

روند خودکشی دانشجویان در فاصله سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۷

دکتر لیلی پناغی^۱، زهره احمدآبادی^۲، حمید پیروی^۳، دکتر فائزه زهرا ابوالمصومی^۴

Suicide Trend in University Students during 2003 to 2008

Leili Panaghi^{*}, Zohre Ahmadabadi^a, Hamid Peiravi^b, Faezeh Zahra Abolmasoomi^c

Abstract

Objectives: The present study was carried out to investigate suicide among students based on the variables of sex, age, season and month, location and method of suicide. The exact time of suicide, drug use, history of psychiatric disorders, history of suicide attempt and self mutilation, field of education, and history of either attempting or committing suicide among friends and relatives were also considered. **Method:** This research was a descriptive study, and the study sample comprised all suicide cases referred to the legal medicine organization. Data were collected during one retrospective and one prospective stage by assessing the students' profiles and interviewing their family members. **Results:** During the timeline between 2003 and 2008 the sum of 337 cases of suicide were committed, most of them had occurred in the summer and at the victims' homes. Hanging and bleeding had the highest and the lowest prevalence among suicide methods respectively. Interview results showed that most of the suicide victims were males, city dwellers, 22-years-olds, single, students of human sciences, sophomores, and students of Islamic Azad University. Most suicides were committed at daytimes, on Mondays, Sundays, Fridays, and on vacations between terms. **Conclusion:** The findings of the current study could be helpful in discovering the basic factors of suicide attempt among students' suicide, and offer strategies for preventing and reducing the rate of suicide in the country.

Key words: suicide; students; legal medicine organization

[Received: 9 September 2009; Accepted: 30 December 2009]

چکیده

هدف: مطالعه حاضر با هدف بررسی خودکشی دانشجویان بر حسب جنس، سن، فصل و ماه، مکان و روش خودکشی و نیز تعیین زمان دقیق خودکشی، مصرف مواد، سابقه بیماری روانپزشکی، سابقه اقدام به خودکشی و خودزنی، رشته تحصیلی، و سابقه اقدام به خودکشی و خودکشی کامل در بین دوستان و بستگان انجام شد. **روش:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی و نمونه پژوهش شامل کلیه موارد خودکشی ارجاع داده شده به پزشکی قانونی بود. اطلاعات در دو مرحله گذشته‌نگر و آینده‌نگر به صورت بررسی پرونده‌های دانشجویان و مصاحبه با خانواده‌ها جمع‌آوری شد. **یافته‌ها:** در بازه زمانی سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۷ مجموعاً ۳۳۷ مورد خودکشی و بیشتر در فصل تابستان و محل سکونت فرد رخ داد. حلق‌آویزی بالاترین و بریدن عروق حیاتی کمترین فراوانی را دارا بودند. در مصاحبه با خانواده‌ها مشخص شد که دانشجویان مرد، شهری، ۲۲ ساله، مجرد، رشته علوم انسانی، سال دوم و دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی بیشتر خودکشی کرده‌اند. بیشتر خودکشی‌ها طی روز و در روزهای شنبه، یکشنبه و جمعه و زمان امتحانات و تعطیلات بین دو ترم تحصیلی انجام گرفت. **نتیجه‌گیری:** نتایج این تحقیق می‌تواند به یافتن زمینه‌های وقوع خودکشی در میان دانشجویان کمک نماید و راهکارهایی را برای پیش‌گیری و کاهش نرخ خودکشی در کشور پیشنهاد کند.

کلیدواژه: خودکشی؛ دانشجویان؛ پزشکی قانونی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۶/۱۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۹]

^۱ متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه شهید بهشتی، تهران، اوین، بلوار دانشجو، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده، دورنگار: ۲۳۶۸-۲۹۹۰-۰۲۱ (نویسنده مسئول). E-mail: l-panaghi@sbu.ac.ir ^۲ کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی، دانشگاه شهید بهشتی، ^۳ کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز مشاوره دانشجویی؛

^۴ دکترای تخصصی پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی.

* Corresponding author: Specialist in Community Medicine, Assistant Prof. of Shahid Beheshti University. Family Research Centre, Shahid Beheshti University, Daneshju Blvd., Evin, Tehran, Iran, IR. Fax: +9821-29902368. E-mail: l-panaghi@sbu.ac.ir; ^a MA. in Social Research, Shahid Beheshti University; ^b MA. in Psychology, Counseling Center; ^c PhD. in legal Medicine, legal Medicine Organization.

مقدمه

میزان خودکشی در ایران از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین تر، اما در مقایسه با بیشتر کشورهای خاورمیانه بالاتر است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱). طبق آمار سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۸۰، ۵/۷ مورد خودکشی به ازای هر صد هزار مرد و ۳/۱ مورد خودکشی به ازای هر صد هزار زن در کشور به وقوع پیوسته است. درصد عمر از دست رفته به کل عمر در سال ۱۳۷۹ نشان می دهد که خودکشی در سنین ۱۰ تا ۸۰ سال بیش از خشونت، در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال بیش از سرطان، در سنین ۱۰ تا ۴۰ سال بیش از بیماری های عفونی، و در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال بیش از بیماری های قلبی - عروقی منجر به مرگ شده است (نقوی و اکبری، ۱۳۸۱).

طبق نتایج پژوهش های انجام گرفته در آمریکا خودکشی دومین علت مرگ در دانشجویان است (دپارتمان آمریکایی سلامت و خدمات انسانی^۱، ۲۰۰۵؛ لیپ اسکیتز^۲، ۱۹۹۵؛ سیلورمن^۳، ۱۹۹۳). نسبت بالایی از دانشجویان در کشورهای مختلف جهان خودکشی کرده (سیلورمن، میر^۴، اسلون^۵، رافل^۶ و پرات^۷، ۱۹۹۷؛ شوارتز^۸، ۲۰۰۶) و درصد بسیار زیادی از دانشجویان در مورد آن فکر کرده اند (کالینز و پیکل، ۲۰۰۰؛ گاریسون^۹، مک کون^{۱۰}، والویز^{۱۱} و وینسنت^{۱۲}، ۱۹۹۳؛ میهان^{۱۳}، لامب^{۱۴}، سالترمن^{۱۵} و اُکارول^{۱۶}، ۱۹۹۲).

بیشترین نرخ خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران مربوط به گروه سنی جوانان است؛ به طوری که در مازندران سن متوسط خودکشی ۲۷ سال بوده (ضرغامی و خلیلیان، ۲۰۰۱)، بیشترین میزان خودکشی در کرمان در افراد زیر ۲۵ سال (یاسمی، صباحی، میرهاشمی، سیفی، آذرکیوان و طاهری، ۱۳۸۱)، در ایلام در گروه های سنی ۱۹-۱۵ و ۲۴-۲۰ سال (جمشیدزاده، ۱۳۸۱) و ۳۰-۱۵ سال (ایدی صالح، ۱۳۸۱)، در کوهدشت در گروه سنی ۲۰-۱۰ و پس از آن ۳۰-۲۱ سال (کلدی و گراوند، ۱۳۸۱) بوده و بیشترین میزان اقدام به خودکشی در کرمان طی سنین ۲۵-۱۶ سال (یاسمی، صانعی، ملک پور افشار، هنرمند و میرشکار، ۱۳۷۷) و در همدان زیر ۳۰ سال (حیدری پهلویان، ۱۳۷۶) گزارش شده است. تحقیقات در ایران نشان داده که دانشجویان از جمله گروه های آسیب پذیر در برابر خودکشی هستند. در مطالعه یاسمی و همکاران (۱۳۸۱) دانشجویان - پس از زنان خانه دار - از لحاظ اقدام به خودکشی در رتبه دوم قرار داشتند.

