



2023

# DETERMINANTS OF SUICIDE

Marjan Fathi  
Health Psychology, phd

Postdoctoral researcher in suicidology, IUMS  
Member of IRSSP  
Representative of Iran in IASP

- خودکشی یک پدیده چند عاملی است.
- نقش تعاملی عوامل تابعی از ژنتیک، وضعیت روحی و جسمی، فرهنگ، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و تجربیات زیسته فرد است.
- پیشگیری از خودکشی با شناخت صحیح عوامل مؤثر بر فرد امکان پذیر است.
- الگوهای خودکشی در مناطق مختلف می تواند متفاوت باشد.
- روش های پیشگیری باید با توجه به عوامل خطر موجود انتخاب شوند.

- خودکشی یک عمل عمیقاً صمیمی، شخصی و در عین حال فردی ترین عمل است.
- در هسته خود، خودکشی همچنین یک پدیده اجتماعی است زیرا پیامد اختلال در روابط بین فرد و جامعه است.
- به عنوان یک مشکل، خودکشی برای قرن ها جامعه را به خود مشغول کرده است.

- شواهد فزاینده ای وجود دارد که عوامل اجتماعی، از جمله تحصیلات، وضعیت شغلی، سطح درآمد و ثروت، نقش مهمی در تعیین خطر خودکشی در کشورهای با درآمد بالا بازی می کنند (بلیکلی و همکاران، ۲۰۰۳). ترکیبی از عوامل باعث می شود که فردی به خودکشی فکر کند.

نگرش جامعه نسبت به خودکشی چگونه است؟

- نگرش‌ها نه تنها شامل احساس جامعه نسبت به کسانی است که خود را می‌کشند، بلکه اعضای خانواده‌ای را که پشت سر گذاشته‌اند نیز شامل می‌شود. اگرچه نظرسنجی‌ها نشان داده است که بسیاری از آمریکایی‌ها افراد خودکشی‌گرا را از نظر روانی آشفته می‌بینند، برخی گروه‌ها استدلال می‌کنند که خودکشی می‌تواند به عنوان یک رفتار منطقی تلقی شود.

## SUICIDE AS ESCAPE FROM SELF

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>, (APA PsycInfo Database Record (c) 2016 APA)

- خودکشی بر اساس انگیزه های فرار از خودآگاهی نفرت انگیز تحلیل می شود. زنجیره علی با رویدادهایی آغاز می شود که به شدت از استانداردها و انتظارات فاصله دارند. این شکستها به صورت درونی نسبت داده می شوند و خودآگاهی را دردناک می کند. آگاهی از نارسایی های خود باعث ایجاد عاطفه منفی می شود و بنابراین فرد تمایل دارد از خودآگاهی و عاطفه مرتبط فرار کند. فرد سعی می کند به حالت ساختارشکنی شناختی (تمرکز زمانی محدود، تفکر عینی، اهداف فوری یا نزدیک، سختی شناختی، و رد معنا) دست یابد که به جلوگیری از خودآگاهی معنادار و احساسات کمک می کند. حالت ساختارشکنی غیرعقلانی و عدم بازداری را به همراه دارد و اقدامات شدید را قابل قبول جلوه می دهد. خودکشی را می توان گامی نهایی در تلاش برای فرار از خود و دنیا دانست.

# THE ESCAPE THEORY OF SUICIDE AND PERFECTIONISM IN COLLEGE STUDENTS

[Paul J. Dean](#), [Lillian M. Range](#)

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481189608252790>, Pages 415-424 | Published online: 14 Aug 2007

یک مدل اولیه از نظریه فرار خودکشی در ۱۶۸ دانشجوی (۵۲ مرد، ۱۱۶ زن) مورد آزمایش قرار گرفت که معیارهای خودگزارشی خود گرا، دیگر گرا و کمال گرایی تجویز شده اجتماعی، استرس منفی زندگی، افسردگی، ناامیدی، اضطراب، دلایل زندگی و رفتارهای خودکشی را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل مسیر تنها اعتبار بخشی را برای مدل ارائه کرد و ۲۶ درصد از واریانس رفتارهای خودکشی را به خود اختصاص داد. هیچ یک از ابعاد سه گانه کمال گرایی به طور قابل توجهی هیچ گونه واریانس اضافی را در رفتارهای خودکشی بالاتر و فراتر از سایر متغیرهای مورد استفاده در مطالعه نشان نداد. کمال گرایی تجویز شده اجتماعی تنها بعد کمال گرایی بود که با رفتارهای خودکشی همبستگی دو متغیره آماری معنی داری نشان داد. تحلیل مسیر نشان داد که این همبستگی یک اثر غیرمستقیم از طریق دلایل زندگی است. افسردگی پیش بینی کننده بهتری برای رفتارهای خودکشی بود تا ناامیدی. شاید یکی از دلایل این نتایج مبهم، مقدار محدود تنوع در رفتارهای خودکشی در این نمونه غیر بالینی باشد.

# TESTING THE ESCAPE THEORY OF SUICIDE IN AN OUTPATIENT CLINICAL POPULATION

Paul Joseph Dean & Lillian M. Range

<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1018728606568#citeas>, 1999

• برای آزمایش تئوری فرار خودکشی باومایستر، ۱۳۲ بیمار سرپایی بالینی در دو مکان مختلف معیارهای رویدادهای زندگی، کمال گرایی چند بعدی، افسردگی، ناامیدی، دلایل زندگی، و افکار خودکشی را تکمیل کردند. یک مدل معادله ساختاری مسیرهای مهمی را از کمال گرایی تجویز شده اجتماعی به افسردگی، افسردگی به ناامیدی، ناامیدی به دلایل زندگی و افکار خودکشی و دلایل زندگی تا افکار خودکشی نشان داد. تجزیه و تحلیل مسیر نشان داد که مدل پیشنهادی دارای شاخص خوبی از برازش کلی قوی است. نتایج به شدت از نظریه فرار خودکشی در بیماران سرپایی حمایت می کند که ممکن است به طور خاص در برابر افکار خودکشی آسیب پذیر باشند، عمدتاً به دلیل روابط مورد انتظار افسردگی، ناامیدی، دلایل زندگی و افکار خودکشی.

