The Sociological Analysis of Suicide Attempts in Lorestan Province

Amin Roshanpoor: Ph.D. student in social issues studies, department of social sciences, faculty of economics and social sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran. amin rushanpoor@gmail.com

Asadolah Naghdi*: Professor, department of social sciences, faculty of economic and social sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran. naghdi@basu.ac.ir

Soheila Kordalivand: Ph.D. student in the study of Iranian social issues studies, faculty of humanities and social sciences, University of Mazandaran, Iran. soheilaalivand94@yahoo.com

Sara Noroozi: Ph.D. in social work, Lorestan University of Medical Sciences, Lorestan, Iran. sara.noruzi82@gmail.com

Abstract

Introduction: Suicide is one of the most complex and critical social issues, and its reduction and prevention constitute major goals of governmental policies and programs across societies. The present study aims to provide a sociological analysis of suicide attempts in Lorestan Province, Iran, during the period from 2017 to 2021, based on available statistical data.

Methods: This study employed a documentary research design based on secondary data analysis. Data related to suicide attempts were obtained from records of the Legal Medicine Organization and Lorestan University of Medical Sciences. The unit of analysis was the individual. Data were analyzed using SPSS software.

Results: The findings indicated that the highest rate of suicide attempts occurred in 2020, twenty-six and four-tenths percent, followed by 2019, twenty-four and twenty-four hundredths percent, 2021, twenty-one and six-tenths percent, and 2017, nineteen and six-tenths percent, while the lowest rate was observed in 2018, ten and seven-tenths percent. In terms of geographical distribution, Khorramabad County had the highest proportion of suicide attempts, thirty-four and four-tenths percent, whereas Sepiddasht County reported the lowest rate, one-tenth percent. The highest incidence of suicide attempts was observed among individuals aged fifteen to twenty-four years, while the lowest incidence occurred in the fifty-five to sixty-four age group. Additionally, fifty-five and two-tenths percent of suicide attempts were committed by females and forty-four and eight-tenths percent by males.

Conclusion: The findings suggest that factors such as the expansion of poverty and unemployment, patriarchal normative pressures, domestic violence, forced marriage, transformations in cultural values and beliefs, increasing intergenerational tensions, family conflicts and dysfunctions, and the lack of social support are closely associated with suicide in Lorestan Province.

Keywords

Suicide attempt, Economic Poverty, Social Pressure

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 30 Jan 2025
Accepted: 05 Jan 2026

Please cite this article as follows: Roshanpoor A, Naghdi A, Kordalivand S, and Noroozi S. The sociological analysis of suicide attempts in Lorestan province. Quarterly Journal of Social Work. 2024; 13 (3); 56-65

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

تحلیل جامعه‌شناختی اقدام به خودکشی در استان لرستان

امین روشن پور: دانشجوی دکتری بررسی مسائل اجتماعی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده اقتصاد وعلوم اجتماعی دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. amin rushanpoor@gmail.com

اسداله نقدی*: استاد، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. naghdi@basu.ac.ir

سهیلا کردعلیوند: دانشجوی دکتری بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه مازندران، ایران. soheilaali-vand94@yahoo.com

سارا نوروزی: دکترای مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران. sara.noruzi82@gmail.com

واژگان کلیدی

اقدام به خودکشی، فقر اقتصادی، فشار اجتماعی

* نویسنده مسوول

نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۵

چکیده

پیشگفتار: خودکشی یکی از مهمترین مساله‌های پیچیده اجتماعی است و کاهش و پیشگیری از آن هدف بسیاری از برنامه‌ها و سیاست‌های دولت‌ها در جوامع گوناگون است. پژوهش حاضر با هدف تحلیل جامعه‌شناختی اقدام به خودکشی در استان لرستان در فاصله سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ بر اساس آمار و داده‌های موجود انجام شده است.

روش: روش پژوهش حاضر، اسنادی و مبتنی بر تحلیل ثانویه است. در این مطالعه داده‌های مربوط به خودکشی، از آمارهای پزشکی قانونی و دانشگاه علوم پزشکی لرستان اخذ شده است. واحد تحلیل در این پژوهش، فرد است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بیشترین میزان اقدام به خودکشی به‌ترتیب با میانگین بیست و شش ممیز چهار دهم درصد مربوط به سال ۱۳۹۹، بیست و چهار ممیز بیست و چهار صدم درصد در سال ۱۳۹۸، بیست و یک ممیز شش دهم درصد در سال ۱۴۰۰، نوزده ممیز شش دهم درصد در سال ۱۳۹۶، و کمترین اقدام به خودکشی ده ممیز هفت دهم درصد مربوط به سال ۱۳۹۷ بوده است. بیشترین اقدام به خودکشی به تفکیک شهرستان مربوط به شهرستان خرم آباد با سی و چهار ممیز چهار دهم درصد و شهرستان سپیددشت با میزان یک دهم درصد کمترین اقدام به خودکشی را داشته است. گروه سنی پانزده تا بیست و چهار سال بیشترین میزان اقدام به خودکشی و گروه سنی پنجاه و پنج تا شصت و چهار سال کمترین میزان اقدام به خودکشی را انجام داده‌اند. پنجاه و پنج ممیز دو دهم درصد از افراد اقدام‌کننده به خودکشی زن و چهل و چهار ممیز هشت دهم مرد بوده‌اند.

پی‌آمد: گسترش فقر و بی‌کاری، فشار هنجاری مردسالارانه، خشونت‌های خانگی، ازدواج اجباری، پدیدارشدن تغییرات ارزش‌ها و باورهای فرهنگی، افزایش تنش‌ها و تعارضات بین‌نسلی، تعارضات و نابه‌سامانی‌ها و مشاجرات خانوادگی و فقدان حمایت اجتماعی با خودکشی در لرستان ارتباط تنگاتنگی دارد.