سال های دانشگاه، دوره انتقالی مهمی است که دانشجویان طی آن فشارهای تحصیلی، انتخاب های شغلی، تصمیم گیری

در مورد اهداف زندگی و تنهایی و دوری از خانواده و شبکه حمایت اجتماعی را پشت سر می گذارند (ماتیاسن^{۱۷}، ۱۹۸۸؛ ریکگارن^{۱۸}، ۱۹۹۴). وجود خودکشی در میان دانشجویان - که سرمایه های فکری و اقتصادی کشور هستند - در هر وسعت و اندازه ای، آثار منفی روانی و اجتماعی گسترده ای به دنبال دارد و برای نظام سلامت کشورها و دانشگاه ها معضلی جدی محسوب می شود (پورشریفی و همکاران، ۱۳۸۷).

با توجه به این که در سال های اخیر، خودکشی جوانان در ایران رو به افزایش گذارده است (فولادی، ۱۳۸۱)، حجم تحقیقات انجام گرفته در این حوزه مؤثر و کافی نبوده است و سیستم های ثبت اطلاعات خودکشی، غیر موثق و نامطمئن هستند (حفاظی، حاجبی و صابری زفرقندی، ۱۳۸۷)، شناخت همه جانبه این پدیده در بین جوانان و دانشجویان در جهت اتخاذ رویکردهای پیش گیرانه، ضروری به نظر می رسد. مطالعه حاضر با هدف بررسی پدیده خودکشی در میان دانشجویان بر حسب جنس، سن، فصل و ماه، محل وقوع و روش خودکشی انجام شده است.

روش

در این مطالعه توصیفی، تمامی موارد مشکوک به خودکشی دانشجویان دانشگاه های ایران که طی سال های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ دانشجوی محسوب می شده اند و به کلیه مراکز پزشکی قانونی در تهران و شهرستان ها در سراسر ایران ارجاع داده شدند به عنوان جامعه مورد مطالعه مشخص شد. کلیه موارد خودکشی ارجاع داده شده به پزشکی قانونی، نمونه پژوهش بود که بالغ بر ۳۳۷ نفر بود. پس از هماهنگی با مراکز پزشکی قانونی در سراسر کشور، از هر مرکز فردی جهت کمک در جمع آوری داده ها به همکاری دعوت گردید. تحقیق در دو مرحله و با کمک دو پرسش نامه انجام شد. در مرحله نخست اطلاعات مربوط به موارد خودکشی در طی سال های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ با استفاده از فرمی که شامل سن، جنس، نحوه و روش خودکشی، محل سکونت خانواده و محل سکونت دانشجوی بود،

- 1- US Department of Health and Human Services
- 2- Lipschitz
- 3- Silverman
- 4- Meyer
- 5- Sloane
- 6- Raffel
- 7- Pratt
- 8- Schweitzer
- 9- Garrison
- 10- Mc Keown
- 11- Valois
- 12- Vincent
- 13- Meehan
- 14- Lamb
- 15- Saltzman
- 16- O'Carroll
- 17- Mathiasen
- 18- Rickgarn

یافته‌ها

طبق جدول ۱، در فاصله زمانی ۱۳۸۲ تا تابستان ۱۳۸۷، ۳۳۷ مورد خودکشی دانشجویی رخ داده که بیشترین میزان خودکشی در میان دانشجویان به ترتیب در سال ۱۳۸۴ (۹۵ مورد)، سال ۱۳۸۵ (۹۰ مورد)، سال ۱۳۸۳ (۷۷ مورد) و سال ۱۳۸۶ (۴۵ مورد) رخ داده است. بالاترین میزان خودکشی زنان، در سال ۱۳۸۵ و برای مردان در سال ۱۳۸۴ گزارش شده است. از بین ۳۳۷ مورد خودکشی در این فاصله زمانی، ۱۲۷ مورد (۳۷/۷٪) مربوط به زنان و ۲۱۰ مورد (۶۲/۳٪) مربوط به مردان است (جدول ۱).

گردآوری شد. در بخش دیگری از مطالعه، از طریق مصاحبه با ۴۳ خانواده دانشجویانی که هم‌زمان با انجام طرح، به خودکشی مبادرت نموده بودند، و با کمک فرمی که زمان دقیق خودکشی، مصرف مواد، سابقه بیماری روانپزشکی، سابقه اقدام، رشته تحصیلی، سابقه اقدام به خودکشی و خودکشی در بین دوستان و بستگان، سابقه بیماری روانپزشکی خانواده و مراجعه به روانپزشک، سابقه اقدام به خودزنی را در برداشت، داده‌ها گردآوری شد. در نهایت داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 14 تحلیل شد. لازم به ذکر است که کلیه اطلاعات به صورت محرمانه جمع‌آوری و ثبت شد و مصاحبه با خانواده‌ها در صورت رضایت ایشان انجام گردید.

جدول ۱- فراوانی و درصد فراوانی خودکشی دانشجویان در سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ بر حسب جنس

	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	تابستان ۱۳۸۷	کل
زن	۹ (۷/۱٪)	۳۰ (۲۳/۶٪)	۳۲ (۲۵/۲٪)	۳۳ (۲۶/۰٪)	۱۸ (۱۴/۲٪)	۵ (۳/۹٪)	۱۲۷ (۳۷/۷٪)
مرد	۱۰ (۴/۸٪)	۴۷ (۲۲/۴٪)	۶۳ (۳۰/۰٪)	۵۷ (۲۷/۱٪)	۲۷ (۱۲/۹٪)	۶ (۲/۹٪)	۲۱۰ (۶۲/۳٪)
کل	۱۹ (۵/۶٪)	۷۷ (۲۲/۸٪)	۹۵ (۲۸/۲٪)	۹۰ (۲۶/۷٪)	۴۵ (۱۳/۴٪)	۱۱ (۳/۳٪)	۳۳۷

جدول ۲- روش، فصل و محل وقوع خودکشی دانشجویان بر حسب جنس در فاصله سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶

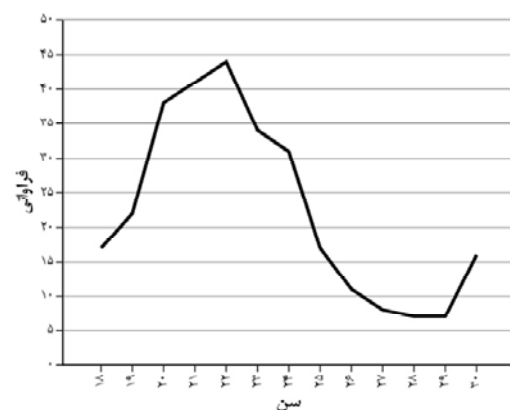
	زن		مرد		کل	
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
روش						
مسمومیت دارویی	۲۸ (۲۲/۰٪)	۲۴ (۱۱/۸٪)	۵۲ (۱۵/۷٪)			
حلق آویزی	۲۷ (۲۱/۳٪)	۱۰۴ (۵۱/۰٪)	۱۳۱ (۳۹/۶٪)			
خودسوزی	۲۷ (۲۱/۳٪)	۱۱ (۵/۴٪)	۳۸ (۱۱/۵٪)			
پرش از ارتفاع	۱۱ (۸/۷٪)	۶ (۲/۹٪)	۱۷ (۵/۱٪)			
سلاح گرم	۱ (۰/۸٪)	۲۳ (۱۱/۳٪)	۲۴ (۷/۳٪)			
مسمومیت با سم	۳۰ (۲۳/۶٪)	۲۳ (۱۱/۳٪)	۵۳ (۱۶/۰٪)			
بریدن عروق حیاتی	۱ (۰/۸٪)	۳ (۱/۵٪)	۴ (۱/۲٪)			
سایر	۲ (۱/۶٪)	۱۰ (۴/۹٪)	۱۲ (۳/۶٪)			
فصل						
بهار	۳۲ (۲۷/۱٪)	۴۷ (۲۳/۹٪)	۷۹ (۲۵/۱٪)			
تابستان	۳۴ (۲۸/۸٪)	۵۹ (۲۹/۹٪)	۹۳ (۲۹/۵٪)			
پاییز	۲۵ (۲۱/۲٪)	۴۳ (۲۱/۸٪)	۶۸ (۲۹/۵٪)			
زمستان	۲۷ (۲۲/۹٪)	۴۸ (۲۴/۴٪)	۷۵ (۲۳/۸٪)			
محل وقوع						
محل سکونت	۸۳ (۶۸/۵٪)	۱۲۸ (۷۱/۹٪)	۲۱۱ (۷۷/۰٪)			
باغ یا جنگل	۰ (۰٪)	۱۳ (۷/۳٪)	۱۳ (۴/۷٪)			
زنداد	۳ (۳/۱٪)	۱ (۰/۶٪)	۴ (۱/۵٪)			
کوچه، خیابان	۱ (۱/۰٪)	۸ (۴/۵٪)	۹ (۳/۳٪)			
خوابگاه، دانشگاه	۲ (۲/۱٪)	۳ (۱/۷٪)	۵ (۱/۸٪)			
مکان‌های عمومی: هتل، پارک، بیمارستان	۳ (۳/۱٪)	۱۳ (۷/۳٪)	۱۶ (۵/۸٪)			
فضای خارج از شهر: مزرعه، گورستان، بیابان	۳ (۳/۱٪)	۱۱ (۶/۲٪)	۱۴ (۵/۱٪)			
نامعلوم	۱ (۱/۰٪)	۱ (۰/۶٪)	۲ (۰/۷٪)			

بر اساس توزیع فراوانی خودکشی در سنین مختلف، سن ۲۲ سال با ۴۴ مورد بیشترین میزان خودکشی و ۲۸ و ۲۹ سال با هفت مورد کمترین میزان خودکشی را شامل می‌شد. فراوانی خودکشی در سایر سنین به ترتیب عبارتند از: سن ۲۱ سالگی با ۴۲ مورد، ۲۰ سالگی با ۳۸ مورد، ۲۴ سالگی با ۳۱ مورد، ۱۹ سالگی با ۲۲ مورد و کمتر از ۱۸ سالگی با ۱۷ مورد (شکل ۱). بیشترین میزان فراوانی خودکشی در زنان در سن ۲۴ سالگی و در مردان در سن ۲۲ سالگی بود (شکل ۲).

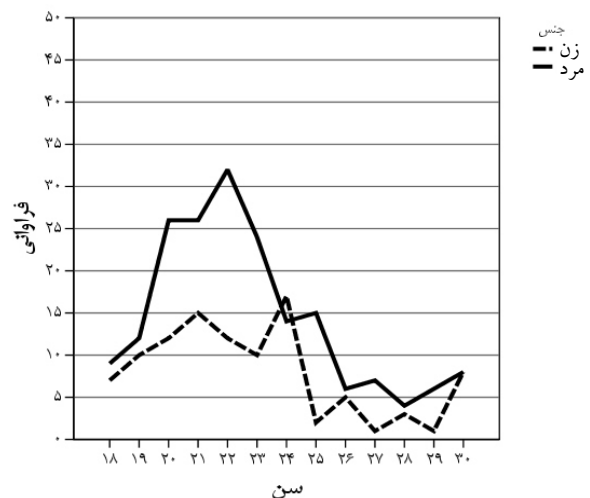
در زنان الگوهای متفاوتی برای خودکشی در سنین مختلف مشاهده می‌گردد. شایع‌ترین روش خودکشی در زنان ۱۹ و ۲۱ ساله مسمومیت با سم، زیر ۱۸ سال خودسوزی و مسمومیت با سم، ۲۰ ساله خودسوزی، ۲۲ ساله مسمومیت دارویی، ۲۴ ساله حلق آویز کردن و ۲۶ ساله و بالاتر خودسوزی و مسمومیت دارویی بود، در حالی که در مردان حلق آویز کردن بیشترین روش خودکشی را در سنین مختلف به خود اختصاص داد. کمترین میزان حلق آویز کردن در مردان زیر ۱۸ سال و بالای ۲۶ سال دیده شد. علاوه بر این با افزایش سن، میزان استفاده از اسلحه گرم تا ۲۴ سالگی افزایش می‌یافت و پس از آن دوباره سیر نزولی را طی می‌کرد. موارد خودسوزی نیز تا ۲۳ سالگی وجود داشته و پس از آن موردی به چشم نخورد.

در بخش یافته‌های مصاحبه با خانواده‌ها، تحلیل‌ها بر اساس فرم دوم و مصاحبه با بستگان دانشجویان در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ انجام شد. بیشتر افراد خودکشی کننده مجرد بودند (۴۱ نفر: ۹۵/۳٪). رشته‌های علوم انسانی (۱۷ نفر)، علوم فنی مهندسی (۱۱ نفر) و حسابداری و مدیریت (۸ نفر) بیشترین فراوانی خودکشی را در خود جای دادند. دانشجویان سال‌های دوم (۱۴ نفر) و اول (۱۰ نفر) به ترتیب بیشترین میزان خودکشی را دارا بودند. دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۰ مورد، دانشگاه‌های دولتی ۱۰ مورد و دانشگاه پیام نور شش مورد خودکشی انجام داده بودند. نزدیک به ۹۴٪ از دانشجویان خودکشی کرده، شهری بودند. بیش از ۷۱٪ از دانشجویان با پدر و مادر و ۱۳/۳٪ در خانه شخصی و به تنهایی زندگی می‌کردند. تنها دو نفر از دانشجویان سابقه مصرف مواد مخدر داشتند. سه نفر از دانشجویان سابقه اقدام به خودزنی، نه نفر سابقه اقدام به خودکشی و ۱۷ نفر از دانشجویان سابقه بیماری روانپزشکی داشتند. هم‌چنین ۱۵ نفر از دانشجویانی که خودکشی کردند، سابقه مراجعه به

بر اساس جدول ۲، از بین روش‌های به کاررفته برای خودکشی، حلق آویز کردن با ۱۳۱ مورد (۳۹/۶٪) بالاترین و بریدن عروق حیاتی با ۴ مورد (۱/۲٪) کمترین فراوانی را دارا بودند. از آن‌جا که در سال ۱۳۸۷، آمارها تا تابستان در دسترس است، توزیع فراوانی میزان خودکشی بر حسب فصل در فاصله سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ ارایه شده است (جدول ۲). در فاصله زمانی ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶، بیشترین میزان خودکشی در شهریور (۳۵ مورد: ۱۰/۶٪) و کمترین در فروردین (۱۸ مورد: ۵/۴٪) رخ داده است. آبان (۶/۳٪) و اسفند (۶/۶٪) کمترین میزان خودکشی را پس از فروردین دارا بودند. بین زنان و مردان در انتخاب فصل سال برای خودکشی تفاوتی وجود نداشت و هر دو گروه ابتدا تابستان، بهار، زمستان و سپس پاییز را برای خودکشی انتخاب می‌کردند. محل وقوع خودکشی بیشتر محل سکونت یا منزل فرد (۷۷٪) بود.