# SUICIDE AS A PSYCHOLOGICAL PAIN

[Maria Cristina Verrocchio](#), [Danilo Carrozzino](#), [Daniela Marchetti](#), [Kate Andreasson](#), [Mario Fulcheri](#), and [Per Bech](#)

[Front Psychiatry](#). 2016; 7: 108. Published online 2016 Jun20. doi: [10.3389/fpsy.2016.00108](#). PMID: [27378956](#)

درد روانی یک عامل بالینی اصلی برای درک خودکشی است، هم در زمینه اختلالات خلقی و هم مستقل از افسردگی. متخصصان مراقبت های بهداشتی باید از خطر بالاتر خودکشی در بیمارانی که درد روانی را گزارش می کنند آگاه باشند. در این راستا، ارزیابی روانشناختی باید شامل ارزیابی بالینی درد روانی باشد تا سهم آن در تمایل به خودکشی را بیشتر تشخیص دهد.



# MENTAL PAIN AND SUICIDE: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

[Maria Cristina Verrocchio](#),\* [Danilo Carrozzino](#), [Daniela Marchetti](#), [Kate Andreasson](#), [Mario Fulcheri](#), and [Per Bech](#)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4913233/>

جستجوی اولیه ۱۴۵۰ استناد را شناسایی کرد. در مجموع ۴۲ گزارش پژوهشی معیارهای ورود از پیش تعریف شده را برآورده کردند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. مشخص شد که درد روانی حتی در غیاب اختلال روانی تشخیص داده شده، یک عامل پیش‌بینی‌کننده مهم خطر خودکشی است. به طور خاص، درد روانی عامل قوی‌تری برای آسیب‌پذیری افکار خودکشی نسبت به افسردگی است.

درد روانی یک عامل بالینی اصلی برای درک خودکشی است، هم در زمینه اختلالات خلقی و هم مستقل از افسردگی. متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید از خطر بالاتر خودکشی در بیمارانی که درد روانی را گزارش می‌کنند آگاه باشند. در این راستا، ارزیابی روانشناختی باید شامل ارزیابی بالینی درد روانی باشد تا سهم آن در تمایل به خودکشی را بیشتر تشخیص دهد.

# PSYCHOLOGICAL PAIN IN SUICIDALITY: A META-ANALYSIS

[Déborah Ducasse](#), [Ronald R Holden](#), [Laurent Boyer](#), [Sylvaine Artéro](#), [Raffaella Calati](#), [Sébastien Guillaume](#), [Philippe Courtet](#), [Emilie Olié](#)

2018 May/Jun;79(3):16r10732., doi: 10.4088/JCP.16r10732.

بسیار مطالعه وارد شدند. مقایسه‌ها شامل ۷۶۰ نفر با ۸۸۰۳ نفر بدون سابقه اقدام به خودکشی در طول عمر بود. ۳۴۴ نفر با ۳۵۷ بیمار بدون اقدام فعلی به خودکشی. ۲۶۲ بیمار با ۶۴ بیمار بدون سابقه افکار خودکشی در طول عمر. و ۵۵۱ نفر با ۷۳۸۳ نفر بدون افکار فعلی خودکشی. شدت درد روانی در هر دو آزمودنی با سابقه اقدام به خودکشی در طول زندگی و افراد با اقدام به خودکشی فعلی بیشتر بود (۱) (به ترتیب اندازه‌های اثر  $P = ۰.۷۲/۰$ ،  $P < ۰.۱۰-۲$  و  $P = ۰.۶۶/۰$ ،  $P < ۰.۱۰-۲$ ) و (۲) در هر دو آزمودنی با سابقه مادام‌العمر افکار خودکشی و افراد دارای افکار خودکشی فعلی در مقابل بدون (به ترتیب اندازه‌های اثر  $P = ۰.۱۴۹$ ،  $P = ۰.۰۱$  و  $P = ۰.۱۱۵$ ).  $P < ۱۰-2$ ) ارتباط بین درد روانشناختی و خودکشی حتی زمانی که سطح افسردگی بین آزمودنی‌ها متفاوت نبود، معنی‌دار بود.

سطوح بالاتر درد روانی با افکار و اعمال خودکشی مرتبط است. در نظر گرفتن درد روانی به عنوان هسته اصلی خودکشی برای تمرین بالینی روزانه و برای ترویج استراتژی‌های درمانی نوآورانه برای پیشگیری از خودکشی مهم است.

# THE BURDEN ATTRIBUTABLE TO MENTAL AND SUBSTANCE USE DISORDERS AS RISK FACTORS FOR SUICIDE: FINDINGS FROM THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2010

Alize J. Ferrari<sup>1,2\*</sup>, Rosana E. Norman<sup>1,3</sup>, Greg Freedman<sup>4</sup>, Amanda J. Baxter<sup>1,2</sup>, Jane E. Pirkis<sup>5</sup>, Meredith G. Harris<sup>1,2</sup>, Andrew Page<sup>6</sup>, Emily Carnahan<sup>4</sup>, Louisa Degenhardt<sup>5,7</sup>, Theo Vos<sup>1,4</sup>, Harvey A. Whiteford<sup>1,2</sup>

2014 Apr 2;9(4):e91936. doi: 10.1371/journal.pone.0091936. e Collection 2014

• اختلالات روانی و مصرف مواد مسئول ۲۲.۵ میلیون (۱۴.۸-۲۹.۸ میلیون) از ۳۶.۲ میلیون (۲۶.۵-۴۴.۳ میلیون) DALY اختصاص داده شده به خودکشی در سال ۲۰۱۰ بوده است. ۶۰.۸٪ و بی اشتهایی عصبی کمترین (۰.۲٪ - ۰.۰۲٪ - ۰.۵٪). DALY در طول عمر رخ داده است، با بیشترین نسبت در اروپای شرقی و آسیا، و مردان در سنین ۲۰ تا ۳۰ سال. گنجاندن DALY های خودکشی قابل انتساب می تواند بار کلی اختلالات روانی و مصرف مواد را (که در GBD 2010 به عنوان یک علت مستقیم به آنها اختصاص داده شده است) از ۷.۴٪ (۶.۲٪ - ۸.۶٪) به ۸.۳٪ (۷.۱٪ - ۹.۶٪) افزایش دهد. از DALY های جهانی، و رتبه جهانی را از ۵ به سومین علت بار تغییر می داد. نتیجه گیری: گرفتن بار خودکشی مربوط به اختلالات روانی و مصرف مواد امکان برآورد دقیق تری از بار را فراهم می کند. به مداخلاتی که برای جمعیت های مبتلا به اختلالات روانی و مصرف مواد یا در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی و مصرف مواد به عنوان یک راهبرد مؤثر برای پیشگیری از خودکشی، مورد توجه بیشتری قرار می گیرد.

