Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 4/ No. 3/ Autumn 2017
Page: 49-57

Suicide and its relationship with demographic variables, psychiatric diagnosis and duration of disorders in patients of Ghods psychiatric hospital

Sohrabi F[1*], Yousefi, F[2], Esfandyari G[3], Saed G[4], Abdollahi N[5], Bakhivushi Sh[6]

1. M.Sc of clinical Psychology. Ghods Hospital. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. Email: F.sohrabi20@gmail.com
2. PhD of clinical Psychology Ghods Hospital. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
3. M.Sc of clinical Psychology. Ghods Hospital. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
4. Clinical Psychology. Ghods Hospital. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
5. M.Sc of clinical Psychology. Ghods Hospital. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
6. Nurse, matron of ghods hospital Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Abstract

Intruduction: Today suicide is a major problem in the realm of mental health, and usually it has a psychological theme. Since the psychiatric patients gives so much attention in this scope, so, as a major aims of this study, studying the relation between suicide and demographic variables, psychiatric diagnosis and duration of mental illness among psychiatric patients is needed.

Method: As an analytic-descriptive study, among all patients who have the inclusion criteria, those who admit informed consent (152 participant), complete questionnaires and other needed information's. Then other necessary data's were gives from the psychiatric documentations of the patients. Alongside data's which gives from the patients and their hospital documentations, the Beck scale for suicidal ideation was used. The 20th version of SPSS software was used to analyzing data's and it did through these statistical analyses: Pearson's Coloration Coefficient, independent T test, and one-way ANOVA.

Finding: With regard to statistical analysis there was not any significant relationship between suicide grade and demographic variables, psychiatric diagnosis and the duration of mental illness among patients.

Conclusion: the distribution of the sample scores not relies on any demographic variables. It seems that cultural and social variables are important to keep in our mind. With taking account our limitations, further studies need to find exclusive and specific data's.

Keywords: suicide, demographic variable, psychiatric patients, psychiatric diagnosis.

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال چهارم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۶
صفحات: ۵۷-۴۹

خودکشی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی و تشخیص روان‌پزشکی در بیماران بیمارستان قدس سنندج

فاتح سهرابی[1*]، فایق یوسفی[2]، غلامرضا اسفندیاری[3]، گل‌نیا ساعد[4]، نرمین عبدالهی[5]، شهین باخویشی[6]

۱- کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران F.sohrabi20@gmail.com

۲- دکترای تخصصی روانشناسی کودک و نوجوان، عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۳- روان شناس، عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۴- کارشناسی روان شناسی بالینی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۵- کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۶- پرستار، مترون بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده

مقدمه: خودکشی یکی از معضلات امروزه است که همواره یک متغیر روان شناختی در آن درگیر است. از آنجایی‌که یکی از جمعیت‌هایی که بیشترین توجه را در این زمینه به خود جلب کرده جمعیت بیماران روانپزشکی است، پرداختن به این مسئله و بررسی ارتباط آن با متغیرهای مربوطه در این بیماران اهمیت خاصی دارد.

هدف: هدف این مطالعه بررسی ارتباط خودکشی با متغیرهای جمعیت شناختی و تعداد دفعات بستری، تشخیص روان‌پزشکی و همچنین طول مدت بستری است

روش: تمامی بیمارانی که شرایط ورود به تحقیق را داشتند و رضایت آگاهانه برای شرکت در تحقیق را پر کرده بودند (۱۵۲ نفر) پرسشنامه‌ها و سایر اطلاعات مربوطه را تکمیل کردند. سپس با مراجعه به پرونده بیماران و تعیین تشخیص روانپزشکی, وسایر اطلاعات لازم اخذ گردید. علاوه بر داده‌های جمعیت شناختی و تشخیص و سایر اطلاعات لازم از بیماران و پرونده پزشکی آنان، از پرسشنامه افکار خودکشی بک نیز استفاده شد. برای تحلیل نتایج با استفاده از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS، و از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون، t مستقل، و تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده گردید.

یافته‌ها: هیچ یک از متغیرهای سن، جنس، شغل، و وضعیت تأهل ارتباط معنی‌داری با خودکشی را نشان نداند. همینطور متغیرهای تشخیص روانپزشکی، طول مدت و همچنین تعداد دفعات بستری در بیمارستان روانپزشکی هیچکدام ارتباط معنی‌داری با خودکشی نداشتند.