شکل ۱- سن خودکشی دانشجویان در فاصله سال‌های ۱۳۸۲ تا تابستان ۱۳۸۷



شکل ۲- سن خودکشی دانشجویان بر حسب جنس در فاصله سال‌های ۱۳۸۲ تا تابستان ۱۳۸۷

هفته (شنبه و یکشنبه) جمعاً ۵۳/۲٪ و روز جمعه به تنهایی ۳۰٪ خودکشی را به خود اختصاص داد. نزدیک به ۲۰٪ از خودکشی‌ها در زمان امتحانات و بیش از ۳۰٪ در تعطیلات بین دو ترم انجام گرفت. ۵۰٪ خودکشی‌ها نیز در سایر مواقع رخ داد (جدول ۳).

روانپزشک داشتند. سابقه خودکشی در بین نزدیکان، یک مورد، سابقه اقدام به خودکشی در بین بستگان، دو مورد، سابقه خودکشی در بین دوستان یک مورد، و سابقه اقدام به خودکشی در بین دوستان یک مورد بود. نزدیک به ۷۰٪ از خودکشی‌ها (۲۴ مورد) در روز انجام گرفت. دو روز اول

جدول ۳- نتایج تحلیل آینده‌نگر در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷

فراوانی (%)	فراوانی (%)
	وضعیت تأهل
۱۵ (۳۸/۵)	مجرد ۴۱ (۹۵/۳)
۲۱ (۵۳/۸)	متأهل ۲ (۴/۷)
۳ (۷/۷)	رشته تحصیلی
	علوم انسانی ۱۷ (۴۰/۵)
	علوم فنی مهندسی ۱۱ (۲۶/۲)
۱۷ (۴۱/۵)	پزشکی و داروسازی ۳ (۷/۱)
۲۲ (۵۳/۷)	پیراپزشکی و پرستاری ۲ (۴/۸)
۲ (۴/۹)	حسابداری و مدیریت ۸ (۱۹/۰)
۱ (۲/۵)	علوم پایه ۱ (۲/۴)
۳۲ (۸۰/۰)	سال چندم
۷ (۱۷/۵)	اول ۱۰ (۲۶/۳)
	دوم ۱۴ (۳۶/۸)
۲ (۵/۰)	سوم ۶ (۱۵/۸)
۳۱ (۷۷/۵)	چهارم ۶ (۱۵/۸)
۷ (۱۷/۵)	پنجم ۲ (۵/۳)
	نوع دانشگاه
۱ (۲/۵)	پیام نور ۶ (۱۶/۷)
۲۰ (۵۰/۰)	آزاد ۲۰ (۵۵/۶)
۱۹ (۴۷/۵)	سراسری ۱۰ (۲۷/۸)
	روستایی یا شهری بودن
۱ (۲/۵)	شهر ۴۳ (۹۳/۵)
۲۱ (۵۲/۵)	روستا ۳ (۶/۵)
۱۸ (۴۵/۰)	زندگی با چه کسانی
	پدر و مادر ۳۲ (۷۱/۱)
۷ (۲۱/۹)	پدر یا مادر ۳ (۶/۷)
۱۰ (۳۱/۳)	خوابگاه ۲ (۴/۴)
۳ (۹/۴)	خانه شخصی به تنهایی ۶ (۱۳/۳)
۲ (۶/۳)	خانه شخصی با دوستان ۲ (۴/۴)
۲ (۶/۳)	مصرف مواد مخدر
۱ (۳/۱)	بله ۲ (۴/۴)
۷ (۲۱/۹)	خیر ۴۲ (۹۳/۳)
	زمان خودکشی
۷ (۱۸/۴)	نامعلوم ۱ (۲/۲)
	اقدام به خودکشی
۱۲ (۳۱/۶)	بله ۳ (۷/۷)
۱۹ (۵۰/۰)	خیر ۳۳ (۸۴/۶)
	نامعلوم ۳ (۷/۷)
	زمان خودکشی (شبانه روز)
	روز ۲۴ (۶۸/۶)
	شب ۱۱ (۳۱/۴)

بحث

طبق بررسی حاضر، در فاصله زمانی ۱۳۸۲ تا تابستان ۱۳۸۷، ۳۳۷ مورد در فاصله زمانی ۱۳۸۲ تا تابستان ۱۳۸۷، ۳۳۷ مورد خودکشی دانشجویان رخ داده که بیشترین میزان خودکشی در سال ۱۳۸۴ (۹۵ مورد) بوده است. پس از آن، سال ۱۳۸۵ با ۹۰ مورد، سال ۱۳۸۳ با ۷۷ مورد و سال ۱۳۸۶ با ۴۵ مورد قرار دارد.

نرخ خودکشی دانشجویان در ایران در مقایسه با نرخ‌های سایر کشورهای توسعه‌یافته - که نتایج آن در دسترس است - پایین‌تر می‌باشد که این امر ممکن است ناشی از اتکاء این مطالعه به یک منبع ثبت اطلاعات خودکشی و نیز ثبت نامطمئن و برآورد کمتر از حد واقعی خودکشی به دلیل عواقب قانونی و اجتماعی آن در کشور باشد (حفاظی و همکاران، ۱۳۸۷).

در ژاپن میزان بروز خودکشی دانشجویی طی سال‌های ۱۹۷۴ تا ۲۰۰۲، ۱۸/۶ در صدهزار نفر به دست آمد (هوری^۱، ۲۰۰۵). در پژوهش نیمه‌ی^۲ و لانکوویست^۳ (۱۹۹۳) در فاصله سال‌های ۱۹۸۸-۱۹۸۷، میزان خودکشی دانشجویان فنلاندی در هر سال، ۱۳/۸ در صدهزار نفر در مردان و ۱۰ نفر در صدهزار نفر در زنان به دست آمده است. در بررسی دیگری بر روی دانشجویان دانشگاه کمبریج، در فاصله سال‌های ۱۹۹۶-۱۹۷۰ از ۱۵۷ مورد مرگ دانشجویی، ۳۶ مورد خودکشی و میزان کلی خودکشی ۱۱/۳ در صدهزار نفر گزارش شده است (کالینز و پیکل، ۲۰۰۰). مطالعه آمار خودکشی دانشجویان در آمریکا در فاصله سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰، ۲۶۱ مورد خودکشی و نرخ ۷/۵ در صدهزار (سیلورمن و همکاران، ۱۹۹۷) و بررسی آمار خودکشی در فاصله سال‌های ۱۹۹۱ تا ۲۰۰۴، ۱۴۰۴ خودکشی و نرخ ۶/۵ در صدهزار نفر را نشان می‌دهد (شوارتز، ۲۰۰۶).