# SUBSTANCE USE DISORDER AND RISK OF SUICIDAL IDEATION, SUICIDE ATTEMPT AND SUICIDE DEATH: A META-ANALYSIS

Journal of Public Health | Vol. 38, No. 3, pp. e 82–e 91 | doi:10.1093/pubmed/fdv148 | Advance Access Publication October 26, 2015

این متاآنالیز به ارتباط بین اختلال مصرف مواد (SUD) و پیامدهای خودکشی بر اساس شواهد فعلی پرداخت. روش‌ها ما PubMed، Web of Science و Scopus را تا می ۲۰۱۵ جست‌وجو کردیم. همچنین فهرست‌های مرجع مطالعات شامل و وبسایت Psycinfo را جست‌وجو کردیم. ما مطالعات مشاهده‌ای (کوهورت، مورد-شاهدی، مقطعی) را وارد کردیم که به ارتباط بین SUD و خودکشی پرداخته بود. نتایج مورد علاقه ما افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و مرگ خودکشی بود. برای هر پیامد، نسبت شانس (OR) یا نسبت ریسک (RR) را با فاصله اطمینان ۹۵٪ (CI) بر اساس مدل اثرات تصادفی محاسبه کردیم. نتایج ما در مجموع ۱۲۴۱۳ مرجع شناسایی کردیم و ۴۳ مطالعه را با ۸۷۰۹۶۷ شرکت‌کننده وارد کردیم. ارتباط معنی‌داری بین SUD و افکار خودکشی وجود داشت: ۹۵٪ OR 2.04 (فاصله اطمینان: ۱.۵۹، ۲.۵۰؛ ۱/۴ 88.8٪، ۱۶ مطالعه). اقدام به خودکشی ۹۵٪ OR 2.49 (فاصله اطمینان: ۲.۰۰، ۲.۹۸؛ ۱/۲ 94.3٪، 24 مطالعه) و مرگ خودکشی ۹۵٪ OR 1.49 (فاصله اطمینان: ۰.۹۷، ۲.۰۰؛ ۱/۴ 82.7٪، 7 مطالعه). نتیجه‌گیری بر اساس شواهد فعلی، ارتباط قوی بین SUD و پیامدهای خودکشی وجود دارد. با این حال، شواهد مبتنی بر مطالعات کوهورت آینده‌نگر بلندمدت محدود است و نیاز به بررسی بیشتر دارد. علاوه بر این، شواهد بیشتری برای ارزیابی و مقایسه ارتباط بین پیامدهای خودکشی و انواع مختلف داروهای غیرقانونی، رابطه دوز-پاسخ و نحوه استفاده از آنها مورد نیاز است.

## CLINICAL EXPERT SERIES THE COLLISION OF MENTAL HEALTH, SUBSTANCE USE DISORDER, AND SUICIDE

Forray, Ariadna MD; Yonkers, Kimberly A.

© 2021 by the American College of Obstetricians and Gynecologists. Published by Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved

خودکشی دهمین علت مرگ و میر است و در زنان، نزدیک به نیمی از مرگ‌های خودکشی در دوران باروری رخ می‌دهد. خودکشی با بیماری‌های روانپزشکی به ویژه اختلالات خلقی و اضطرابی مرتبط است. ناملايمات دوران کودکی، مانند آزار جسمی، عاطفی و جنسی و خشونت شریک جنسی، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. داشتن بیش از یک اختلال روانپزشکی یا اختلال مصرف مواد همراه نیز خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. اختلالات مصرف مواد می‌تواند عامل محرک اقدام به خودکشی در میان افرادی باشد که دارای شرایط روانپزشکی و افکار خودکشی هستند. زنان سه برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند، اگرچه کمتر احتمال دارد خودکشی کامل کنند. اگرچه میزان خودکشی در دوره پری ناتال کاهش می‌یابد، زنان باردار بیشتر از وسایل خشونت‌آمیز استفاده می‌کنند. زنانی که در دوره پری ناتال اقدام به خودکشی کامل می‌کنند نیز احتمال بیشتری دارد که جوان‌تر، متاهل باشند و دوره‌های افسردگی را تجربه کنند. برای بسیاری از زنان، تنها برخورد با سیستم پزشکی آنها ممکن است در کلینیک‌های مراقبت‌های بهداشتی باروری باشد. این بدان معنی است که متخصص زنان و زایمان آنها فرصتی منحصر به فرد برای رسیدگی به سلامت روان زنان و افزایش پیشگیری از خودکشی دارد. کالج آمریکایی زنان و زایمان غربالگری برای افسردگی را در میان زنان پری ناتال توصیه می‌کند. پزشکان باید بدانند که زنان مبتلا به افسردگی شدید پری ناتال در معرض افزایش خطر خودکشی هستند و زنانی که افکار خودکشی دارند نیاز به نظارت، ارزیابی و درمان دقیق دارند.

# CLINICAL EXPERT SERIES

## THE COLLISION OF MENTAL HEALTH, SUBSTANCE USE DISORDER, AND SUICIDE

**Forray, Ariadna MD; Yonkers, Kimberly A.**

**© 2021 by the American College of Obstetricians and Gynecologists. Published by Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved**

خودکشی دهمین علت مرگ و میر است و در زنان، نزدیک به نیمی از مرگ‌های خودکشی در دوران باروری رخ می‌دهد. خودکشی با بیماری‌های روانپزشکی به ویژه اختلالات خلقی و اضطرابی مرتبط است. ناملايمات دوران کودکی، مانند آزار جسمی، عاطفی و جنسی و خشونت شریک جنسی، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. داشتن بیش از یک اختلال روانپزشکی یا اختلال مصرف مواد همراه نیز خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. اختلالات مصرف مواد می‌تواند عامل محرک اقدام به خودکشی در میان افرادی باشد که دارای شرایط روانپزشکی و افکار خودکشی هستند. زنان سه برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند، اگرچه کمتر احتمال دارد خودکشی کامل کنند. اگرچه میزان خودکشی در دوره پری ناتال کاهش می‌یابد، زنان باردار بیشتر از وسایل خشونت‌آمیز استفاده می‌کنند. زنانی که در دوره پری ناتال اقدام به خودکشی کامل می‌کنند نیز احتمال بیشتری دارد که جوان‌تر، متاهل باشند و دوره‌های افسردگی را تجربه کنند. برای بسیاری از زنان، تنها برخورد با سیستم پزشکی آنها ممکن است در کلینیک‌های مراقبت‌های بهداشتی باروری باشد. این بدان معنی است که متخصص زنان و زایمان آنها فرصتی منحصر به فرد برای رسیدگی به سلامت روان زنان و افزایش پیشگیری از خودکشی دارد. کالج آمریکایی زنان و زایمان غربالگری برای افسردگی را در میان زنان پری ناتال توصیه می‌کند. پزشکان باید بدانند که زنان مبتلا به افسردگی شدید پری ناتال در معرض افزایش خطر خودکشی هستند و زنانی که افکار خودکشی دارند نیاز به نظارت، ارزیابی و درمان دقیق دارند.