نتیجه‌گیری: توزیع خودکشی در بیماران گروه نمونه تابع هیچ یک از مؤلفه‌های جمعیت‌شناختی و همینطور تشخیص روانپزشکی و تعداد و طول مدت بستری نبود. در این زمینه متغیرهای شناختی ممکن است دخیل باشند که برای روشن شدن بیشتر به مطالعات دیگری نیاز است.

کلید واژه‌ها: خودکشی، متغیرهای جمعیت‌شناختی، بیماران روانپزشکی، تشخیص روانپزشکی

مقدمه

خودکشی یکی از معضلات عمده مربوط به سلامت و بالاخص سلامت روان است. میزان آن در چند دهه اخیر افزایش داشته است. به طور کلی سالیانه یک میلیون نفر در اثر خودکشی می‌میرند و بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی پیش بینی می‌شود که این میزان به سالانه یک و نیم میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ برسد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰؛ و ۱۹۹۹) و علاوه بر این میلیون‌ها نفر نیز به عنوان بازماندگان و نزدیکان این افراد مدتهای مدیدی تحت تأثیر این اقدام قرار گرفته و اثرات طولانی مدتی بر سلامت روان این افراد دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴؛ ۱ و ۲). اطلاعات مربوط به خودکشی در جمعیت‌های مختلفی گزارش شده است (علیزاده و میرزایی، ۱۳۹۳) با این حال یکی از مهمترین جمعیت‌های مورد توجه در این زمینه بیماران روان‌پزشکی هستند. به این صورت که بیشتر از ۹۰ درصد موارد خودکشی با یکی از اختلالات روانپزشکی ربط دارد، به طوریکه در تمامی موارد ریسک فاکتورهای خودکشی عوامل روان شناختی وجود دارند (داگلاس و همکاران ۲۰۰۳). بنابراین می‌توان گفت که کاهش میزان خودکشی نیازمند پیگیری کارآمد میزان رو به رشد بیماریهای روانپزشکی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴) متاسفانه به دلیل مطالعات اندک و همینطور منسجم در این زمینه اطلاع دقیقی از آمار آن در دست نیست و بعضی از مطالعات نیاز به بررسی بیشتری را خصوصاً در کشورهای در حال توسعه و آمار دقیقتر آن عنوان می‌کنند (مراد[1]، ۲۰۰۵). مطالعات مختلفی روی جمعیت‌هایی غیر از بیماران روانپزشکی پرداخته‌اند در جمعیت عمومی و جمعیت‌های خاصی ازقبیل سربازان، دانشجویان، زنان و غیره پرداخته‌اند (رضایی، خدادای و میرمحمدی، ۱۳۹۰؛ سلاجقه و رقیبی، ۱۳۹۲؛ بوگر، علوی و اصفهانی، ۱۳۹۳؛ معماری، رمیم، مرادی، خسروی و گودرزی، ۱۳۸۵). در جمعیت بیماران روان‌پزشکی خودکشی به عنوان شایع‌ترین دلیل منجر به مرگ شناخته می‌شود (الاکوانا[2]، ۲۰۱۱) و در این بیماران میزان آن ۳-۱۲ برابر جمعیت عمومی است (ایزدی فرد، ۲۰۰۹). در مورد ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی و بعضی از متغیرهای دیگر از قبیل تشخیص و طول مدت بستری مطالعات اندکی در دسترس است گاه نیز متناقض. برای مثال بر اساس مطالعه صورت گرفته توسط ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۳)، یا مطالعه صورت گرفته توسط محمدی و سعادتی (۱۳۸۳) خودکشی ارتباط معنی‌داری با جنس، شغل، تحصیلات داشت. یا مطالعات دیگری ارتباط معنی داری در مورد خودکشی با تشخیص روانپزشکی را مطرح می‌کنند مانند افسردگی، یا اسکیزوفرنیا (ابراهیمی و همکاران ۱۳۹۳) اما مطالعات دیگری عوامل دیگری را تعیین‌کننده‌تر دانسته‌اند (انجمن خودکشی آمریکا، ۲۰۱۲؛ چنگ و همکاران ۲۰۱۰). همینطور در ارتباط با مساله دیگر مانند وضعیت تأهل، اگرچه در مطالعات مختلفی ارتباط مشخصی بین تاهل و خودکشی بدست آمده است (برای مثال، موراکامی، و سو، ۲۰۰۸) اما مطالعاتی نیز رابطه معناداری را بدست نیاورده‌اند (علیزاده، افخم‌زاده، محسن‌پور، و صالحیان، ۱۳۸۹) یا حتی نتاج معکوسی را بدست آورده‌اند بدین معنا که خودکشی در جمعیت متاهلین به طور معناداری بیشتر از گروه نمونه بود (رضاییان، محمدی، اکبری، و مالکی، ۲۰۰۵؛ عباسی و کامکار، ۱۳۷۵) و یا عوامل دیگری را تعیین کننده دانسته اند و متغیرهای از قبیل مشکلات خانوادگی را مطرح کرده‌اند (خدابنده، نوربالا، کاهانی و باقری، ۱۳۹۱).