نحوه استناد به مقاله

امین روشن پور، اسداله نقدی، سهیلا کردعلیوند و سارا نوروزی. تحلیل جامعه‌شناختی اقدام به خودکشی در استان لرستان. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۳؛ ۱۳ (۳): ۶۵-۵۶

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

دیباچه

خودکشـــی و فهم دلایل آن، امری پیچیده و چندبعدی اســـت که ارتباطی چندگانه بین عوامل زیســـتی-روانی در ساخت فردی و اجتماعی دارد.[۱] خودکشـــی حاکی از تجربه درد عمیق نومیدی و یاس بوده و غلبه درد، ترس و ناامیدی را بر امید نشان می‌دهد.[۲] پدیده اقدام به خودکشی از جمله مهمترین آسیب‌های اجتماعی-روان‌شناختی رو به رشد در سراسر جهان اســـت که یک ممیز چهار دهم درصد از کل مرگ و میرها در سراســـر جهان را شامل می‌شود.[۳] اقدام به خودکشی به یک کنش فردی خود آسیب‌رســـان اشـــاره دارد که با پیامدهای غیرکشـــنده و به‌صورت آگاهانه و هدفمند صورت می‌گیرد.[٤] خودکشی یک مساله بهداشت عمومی جهانی است که سالانه حدود یک میلیون مرگ را به‌دنبال دارد.[٥] همچنین، میزان اقدام به خودکشـــی بیست برابر میزان خودکشی‌های موفق اســـت.[٦] این میزان از تعداد مرگ و میر ناشی از مالاریا، اچ آی وی/ایدز و ســـرطان سینه بیشـــتر است. خودکشی یکی از علل اصلی مرگ و میرهای زودرس و به‌ویژه چهارمین علت مرگ و میر در میان جوانان پانزده تا بیســـت و نه ساله اســـت.[۷] در ایالات متحده نیز خودکشی یکی از نگرانی‌های مهم سلامت عمومی اســـت، به‌طوری که میانگین میزان خودکشـــی بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸، سی و پنج درصد افزایش یافته است. در ســـال ۲۰۲۰، حدود دوازده ممیز دو دهم میلیون بزرگســـال آمریکایی به‌طور جدی به خودکشی فکر کردند،سه ممیز دو دهم میلیون برنامه خودکشی را طراحی کردند ویک ممیز دو دهم میلیون اقدام به خودکشی کردند.[۸] لازم به ذکر است که بیش از ســـه چهارم یا هفتاد و هفت درصد این خودکشی‌ها در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط رخ داده است.[۹] هرچند میزان‌های خودکشـــی در ایران از غالب کشورهای غربی کمتر اســـت، اما از بقیه کشورهای خاورمیانه بالاتر بوده و طی سه دهه اخیر رشـــد معنی‌داری داشـــته است.[۱۰] بر اساس گزارش وزارت بهداشـــت و درمان و آموزش پزشکی کشور۱٤۰۰ در طول هفت سال ۱٤۰۰-۱۳۹٤ ششصد و هفتاد ممیز پانصد وپنجاه و شش هزارم نفر در ایران اقدام به خودکشی کرده‌اند که نشـــانگر روند افزایشی این مساله اجتماعی در دهه ۱۳۹۰ است.[۱۱] در این بین جوان بودن الگوی خودکشی و بحرانی بودن نرخ خودکشی در برخی مناطق غربی کشور دو موضوع قابل تامل است.[۱۲] تغییر ساختاری و جوانتر شدن کسانی که اقدام به خودکشـــی می کنند نیز بر اهمیت مساله خودکشی افزوده اســـت. علاوه بر این‌که خودکشی یک خسارت شخصی یک خســـارت اجتماعی نیز می‌باشد. جامعه نه تنها نیروهای مولد خود را از دســـت می‌دهد، باید به‌دلیل بیماری‌ها، معلولیت‌ها، آسیب‌های روانی-اجتماعی ناشی از این معضل هزینه‌های نگهداری و مراقبت‌های خاص را برای سال‌های طولانی نیز پذیرا باشـــد.[۱۳] لرســـتان یکی از استان‌هایی است که میزان خودکشی در آن در ده ســـال گذشته فراز و فرودهایی داشته است اما عمدتا در بین پنج استان اول کشور از لحاظ میزان خودکشی به ازای هر صد هزار نفر بوده است. گرچه شناخت خودکشی، پیچیده ترین و دشـــوارترین رفتار انســـان اســـت،[۱٤] اما متاسفانه مطالعه دقیق و علمی در اســـتان لرستان به‌صورت جامع در ارتباط با پدیده اقدام به خودکشی انجام نگرفته است. به‌طوری که، پژوهش‌های اندکی به مساله خودکشی در استان لرستان پرداخته‌اند و این موضوع کمتر مورد بررسی و تحلیل علمی قرار گرفته است. در زمینه موضوع خودکشی پژوهش‌های زیادی در داخل و خارج از کشور انجام گرفته است. پژوهش کوچکیان۱٤۰۲ نشان می‌دهد که تبیین کننده‌های اقدام به خودکشی از دید افراد، خشـــونت کلامی، فیزیکی، اجتماعی، تغییر مکان اجباری، ممانعت از اشـــتغال و طلاق، احســـاس خستگی و تنهایی، مشـــاجرات با فامیل و اولیاء مدرســـه، فقدان همدردی همســـر، کار اجباری در دوران کودکی، بیماری و مشکلات جسمی و نداشتن حامی می‌باشند. پژوهش بهرامی۱٤۰۲ نشان می‌دهد پدیده محوری اقدام به خودکشی در بین جوانان مورد مطالعه، «نابرابری زایا» است. از جمله شرایط علی: نابسامانی مرزهای خانواده، ترس از سوژگی و نگاه ابزاری، خود پنداره شکاک، ازدواج واپسگرا و انسداد در تداوم بخشی به خود یا عاملیت معنابخش هستند. بسترها نیز خود را در قالب مقولاتی همچون خیر محدود، بافت موزاییکی بی ثبات، زنجیره‌های خویشـــاوندی-خانوادگی نامولد، فقر عاطفی و آگاهی محیطی محدود نشـــان دادند.[۱٤] پژوهش ایزد۱٤۰۱ حاکی از آن اســـت که در استان گلســـتان، زنان خانه‌دار و متاهل‌ها و جوانان و نوجوانان بیشـــترین خودکشـــی را مرتکب شـــده‌اند که دلایل اقتصادی و عاطفی از مهمترین عوامل خودکشی‌کنندگان بوده اســـت.[۱٥] یافته‌های مطالعه میرزایی۱٤۰۲ نشـــان داد که اعتماد اجتماعی ضعیف، ارتباط اجتماعی ضعیف، فقدان حمایت اجتماعی، ضعف و فقدان حمایت رســـمی، مهمترین مولفه‌های اجتماعی خودکشـــی نوجوانان و جوانان دره شهری هستند و مولفه‌های بنیه اقتصادی ضعیف، تجربه زیســـته فقر، تداوم مشـــکلات اقتصادی، سلامتی در گرو فقر، احساس حقارت از