PREVENTION OF SUICIDE AND REDUCTION OF SELF-HARM  
AMONG PEOPLE WITH SUBSTANCE USE DISORDER: A  
SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMISED  
CONTROLLED TRIALS, 2020

[PriankaPadmanathan<sup>a</sup>KatherineHall<sup>b</sup>PaulMoran<sup>a\\*</sup>HayleyE.Jones<sup>a</sup>DavidGunnell<sup>a\\*</sup>VictoriaCarlisle<sup>c</sup>AnnelLingford-Hughes<sup>d</sup>MatthewHickman<sup>a\\*</sup>](#)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X19300586#!>

افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد ( SUD) در مقایسه با جمعیت عمومی در معرض خطر بیشتری برای خودکشی قرار دارند. در سال های اخیر تعداد خودکشی های ناشی از مسمومیت دارویی در انگلستان و ولز افزایش یافته است. ما به دنبال شناسایی و ارزیابی تأثیر مداخلات برای جلوگیری از خودکشی یا کاهش آسیب به خود در میان افراد مبتلا به SUD بودیم. ما یک مرور سیستماتیک از کارآزمایی های تصادفی سازی و کنترل شده ( RCT) مداخلات را برای افراد مبتلا به SUD انجام دادیم که شامل پیامدهای اولیه مربوط به خودکشی یا خودآزاری بود. ما ثبت مرکزی کارآزمایی های کنترل شده کاکرین ((CENTRAL، PsycINFO، PubMed، Embase و Web of Science را از ابتدا تا ۱۳ ژانویه ۲۰۱۹ جستجو کردیم. مطالعات از نظر سوگیری با استفاده از ابزار خطر سوگیری کاکرین ۲ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

PREVENTION OF SUICIDE AND REDUCTION OF SELF-HARM  
AMONG PEOPLE WITH SUBSTANCE USE DISORDER: A  
SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMISED  
CONTROLLED TRIALS, 2020

[PriankaPadmanathan<sup>a</sup>KatherineHall<sup>b</sup>PaulMoran<sup>a\\*</sup>HayleyE.Jones<sup>a</sup>DavidGunnell<sup>a\\*</sup>VictoriaCarlisle<sup>c</sup>AnneLingford-Hughes<sup>d</sup>MatthewHickman<sup>a\\*</sup>](#)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X19300586#!>

• یک متاآنالیز اثرات تصادفی تفاوت‌های میانگین استاندارد شده (SMD) انجام شد. ما شش RCT را از چهار کشور (استرالیا، ایران، ایالات متحده آمریکا و بریتانیا) شناسایی کردیم که در مجموع شامل ۴۶۸ شرکت‌کننده بود. همه به جز یک مطالعه مداخلات روانی اجتماعی را بررسی کردند. به طور متوسط در بین مطالعات، شواهد ضعیفی مبنی بر تأثیر مثبت اندک مداخلات بر پیامدهای خودکشی یا آسیب رساندن به خود وجود داشت (-0.20, d = 0.95٪ فاصله اطمینان (CI = 0.39-0.00)). مطالعات از نظر جمعیت، مداخله، کنترل و نتیجه ناهمگن بودند. نگرانی‌هایی در مورد سوگیری برای همه کارآزمایی‌ها وجود داشت. همه آزمایش‌ها در معرض خطای نوع دوم بودند. در حال حاضر شواهدی مبنی بر اثربخشی مداخلات برای پیشگیری از خودکشی و کاهش آسیب به خود در میان افراد مبتلا به SUD وجود ندارد.



# CRITICAL REVIEW ALCOHOL POLICIES AND SUICIDE: A REVIEW OF THE LITERATURE

Ziming Xuan, Timothy S. Naimi, Mark S. Kaplan, Courtney L. Bagge, Lauren R. Few, Stephen Maisto, Richard Saitz, and Robert Freeman

<https://click.endnote.com/viewer?doi=10.1111%2Facer.13203&token=WzM3ODIyNjcsIjEwLjExMTEvYWwNlci4xMzlwMyJd.ZEYSABaaCQFwMdkvvVcvwqyn0Vc>

هم مسمومیت و هم مصرف زیاد الکل مزمن با خودکشی مرتبط هستند. شواهد گسترده ای در سطح جمعیت وجود دارد که مصرف سرانه الکل را با خودکشی مرتبط می کند. در حالی که سیاست های الکل می تواند مصرف بیش از حد الکل را کاهش دهد، رابطه بین سیاست های الکل و خودکشی مستلزم بررسی انتقادی ادبیات است. این بررسی ارتباط بین انواع مختلف سیاست های الکل و خودکشی را در ایالات متحده و بین المللی، همانطور که در ادبیات انگلیسی زبان منتشر شده بین سال های ۱۹۹۹ و ۲۰۱۴ ارائه شده است، خلاصه می کند. طرح های مطالعه، چالش های روش شناختی، و محدودیت ها در تعیین ارتباط مورد بحث قرار می گیرند. به دلیل تنوع قابل توجه بین دولت ها در سیاست های الکل، مطالعات مبتنی بر ایالات متحده به طور قابل توجهی به ادبیات کمک کردند. طرح های مقطعی مکرر هم در سطح اکولوژیکی و هم در سطح نزولی در میان مطالعات مستقر در ایالات متحده رایج بود. غیر آمریکایی مطالعات اغلب از داده های سری زمانی برای ارزیابی مقایسه های قبل و بعد از یک مجموعه ترکیبی از تغییرات سیاست استفاده می کردند. اگرچه ناهماهنگی باقی مانده است، ادبیات منتشر شده به طور کلی از اثر محافظتی سیاست های محدود کننده الکل بر کاهش خودکشی و همچنین کاهش سطح مشارکت الکل در بین متوفیان خودکشی حمایت می کند. محدودیت های رایج شامل سوگیری اندازه گیری و انتخاب و تمرکز بر تعداد محدودی از سیاست های الکل بدون در نظر گرفتن سایر سیاست های الکل است. این بررسی تعدادی از مطالعات را خلاصه می کند که نشان می دهند سیاست های محدود کننده الکل ممکن است به پیشگیری از خودکشی در سطح عمومی جامعه و کاهش مشارکت الکل در مرگ های خودکشی کمک کند.