1. Murad

2. Elakkuvana

به این ترتیب می‌توان گفت علی‌رغم مطالعات موجود نمی‌توان ارتباط مشخصی را در این زمینه یافت و مطالعات مختلف نتایج متفاوتی بدست آورده‌اند، به همین دلیل این مطالعه به دنبال بررسی ارتباط بعضی از مؤلفه‌های جمعیت شناختی و تشخیص روانپزشکی و طول مدت بیماری با با افکار خودکشی در جمعیت بیماران روان پزشکی است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی است که به بررسی تمام بیمارانی که در فاصله زمانی نیمه دوم ۱۳۹۳ تا نیمه اول ۱۳۹۴ در بیمارستان قدس سنندج بستری شده بودند، پرداخته است. جامعهٔ آماری شامل تمامی بیمارانی بود که در بازهٔ زمانی مذکور در این بیمارستان بستری بودند. نمونه پژوهش برابر با جامعه آماری بود. برای انتخاب بیماران مورد مطالعه ابتدا به به پرونده بستری آنها مراجعه شد و تمامی بیمارانی که شرایط تکمیل پرسشنامه‌ها را داشتند و فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را تکمیل کرده بودند، در پژوهش شرکت داده شدند. *ملاک‌های ورود* عبارت بودند از: داشتن سواد در حد خواندن و درک پرسشنامهٔ پژوهش، گذشت حداقل یک سال از نخستین بستری، تشخیص قطعی روانپزشکی بیمار و کنترل نسبی علایم روانپزشکی. *ملاک خروج* شامل داشتن اختلال شناختی و یا نقص هوشی. در پایان تعداد ۱۵۲ نفر از بیماران اطلاعات مورد نظر اخذ شد.

اطلاعات جمعیت شناختی و اطلاعات مربوط به سوابق بیماران و همینطور تشخیص روانپزشکی آنان و سایر اطلاعات مربوطه با استفاده از مصاحبه و پرونده پزشکی آنان تکمیل گردید. سپس کلیه بیماران مذکور پرسشنامه مقیاس افکار خودکشی بک را تکمیل کردند. **مقیاس افکار خودکشی بک:** این پرسشنامه بک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است که به هر سؤال از صفر تا دو نمره تعلق می‌گیرد و مسایلی از قبیل افکار خودکشی، طرح‌ریزی و برنامه جهت اقدام به خودکشی و ایده‌پردازی در مورد آن را شامل می‌شود. به طور کلی عدم پذیرفتن ۵ سوال اول به معنای فقدان افکار خودکشی در نظر گرفته می‌شود، نمرهٔ ۱-۵ به معنای وجود افکار خودکشی، ۶-۱۹ به معنای آمادگی به اقدام و ۲۰-۳۸ به صورت اقدام به خودکشی فعال در نظر گرفته می‌شود. نسخه ترجمه شده آن به فارسی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۹۵ بدست آمده و ورایی همزمان مناسبی با سایر پرسشنامه‌ها داشته است. (انیسی و همکاران ۱۳۸۴؛ خدابنده و همکاران ۱۳۹۱؛ و علیزاده و میرزایی، ۱۳۹۲) تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ انجام گرفت. از آماره‌های توصیفی جداول فراونی و شاخص‌های مرکزی و از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل، و تحلیل واریانس یک طرفه استفاده گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۱۵۲ (۱۱۱ مذکر (۷۳٪)، ۴۰ نفر مؤنث (۲۷٪)) نفر از بیمارانی که در بیمارستان قدس سنندج بستری بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۲ سال و کمترین و بیشترین مقدار سنی به ترتیب ۱۳ و ۶۷ سال و انحراف استاندارد ۱۰ بوده است. اغلب شرکت‌کنندگان در فاصله سنی ۱۹ تا ۳۱ سال قرار داشتند. ۶۰٪ از شرکت‌کنندگان مجرد، ۳۰٪ متأهل و ۱۰٪ آنان مطلقه و یا بیوه بودند. در مجموع تمام بیماران هشت طیف تشخیصی روانپزشکی را شامل می‌شدند (اسکیزوفرنی ۴۰٪، اختلال دوقطبی ۲۰٪، ۲۱٪ اختلال افسردگی اساسی و سایر شرکت-کنندگان تشخیص‌هایی از قبیل وسواس فکری-عملی،