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

شـغل سـطح پایین پدر و تجربه بد اجتماعی از شـغل والدیـن، از مهمتریـن مولفه‌هـای اقتصـادی موثـر در خودکشـی نوجوانان و جوانان دره شهری به‌شمار می‌روند. یافته‌های پژوهش شـفیعی‌نژاد۱۴۰۱ نشـان می‌دهد که روابـط ناکارآمـد خانوادگـی، محدودیت و تحمیل چالش‌هـای جـدی در زندگی زنان ایجـاد کرده که خودکشـی، تنها یکی از این چالش‌های جدی محسـوب می‌گـردد.[۱۶] پژوهـش زارع شاه‌آبادی۱۳۹۶نشـان می‌دهد که زنان مشارکت‌کننده اقدام به خودکشی را به منزله راهی برای ابراز و رسیدن به خواسته‌ها ادراک می‌کنند که در راستای آن سعی دارند بـه رفتارهای سـلطه طلبانـه، محدودیت‌ها، تهمت‌هـا و بدبینی‌ها واکنش نشـان دهند و آن را مدیریـت کننـد.[۱۷] پژوهش عنبری و بهرامی۱۳۸۹ نشـان می‌دهد که در میان افراد مطالعه شـده، فقر از راه خشونت خانوادگی بیشـترین تاثیر را بر خودکشی گذاشته است. زنـان و جوانان برخـوردار از زندگـی توام با محرومیت و خشـونت خانوادگی بیشـترین اقـدام بـه خودکشـی را داشـته‌اند.[۱۸] در مطالعـات خارجـی، پژوهش حمیـرا۲۰۲۴ حاکی از آن اسـت که در میان مردان اقلیت قومی، مردان جزیره‌ای اقیانوس آرام بالاترین میـزان اقدام به خودکشـی در طول زندگی را با مقدار دوازده ممیز دو دهم درصد داشتند، در حالی‌کـه مـردان خاورمیانه دو ممیز سـه دهم درصد و مردان آسـیای جنوب-شـمال شـرقی دو ممیز نه دهم درصد کمترین میزان را داشـتند. مردان آمریکای جنوبی بیشترین افکار خودکشـی اخیر را داشتند هجده ممیز دو دهم درصد و پس از آن سـاکنان جزایـر اقیانوس آرام چهارده ممیز دو دهم درصد بیشـترین شیوع افکار خودکشی در طول زندگی در میان مردان با قومیت مختلط بیسـت و سـه درصد و پس از آن در آمریکای جنوبـی چهارده ممیز شـش دهم درصد و جزیره اقیانوس آرام سـیزده ممیز پنج دهم گزارش شـده اسـت. بیشـتر گروه‌های اقلیت قومی در مقایسه با مردان استرالیایی در معرض خطر کمتری برای افکار خودکشی در طـول عمر خـود قـرار داشـتند.[۱۹] پژوهش ریچاردسـون۲۰۲۲، سـابقه بیماری‌های روانی، سـطح تحصیلات پایین، تجرد، مشـکلات دوران کودکـی، حمایـت اجتماعی پایین از طرف خانـواده و اطرافیان به‌عنوان زمینه‌هایـی عمل می‌کند که زنان را متقاعد می‌کند که نسـبت به مردان بیشـتر به خودکشـی اقدام نمایند.[۲۰] سیلوا و همکاران۲۰۲۲ در مطالعه‌ای به این نتیجه رسـیده‌اند که آمار بالای بی‌کاری، شاخص توسعه انسانی پایین، نرخ بالای بی‌سوادی، درآمد سرانه پایین، ساختار و کیفیت نامناسـب و قدیمی منازل مسکونی، فقر روزافزون و مناطقی که از نظر زیرساخت‌های فاضلاب و آب در شرایط نامناسبی قرار دارند، از نظرموارد اقدام به خودکشی در سطح بالایی قرار می‌گیرند.[۲۱] پژوهش ون برگ۲۰۲۱ نشـان می‌دهد که شـرایط اجتماعـی و اقتصادی مانند شـغل، شرایط خانوادگی، طرد، فقر، بیماری‌های جسمی طولانی مدت و نیـز تضادهای خانوادگی در قالب خشـونت‌های خانوادگی و خیانت منجر به خودکشی در بین زنان جوان در ترکیه می‌شود.[۲۲] پژوهش مدا و همکاران۲۰۲۱ نشـان می‌دهد که افزایش نرخ بـی‌کاری با نرخ بالاتر مرگ و میر ناشی از خودکشی در مردان و همچنین مردان و زنان در سن کار مرتبط است.[۲۳] پژوهش میلر۲۰۱۵، بیانگر این است که اگر میزان حمایت‌هـای اجتماعی دریافتی نوجوانان از جانب مدرسـه، خانواده و دوسـتان کاهش یابد، احتمال اقدام به خودکشـی افزایش می‌یابد.[۲۴] مطالعات انجام شده نشان می‌دهد خودکشی ریشه در مساله‌های پیچده رفتاری، بیولوژیک، اجتماعی، روان‌شناختی و اثرات متقابل آن‌ها دارد.[۲۲] پژوهش حاضر با اسـتفاده از روش اسـنادی مبتنی بر تحلیل ثانویه به‌دنبال تحلیل جامعه‌شـناختی اقدام به خودکشـی در لرستان بر اساس آمار سـال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ می‌باشد. با توجه به آنچه بیان شد، سوال اصلـی پژوهش حاضر این اسـت کـه وضعیت اقدام به خودکشـی در لرستان چگونه است؟

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه کمی از نوع کاربردی اسـت که به تحلیل جامعه‌شـناختی اقدام به خودکشی در استان لرستان از سـال۱۳۹۶ تا۱۴۰۰ پرداخته است. با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش، از روش تحقیق توصیفی و اسـنادی و مبتنی بر تحلیل ثانویه بهره گرفته شـد و به‌منظورجمع‌آوری اطلاعات، از اسـناد موجود در دانشگاه علوم پزشکی لرستان و پزشکی قانونی لرستان اسـتفاده شده است. این اسناد شامل گزارش‌ها و آمارهای مربوط به افراد اقدام‌کننده به خودکشی در این بازه زمانی است. واحد تحلیل در این پژوهش، فرد است.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

جمع‌آوری داده‌ها: به‌منظور اجرای پژوهش از واحد معاونت پیشگیری بهزیستی لرستان معرفی‌نامه برای دانشگاه علوم پزشکی لرستان و پزشکی قانونی لرستان اخذ گردید. با دریافت مجوز، دسترسی به آمار و اطلاعات اقدام‌کنندگان به خودکشی در سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ به‌دست آمد.

سنجه‌های ورود و خروج

ورود: شامل اسنادی است که به ویژگی‌های افراد اقدام‌کننده به خودکشی در استان لرستان بین سال های ۱۳۹۶ تا۱۴۰۰ اختصاص دارند. این اسناد باید حاوی گزارش‌ها، آمار، و اطلاعات دقیق و مستندی باشند که بتوانند به تحلیل جامع و دقیق انگیزه‌های اقدام به خودکشی کمک کنند.

