹/۰۴٪) بیشترین فراوانی را داشت. که این یافته نیز با نتایج حاصل از بیشتر بررسی‌ها (مثل ۳۲ و ۲۱) هماهنگ است. در رابطه با شیوه‌ی خودکشی در پژوهش حاضر، حلق آویز کردن بیشترین فراوانی (۶۶/۶۶٪) را داشته است که این نتیجه با پژوهش مرادی و خادمی (۱۱) هماهنگ است که

مردان بالاتر از زنان بوده است، به طوری که این نسبت در مردان برابر با ۳۴ مورد (۸۰/۹۵٪) و در زنان ۸ مورد (۱۹/۰۴٪) به دست آمد. این یافته با نتایج به دست آمده از تحقیقات دیگر نیز هماهنگ است (۲۹-۲۱). در برخی از بررسی‌ها نتایج نشان داده است که میزان شیوع خودکشی در زنان خانه‌دار بالاتر است (۲۷ و ۹). اما به علت نواقص موجود به شغل زنان فوت شده در این تحقیق اشاره نشده است. در این پژوهش میزان شیوع خودکشی در جوانان بیشتر بود. به ویژه در دامنه سنی ۲۴-۱۴ سال بیشترین میزان خودکشی دیده می‌شود. این یافته با نتایج حاصل از تحقیقات دیگر که در کشورمان انجام یافته هماهنگ است (۳۲-۳۰). با توجه به نتایج بدست آمده، خودکشی در ایران مسأله‌ای است که بیشتر در جمعیت جوان روی می‌دهد و با توجه به هرم سنی جمعیت کشورمان که اکثراً جوان هستند، پرداختن به عوامل زمینه‌ساز و نگاه‌دارنده آن اهمیت دو چندان می‌یابد. از نظر وضعیت تاهل میزان شیوع خودکشی در این پژوهش در افراد مجرد (۵۰٪) بیشتر از افراد متأهل (۳۷/۷٪) بود که این یافته با نتایج حاصل از بعضی پژوهش‌ها (مثل ۱۲) نیز مطابقت دارد. در صورتی که در پژوهش‌های دیگر بین وضعیت تاهل و میزان شیوع خودکشی تفاوتی وجود نداشت (۲۳ و ۲۱). از نظر وضعیت شغلی در پژوهش‌های مختلف نتایج نشان داده است که بین میزان شیوع خودکشی و بیکاری رابطه مثبت وجود دارد و در واقع کار کردن یک عامل محافظتی در مقابل خودکشی محسوب می‌شود. همچنین برخی پژوهش‌ها مثل (۳۴) نشان می‌دهد که افراد بیکار میزان خودکشی بالاتری دارند که این وضعیت احتمالاً به علت زندگی پر استرس و در نتیجه ایجاد زمینه بروز بیماری‌های روانی و مسایل اقتصادی-اجتماعی ناشی

شیوه‌ی حلق‌آویز کردن در ایران با ۴۲/۵۰٪ دارای بیشترین فراوانی از نظر شیوه‌ی خودکشی می‌باشد. همچنین در یک تحقیق کلی در ایران، شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی، حلق‌آویز کردن است که با ۴۲/۷۵٪ نسبت به سایر روش‌ها در اولویت قرار دارد (۳۹) و (۳۸). اما نظر به اینکه از مهم‌ترین اهداف این تحقیق آرایه یک چهارچوب ارزیابی مناسب برای بررسی زمینه‌ها و علل خودکشی موفق به منظور تکمیل پرونده قضایی است لذا با توجه به نتایج بدست آمده از نقاط ضعف و قوت پرونده‌های مطالعه شده الگوی ذیل پیشنهاد می‌شود. البته این الگو پیشنهادی است و لازم است با عنایت به محدودیت ناشی از تعداد اندک پرونده‌های بررسی شده به کار گرفته شود:

- ۱ - چندمین فرزند خانواده بوده است؟
- ۲ - چگونگی رابطه با پدر
- ۳ - چگونگی رابطه با مادر
- ۴ - چگونگی رابطه با خواهر و برادران
- ۵ - با کدام یک از اعضای خانواده صمیمی تر بوده است؟
- ۶ - رابطه فرد با اعضای فامیل چگونه بوده است؟
- با کدامیک از افراد فامیل رابطه صمیمانه تری داشته است؟
- با کدامیک از - تعداد دوستان صمیمی
- ۸ - آیا خانواده دوستان صمیمی فرد را می‌شناختند؟
- ۹ - آیا فرد تمایل به دوستی با افراد خاصی را داشته است؟
- ۱۰ - آیا فرد با جنس مخالف خود رابطه صمیمانه داشته است؟
- ۱۱ - آیا فرد اعتقادات مذهبی خاصی داشته است؟
- ۱۲ - آیا فرد سابقه مجازات حقوقی و جزایی را داشته است؟
- ۱۳ - آیا فرد سابقه فرار از منزل را داشته است؟ افراد فامیل رابطه خصمانه داشته است؟
- ۱۴ - آیا در خانواده فرد سابقه اقدام به خودکشی وجود دارد؟
- علت و طول مدت ذکر شود.
- * هشدار دهنده های خودکشی:
- ۱ - آخرین حادثه مهم:
- شکست تحصیلی - شکست شغلی
- شکست در رابطه عاطفی - فوت نزدیکان
- خودکشی نزدیکان - نقص عضو
- آیا فرد اخیراً با اعضای خانواده درگیری داشته است؟
- آیا فرد اخیراً با اعضای فامیل درگیری داشته است؟
- آیا فرد اخیراً با دوستانش درگیری داشته است؟
- ۲ - آیا فرد سابقه تهدید به خودکشی داشته است؟
- ۳ - آیا فرد سابقه اقدام به خودکشی داشته است؟
- * اعتیاد و سابقه بیماری:
- ۱ - آیا فرد اعتیاد داشته است؟
- طول مدت اعتیاد - نوع مواد مورد استفاده
- ۲ - آیا فرد سابقه مراجعه به روانپزشک را داشته است؟
- نوع تشخیص
- آیا دارو مصرف می کرده؟ (چه نوع دارویی)
- مدت مصرف
- آیا فرد سابقه بستری در بیمارستان روانی را داشته است؟ (چه مدت)
- ۳ - آیا فرد مبتلا به بیماری صعب‌العلاج بوده است؟ (مثل ایدز، سرطان و ...)
- * شرح حادثه: می‌تواند در اول آرایه شود.
- ۱ - آیا فرد قبل از اقدام به کسی خبر داده بود؟
- ۲ - در زمان خودکشی چه کسانی در محل حضور داشته اند؟
- ۳ - فرد در چه مکانی اقدام به خودکشی کرده بود؟

| تاریخ: | شیوه خودکشی: | محل وقوع: |
|---|--------------------|-------------------|
| اطلاعات جمعیت شناختی: | | |
| * سن: | | |
| * جنس: | | |
| * وضعیت تحصیلی: | | |
| بیسواد | ابتدایی | راهنمایی دبیرستان |
| دیپلم | فوق دیپلم | لیسانس بالاتر |
| * وضعیت تأهل: | | |
| مجرد | متاهل | مطلقه فوت همسر |
| - در صورت تأهل به سؤالات زیر نیز پاسخ داده شود: | | |
| ۱ - وضعیت تحصیلی همسر | | |
| ۲ - شغل همسر | | |
| ۳ - میزان در آمد همسر | | |
| ۴ - تعداد فرزندان | | |
| * شغل: | | |
| بیکار | آزاد | کارمند بازنشسته |
| - عنوان شغل: | | |
| * وضعیت اقتصادی: | | |
| ضعیف | متوسط | خوب |
| - توانایی شخصی از صفر تا ۱۰۰ نمره گذاری شود GAF | | |
| * وضعیت خانوادگی: | | |
| - شغل پدر | - سطح تحصیلات پدر | |
| - شغل مادر | - سطح تحصیلات مادر | |
| - آیا در خانواده سابقه بیماری روانی وجود دارد؟ | | |
| - آیا در خانواده سابقه بیماری جسمانی وجود دارد؟ | | |
| - آیا پدر و مادر با هم زندگی می‌کنند؟ | | |
| - در صورت طلاق حضانت فرزند با کدامیک می‌باشد؟ | | |
| - آیا بین پدر و مادر درگیری و اختلاف وجود دارد؟ | | |
| * روابط خانوادگی: | | |

تقدیر و تشکر

بر خود لازم می‌دانیم از تمامی کسانی که ما را در انجام این پروژه یاری کردند، به ویژه از جناب آقای بالاخانی (بازپرس محترم جنایی شعبه ۱ اردبیل) تشکر و قدردانی نماییم.