مصرف مواد، اختلال شخصیت مرزی، اختلال استرس پس از ضربه، اختلال تبدیلی داشتند).

به طور کلی براساس داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها ۳۸ درصد از بیماران گروه نمونه فاقد افکار خودکشی بودند و ۲۴ درصد افکار خودکشی کم، ۲۳ درصد آمادگی برای خودکشی یا به عبارتی میزان متوسطی از خودکشی و ۱۴ درصد از بیماران گروه نمونه افکار خودکشی فعال داشتند (جدول ۱). براساس پرونده‌های پزشکی نیز تقریباً یک‌سوم بیماران (۳۶/۵ درصد) حداقل یک بار اقدام به خودکشی داشته‌اند.

برای بررسی همبستگی خودکشی با متغیرهای سن، طول مدت بستری، و تعداد دفعات بستری از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. جدول ۱ نتایج آزمون همبستگی پیرسون را نشان داده است. همانطور که دیده می‌شود خودکشی با هیچ از متغیرهای سن، طول مدت بستری و تعداد دفعات بستری هبستگی معناداری را نشان نداد.

جدول ۱: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای خودکشی، تعداد دفعات بستری، طول مدت بستری و سن بیماران

	خودکشی	طول مدت بستری	تعداد دفعات بستری	سن بیماران
خودکشی	-	-۰/۰۴۲	-۰/۰۴	۰/۱۳
طول مدت بستری		-	۰/۵۵۸**	۰/۲۲۶*
تعداد دفعات بستری			-	۰/۱۰۴
سن بیماران				

(معناداری در سطح آلفای یک صدم) P<۰/۰۱**

(معناداری در سطح آلفای پنج صدم) P< ۰/۰۵*

همینطور برای بررسی ارتباط بین خودکشی با متغیرهای تشخیص روانپزشکی، وضعیت تأهل، شغل، و تحصیلات از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. در جدول ۲ نیز نتایج تحلیل واریانس یک طرفه آمده است. همانطور که مشاهده می‌شود هیچ یک از متغیرهای مذکور ارتباط معناداری نشان ندادند.

جدول ۲: نتیجه تحلیل واریانس یک طرفه در مورد متغیرهای خودکشی با تشخیص، تأهل، شغل و تحصیلات

	منابع تغییر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تشخیص روانپزشکی با خودکشی	آزمون	۳۲/۹۲۱	۴/۱۱۵	/۱۰۴	۰/۶۵۲
	اثر اصلی گروهها	۵۳۹۶/۶۲	۳۹/۳۹۱	۰	
	خطای باقیمانده	۵۴۲۹/۵۴			
وضعیت تاهل با خودکشی	آزمون	۹۲/۷۷۶	۳۰/۹۲	/۸۰۷	۰/۴۹۲
	اثر اصلی گروهها	۵۳۶۵/۱۹	۳۸/۳۲	۰	
	خطای باقیمانده	۵۴۵۷/۹۷			
شغل با خودکشی	آزمون	۱۵۳/۹۲	۳۰/۷۸۵	/۷۹۹	۰/۵۵۲
	اثر اصلی گروهها	۵۵۸۵/۴۱	۳۸/۵۲۰	۰	
	خطای باقیمانده	۵۷۳۹/۳۳			
تحصیلات با خودکشی	آزمون	۱۲۹/۸۱۶	۲۱/۶۳۶	/۵۵۵	۰/۷۶۵
	اثر اصلی گروهها	۵۶۰۹/۵۲	۳۸/۹۵۵	۰	
	خطای باقیمانده	۵۷۳۹/۳۳			