خروج: هرگونه سندی که به‌طور مستقیم به ویژگی‌های افراد اقدام‌کننده به خودکشی در استان لرستان مرتبط نباشد یا خارج از بازه زمانی۱۳۹۶ تا۱۴۰۰ تهیه شده باشد. این دسته از اسناد به‌دلیل ناتوانی در نشان دادن داده‌های معتبر برای تحلیل انگیزه‌های اقدام به خودکشی، از پژوهش کنار گذاشته شدند.

ابزارهای پژوهش: داده‌های این پژوهش از منابع معتبر و اسناد موجود در دانشگاه علوم پزشکی لرستان و پزشکی قانونی لرستان جمع‌آوری شده‌اند. در مرحله توصیف، برای نشان دادن داده‌ها به‌صورت واضح و قابل فهم از جداول توزیع فراوانی استفاده شده است که به شناسایی الگوها و روندهای موجود در داده‌ها کمک می‌کند و تصویری کلی از وضعیت اقدام به خودکشی در استان لرستان را نشان می‌دهد. سپس، در مرحله تحلیل، با بهره گیری از نظریه‌های جامعه‌شناختی، داده‌ها تحلیل و تبیین شده‌اند. در نهایت، بر اساس نتایج تحلیل، راهکارهایی برای کاهش آمار خودکشی ارائه شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی با استفاده از تحلیل فراوانی، میانگین، فراوانی تجمعی و... ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد اقدام‌کننده به خودکشی مورد بررسی قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی: در این پژوهش، اصول اخلاقی به‌طور اساسی رعایت شده است. اصل امانت داری در این پژوهش مورد توجه قرار گرفت.

یافته‌ها

اقدام به خودکشی به تفکیک سال: جدول شماره یک، توزیع فراوانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی بر حسب سال را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول بیشترین میزان اقدام به خودکشی مربوط به سال ۱۳۹۹ و کمترین اقدام به خودکشی مربوط به سال ۱۳۹۷ بوده است.

اقدام به خودکشی به تفکیک شهرستان: نتایج جدول شماره دو میزان اقدام به خودکشی در میان شهرستان‌های استان لرستان طی سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ را نشان می‌دهد. با توجه به آمارهای موجود می‌توان اظهار نمود میانگین میزان اقدام به خودکشی برای نمونه کل برابر با شش ممیز بیست و نه و میانه آن پنج می‌باشد. کمترین میزان اقدام به خودکشی مربوط به شهرستان سپیددشت و بیشترین میزان اقدام به خودکشی مربوط به شهرستان خرم آباد بوده است.

سن: جدول شماره سه، سن اقدام به خودکشی را به تفکیک شهرستان‌های استان لرستان نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول می‌توان اظهار نمود که بیشترین میزان اقدام به خودکشی در شهرستان‌ها مربوط به گروه سنی پانزده تا بیست و چهار سال بوده است و در شهرستان خرم آباد بالاترین میزان اقدام به خودکشی مربوط به گروه سنی بیست و پنج تا سی و پنج سال رخ داده است. کمترین میزان اقدام به خودکشی در همه شهرستان‌ها مربوط به گروه سنی شصت و پنج سال به بالا بوده است و تنها در شهرستان رومشکان مربوط به گروه سنی پنجاه و پنج تا شصت و چهار سال بوده است.

جنس: جدول شماره چهار جنسیت اقدام‌کنندگان به خودکشی را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول می‌توان اظهار نمود که در کل پنجاه و پنج ممیز دو دهم درصد از افراد اقدام‌کننده به خودکشی زن وچهل و چهار ممیز هشت دهم درصد مرد بوده‌اند.

تاهل: جدول شماره پنج وضعیت تاهل افراد اقدام‌کننده به خودکشی را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول در کل

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

جدول(۳) سن اقدام به خودکشی به تفکیک شهرستان

سن		ازنا	الیگودرز	بروجرد	پلدختر	خرم آباد	درود	دوره	دلفان	رومشکان	سپیددشت	سلسله	کوهدشت
≤ ۱۴	فراوانی	۱۵	۱۷	۳۴۸	۱۹	۱۱۴	۳۷	۲۱	۱۲	۶۶	۷	۳۵	۸۸
	درصد	۳/۷	۲/۰	۱۱/۶	۳/۴	۱/۷	۲/۸	۹/۲	۱/۹	۳/۳	۳۵/۰	۴/۱	۳/۳
۱۵تا ۲۴	فراوانی	۲۱۰	۴۱۰	۱۱۳۰	۲۵۱	۱۷۶۴	۶۳۱	۸۴	۳۴۰	۹۵۵	۹	۳۸۳	۱۴۱۷
	درصد	۵۱/۲	۴۷/۳	۳۷/۷	۴۵/۵	۲۶/۶	۴۸/۵	۳۶/۷	۵۲/۵	۴۷/۸	۴۵/۰	۴۵/۵	۵۳/۹
۲۵تا ۳۵	فراوانی	۱۵۸	۲۷۰	۷۲۶	۱۶۶	۲۴۹۸	۳۷۰	۵۰	۲۰۵	۶۳۶	۳	۲۸۴	۷۱۵
	درصد	۳۸/۵	۳۱/۱	۲۴/۲	۳۰/۱	۳۸/۱	۲۸/۵	۲۱/۸	۳۱/۶	۳۱/۹	۱۵/۰	۳۳/۰	۲۷/۲
۳۵تا ۴۴	فراوانی	۱۶	۱۲۲	۳۷۸	۸۳	۱۳۶۸	۱۷۲	۳۵	۵۹	۲۶۲	-	۹۵	۲۷۰
	درصد	۳/۹	۱۴/۱	۱۲/۶	۱۵/۰	۲۰/۸	۱۳/۲	۱۵/۳	۹/۱	۱۳/۱		۱۱/۰	۱۰/۳
۴۵تا ۵۴	فراوانی	۶	۳۵	۲۱۳	۲۱	۴۱۳	۵۵	۱۹	۲۰	۵۴	-	۳۶	۵۴
	درصد	۱/۵	۴/۰	۷/۱	۳/۸	۶/۳	۴/۲	۸/۳	۳/۱	۲/۷		۴/۲	۲/۱
۵۵تا ۶۴	فراوانی	۳	۸	۹۰	۵	۳۷۳	۲۹	۱۲	۳	۸	۱	۱۶	-
	درصد	۰/۷	۰/۹	۳/۰	۰/۹	۵/۷	۲/۲	۵/۲	۰/۵	۰/۴	۵/۰	۱/۹	
۶۵ ≤	فراوانی	۲	۳	۳۰	۷	۱۵	۴	۵	۵	۱۰	-	۱۱	۲۳
	درصد	۰/۵	۰/۳	۱/۰	۱/۳	۰/۲	۰/۳	۲/۲	۰/۸	۰/۵		۱/۳	۰/۹
؟	فراوانی	۲	۲	۸۴	-	۳۶	۲	۳	۴	۵	-	۸۶۰	۵۲
	درصد	۰/۵	۰/۲	۲/۸		۰/۵	۰/۲	۱/۳	۰/۶	۰/۳		۱۰۰/۰	۲/۰
جمع	جمع	۴۱۰	۸۶۷	۲۹۹۹	۵۵۲	۶۵۶۳	۱۳۰۰	۲۲۹	۶۴۸	۱۹۹۶	۲۰	۸۶۰	۲۶۳۰
	درصد	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