نتایج این تحقیق هم‌چنین نشان داد که نرخ خودکشی در میان دانشجویان از جمعیت عمومی پایین‌تر است. بر اساس یافته‌های به‌دست آمده از مرور سازمان‌یافته مطالعات انجام‌شده در مورد خودکشی در جمعیت عمومی، نرخ خودکشی در کشور ۱/۶±۶ درصد از موارد اقدام بوده است (غفاریان شیرازی، خرامین، ذوالعدل و قادری، ۱۳۸۷). به‌نظر می‌رسد این موضوع می‌تواند به دلیل محدودیت مطالعه اخیر در دسترسی به تمام موارد خودکشی و نیز استفاده از یک منبع اطلاعات باشد. در مطالعه کالینز و پیکل (۲۰۰۰) در دانشگاه

کمبریج، نرخ خودکشی شبیه به میزان خودکشی در جمعیت غیردانشجویی در فاصله سنی ۱۵ تا ۲۴ سال بوده است. اما در یک مطالعه در فاصله سال‌های ۱۹۷۶ تا ۱۹۹۰ در دانشگاه آکسفورد، میزان مشاهده خودکشی نسبت به میزان انتظار در جمعیت عمومی بیشتر بوده است (هاوتون^۴، سیمکین^۵، فگک^۶ و هاوکینز^۷، ۱۹۹۵).

یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش نشان داد که مردان دانشجو بیش از زنان خودکشی می‌کنند. این یافته با برخی مطالعات انجام‌شده هم‌سو و با برخی دیگر در تضاد است. تا سن ۱۴ سالگی تفاوت‌های جنسیتی در رفتارهای خودکشی خیلی واضح نیست اما از این زمان تفاوتها معنی‌دار می‌شود (جکسون^۸، هس^۹ و وندالن^{۱۰}، ۱۹۹۵). در شماری از تحقیقات خودکشی کامل (لیدلی^{۱۱} و پاسکار^{۱۲}، ۱۹۹۴) و اقدام به خودکشی (پففر^{۱۳}، ۲۰۰۱) در مردان نسبت به زنان بالاتر گزارش شده و در شماری دیگر، تلاش برای خودکشی در زنان نسبت به مردان بیشتر نشان داده شده است (آدکوک^{۱۴}، ناگی^{۱۵} و سیمپسون^{۱۶}، ۱۹۹۱؛ هنری^{۱۷}، استفنسون^{۱۸}، هانسون^{۱۹} و هارگت^{۲۰}، ۱۹۹۳). و رفتارهای خودکشی در تمامی موارد (افکار، نقشه، تلاش) در دختران دانش آموز دبیرستانی بیش از پسران بوده است (گاریسون و همکاران، ۱۹۹۳).

در ایران، مطالعه‌ای در جیرفت نشان داد نسبت مرد به زن در اقدام به خودکشی ۱ به ۱/۷۵ است (ظهور و افلاطونیان، ۱۳۸۲). مطالعه دیگری در استان کرمان نشان داد از کل موارد اقدام در تمام شهرستان‌های استان مذکور، ۶۹/۴٪ موارد متعلق به مردان و ۳۰/۶٪ موارد متعلق به زنان است. نسبت اقدام مرد به زن ۲/۲۶ به ۱ بود (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱). بررسی موارد اقدام به خودسوزی در استان مازندران طی سه سال نشان داد مجموعاً ۳۱۸ مورد اقدام رخ داده بود که در ۸۳ مورد اقدام‌کنندگان زن بودند (ضرغامی و خلیلیان، ۲۰۰۱). همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان طی سال‌های ۷۱-۱۳۷۰ نشان داد از بین ۵۶۱ فرد اقدام‌کننده ۳۳۹ نفر زن و

- | | |
|--------------|----------------|
| 1- Hori | 2- Niemi |
| 3- Lonnqvist | 4- Hawton |
| 5- Simkin | 6- Fagg |
| 7- Hawkins | 8- Jackson |
| 9- Hess | 10- Van Dalen |
| 11- Ladely | 12- Puskar |
| 13- Pfeffer | 14- Adcock |
| 15- Nagy | 16- Simpson |
| 17- Henry | 18- Stephenson |
| 19- Hanson | 20- Hargett |

راه‌های خودکشی است (کیابوندی^۴، سیپولونی^۵، پارونی^۶ و سچی^۷، ۲۰۰۱) - در میان زنان ایرانی، استناست و آنها بیش از مردان خودسوزی می‌کنند. بر اساس گزارش سال ۱۳۸۰ پزشکی قانونی کشور، مهم‌ترین روش به کارفته در زنان خودسوزی بوده است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱). در شهرستان یزد، خودسوزی پس از مسمومیت دارویی شایع‌ترین روش خودکشی در میان زنان بوده و خودسوزی در زنان بیش از مردان رخ داده است (غنی‌زاده و سپهر، ۱۳۷۶). در تحقیقات سایر کشورها نیز مشخص شده که مردان برای خودکشی، بیش از زنان خود را حلق‌آویز می‌کنند و زنان بیشتر از دارو استفاده می‌کنند (پوپن‌هاگن^۸ و کوآلی^۹، ۱۹۹۸؛ لانگهینریچسن - روهلینگ^{۱۰}، ساندرز^{۱۱}، کرین^{۱۲} و مونسون^{۱۳}، ۱۹۹۸؛ ماروسیک^{۱۴}، ۱۹۹۹؛ سازمان جهانی بهداشت^{۱۵}، ۲۰۰۲؛ هوری، ۲۰۰۵).

در پژوهش حاضر، محل وقوع خودکشی بیشتر محل سکونت یا منزل فرد، مکان‌های عمومی مثل پارک، هتل، بیمارستان، باغ یا جنگل و کوچه و خیابان بود. وقوع شمار زیادی از خودکشی‌ها در منزل شخصی فرد در سایر تحقیقات در ایران (رحیم‌زاده، ۱۳۷۲؛ غنی‌زاده و سپهر، ۱۳۷۶؛ یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱) نیز بیان شده است.

در این تحقیق، توزیع فراوانی میزان خودکشی بر حسب فصل نشان داد که در تابستان و بهار به ترتیب بیشترین میزان خودکشی رخ داده است. همچنین بر اساس نتایج این تحقیق، بیشترین میزان خودکشی در شهریور و کمترین در فروردین (عید نوروز) رخ داده است. آبان و اسفند کمترین میزان خودکشی را پس از فروردین دارا بودند. بین زنان و مردان در انتخاب فصل سال برای خودکشی تفاوتی وجود نداشت و هر دوی آنها ابتدا تابستان، بهار، زمستان و سپس پاییز را برای خودکشی انتخاب کردند.