## THE RELATIONSHIP BETWEEN GUILT, DEPRESSION, PROLONGED GRIEF, AND POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS AFTER SUICIDE BEREAVEMENT- 2021

[Birgit Wagner](#), [Laura Hofmann](#), [Raphaela Grafiadeli](#)

- احساس گناه عمیق و نقش آن در پیچیده‌تر کردن واکنش‌های روان‌شناختی به‌عنوان مسائل اصلی در سوگ خودکشی پذیرفته می‌شود. با این حال، تحقیقاتی که به بررسی رابطه احساس گناه با اختلالات روانی معمولاً به دنبال سوگ خودکشی می‌پردازد، هنوز وجود ندارد. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین احساس گناه و علائم افسردگی، اختلال سوگ طولانی‌مدت و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) پس از سوگ خودکشی، و همچنین نقش تعدیل‌کننده آن در ارتباط بین زمان سپری شده از سوگ و علائم آسیب‌شناسی روانی انجام شد.
- ۱۵۴ شرکت‌کننده بزرگسال آلمانی که بر اثر خودکشی سوگوار شدند، پرسش‌نامه‌های آنلاینی را تکمیل کردند که در آن مشخصات اجتماعی-دموگرافیک، ویژگی‌های مربوط به از دست دادن، احساس گناه، افسردگی، غم و اندوه طولانی‌مدت و PTSD ارزیابی می‌شد.

# THE RELATIONSHIP BETWEEN GUILT, DEPRESSION, PROLONGED GRIEF, AND POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS AFTER SUICIDE BEREAVEMENT- 2021

2021 Nov;77(11):2545-2558. doi: 10.1002/jclp.23192. Epub 2021 Jun 3

- همبستگی مثبت معنی داری بین احساس گناه و تمام علائم آسیب شناختی روانی ارزیابی شده یافت شد. علاوه بر این، احساس گناه با علائم افسردگی، غم و اندوه طولانی، PTSD بیش از عوامل اجتماعی جمعیت شناختی، و زمان سپری شده از فقدان ارتباط معنی داری داشت.
- علاوه بر این، احساس گناه ارتباط بین زمان سپری شده از سوگ و علائم افسردگی را تعدیل کرد، در حالی که این اثر برای علائم غم و اندوه طولانی مدت و علائم استرس پس از سانحه مشاهده نشد.
- یافته های ما چارچوب های نظری را تکرار می کند که احساس گناه را با اختلالات روانی پس از سوگ خودکشی مرتبط می کند. بر این اساس، آنها بر لزوم انطباق مداخلات روان درمانی با توجه به نیازهای خاص این جمعیت برای به حداکثر رساندن اثربخشی درمان تاکید می کنند.

## THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSONALITY CHARACTERISTICS AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMA WITH SUICIDE IDEATION IN IRANIAN LATE ADOLESCENTS/

**Ahmad Valikhani<sup>1\*</sup>, Abdolaziz Aflakseir<sup>1</sup>, Razieh Hashemi<sup>1</sup>, Majdoddin Fathi<sup>2</sup>, Hossein Momeni<sup>3</sup>, Zahra Abbasi**

- رابطه بین افکار خودکشی و مدل پنج عاملی شخصیت (FFM) به طور گسترده مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعات نشان داده اند که روان رنجورخویی مثبت است (ورشک شلهورن، زارلینسکی، مینکا، زینبارگ، و کراسکه، 2011؛ چوکتا و استایلز، 2005)، برون گرایی منفی است (ورشک شلهورن و همکاران، 2011)، باز بودن به صورت مثبت (Blümler، 2013) و وظیفه شناسی با افکار خودکشی همبستگی منفی دارند (ولتینگ، 1999). همچنین، کربی (2003) مدلی را پیشنهاد کرد که در آن افکار خودکشی با روان رنجورخویی بالا، برونگرایی کم، موافق بودن کم و وظیفه شناسی پایین افزایش می یابد.

## THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSONALITY CHARACTERISTICS AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMA WITH SUICIDE IDEATION IN IRANIAN LATE ADOLESCENTS/ SCHEMA

[http://jpcp.uswr.ac.ir/browse.php?a\\_id=454&slc\\_lang=en&sid=1&ftxt=1&html=1](http://jpcp.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=454&slc_lang=en&sid=1&ftxt=1&html=1)

- نشان داده شد که طرحواره‌های منفی و طرحواره‌های مثبت کمتر در گروهی که افکار خودکشی داشتند، نسبت به گروهی که افکار غیرخودکشی داشتند، رایج‌تر بود (فیالکو و همکاران، 2006). نتایج یک مطالعه بر روی 137 بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نشان داد که انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/ناتوانی، انقیاد نیازها، بازداری عاطفی، و طرحواره‌های استانداردهای بی‌امان با افکار خودکشی مرتبط هستند. در حالی که طرحواره‌های انزوا/بیگانگی اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی و درهم‌تنیدگی با طرح خودکشی همبستگی داشتند. همچنین طرحواره‌های نقص/شرم و شکست با اقدام به خودکشی مرتبط بودند (دورا، کالاهان، فورمن، مندلسون و هرمان، 2008).

# TEMPORAL DISAPPOINTMENT, HOMICIDE AND SUICIDE: AN ANALYSIS OF NONWHITES AND WHITES, 2012

[Steven Stack](#)

Pages 313-328 | Published online: 19 Nov 2012

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00380237.1995.10571056?needAccess=true>, <https://doi.org/10.1080/00380237.1995.10571056>

- نظریه ای که تعطیلات، روز هفته و اثرات فصلی را به طور همزمان پوشش می دهد. بر اساس نظریه «قطعات شکسته»، ناامیدی ناشی از شکاف بین انتظارات بالا و واقعیت سرسخت ناشی از عواملی مانند تعطیلات آخر هفته و تعطیلات، باید خطر خودکشی را افزایش دهد. مطالعه حاضر نظریه وعده های شکسته را بر روی شاخص های نژادی خاص خودکشی ( $n = 188,047$ ) آزمایش می کند و آن را به قتل ( $n = 167,790$ ) نیز گسترش می دهد. نتایج یک تحلیل سری زمانی حاکی از پشتیبانی از چهار فرضیه از شش فرضیه برای غیر سفیدپوستان و شش فرضیه از شش فرضیه برای سفیدپوستان است. با توجه به گرایش غیرسفیدپوستان به بیرونی سازی پرخاشگری، ناامیدی های مرتبط با وعده های شکسته شده موقتاً بیشتر برای شروع قتل مناسب هستند تا خودکشی.