جدول(۲) میزان اقدام به خودکشی به تفکیک شهرستان

شهرستان	تعداد اقدام به خودکشی	فراوانی	درصد فراوانی
خرم آباد	۶۵۶۳	۳۴/۴	۳۴/۴
بروجرد	۲۹۹۹	۱۵/۷	۱۵/۷
کوهدشت	۲۶۳۰	۱۳/۸	۱۳/۸
رومشکان	۱۹۹۶	۱۰/۵	۱۰/۵
سلسله	۸۶۰	۴/۵	۴/۵
درود	۱۳۰۰	۶/۸	۶/۸
پلدختر	۵۵۲	۲/۹	۲/۹
الیگودرز	۸۶۷	۴/۵	۴/۵
ازنا	۴۱۰	۱/۲	۱/۲
دوره	۲۲۹	۱/۲	۱/۲
دلفان	۶۴۸	۳/۴	۳/۴
سپیددشت	۲۰	۰/۱	۰/۱
جمع کل	۱۹۰۷۴	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

میانگین= ۶/۲۹ ، میانه=۵/۰۰،
انحراف معیار=۳/۲۰۲

جدول(۱) توزیع فراوانی افراد اقدام کننده به خودکشی برحسب سال

سال	فراوانی	درصد فراوانی
۱۳۹۶	۳۲۳۰	۱۶/۹
۱۳۹۷	۲۰۳۷	۱۰/۷
۱۳۹۸	۴۶۴۷	۲۴/۴
۱۳۹۹	۵۰۳۴	۲۶/۴
۱۴۰۰	۴۱۲۶	۲۱/۶
کل	۱۹۰۷۴	۱۰۰/۰

جدول(٤) توزیع فراوانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی بر حسب جنسیت

شهرستان	زن		مرد	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
ازنا	۳۲۴	۷۹/۰	۸۶	۲۱/۰
الیگودرز	۴۵۲	۵۲/۱	۴۱۵	۴۷/۱
بروجرد	۱۴۳۸	۴۷/۹	۱۵۶۱	۵۲/۱
پلدختر	۳۴۴	۶۲/۳	۲۰۸	۳۷/۷
خرم آباد	۳۵۶۰	۵۴/۲	۳۰۰۳	۴۵/۸
درود	۷۲۱	۵۵/۵	۵۷۹	۴۴/۵
دوره	۱۵۶	۶۸/۱	۷۳	۳۱/۹
دلفان	۳۷۲	۵۷/۴	۲۷۶	۴۲/۶
رومشکان	۱۲۱۹	۶۱/۱	۷۷۷	۳۸/۹
سپیددشت	۱۳	۶۵/۰	۷	۳۵/۰
سلسله	۴۴۵	۵۱/۷	۴۱۵	۴۸/۳
کوهدشت	۱۴۷۸	۵۶/۲	۱۱۵۲	۴۳/۸
کل	۱۰۵۲۲	۵۵/۲	۵۵۵۲	۴۴/۸

جدول(۵) توزیع فراوانی افراد اقدام کننده به خودکشی بر حسب تاهل

شهرستان	متاهل		مجرد		مطلقه		بیوه		نامشخص	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
ازنا	۲۴۱	۵۸/۸	۱۵۵	۳۷/۸	-	-	۲	۰/۵	۱۲	۲/۹
الیگودرز	۳۵۳	۴۰/۷	۴۹۳	۵۶/۹	۱	۰/۱	۱۴	۱/۶	۱۴	۱/۶
بروجرد	۱۴۲۶	۴۷/۷	۱۴۵۱	۴۸/۴	۷	۰/۲	۴۱	۱/۴	۷۴	۲/۵
پلدختر	۲۹۰	۵۲/۵	۲۵۹	۴۶/۹	۲	۰/۴	۱	۰/۲	-	-
خرم آباد	۲۵۹۶	۳۹/۶	۳۷۳۹	۵۷/۰	۱۰۱	۱/۵	۷۰	۱/۱	۵۷	۰/۹
درود	۴۶۶	۳۵/۸	۸۲۰	۶۳/۱	۴	۰/۳	۱۰	۰/۸		
دوره	۱۰۹	۴۷/۶	۱۰۳	۴۵/۰	۵	۲/۲	۲	۰/۹	۱۰	۴/۴
دلفان	۳۴۴	۵۳/۱	۲۰۲	۳۱/۲	۱۰۲	۱۵/۷	-	-	-	-
رومشکان	۱۱۰۱	۵۵/۲	۸۷۹	۴۴/۰	۱۰	۰/۵	۶	۰/۳	-	-
سپیددشت	۱۰	۵۰/۰	۱۰	۵۰/۰	-	-	-	-	-	-
سلسله	۳۷۷	۴۳/۸	۴۷۲	۵۴/۹	۱	۰/۱	۴	۰/۵	۶	۰/۷
کوهدشت	۱۲۳۸	۴۷/۱	۱۳۲۶	۵۰/۴	۳	۰/۱	۲۵	۱/۰	۳۸	۱/۴
کل	۸۵۵۱	۴۴/۸	۹۹۰۹	۵۲/۹	۲۳۶	۱/۲	۱۷۵	۰/۹	۲۰۳	۱/۱

جدول(۶) توزیع فراوانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی بر حسب وضعیت اشتغال

وضعیت اشتغال	فراوانی	درصد فراوانی
بی‌کار	۳۹۳۹	۲۰/۷
خانه‌دار	۵۳۵۷	۲۸/۱
دانش‌آموز	۳۲۲۶	۱۸/۵
دانشجو	۱۱۶۳	۶/۱
آزاد	۲۳۲۹	۱۲/۲
کارگر	۳۶۶	۱/۹
کشاورز	۲۱۹	۱/۱
دامدار	۱۸۳	۱/۰
سایر	۳۳۹	۱/۸
نامشخص	۱۴۹۵	۷/۸
کل	۱۸۹۱۶	۹۹/۲
بی پاسخ	۱۵۸	۰/۸
کل	۱۹۰۷۴	۱۰۰/۰