در پژوهش‌های قبلی، از فصل بهار، بیش از دیگر فصل‌ها به عنوان فصل خودکشی یاد شده است (تازیکی، سمنانی، گلعلی‌پور، بهنام‌پور، تاریکی و رجائی، ۱۳۸۵؛ ضرغامی و خلیلیان، ۱۳۸۱). میرهاشمی، سیفی و صباحی (۱۳۷۴) در

۲۲۲ نفر مرد بودند. نرخ اقدام در زنان حدوداً ۱/۵ برابر مردان بود (یاسمی و همکاران، ۱۳۷۷). در پژوهشی دیگر در تهران مشخص شد که از مجموع ۸۷۷ مورد اقدام به خودکشی، ۳۶۰ مورد به وسیله زنان (حدود ۴۴٪) و ۵۲۷ مورد به وسیله مردان (حدود ۵۹٪) انجام شده است (حیدری، ۱۳۶۷). در مطالعه‌ای در اصفهان ۶۶٪ اقدام‌کنندگان زن، و ۳۴٪ مرد بودند (حسن‌زاده مهدی و رجالی، ۱۳۶۳).

استرانج^۱ و اورلوفسکی^۲ (۱۹۹۰) در تبیین داشتن ایده خودکشی بیشتر در بین دختران، به سبک دلبستگی ایمن و ناایمن به والدین اشاره کرده‌اند. افزایش درصد خودکشی در مردان نسبت به زنان نیز شاید این گونه توضیح داده شود که مردان نسبت به زنان راهها و روشهای خشنوت آمیزتری را در تلاش برای خودکشی انتخاب می‌کنند که در نتیجه بیشتر منجر به مرگ آنها می‌شود (واتکینز^۳، ۲۰۰۴).

در تحقیق حاضر مشخص شد که از بین روش‌های به کار رفته برای خودکشی، حلق‌آویز کردن بالاترین و بریدن عروق حیاتی کمترین فراوانی را دارا هستند. زنان بیش از مردان از روشهای مسمومیت دارویی، مسمومیت با سم و خودسوزی و مردان بیش از زنان از روش حلق‌آویزی، سلاح گرم و بریدن عروق حیاتی برای خودکشی استفاده کرده‌اند.

در ایران شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی در زنان مصرف دارو با دوز بالا گزارش شده است (دادی‌پور، ۱۳۸۰؛ سادات حسینی، ۱۳۷۶). در تحقیقی در میان اقدام‌کنندگان به خودکشی در اصفهان نیز مشخص شد که اقدام به خودکشی با مصرف دارو و مسمومیت دارویی شایع‌ترین روش هر دو جنس بود؛ ولی زنها بیش از مردان با این روش اقدام به خودکشی کرده بودند (غنی‌زاده و سپهر، ۱۳۷۶). در مسمومیت‌های ارادی در دهه اخیر ابتدا بنزودیازپین‌ها و سم علف‌کش‌ها (مهدیزاده مقدم، ۱۳۷۶) و بنزودیازپین‌ها و داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای (غنی‌زاده و سپهر، ۱۳۷۶) و در سال‌های دهه پنجاه، تریاک و انواع قرص‌های اعصاب و خواب‌آور استفاده شده است (آقاجانی، ۱۳۵۲).

تحقیقات انجام‌شده در ایران هم‌چنین تأیید می‌کنند که مهم‌ترین روش به کاررفته در مردان حلق‌آویز کردن است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱).

اگرچه در تحقیقات انجام‌شده در سطح جهان، مردان روش‌های خشن‌تری را برای خودکشی انتخاب می‌کنند، شیوع خودسوزی - که یکی از دردناکترین و زجرآورترین

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1- Strange | 2- Orlofsky |
| 3- Watkins | 4- CaveBondi |
| 5- Cipolloni | 6- Parroni |
| 7- Cecchi | 8- Popenhagen |
| 9- Qualley | 10- Langhinrichsen-rohling |
| 11- Sanders | 12- Crane |
| 13- Monson | 14- Marusic |
| 15- Word Health Organization | |

است. مطالعاتی که در مورد تفاوت‌های سنی و خودکشی تا دوره نوجوانی انجام شده‌اند تفاوت معنی‌داری را در نرخ خودکشی در سنین مختلف گزارش نکرده‌اند (کاشانی^۱، گودارد^۲ و رید^۳، ۱۹۸۹). میزان رفتارهای مرتبط با خودکشی پس از بلوغ بیشتر گزارش شده است و نقطه اوج آن در افراد جوان در سن ۲۳ سالگی مشاهده شده است (شافر^۴، کارلند^۵، گولد^۶، فیشر^۷ و تراومن^۸، ۱۹۸۸). این یافته‌ها با نتایج مطالعات قبلی در جمعیت عمومی کشور هماهنگ است که بیشترین میزان خودکشی در افراد زیر ۲۵ سال (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱)، سن متوسط ۲۷ سال (ضرغامی و خلیلیان (۲۰۰۱)، در گروه‌های سنی ۱۹-۱۵ و ۲۴-۲۰ سال (جمشیدزاده، ۱۳۸۱)، در گروه‌های سنی ۲۰-۱۰ و پس از آن ۳۰-۲۱ سال (کلدی و گراوند، ۱۳۸۲) و در گروه سنی ۲۷-۱۹ سال (حیدری، ۱۳۶۷) گزارش شده است.

در مطالعه‌ای در ایتالیا نشان داده شد که در تمام گروه‌های سنی مردان بیش از زنان خودکشی کرده و نرخ خودکشی هم در زنان و هم در مردان با افزایش سن افزایش یافته است (پرتی^۹ و میوتو^{۱۰}، ۲۰۰۱). در مطالعه‌ای دیگر متوسط سنی که بیشترین اقدام به خودکشی در آن صورت می‌گیرد در زنان ۲۴-۱۵ سال و در مردان ۳۴-۲۵ بوده است (کرخوف^{۱۱} و آرنسمان^{۱۲}، ۲۰۰۱). در کانادا اکثر موارد خودکشی در مردان در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال گزارش شده است (بوثروید^{۱۳}، کرمایر^{۱۴}، اسپرنگ^{۱۵}، مالوس^{۱۶} و هودجینز^{۱۷}، ۲۰۰۱).

بر اساس مطالعه حاضر، دانشجویان مجرد بیشتر خودکشی کرده‌اند. این یافته در سایر تحقیقات در جمعیت عمومی نیز به‌دست آمده است (جمشیدزاده، ۱۳۸۱؛ کلدی و گراوند، ۱۳۸۱).

۳۸/۵٪ از دانشجویان سابقه مراجعه به روانپزشک داشته‌اند. این مراجعه می‌تواند طیف وسیعی از دلایل از سردرد میگرنی تا اسکیزوفرنیا را دربرگیرد؛ از این رو نتیجه‌گیری دقیق امکان‌پذیر نیست. به‌علاوه، با توجه به بهبود امکانات مراکز مشاوره دانشگاه‌ها ممکن است مراجعه به این مراکز به دلیل افزایش آگاهی دانشجویان یا در دسترس بودن خدمات بهداشت

تحقیق خود در استان کرمان نشان دادند که خودکشی در فصول گرم سال (بهار و تابستان) بیش از فصول سرد (پاییز و زمستان) اتفاق افتاده بود. هم‌چنین تحقیقی در همدان مشخص کرد که درصد بیشتری از خودکشی‌ها (۱۷٪) به شهریورماه، و در میان فصل‌ها ۳۳/۵٪ به فصل بهار و کمترین اقدام به خودکشی در ماه مبارک رمضان (۳/۷۵٪) و بعد از آن به ایام عید نوروز (۴٪) اختصاص داشت (قلعه‌ایها و بهروزی‌فرد، ۱۳۸۵). در مطالعه یاسمی و همکاران (۱۳۷۷) در کرمان، بیشترین اقدام‌ها در اسفندماه (۱۲/۳٪) و کمترین در آذرماه (۳/۲٪) بود. در تهران ۱۳۵۲ با بررسی تغییرات میزان خودکشی در شرایط زمانی مختلف، بیشترین میزان خودکشی به ترتیب در ماه‌های تیر، مرداد و اردیبهشت گزارش شد (آقاجانی، ۱۳۵۲).