برای بررسی ارتباط بین جنسیت و افکار خودکشی یک از آزمون t استفاده شد. نتایج نشان داد که جنسیت هامل تعیین‌کننده‌ای بر روی افکار خودکشی نیست و تفاوت معناداری را ایجاد نمی‌کند (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج آزمون t برای گروههای مستقل

جنسیت	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
زن	۴۱	۱۱/۰۸	۱/۱۴۱	۱۰۱	۰/۸۷۴	۰/۳۸۳
مرد	۱۱۱	۱۰/۸۰۱	۱/۱۰۲			

نتیجه‌گیری

از آنجاییکه هیچ ارتباط معنی‌داری بین متغیرهایی از قبیل سن و جنس با خودکشی وجود نداشت و همینطور از آنجایی‌که مطالعات مختلف به این ارتباط اقرار کرده اند می‌توان گفت که جمعیت سنی بیماران مورد مطالعه می‌تواند یک عامل در این ارتباط باشد. براساس مطالعات محدوده سنی ۱۵ تا ۴۵ سال بیشترین آمار خودکشی را به خود اختصاص داده است، بنابراین به دلیل اینکه بیشتر از ۹۵ درصد بیماران مورد مطالعه در این محدوده سنی قرار داشتند ارتباط معنی‌داری بدست نیامد شاید در مطالعات آینده نیاز به جمعیت گسترده‌تر با پراکندگی سنی بیشتر باشد تا بتوان به این مطلب پرداخت.

نتایج بدست آمده نشان داده که ارتباط معنی‌داری بین خودکشی و تاهل وجود ندارد که اگرچه این امر توسط بعضی از مطالعات رد می‌شود به این صورت که تاهل افراد را به عنوان عاملی در نظر گرفته‌اند که نسبت به تجرد، کاهش معناداری در خودکشی را به وجود می‌آورد اما همخوان با مطالعه حاضر، مطالعاتی نیز وجود دارند که نشان داده‌اند که میزان خودکشی و افکار آن در افراد متاهل بیشتر از مجردها گزارش شده است (رضاییان، محمدی، اکبری، و مالکی، ۲۰۰۵؛ عباسی و کامکار، ۱۳۷۵).

نقش متغیرهای روان شناختی و همچنین فرهنگی را نباید دست کم گرفت که شاید تعیین‌کنندگی بیشتری داشته باشند متغیرهایی از قبیل انگ‌های اجتماعی، عزت نفس پایین (سهرابی و همکاران، ۱۳۹۵؛ سهرابی و همکاران، ۱۳۹۶؛ برتولوته و فیشمن، ۲۰۰۲). برای مثال در مطالعه جارچی، شهیدی تبار و شهیدی تبار (۲۰۱۴) مشخص شد که عزت نفس پایین با میزان افکار خودکشی و احتمال خودکشی همبستگی منفی دارد، به این صورت که با کاهش میزان عزت نفس میزان خودکشی و اقدام به خودکشی به نحو مشخصی افزایش می‌یابد. همچنین در مطالعه سهرابی و همکاران (۱۳۹۶) نیز همبستگی منفی قوی بین خودکشی عزت نفس وجود داشت. علاوه براین نقش مسایل فرهنگی و مناطق مختلف جغرافیایی را نباید نادیده گرفت که تأثیر زیادی بروی خودکشی و نگرش آن و در نهایت میزان خودکشی دارند (فیشمن، برتولوته، بلفر، و بوتریاس، ۲۰۰۵). در نتیجه می‌توان گفت که اگرچه دلایل و همبسته‌های متعددی برای خودکشی وجود دارد که در مطالعات مختلفی نشان داده شده است (از قبیل جنسیت، وضعیت تاهل، متغیرهای اقتصادی و اجتماعی و همچنین فرهنگی، متغیرهای روان شناختی و اختلالات روانپزشکی و غیره) اما بنظر می‌رسد که خودکشی مساله پیچیده‌ای است که تحت تأثیر مجموعه‌های مختلفی از عوامل قرار دارد و هیچ عاملی به تنهایی نمی‌تواند پیش‌بینی‌کننده قطعی برای وقوع یا