# پوچی زندگی و خودکشی

- <https://jpt.modares.ac.ir/article-34-44756-en.html>

- محمدمهدی فلاح\* گروه فلسفه، دانشکده ادبیات فارسی و زبانهای خارجی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
- چکیده این مقاله درصدد طرح مدعایی برخلاف تلقی رایج درباب نسبت پوچی زندگی و خودکشی است. در تلقی رایج، گفته میشود که «شخص خودکشی میکند، اگر و تنها اگر زندگی اش پوچ شده باشد.» به دو نحو میتوان علیه این گزاره اقامه دعوا کرد: به نحو پیشینی و به نحو پسینی. در مورد اول، به منظور تحلیل این گزاره لازم است تلقی صحیحی درباب مفاهیم «پوچی زندگی» و «خودکشی» به دست دهیم. پس از روشن سازی مولفه های اصلی گزاره، درباب نسبت مفهومی میان آن دو سخن خواهیم گفت. در مسیر دوم می توان به دو گونه مصداق برای ابطال این گزاره توسل جست: اولاً، با نشان دادن خودکشی های افرادی که زندگی بامعنا دارند و ثانياً با تمرکز روی زندگی های پوچی که منجر به خودکشی نشده اند. پس از ابطال پیشینی و پسینی گزاره فوق، میتوان به دنبال نسبت های جدیدی درباب پوچی زندگی و خودکشی رفت. هدف از جستجو برای یافتن نسبت های بدیل، ابتدا دقت در موضعی است که امروزه درباب مرگ وجود دارد و در ادامه، تلاش به منظور توجیه زندگی برخلاف تلقی با های رایج از معناداری زندگی است. در این مقاله صرفاً استناد به اندیشه های متفکران غربی-مسیحی به تناقض درونی ادعای فوق خواهیم پرداخت و نشان خواهیم داد که خودکشی برخلاف تلقی اول آن گونه که گمان میرود، متکی به تحلیلی عمیق از زندگی نیست.

## AGGRESSION, IMPULSIVITY, AND SUICIDE BEHAVIOR: A REVIEW OF THE LITERATURE, 2012

[Yari Gvion & Alan Apter](#)

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811118.2011.565265>

- تکانشگری و پرخاشگری با رفتار خودکشی در نمونه های روانپزشکی، مرزهای بینی و جمعیت های غیر روانپزشکی ارتباط زیادی دارد. تکانشگری و پرخاشگری با هم مرتبط هستند اما ماهیت این رابطه نامشخص است. ادبیات گیج کننده و متناقض است. این احتمالاً به دلیل دشواری در تعریف و تفکیک این مفاهیم و این واقعیت است که همپوشانی زیادی بین آنها وجود دارد. هدف تحقیقات آینده باید شفاف سازی و اصلاح این مفاهیم و همچنین ارتباط آنها با تمام اشکال مختلف رفتار خودکشی باشد.



# ASSESSMENT OF LETHALITY AND ITS CLINICAL CORRELATES IN SUICIDE ATTEMPTERS WITH MOOD DISORDERS, 2022

**Nishtha Chawla, Raman Deep, Snehil Gupta, Anuranjan Vishwakarma, Mahadev S Sen**

<https://www.industrialpsychiatry.org/preprintarticle.asp?id=353882>

- میانگین سنی نمونه 32/36 ± 76/11 سال (48 درصد مرد، 52 درصد زن) بود. میانگین مدت بیماری عاطفی 59/10 ± 32/8 سال بود. نمرات خطر-نجات برای مرگ و میر در مردان (در مقابل زنان)، اختلال دوقطبی (در مقابل تک قطبی)، تلاش‌کنندگان متعدد (در مقابل مجرد) و برنامه‌ریزی‌شده (در مقابل برنامه‌ریزی نشده) به طور قابل‌توجهی بالاتر بود. نمره ریسک نجات نیز یک همبستگی مثبت و معنی‌دار با دوره‌های کلی و افسردگی در طول عمر و شدت ایده‌ها و همبستگی منفی معنی‌دار با - BIS-تکانشگری توجه نشان داد. تجزیه و تحلیل رگرسیون [3] F = 12.196، P < 0.001، R<sup>2</sup> = 0.253 نشان داد که تجویز لیتیوم مادام‌العمر، شدت افکار خودکشی و تکانشگری توجه 25.3 درصد واریانس در مرگ و میر را توضیح می‌دهد.
- نتیجه‌گیری: فقدان لیتیوم مادام‌العمر، شدت بیشتر افکار خودکشی و تکانشگری کمتر توجه، مرگ‌ومیر بالاتری از اقدام به خودکشی را پیش‌بینی کرد. مشخص شد که مرگ و میر اقدام به خودکشی با بسیاری از عوامل بالینی، به ویژه جنسیت مرد، دوقطبی بودن، تلاش‌های متعدد، تلاش‌های برنامه‌ریزی شده و تعداد دوره‌های کلی و افسردگی مرتبط است. ارزیابی مرگ و میر و همبستگی‌های آن می‌تواند به برنامه‌ریزی استراتژی‌هایی برای پیشگیری از خطر در اختلالات خلقی کمک کند.

## SUICIDE RISK IN RELATION TO SOCIOECONOMIC, DEMOGRAPHIC, PSYCHIATRIC, AND FAMILIAL FACTORS: A NATIONAL REGISTER-BASED STUDY OF ALL SUICIDES IN DENMARK, 1981-1997

[Ping Qin](#)<sup>1</sup>, [Esben Agerbo](#), [Preben Bo Mortensen](#)

- خطر خودکشی در رابطه با تأثیر مشترک عوامل مربوط به ساختار خانواده، اجتماعی-اقتصادی، جمعیت شناختی، بیماری روانی و سابقه خانوادگی خودکشی و بیماری روانی و همچنین تفاوت های جنسیتی در عوامل خطر مورد بررسی قرار گرفت. داده ها از چهار ثبت ملی ملی دانمارک استخراج شد. آزمودنیها همه 21169 نفر بودند که در سالهای 1997-1981 خودکشی کردند و 423128 مورد مقایسه زنده با استفاده از طرح مورد-شاهدی تودرتو از نظر سن، جنسیت و زمان تقویمی خودکشی همسان شدند. اثر عوامل خطر از طریق رگرسیون لجستیک مشروط برآورد شد. اثر متقابل جنسیت با عوامل خطر با استفاده از آزمون نسبت درستیابی لاگ مورد بررسی قرار گرفت. ریسک قابل انتساب جمعیت محاسبه شد.