از لحاظ زمان خودکشی، در پژوهش حاضر حدود ۷۰٪ خودکشی‌ها در روز انجام گرفته بود. در این رابطه مطالعه‌ای در سال‌های ۱۳۷۲ و ۱۳۷۳ نشان داد از نظر ساعت خودکشی کمترین موارد در ساعات اولیه بامداد بود (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱). هم‌چنین میزان خودکشی به ترتیب در روزهای یک‌شنبه، شنبه و جمعه در بالاترین حد خود بود. به نظر می‌رسد اول و آخر هفته زمان‌های پرخطر خودکشی بوده است. ممکن است بتوان نتیجه‌گیری کرد این زمان‌ها - به‌خصوص آخر هفته - زمان‌هایی هستند که دانشجویان با احتمال بیشتری با خانواده خود به سر می‌برند؛ با توجه به این که درصد بالایی از دانشجویان مورد مطالعه با خانواده زندگی می‌کردند. در این زمینه نتیجه یک مطالعه در جمعیت عمومی اروپا نشان داد اکثر موارد خودکشی در آغاز هفته (شروع روز کاری) یعنی روز دوشنبه رخ داده بود (۴۴٪ کل موارد) و کمترین موارد نیز در تعطیلات به وقوع پیوسته بود (ماروسیک، ۱۹۹۹). هم‌چنین در مطالعه کنونی حدود ۲۰٪ خودکشی‌ها در زمان امتحانات و ۳۰٪ در تعطیلات بین دو ترم انجام گرفته بود. به نظر می‌رسد این یافته مؤید این نکته است که مشکلات تحصیلی مهم‌ترین عامل دخیل در خودکشی نیست و بایستی مسایل دیگری به‌خصوص ارتباط دانشجو با خانواده و مشکلات مربوطه را نیز در نظر گرفت.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سن ۲۲ سال بیشترین میزان خودکشی و ۲۸ و ۲۹ سال کمترین میزان خودکشی را شامل می‌شود. بیشترین فراوانی خودکشی در زنان در سن ۲۴ سالگی و در مردان در سن ۲۲ سالگی بوده

- | | |
|---------------|--------------|
| 1- Kashani | 2- Goddard |
| 3- Reid | 4- Shaffer |
| 5- Garland | 6- Gould |
| 7- Fisher | 8- Trautman |
| 9- Preti | 10- Miotto |
| 11- Kerkhof | 12- Arensman |
| 13- Boothroyd | 14- Kirmayer |
| 15- Spreng | 16- Malus |
| 17- Hodgins | |

روستا در سال‌های مورد مطالعه و نسبت آماری هر یک به کل جمعیت دانشجویی، وابسته بودن قسمتی از اطلاعات به مصاحبه با بستگان دانشجویان خودکشی کننده به خصوص با در نظر گرفتن فرهنگ اسلامی که خودکشی را گناه به حساب می‌آورد و می‌توان انتظار داشت بازماندگان در مواردی، همکاری کافی جهت به دست آوردن اطلاعات مناسب نداشته باشند یا سعی در کم‌اهمیت جلوه دادن مشکلاتی مانند مشکلات روانپزشکی یا مشکلات ارتباطی خودکشی کننده با خانواده بنمایند، کم بودن تعداد مطالعات در زمینه خودکشی (بیشترین مطالعات در کشور در زمینه اقدام به خودکشی انجام گرفته است) و در دسترس نبودن اطلاعات مربوط به خودکشی در جمعیت عمومی در سال‌های مورد مطالعه، از محدودیت‌های عمده تحقیق حاضر است.

پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، روش اتوپسی روانشناختی^{۲۸} برای بررسی دقیق‌تر علل خودکشی مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

این طرح با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران و سازمان پزشکی قانونی به انجام رسیده است. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

آقاچانی، محمد (۱۳۵۲). *جایگاه‌شناسی میزان و نوع خودکشی در تهران*. طرح پژوهشی. دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم اجتماعی.
ایدی، صالح (۱۳۸۰). *توسیم نیمرخ شخصیتی افراد خودکشی در آزمون میلون در استان ایلام*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
پورشرفی، حمید؛ بوالهروی، جعفر؛ پیروی، حمید؛ یعقوبی، حمید؛ زرانی، فریبا؛ حفاظی، میترا؛ عابدیان، احمد؛ دهقانی، محمود (۱۳۸۷). بررسی عوامل

روان باشد. با این حال مراجعه به روانپزشک نشان می‌دهد مشکلی وجود داشته که به دنبال آن مراجعه انجام گرفته است.

یافته‌ها هم چنین نشان داد که ۴۱/۵٪ از دانشجویان سابقه بیماری روانپزشکی داشته‌اند. در همین راستا تعدادی از مطالعات نشان می‌دهد اختلال روانپزشکی با خودکشی ارتباط دارد (ریهمر^۱، ۱۹۹۶؛ هاوتون، هوستون^۲، هاو^۳، تاونسند^۴ و هریس^۵، ۲۰۰۳). در بیش از ۹۰٪ از قربانیان خودکشی با دست کم یک اختلال روانپزشکی تشخیص داده شده است (برنت^۶، ۱۹۹۵؛ شافر، گولد، فیشر، تراتمن، موریو^۷، کلینمن^۸ و فلوری^۹، ۱۹۹۶). مطالعات انجام شده در کشورمان نیز رابطه بین اختلالات روانپزشکی و خودکشی را تأیید کرده‌اند (کلدی و گراوند، ۱۳۸۱؛ یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱).

از بین اختلال‌های روانپزشکی، اختلال خلقی^{۱۰} به عنوان مهم‌ترین عامل خطر آفرین برای خودکشی مشخص شده است (پیفیفر، کلرمن^{۱۱}، هرت^{۱۲}، لسر^{۱۳}، پسکین^{۱۴} و سیفکر^{۱۵}، ۱۹۹۱؛ شافر و همکاران، ۱۹۹۶). در پژوهش‌های برنت، پرپر^{۱۶}، موریتز^{۱۷}، آلمن^{۱۸}، فرند^{۱۹} و روث^{۲۰} و همکاران (۱۹۹۳)، لوینسون^{۲۱}، رود^{۲۲} و سیلی^{۲۳} (۱۹۹۴)، و استولب^{۲۴} و چیریوگا^{۲۵} (۱۹۹۸) گزارش شده که اختلال عاطفی^{۲۶} و دوره‌های افسردگی اساسی^{۲۷} از بزرگترین عوامل خطر آفرین برای خودکشی هستند.