عدم وقوع آن باشد. بنابراین به طور خلاصه می‌توان گفت که عوامل مختلفی در خودکشی دخیل هستند اما هیچ یک را نمی‌توان به طور قعطی به عنوان علت در نظر گرفت و شاید در فردی مجموعه خاصی از متغیرها پیشایند وقوع آن باشد اما در فرد دیگری چنین نباشد. بنابراین باید در برنامه‌های پیشگیری خودکشی را به طور جامع مورد مطالعه قرار داد از توجه صرف به یک متغیر خاص (مانند تشخیص و یا جنسیت) فراتر رفت (فیشمن و همکاران، ۲۰۰۵). در واقع برای شناسایی گروههای در معرض خطر باید ارزیابی جامع از ویژگیهای فردی-اجتماعی، تنش‌های اخیر زندگی و اختلالات روانی داشت (مکینز، وویگل، مونت و همکاران ۲۰۱۲). تنوع و تعدد علل خودکشی نشان می‌دهد که پیشگیری از خودکشی نیازمند رویکردی چندمحوری که در کنار آن با توجه خاصی به بهداشت روان مبذول داشت (بابازاده، ۲۰۱۳).

تشکر و قدردانی

این پژوهش که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شده است، حاصل زحمات عزیزانی است که همواره در تمامی مراحل تحقیق به ما کمک کرده و همراهمان بوده‌اند، که صمیمانه از تمامی آنان تشکر می‌کنیم.

References

Abbasi, A., & Kamkar, A. (1996). Studying the effective factors of suicide in Kehgiloye and Boyer-Ahmad province (1996-1997). *Yasooj University of medical science magazine. 1*, 3 and 4. 15-19. (In Persian).

Alizadeh, N., Afkham-zadeh, A., Mohsenpour, B., & Saleheyan, B. (2010). Suicide act and its related factors in Kurdistan provience. *Kurdistan University of medical science magazine, 15*, 79-86. (In Persian).

Alizadeh, N., & Mirzaei, S, N. (1996). Studying the incidence of suicidal thought and its related factors among Kurdistan University of medical science students. *Kurdistan University of medical science student's magazine, 18*, 18-26. (In Persian).

American Foundation for Suicide, 2012 Annual Report [on line].American foundation for suicide prevention; 2012 [cited 2013 Dec 6]. Available from: https://www.afsp.org/.../AFS.

Anisi, J., Fathi-Ashtiani, A., Soltani-Nejad, A., Amiri, M. (2006). Prevalence of suicidal ideation in soldiers and its associated factors. *Journal of Military Medicine*, 23, 33-41.

Babazadeh A. Suicide. (2013). Oneline, Available from: alirezababazadeh.blogfa.com/post. [In persian].

Bertolote JM, Fleischman A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, arg 7, nr2.

Boger, A., Alavi, K., & Esfahani, M. (2014). Psychological, demographical, socio-economic factors related to suicidal ideation in general population of Semnan city in 2015. *Arak University of medical science magazine, 17*, 1, 25-38. (In Persian).

Douglas, G., Bladessarini, R., Conwel, Y., Fawcett, J., Horton, L., Meltzer, H., Pfeffer, C., & Simon, R. (2003). *Practice guidance for the assasement and treatment of patients with suicidal behaviears*. American Psychiatric Association.

Ebrahimi, H., Kazemi, A., Khoshkenab, M., & Modaber, R. (2014). Studying the relation of suicidal ideation with psycho-social traits in depressed patients. *Psychological nursing magazine, 2*, 2, 1-12. (In Persian).

Elakkuvana Bhaskara, RD.(2011). *text book of mental health nursing*. 1st ed. Jaypee brother medical pub.; p.409.