**PMID: 12668367, DOI: [10.1176/appi.ajp.160.4.765](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.765)**

- نتایج: از عوامل خطر مورد بررسی در مطالعه، سابقه بستری شدن در بیمارستان برای اختلال روانپزشکی با بالاترین نسبت شانس و بالاترین خطر قابل انتساب برای خودکشی همراه بود. وضعیت تاهل مشترک یا مجرد، بیکاری، درآمد کم، بازنشستگی، ناتوانی، غیبت ناشی از بیماری از کار، و سابقه خانوادگی خودکشی و/یا اختلالات روانپزشکی نیز از عوامل خطر مهم برای خودکشی بودند. علاوه بر این، این عوامل در افراد زن و مرد اثرات متفاوتی داشتند. یک اختلال روانپزشکی بیشتر احتمال دارد که خطر خودکشی را در زنان نسبت به مردان افزایش دهد. مجرد بودن با ریسک بالاتر خودکشی در افراد مرد و داشتن فرزند خردسال با خطر کمتر خودکشی در افراد زن مرتبط بود. بیکاری و درآمد پایین تأثیر قوی تری بر خودکشی در مردان داشت. زندگی در یک منطقه شهری با خطر بالاتر خودکشی در افراد زن و خطر کمتری در افراد مرد مرتبط بود. سابقه خانوادگی خودکشی خطر خودکشی را در زنان کمی بیشتر از مردان افزایش می دهد. نتیجه‌گیری: خطر خودکشی به شدت با بیماری روانی، بیکاری، درآمد پایین، وضعیت تاهل و سابقه خانوادگی خودکشی مرتبط است. تأثیر بیشتر عوامل خطر بر اساس جنسیت به طور قابل توجهی متفاوت است.

## SIX-MONTH CLINICAL AND ECOLOGICAL MOMENTARY ASSESSMENT FOLLOW-UP OF PATIENTS AT HIGH RISK OF SUICIDE: A SURVIVAL ANALYSIS

- Alejandro Porrás-Segovia, MD, PhD<sup>a,b,†</sup>; Manon Moreno, MSc<sup>a,c,†</sup>; María Luisa Barrigón, MD, PhD<sup>a,c,d</sup>; Jorge López Castroman, MD, PhD<sup>e</sup>; Philippe Courtet, MD, PhD<sup>f</sup>; Sofian Berrouiguet, MD<sup>g</sup>; Antonio Artés-Rodríguez, PhD<sup>h</sup>; and Enrique Baca-García, MD, PhD<sup>a-e,i-l,\*</sup>, Published: December 14, 2022

هدف: در این مطالعه، ارزیابی لحظه‌ای اکولوژیکی (EMA) را با پیگیری بالینی سنتی ترکیب کردیم تا همبستگی‌های عود خودکشی را در بیماران با سابقه رفتار خودکشی بررسی کنیم.

روش‌ها: در طول 6 ماه، 393 بیمار را که مصاحبه‌های اولیه و پیگیری را تکمیل کردند و از طریق EMA مبتنی بر گوشی هوشمند از طریق برنامه MEmind تحت نظر قرار گرفتند، پیگیری کردیم. استخدام بین فوریه 2018 و مارس 2020 انجام شد. ما وقوع رویدادهای خودکشی بالینی و رویدادهای خودکشی EMA را ثبت کردیم، که دومی به عنوان نمرات شدید در سؤالات مربوط به افکار خودکشی منفعل تعریف شد.

- یافته‌ها: پانزده درصد از شرکت‌کنندگان یک رویداد خودکشی بالینی جدید در طول پیگیری داشتند (9.2 درصد اقدام به خودکشی [SA]); 5.9 درصد ارجاع اضطراری برای افکار خودکشی [SI] از 319 شرکت‌کننده‌ای که برنامه MEmind را نصب کرده‌اند، 20.7 درصد با رویدادهای خودکشی EMA مواجه شدند. رویدادهای خودکشی EMA از نظر آماری با رویدادهای خودکشی بالینی در پیگیری 2 ماهه مرتبط بود اما در پیگیری 6 ماهه نه. در مدل رگرسیون چند متغیره کاکس، 5 عامل به طور مستقل با رویدادهای خودکشی بالینی مرتبط بودند: تعداد SAهای قبلی، SA در سال گذشته، SA در ماه گذشته (عوامل خطر)، جنسیت زن و سن (عوامل محافظ).
- نتیجه‌گیری: مطالعه ما برخی از عوامل خطر را تأیید می‌کند که به طور کلاسیک با خطر اقدام مجدد به خودکشی مرتبط هستند، مانند سابقه رفتار خودکشی، در حالی که دیگران، مانند جنسیت زن را زیر سؤال می‌برند. عوامل خطر مرتبط با رویدادهای EMA با عوامل خطر مرتبط با رویدادهای خودکشی بالینی سنتی متفاوت است و از وجود فنوتیپ‌های خودکشی متمایز حمایت می‌کند.

# INDIVIDUAL PROTECTIVE FACTORS

- این عوامل شخصی از خطر خودکشی محافظت می کنند:
- مهارت های مقابله موثر و حل مسئله
- دلایل زندگی (به عنوان مثال، خانواده، دوستان، حیوانات خانگی و غیره)
- احساس قوی هویت فرهنگی

## RELATIONSHIP PROTECTIVE FACTORS

- این تجربیات رابطه سالم از خطر خودکشی محافظت می کند:
- حمایت از شرکا، دوستان و خانواده
- احساس ارتباط با دیگران

# COMMUNITY PROTECTIVE FACTORS

- این تجربیات حمایتی جامعه از خطر خودکشی محافظت می کند:
- احساس ارتباط با مدرسه، جامعه و سایر نهادهای اجتماعی
- در دسترس بودن مراقبت های بهداشتی فیزیکی و رفتاری با کیفیت بالا و سازگار

## **SOCIETAL PROTECTIVE FACTORS:**

- این عوامل فرهنگی و محیطی در جامعه بزرگتر از خطر خودکشی محافظت می کنند:
- کاهش دسترسی به ابزارهای کشنده خودکشی در میان افراد در معرض خطر
- اعتراضات فرهنگی، مذهبی یا اخلاقی به خودکشی