جدول(۷) توزیع فراوانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی بر حسب محل سکونت

محل سکونت	فراوانی	درصد فراوانی
شهر	۱۳۶۵۴	۷۱/۰۶
روستا	۵۰۰۴	۲۶/۲
نامشخص	۴۱۶	۲/۲
کل	۱۹۰۷۴	۱۰۰/۰

جدول(۸) توزیع فراوانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی برحسب تحصیلات

تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
بی‌سواد	۵۸۵	۳/۱
ابتدایی	۱۱۵۴	۶/۱
راهنمایی	۳۰۳۶	۱۵/۹
دیپلم	۴۳۵۸	۲۲/۸
لیسانس	۶۲۹۹	۳۳/۰
فوق‌لیسانس	۱۸۶۶	۹/۸
دکتری	۲۱۳	۱/۱
نامشخص	۱۵۶۳	۸/۲
کل	۱۹۰۷۴	۱۰۰/۰

چهل و چهار ممیز هشت دهم درصد از افراد متاهل، پنجاه و دو درصد از افراد مجرد، یک ممیز دو دهم درصد از افراد مطلقه ، صفر ممیز نه دهم درصداز افراد بیوه و وضعیت تاهل یک ممیز یک دهم درصد از افراد اقدام‌کننده به خودکشی نامشخص بوده است.

وضعیت اشتغال: جدول شماره شش توزیع فراوانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی بر حسب وضعیت اشتغال را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول بیشترین درصد را افراد بی‌کار، خانه دار و دانش‌آموز به خود اختصاص می‌دادند.

محل سکونت: جدول شماره هفت توزیع فراوانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی بر حسب محل سکونت را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، محل سکونت هفتاد و یک ممیز شش دهم درصد از افراد شهر و بیست و شش ممیز دو دهم درصد روستا بوده است.

تحصیلات: جدول شماره هشت توزیع فراوانی افراد بر حسب تحصیلات را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، بیشترین درصد افراد اقدام‌کننده به خودکشی در بین افراد با تحصیلات لیسانس بوده است.

پی‌آمد

در دو دهه گذشته خودکشی در استان لرستان به‌صورت یک مساله اجتماعی مطرح بوده و آمار و گزارش‌های رسمی

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

حاکی از این است که در سال‌های اخیر نرخ خودکشی در استان لرستان افزایش یافته و باعث نگرانی نخبگان، دغدغه‌مندان اجتماعی، افکار عمومی و برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران حوزه اجتماعی و فرهنگی شده است. پژوهش حاضر با استفاده از روش اسنادی و مبتنی بر تحلیل ثانویه به‌دنبال تحلیل جامعه‌شناختی اقدام به خودکشی در استان لرستان بر اساس آمار سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین میزان اقدام به خودکشی ب مربوط به سال و کمترین اقدام به خودکشی مربوط به سال ۱۳۹۷ بوده است. بیشترین اقدام به خودکشی به تفکیک شهرستان مربوط به شهرستان خرم آباد و شهرستان سپیددشت کمترین اقدام به خودکشی را داشته است. گروه سنی پانزده تا بیست و چهار سال بیشترین میزان اقدام به خودکشی و گروه سنی پنجاه و پنج تا شصت و چهار سال کمترین میزان اقدام به خودکشی را انجام داده‌اند. و همچنین بیشتر افراد اقدام‌کننده به خودکشی زن بوده‌اند. از جمله موضوعات مرتبط با خودکشی در سطح استان لرستان، موضوعات و مساله‌های اقتصادی می‌باشد که به‌خصوص در میان جوانان و سرپرست خانواده‌ها بیشتر شایع است. موضوعات و مساله‌های اقتصادی علاوه بر این‌که در موارد خاصی به‌عنوان انگیزه مستقیم و مرتبط با خودکشی در بین افراد مطرح است، در اکثریت موارد از فقر و نداری، بی‌کاری و مشاغل سخت و کم درآمد و ناتوانی در اداره امور زندگی به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز تعیین کننده مرتبط با خودکشی می‌توان یاد کرد. استان لرستان طی سه دهه گذشته، از نظر سطوح توسعه یافتگی یکی از محرومترین استان‌های کشور با میزان خودکشی بالا بوده است. آمارهای بی‌کاری در لرستان در سنوات گذشته نشان‌دهنده این است که وضع اشتغال و به طبع آن وضعیت سرمایه‌گذاری اقتصادی در این استان مطلوب نیست. تقریبا در همه پژوهش‌های اجتماعی انجام شده در کشور از لرستان با عنوان استانی توسعه نیافته و کمتر برخوردار یاد می‌شود. همچنین بر اساس گزارش‌های مرکز آمار ایران، بیشترین آمار بی‌کاری در تابستان سال ۱۴۰۲ در استان‌های سیستان با دوازده ممیز پنج دهم درصد هرمزگان با یازده ممیز پنج دهم درصد و لرستان با یازده ممیز یک دهم درصد، گزارش شده است.[۲۵] تحولات ناشی از زمان جنگ به‌دلیل نزدیکی لرستان به مرزهای غربی و استان خوزستان، تا سال‌ها بر این منطقه تاثیر گذاشته و درحالی‌که لرستان دومین استان متاثر از جنگ هشت ساله معرفی شد اما در دهه‌های گذشته در عمل حرکت چندانی برای جبران عقب ماندگی‌های این منطقه به‌صورت متمرکز و مستمر انجام نگرفته است. در نتیجه می‌توان گفت که فقر و فقدان درآمد یکی از زمینه‌های اصلی پدیده خودکشی در استان لرستان محسوب می‌شود. فقر موجب احساس نابرابری نسبت به دیگران، روحیه تضعیف، حقارت و در نهایت خودکشی افراد می‌شود. بافت فرهنگی و اجتماعی در استان لرستان به گونه‌ای است که بیشتر با مختصات طایفه‌گرایی و جمع‌گرایی پیوند خورده است. در این بین جوانان و زنان، باورها، انتظارات، نگرش‌ها و جهتگیری‌های ارزشی متفاوتی دارند که با جهتگیری‌های بزرگترها چندان همخوانی ندارد و این امر موجب اختلاف و چالش و نبود درک متقابل آنان از یکدیگر در موضوعات مختلف زندگی به‌خصوص در بحث انتخاب همسر می‌شود. در این بافت فرهنگی، هویت فردی تعریف نشده است و این وضعیت موجب ناتوانی فرد در تغییر شرایط پیشرو و ناکامی و شکست، افسردگی، محرومیت و تحقیر و طرد اجتماعی می‌شود که در نتیجه منتج به خودکشی افراد می‌گردد.