Fleischman A, Bertolote M, Belfer M, beautrais A. (2004). Completed Suicide and Psychiatric Diagnoses in Young People: A Critical Examination of the Evidence, *American Journal of Orthopsychiatry*, 75. 4, 676-683.

Izadifard, R. (2009). Suicide in psychiatric patients. (Online Paper). Website: www.ravanyar.com/articles/suicide patients.

Jarchi R, Shahididtabar M, Shahididtabar, S. (2014). A Psychological Study of Relationship Between Dysfunctional Attitude and Self-esteem in Committing Suicide, *European Journal of Social Sciences Education and Research*: vol 1, No.1.

Khodabandeh, F., Noorbala, A., Kahani, V., & Baqeri, A. (2012). Studying factors related with suicidal act in elderly and middle age subjects. Scientific-research Journal of health psychology, 1, 1, 1-10. (In Persian).

Mackenzie, S., Wiegel, J.R., Mundt, M., Brown, D., Saewyc, E., Heiligenstein, E., et al. (2012). Depression and suicide ideation among students accessing campus healthcare. *Am Jorthopsychiatry*. 81, 1, 101-107.

Memari, A., Ramim, T., Moradi, F., Khosravi, K., & Goodarzi, Z. (2006). The Cause of suicidal act in Married women. Midwifery and nursery Journal of Tehran Medical science, 12, 1, 47-53. (In Persian).

Mohammadi, G., & Saadati, A. (2004). Epidemiologically and etiological Study of cause of suicidal act and its relation demographical variables in emergency center clients of 22 Bahman Hospital in Neishaboor 2003. *Journal of health psychology, 6*, 23, 117-125. (In Persian).

Murad M K. (2005). *Suicide prevention and developing countries*. JR Soc Med 2005; 98: 459-463.

Murakami, SA. Vu, C. (2008). Suicide. In: Irwin RS and Rippe JM. Irwin and Rippe's Intensive Care Medicine. 6thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008. Available from: www.psych.org/psych-pract/trratg/pg/practice %20guidelines8904/suicidalbehaviors.

Rezaeian, M., Mohammadi, M., Akbari, M., & Maleki, M. (2005). Five years (2000-2004) patterns of suicide in Tehran. Seventeen Congress of international epidemiology, IEA, Thiland. (In Persian).

Rezaei, A., Khodadadi, Z., & MirMohamadi, L. (2010). Relationship between dysfunctional thought suicidal Ideation in Abused wives. Scientific-research journal of sociology of womens, 2, 3, 123-138. (in Persian).

Salajeghe, S., & Raqibi, M. (2013). Studying the relationship between source of control and death-living thought in the student of Sistan and Baloochestan Univercity. Journal of educational psychology, 4, 4, 79-91. (In Persian).

Sohrabi, F., Esfandyari, G., Yousefi, F.,Abdollahi, N., Saed, G., & Bakhoyshi, Sh. (2016). The relationships between self-esteem, demographic variables, psychiatric diagnosis and Frequency of hospitalization with mental illness stigma in psychiatric patients. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 3*, 4, 27-38. (in Persian).

Sohrabi, F., Saed, G., Abdollahi, N., Yousefi, F., Esfandyari, G., & Bakhoyshi, Sh. (2017). Suicide rate and its relationship with Stigma and self-esteem Ghods Psychiatric hospital of Sanandaj,. Not published yet. (In Persian).

Word Health Organization. (2010). *Multisite intervention on suicidal behaviours*, Superemiss, Protocol of Superemiss. Geneva: WHO.

Word Health Organization. (2014). *Preventing suicide a global imperative*

in 2014 (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world report_2014/en/, accessed 14 October 2014).

World Health Organization. (2014). *WHO Global status report on violence prevention*. Publications of the World Health Organization 2014. ISBN 978 92 4 156479 3.

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (1999). *Figures and facts abot suicide.* WHO, Geneva.

Yan-Cheng , J.K., Fancher, T.L., Ratanasen, M., Conner, K.R., Duberstein, P.R., Sue, S., et al. (2010). Lifetime suicidal ideation and suicide attempt in asian american. *Asian am j psychol*. 1, 1, 18-30.