- ۴ - فرد در چه ساعتی اقدام به خودکشی کرده بود؟
 ۵ - فرد به چه شیوه‌های اقدام به خودکشی کرده بود؟
 ۶ - آیا فرد از خود وصیت یا یادداشتی به جا گذاشته است؟
 ۷ - به نظر خانواده مهم‌ترین دلیل خودکشی فرد چه بوده

است؟

References

- 1-Vajda J, Steinbeck K. Factors associated with repeated suicide attempts among adolescents. *AgustNzt psychiatry*. 2000; 34(8): 437-45.
- 2- Kinyanda E, Hjelmeland H, Musisi S. Deliberate self-harm as seen in Kampala. Uganda a – a case control study. *Social psychiatry and psychiatric Epidemiology*. 2004; 39 (4): 318-25.
- 3- Sadock B j, Sadock V. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Vol 2. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. 1112-14.
- 4- Institute of the well being. *The preventive design of suicide in Illam province*. Tehran: publication of culture and prevention branch of the Institute of the well being; 1375. [Persian]
- 5- Mohseni tabrizi A. *The investigation of the effective causes on increasing the rate of suicide in Illam province [thesis]*. Tehran: faculty of human sciences: Tehran university; 1372. [Persian]
- 6- Yasemi M, Sanei N, Malekpoor A, Honarmand A, and Mirshekar R. *The investigation of the epidemiology of the suicide attempt in Kerman*. *Andishe and Raftar*. 1377; 4: 4-15. [Persian]
- 7- Kazaei H, Parvizi A. *The investigation of the demographic features and evaluation of the mental status examination in suicide attempters*. *The scientific journal of Behbood*. 1382; 7(3): 51-66. [Persian]
- 8- Janghorbani M, Sharifirad G. *Completed and attempted suicide and associated factors in Ilam, Iran (1995-2002)*. *Archives of Iranian Medicine*. 2005; 8: 119-26. [Persian]
- 9- Vijayakumar L, John S, Pirkis J, Whiteford H. *Suicide in developing countries (2): Risk factors*. *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2005; 26: 112-19.
- 10- Nojomi M, Bolhari J, Malakoty S, Hakimshoshtari M, Asgharzadeh S. and Poshtmashhadi M. *The predictive factors of the suicide attempt in general population in Karaj*. *the Iranian journal of Psychiatry and clinical Psychology*. 1386; 13(3): 219-26. [Persian]
- 11- Moradi S, Khademi A. *The investigation of the suicide results in death in Iran and comparison of the world rates*. *The journal of Forensic Medicin*. 1381; 8(27): 16-21. [Persian]
- 12- Nojomi M, Bolhari J, Malakoty S, Hakimshoshtari M, Asgharzadeh S, Poshtmashhadi M. *The investigation of the demographic features in suicide attempters that were referred to Karaj in 1382*. *The Journal of the Iran Medical sciences University*. 1385; 13(2): 225-34. [Persian]
- 13- Shaw D, Fernandez J R, Rao C. *Suicide in Children and Adolescents: one Year retrospective review*. *AMJ forensic MedPatholDec*. 2005; 26(4): 309-15.
- 14- Moghadamian H. *the study of the intoxication effects of the suicide attempt in west location of the Mazandaran province*. *The Journal of the Mazandaran Medical sciences University*. 1378; 9:22-32. [Persian]
- 15- Eslaminasab A. *The suicide crisis*. Tehran: Ferdose Publication; 1371. [Persian]
- 16- Heidari S. *investigation of the suicide in Iran [dissertation]*. Faculty of health, Iran Medical Sciences University; 1376. [Persian]
- 17- World Health Organization. *WHO suicide huge but preventable public Health problem*. Says WHO Geneva. 2004: 12-23.
- 18- Kaplan H I, Sadock B J. *Comprehensive text book of psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.871-73
- 19- Shirzad J, Gharadaghi J. *investigation of the*