آزار و آسیب جسمی و روحی زنان، کم‌توجهی مردان نسبت به نیازهای عاطفی زنان و فرهنگ مرد سالاری اقتدارگرایانه و خشونت خانگی مردان علیه زنان از دیگر دلایل مرتبط با خودکشی در استان لرستان محسوب می‌شود. خصوصیات شخصی از جمله عزت نفس پایین، درماندگی، تکانشگری، پرخاشگری، افسردگی و مصرف مواد از جمله عوامل فردی مرتبط با خودکشی‌اند. این عوامل تاثیر خود را بر روی خودکشی به راه‌های گوناگونی اعمال می‌کنند، از جمله این راه‌هایی بالابردن خطرات ابتلا به مشکلات روان‌شناختی و آسیب‌های روانپزشکی است. به‌صورت کلی، می‌توان گفت خودکشی پدیده‌ای درهم تنیده در مجموعه‌ای از عوامل متعامل و قابل تبیین است. هرگونه تبیین تک علیتی از آن گویای درستی از ماهیت چندوجهی آن نخواهد بود. تبیین‌ها و مطالعات موجود بیانگر این است که خودکشی از جمله مساله‌های اجتماعی لرستان است که در بروز آن عوامل متعددی مانند عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و همچنین عوامل فردی دخیل‌اند.

تحلیل وضعیت اطلس خودکشی در استان لرستان ، نشان می‌دهد که افزایش فقر و بی‌کاری در جامعه لرستان، فشار هنجاری

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

مردسالارانه، خشونت‌های خانگی، ازدواج اجباری، پدیدار شدن تغییرات ارزش‌ها و باورهای فرهنگی و خرده فرهنگ‌ها و افزایش تنش‌ها و تعارضات بین‌نسلی، تعارضات و نابه‌سامانی‌ها و مشاجرات خانوادگی و فقدان حمایت اجتماعی با خودکشی در لرستان ارتباط تنگاتنگی دارد.[۲۶]

راه‌بست‌ها: این مطالعه به بررسی اقدام به خودکشی در استان لرستان در سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ پرداخته است. کمبود اطلاعات دقیق درباره سوابق و انگیزه‌های اقدام‌کنندگان به خودکشی، تحلیل‌های جامعه‌شناختی را دشوار می‌کند. همچنین دسترسی سخت به داده‌های معتبر و جامع درباره اقدام به خوکشی یکی دیگر از مشکلات و محدویت‌های این پژوهش بود.

پیشنهادها: برای کاهش خودکشی در استان لرستان و کاهش اثرات عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و فردی مرتبط با این پدیده، می‌توان اقدامات پیشرو را درنظر گرفت. ایجاد فرصت‌های شغلی و کاهش بی‌کاری: با توجه به وضعیت نامناسب اشتغال در استان و تاثیرات آن بر سلامت روانی افراد، ایجاد فرصت‌های شغلی پایدار و مناسب، به‌ویژه برای جوانان و سرپرستان خانوار، می‌تواند از فشارهای اقتصادی و روانی که به خودکشی دامن می‌زند، بکاهد. دولت و مجموعه حاکمیت می‌بایست از طریق مشوق‌های اقتصادی و جذب سرمایه‌گذاری در صنایع محلی و مشاغل پایدار، بی‌کاری را کاهش دهد. تقویت شبکه‌های حمایت اجتماعی: ایجاد و تقویت شبکه‌های حمایتی برای افراد نیازمند، به‌ویژه در روستاها و مناطق محروم، می‌تواند به افراد کمک کند تا در مواجهه با مشکلات اقتصادی و اجتماعی، احساس تنهایی و ناکامی نکنند. برنامه‌های مشاوره‌ای و حمایت‌های روان‌شناختی می‌توانند به کاهش احساس ناتوانی و یاس کمک کنند. آموزش و ترویج مهارت‌های زندگی: برنامه‌های آموزشی برای جوانان و خانواده‌ها، به‌ویژه در زمینه مهارت‌های ارتباطی، حل تعارضات و مدیریت بحران‌های عاطفی و روانی، می‌تواند به کاهش مشکلات خانوادگی و تنش‌های بین نسلی کمک کند. همچنین، بهبود مهارت‌های فردی مانند عزت نفس و کنترل هیجانات می‌تواند از بروز مشکلات روانی پیشگیری کند. ترویج فرهنگ برابری جنسیتی و مقابله با خشونت خانگی: آموزش‌های فرهنگی و اجتماعی برای تغییر نگرش‌ها و باورهای مردسالارانه، حمایت از زنان و مقابله با خشونت خانگی می‌تواند به کاهش فشارهای اجتماعی و روانی بر زنان کمک کند و محیطی امنتر برای آنان فراهم آورد. ارتقای خدمات بهداشت روانی: گسترش دسترسی به خدمات روانشناسی و مشاوره برای گروه‌های مختلف جامعه، به‌ویژه جوانان و افراد در معرض خطر، می‌تواند به کاهش افسردگی، اضطراب و دیگر مشکلات روانی که می‌توانند به خودکشی منجر شوند، کمک کند. توجه به مشکلات فرهنگی و اجتماعی خاص: توجه ویژه به مساله‌های فرهنگی و اجتماعی که باعث افزایش فشارهای روانی و اجتماعی در استان می‌شود، مانند ازدواج اجباری و تعارضات فرهنگی میان نسل‌ها، از طریق اصلاح نگرش‌ها و تغییرات اجتماعی می‌تواند تاثیر مثبتی در کاهش خودکشی داشته باشد. این اقدامات باید به‌طور یکپارچه و هماهنگ اجرا شوند تا بتوانند اثرات مطلوب خود را در کاهش خودکشی در استان لرستان داشته باشند.

سپاسگزاری: از همکاری مسوولین دانشگاه علوم پزشکی لرستان، پزشکی قانونی لرستان و معاونت پیشگیری بهزیستی لرستان جهت در اختیار گذاشتن آمارهای مربوط به اقدام به خودکشی در استان لرستان، تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

تضاد منافع: نویسندگان گواهی می‌کنند که هیچ نوع تضاد منافعی چه نویسندگان با یکدیگر و چه با افرادی خارج از تیم نویسندگان و چه با سازمان‌ها و... وجود ندارد.

سال پژوهش: پژوهش در سال ۱۴۰۳ انجام گرفته است.