# بیماری روان‌شناختی

- بسیاری از کسانی که در نقاط مختلف جهان اقدام به خودکشی می‌کنند (بین 65 تا 95 درصد) مبتلا به نوعی بیماری روان‌شناختی هستند. در واقع احتمال خودکشی در افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی پانزده برابر بیشتر است. اگرچه اختلالات روان‌شناختی در کشورهای آسیایی نیز یکی از عوامل خطر خودکشی مدنظر قرار می‌گیرد، شواهدی مبنی بر این وجود دارد که فراوانی رفتارهای خودکشی در آنها به اندازه‌ی سایر کشورها نیست.
- خطر بالای خودکشی به‌ویژه با دوره‌های حاد بیماری، ترخیص اخیر از بیمارستان (تقریباً تا نیمه‌ی راه خودکشی پیش از اولین تماس با بیمارستان پیش رفته‌اند)، یا تماس اخیر با خدمات سلامت روان مرتبط است. تقریباً 25 درصد از افرادی که خودکشی کامل انجام می‌دهند یک سال قبل از مرگشان با متخصص سلامت روان در ارتباط بوده‌اند.
- اختلالات روانپزشکی خاص که با خودکشی ارتباط دارند افسردگی، سوءمصرف مواد، اسکیزوفرنی و اختلالات شخصیت هستند. سوءمصرف مواد و اختلالات شخصیت بیشتر میان مردان شیوع دارند و افسردگی در زنان شایع‌تر است. در مواردی که خودکشی منجر به مرگ انجام می‌شود، همبندی این موارد بیشتر است. برای مثال، افسردگی همراه با سوءمصرف الکل حدود دوسوم خودکشی‌های منجر به مرگ را دربر می‌گیرد.
- بنابراین، بروز یک اختلال روانی یا سوءمصرف مواد از قوی‌ترین پیش‌بین‌های خودکشی است که می‌توان نتیجه گرفت درمان اختلالات روانی و سوءمصرف مواد از مهم‌ترین راهکارهای پیشگیری از خودکشی هستند.

## قصد خودکشی

- قصد واضح برای مردن پیش‌بینی قوی برای خودکشی در آینده است.
- قصد خودکشی ممکن است در طیفی قرار داشته باشد که در یک سر آن قصد جدی برای خودکشی، برنامه‌ریزی دقیق و انتخاب روش خودکشی و در سر دیگر، قصد سطحی
- یا حتی احساسات دوسوگرایانه است که خود را در فقدان برنامه و شکست در پنهان کردن عمل نشان می‌دهد.

## اقدام قبلی برای خودکشی

- نرخ خودکشی در کسانی که اقدام قبلی خودکشی داشته‌اند، به‌خصوص در اولین سال‌های اقدام به خودکشی، به‌طور معناداری بالاتر است. تقریباً نصف آنهایی که خودکشی منجر به مرگ انجام می‌دهند سابقه‌ی اقدام به خودکشی دارند و یک‌چهارم از کسانی که خودکشی منجر به مرگ کرده‌اند، در سال قبل از خودکشی مجدد، یک اقدام به خودکشی داشته‌اند. خطر خودکشی ممکن است در همه‌ی عمر باقی بماند، بنابراین اقدام قبلی خودکشی بایستی پیش‌بین مهم خودکشی در نظر گرفته شود، حتی اگر این اقدام سال‌ها قبل صورت گرفته باشد.

## دست‌رسی به مواد آتش‌زا، آفت‌کش‌ها یا سایر مواد کشنده

- از آنجاکه آفت‌کش‌ها و مواد آتش‌زا می‌توانند به‌سرعت فرد را بکشند، دور نگه داشتن آنها و نیز جلوگیری از دست‌رسی به اسلحه ، برای ایمنی فردی که افکار خودکشی یا سابقه‌ی اقدام به خودکشی دارد، ضروری است.
- علاوه بر این، افراد ممکن است دست‌رسی به دارو (حتی داروهای روانپزشکی خودشان) یا سایر مواد سمی (مثل آفت‌کش‌ها) داشته باشند که می‌تواند برای اقدام به خودکشی مصرف شود. یکی از تکنیک‌های جدی برای اقدام به خودکشی و پیشگیری از آن محدود کردن دست‌رسی به این مواد است.

باید در ذهن داشته باشیم که اگر فردی در معرض خطر بالای خودکشی باشد، قصد خود را به وضوح اعلام کند، برنامه‌ی حساب‌شده و دقیقی برای خودکشی داشته و دسترسی به سلاح یا سایر وسایل و مواد کشنده داشته باشد، فرصتی کوتاه (یک روز، چند ساعت یا حتی کمتر) برای پیشگیری از خودکشی او در دست داریم.

## جنسیت

- طی قرون مختلف، ده تا هجده درصد افراد گزارش کرده‌اند که در دوره‌ای از زندگی خود افکار خودکشی داشته‌اند.
- از این میان سه تا پنج درصد اقدام به خودکشی کرده‌اند.
- زنان معمولاً بیشتر بیان می‌کنند که افکار خودکشی داشته‌اند و دو تا سه برابر بیشتر از مردان نیز اقدام به خودکشی می‌کنند.
- با این حال بیشتر احتمال می‌رود که خودکشی مردان منجر به مرگ بشود که به این علت است که معمولاً روش‌های خشن‌تر و بازگشت‌ناپذیرتری را انتخاب می‌کنند.

## سن

- خودکشی در هر سنی ممکن است رخ بدهد، اما در گروه‌های سنی خاص بیشتر رخ می‌دهد.
- مثلاً خودکشی ممکن است حتی در کودکان ده‌ساله رخ بدهد که البته خیلی غیرمعمول است و کمتر از یک درصد از کل خودکشی‌ها را به خود اختصاص می‌دهد.
- جوانان (پانزده تا بیست‌و‌چهارساله) و سالمندان (بالای 75 سال) بیشترین خطر خودکشی را در مقایسه با گروه‌های سنی دیگر دارند.

## عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی

- عوامل استرس‌زای روانی اجتماعی مرتبط با خودکشی متعدد هستند و اغلب نیز با یکدیگر تعامل دارند.
- این عوامل استرس‌زا شامل از دست رفتن رابطه‌ای صمیمانه مثل مرگ عزیزان یا طلاق، از دست دادن شغل و سایر شکست‌های مرتبط با کار، بیماری مزمن یا معلولیت، درد مزمن، فرآیندهای قانونی، تعارضات بین‌فردی، و سایر حوادث عمده در زندگی هستند.
- افرادی که طلاق گرفته‌اند، در برابر افراد متأهل، دو تا سه برابر افکار خودکشی بیشتری دارند و سه تا پنج برابر بیشتر اقدام به خودکشی می‌کنند.



چه باید کرد؟