- suicide methods and causes results in death that were referred to forensic medical organization in first six month of 1383. The Journal of Forensic medicin. 1386; 13(3): 163-70. [Persian]
- 20- katrein M, Patrice A. Psychiatric mental health nursing .Network: Mosby, Inc; 2000. 385-400.
- 21- Yasemi M, Sabahi M, Mirhashemi M, Seifi S, Azarkeivan P, Taheri M. The investigation of the epidemiology of the suicide attempt in Kerman. Andishe and Raftar. 1381; 4: 4-15. [Persian]
- 22- Kaplan H I, Sadock B J. Synopsis of psychiatry. 8th ed. New York: Williams & Wilkins; 1997. 514-521.
- 23- Ghaleiha A. and Behrozifard F. Investigatin of the epidemiology of the inpatient suicide attempters in Sina hospital of Hamadan in 1381-1382. the Journal of Hamadan Medical Science University. 1385; 13(4): 58-63. [Persian]
- 24- Simopoulos V. When patients consider suicide, risk factors to watch for. Newyork: Postgraduate Medicine. 1990; 88: 205-13.
- 25- Levey S. Suicide. In: Bluglass R, Bowden P (Eds). Principles & practice of forensic psychiatry. Edinburgh: Churchill Livingston; 1990. 214-18.
- 26- Kikhavi S. Investigation of the prevalence of successful and unsuccessful suicide in Illam province in 1376. the Journal of Illam Medical University. 1379; 8(28): 7-12. [Persian]
- 27- Khan M, Islam S, Kundi A K. Parasuicid in Pakistan. Experience at a university hospital. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1996; 93: 264-67.
- 28- Roy A. Suicide. In: Kaplan H I, Sadock B J (Eds). Comprehensive textbook of psychiatry 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2000. 533-40.
- 29- Anderson R. Death: Suicide Fact, Sheet, 2004: Available from: <http://www.CDC.gov/nc: pc/wisc/ ars/htm> June.
- 30- Mosavian R. Investigation of the prevalence of successful and unsuccessful suicide in Illam province in 1376. the Journal of Illam Medical University. 1379; 8(28): 7-12. [Persian]
- 31- Eidi S. The personality profile of the suicide attempters on the basis of Millon test in Illam province [thesis]. Tehran: Psychiatric Institute: Iran Medical Science University; 1380. [Persian]
- 32- Keivan P, Taheri M. The epidemiological study of the suicide in Kerman province. Endishe and Raftar. 1381; 4: 4-13. [Persian]
- 33- Zohor A, Aflatonian M. The epidemiological study of the suicide in Jiroft. The Journal of principles of mental health. 1381; 4(13): 31-38. [Persian]
- 34- Nahid M. Descreaption of the psychosocial features of the suicide attempters in comparison with normal persons in Birjand [thesis]. Tehran: Tehran psychiatric institute, Iran Medical sciences University. 1382. [Persian]
- 35- WolK Wassermann D. Contact of suicidal alcohol & drug abuse patients & their significant others with public care institutions before the suicide attempt. Acta Psychiatrica Scandinavia. 1987; 76: 394 – 405.
- 36- Kopp M, Skrabski A, Magyar L. Neurotics at risk and suicidal behavior in the h. ungarian population. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1987; 76: 406-23.
- 37- Afshari R, Majdzadeh R, Bali-Mood M. Pattern of acute poisonings in Mashhad, Iran 1993-2000. J Toxicol Clin Toxicol. 2004; 42: 965-75.
- 38- yosefi B. Delineation of the effective factors of suicide intention in shahid Mohamadi hospital of Bandarabas. Journal of the Hormozgan Medical sciences University. 1381; 6(2): 125-35. [Parsian]
- 39- Abdolahian A. Epidemiological study of the suicide results in death in Mashhad. Journal of the Mashhad Medical sciences University. 1378; 65(42): 34-40. [Persian]