منابع

References:

1. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. Nature reviews Disease primers. 2019;5(1):74. https://DOI.org/10.1038/s41572-019-0121-0

2. Ghahremani S, Ahmadian Vargahan F, Khanjani S, Farahani H, Fathali Lavasani F. Psychometric

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

properties of the mental health and social inadaptation assessment in Iranian adolescents. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2022;28(1):106-121 https://ijpcp.iums.ac.ir/browse.php?a_id=3292&sid=1&slc_lang=en&html=1

3. Wang H, Zhu R, Tian S, Zhang S, Dai Z, Shao J, et al. Dynamic connectivity alterations in anterior cingulate cortex associated with suicide attempts in bipolar disorders with a current major depressive episode. Journal of Psychiatric Research. 2022;149:307-14. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.03.010 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35325759/

4. Fossi LD, Debien C, Demarty A-L, Vaiva G, Messiah A. Loss to follow-up in a population-wide brief contact intervention to prevent suicide attempts-The VigilanS program, France. PLoS one. 2022;17(3):e0263379. https://DOI.org/10.1371/journal.pone.0263379

5. Otsuka I, Uchiyama S, Shirai T, Liu X, Takahashi M, Kamatani Y, et al. Increased somatic mosaicism in autosomal and X chromosomes for suicide death. Molecular Psychiatry. 2024:1-8. https://DOI.org/10.1038/s41380-024-02718-y

6. Shakiba S, Ghaderzadeh O, Moghadam VM. Women in Iranian Kurdistan: Patriarchy and the quest for empowerment. Gender & Society. 2021;35(4):616-42. https://DOI.org/10.1177/08912432211029205

7. Lee W, Kang C, Park C, Bell ML, Armstrong B, Roye D, et al. Association of holidays and the day of the week with suicide risk: multicounty, two stage, time series study. bmj. 2024;387. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj-2024-077262

8. Tenso K, Strombotne K, Garrido MM, Lum J, Pizer S. Virtual mental health care and suicide-related events. JAMA Network Open. 2024;7(11):e2443054-e. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2024.43054 https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2825640

9. Pirkis J, Dandona R, Silverman M, Khan M, Hawton K. Preventing suicide: A public health approach to a global problem. The Lancet Public Health. 2024;9(10):e787-e95. DOI: 10.1016/S2468-2667(24)00149-X https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39265611/

10. Doost Mohammadi F, Rezaeian M. The steps to develop a comprehensive suicide prevention strategy: A narrative review. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2020;18(11):1155-82. [Persian] https://journal.rums.ac.ir/article-1-4777-en.html

11. Doost Mohammadi F, Rezaeian M. Epidemiology and strategies for coping with novel coronavirus disease (COVID-19): A narrative review. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2021;20(5):571-96. [Persian] URL: https://journal.rums.ac.ir/article-1-5541-en.html

12. Bayani F. Scientific imperialism: Economics imperialism against sociology in Iran. Mediterranean Journal os Social Sciences. 2023;14. [Persian] DOI :10.22061/orj.2023.1859 https://orj.sru.ac.ir/article_1859.html

13. Ashayeri T, Adel H. Studying the effect of social capital on suicidal tendencies. Quarterly Journal of Social Sciences. 2023;30(100):P175-219. [Persian] https://DOI.org/10.22054/qjss.2024.74629.2663 https://qjss.atu.ac.ir/article_17173.html

14. Bahrami A, Danesh P, Mohammadi Z. Study of bases for suicide attempts among young people in Varamin City. Quarterly Journal of Social Sciences. 2023;30(100):P221-58. [Persian] https://DOI.org/10.22054/qjss.2023.75891.2694 https://qjss.atu.ac.ir/article_16717.html

15. Hossein Ali I, Kalantari K, Esmaeili AA. Statistical study of suicide in Golestan Province during 2019-2020. Comparative Criminal Jurisprudence. 2022;2(2):115-24. [Persian]10.22034/jccj.2022.368437.1121 https://www.jccj.ir/article_164915.html

16. Sayehmiri K, Mozafari AA, Valizadeh R, Yadeghari N, Rostamkhani M, Khorshidi A, et al. Rate and causes of suicide in Ilam: A report of the suicide registry. Iranian Journal of Psychiatry. 2022;17(3):312. [Persian] http://newresearch.medilam.ac.ir/article-1-473-fa.html

17. Zare Shahabadi A, Shafiee Nejad M, Madahi J. Suicidal behavior among women of Abdanan: Mo-

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

tivations and conditions. Woman in Development & Politics. 2017;15(3):427-46. [Persian] https://DOI.org/10.22059/jwdp.2017.229631.1007164 https://jwdp.ut.ac.ir/article_63333.html

18. Haghparast-Bidgoli H, Rinaldi G, Shahnavazi H, Bouraghi H, Kiadaliri AA. Socio-demographic and economics factors associated with suicide mortality in Iran, 2001–2010: Application of a decomposition model. International Journal for Equity in Health. 2018;17:1-7. DOI: 10.1186/s12939-018-0794-0 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29898724/

19. Maheen H, Haregu T, Armstrong G. Suicidal behavior of Australian males, from an ethnicity perspective. Archives of Suicide Research. 2024:1-17. DOI: 10.1080/13811118.2024.2342912 https://www.tandfonline.com/DOI/full/10.1080/13811118.2024.2342912

20. Richardson C, Robb KA, McManus S, O'Connor RC. Psychosocial factors that distinguish between men and women who have suicidal thoughts and attempt suicide: Findings from a national probability sample of adults. Psychological Medicine. 2023;53(7):3133-41. DOI: 10.1017/S0033291721005195 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35012702/

21. Neiva-Silva L, Gomes J, Goulart-Peres T, Demenech L, Paludo S, Carvalho F, et al. Street scars: Suicide ideation and suicide attempt among street-involved adolescents and youth in Southern Brazil. Child Abuse & Neglect. 2023;139:105490. DOI: 10.1016/j.chiabu.2022.105490 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35086723/

22. Guaiana G, D'Avanzo B, Barbui C. Update of suicide trends in Italy from 1986 to 1996. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2002;37:267-70. DOI: 10.1007/s001270200018 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12111031/

23. Meda N, Miola A, Slongo I, Zordan MA, Sambataro F. The impact of macroeconomic factors on suicide in 175 countries over 27 years. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2022;52(1):49-58. DOI: 10.1111/sltb.12773 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34032310/

24. Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. Journal of Adolescent Health. 2015;56(3):286-92. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.265 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25561384/

25. Krafft C, Assaad R, Cheung R. Introducing the Sudan labor market panel survey 2022. Demographic Research.2024;51:81-106. DOI:10.4054/DemRes.2024.51.4 https://www.demographic-research.org/articles/volume/51/4

26. Naghdi A, Roshanpour A, Kordalivand S. Causes and etiology of suicide in Lorestan province. Scientific Conference on Suicide Prevention. 2024. [Persian]. https://en.civilica.com/doc/2116188/

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]