به‌طور کلی در این مطالعه خودکشی دانشجویان با اوج سنی ۲۴-۲۰ سال، روند رو به افزایش در زنان، روش حلق‌آویز کردن، افزایش میزان در تعطیلات بین ترم/در پایان ترم و خودکشی در محل زندگی با والدین همراه بود. نتایج این تحقیق می‌تواند به یافتن زمینه‌های بروز و وقوع خودکشی در میان دانشجویان کمک کند و راهکارهایی را برای پیش‌گیری و کاهش نرخ خودکشی در کشور پیشنهاد کند.

در دسترس نبودن اطلاعات کافی در زمینه‌هایی مانند رضایت از رشته تحصیلی به‌ویژه اولویت دانشجویان خودکشی کننده در انتخاب رشته و محل تحصیل و مقایسه آن با رشته قبولی و دانشگاه محل تحصیل، عواملی مربوط به خانواده دانشجویان خودکشی کننده، ناکافی بودن اطلاعات مربوط به مشکلات روانپزشکی دانشجویان خودکشی کننده به خصوص تشخیص یا علت مراجعه، عدم دسترسی به آمار دقیق دانشجویان به تفکیک مقطع تحصیلی و بررسی آن در کنار سن خودکشی، تعداد دانشجویان در هر دانشگاه، در دسترس نبودن آمار دانشجویان ساکن شهر و دانشجویان ساکن

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| 1- Rihmer | 2- Houston |
| 3- Haw | 4- Townsend |
| 5- Harriss | 6- Brent |
| 7- Moreau | 8- Kleinman |
| 9- Flory | 10- mood disorder |
| 11- Klerman | 12- Hurt |
| 13- Lesser | 14- Peskin |
| 15- Siefker | 16- Perper |
| 17- Moritz | 18- Allman |
| 19- Friend | 20- Roth |
| 21- Lewinsohn | 22- Rohde |
| 23- Seeley | 24- Stoelb |
| 25- Chiriboga | 26- affective disorder |
| 27- major depression | 28- psychological autopsy |

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، سال سیزدهم،

شماره ۴، ۶۳-۵۸.

کلدی علیرضا؛ و گراوند، اردشیر (۱۳۸۱). بررسی علل خودکشی در شهرستان
کوهدشت. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ششم، شماره ۲، ۲۹۱-۲۷۵.

مرادی، سعداله؛ و خادمی، علی (۱۳۸۱). بررسی خودکشی‌های منجر به مرگ در
ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*،
سال هشتم (۲۷)، ۲۱-۱۶.

مهدیزاده مقدم، فروغ (۱۳۷۶). *داروسازی بررسی مسمومین حاد دارویی ۵ ساله
اخیر در بیمارستان دکتر حشمت رودسر*. پایان‌نامه دکتری داروسازی.
دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده داروسازی.

میرهاشمی، مجتبی؛ سیفی، شراره؛ و صباحی، عبدالرضا (۱۳۷۴). *تعیین
شاخص‌های اپیدمیولوژیک خودکشی موفق در استان کرمان طی سال
شمسی (۱۳۷۳-۱۳۷۲)*. پایان‌نامه دکتری پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی
کرمان، دانشکده پزشکی.

نقوی، محسن؛ و اکبری، محمداسماعیل (۱۳۸۱). *همه‌گیرشناسی آسیب‌های
ناشی از علل خارجی (حوادث) در جمهوری اسلامی ایران*.
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، انتشارات
فکرت.

یاسمی، محمدتقی؛ صباحی، عبدالرضا؛ میرهاشمی، سیدمجتبی؛ سیفی، شراره؛
آذریکیان، پرنوش؛ و طاهری، محمدحسین (۱۳۸۱). همه‌گیرشناسی
خودکشی از طریق پزشکی قانونی در استان کرمان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*،
سال هفتم، شماره ۴، ۱۳-۴.

یاسمی، محمدتقی؛ صانعی، نسرين؛ ملک‌پور افشار، رضا؛ هنرمند، علیرضا؛ و
میرشکار، رضا (۱۳۷۷). بررسی همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در شهر
کرمان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۴، ۲۷-۱۵.

یاسمی، محمدتقی (۱۳۷۳). *روانپزشکی بررسی اپیدمیولوژیک موارد خودکشی
موفق در استان کرمان*. طرح پژوهشی. دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

Adcock, A. G., Nagy, S., & Simpson, J. A. (1991). Selected
risk factors in adolescent suicide attempts. *Adolescence*,
26, 817-828.

Boothroyd, L. J., Kirmayer, L. J., Spreng, S., Malus, M., &
Hodgins, S. (2001). Completed suicides among the Inuit
Quebec, 1989-1996: A case-control study. *Canadian
Association Journal*, 165, 749-755.

Brent, D. A. (1995). Risk factors for adolescent suicide and
suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders,
family environmental factors and life stress. *Suicide
and Life-Threatening Behavior*, 25 (Suppl.), 52-63.

Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend,
A., & Roth, C. (1993). Psychiatric risk factors for
adolescent suicide: A case control study. *Journal of
the American Academy of Child and Adolescent
Psychiatry*, 32, 521-529.

خطر ساز رفتارهای خودکشی در بین دانشجویان دانشگاه تهران. *تحقیقات
علوم رفتاری، ویژه‌نامه مجموعه مقالات اولین سمینار ملی مطالعه
رفتارهای خودکشی و راهکارهای پیشگیری از آن در ایران*، ۱۲، دوره ۶،
شماره ۲، ۲۴.

تازیکی، محمدحسن؛ سمنانی، شهریار؛ گلملی‌پور، محمدجعفر؛ بهنام‌پور، ناصر؛
تاریکی، صادق‌علی؛ و رجائی، سیامک (۱۳۸۵). همه‌گیری‌شناسی خودکشی
در استان گلستان (سال ۱۳۸۲). *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*،
۱۶ (۵۵)، ۷۷-۷۲.

جمشیدزاده، فرخ‌لقا (۱۳۸۱). *بررسی روند تغییرات برخی ویژگی‌های موارد
خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام طی سال‌های ۸۰-۱۳۷۳*.
پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و
توانبخشی.

حسن‌زاده، مهدی؛ و رجالی، علی (۱۳۶۳). بررسی دویست مورد خودکشی.
مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۲۲ (۶)، ۵۹-۴۷.

حافظی، میترا؛ حاجی، احمد؛ و صابری زفرقندی، محمدباقر (۱۳۸۷). مروری بر
گزارشات خودکشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور طی سال‌های
۱۳۸۶-۱۳۸۰. *تحقیقات علوم رفتاری*، ویژه‌نامه مجموعه مقالات، ۶ (۲)، ۳۴.

حیدری‌پهلویان، احمد (۱۳۷۶). وضعیت روانی-اجتماعی اقدام‌کنندگان به
خودکشی در شهرستان همدان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم،
شماره ۱ و ۲، ۳۱-۱۹.

حیدری، صنوبر (۱۳۶۷). *بررسی خودکشی در ایران*. پایان‌نامه دکتری پزشکی.
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی
تهران.

دادی‌پور، اعظم (۱۳۸۰). *بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به
خودکشی مراجعه‌کننده به بیمارستان خاتم‌الانبیاء (ص) طی چهار ماه در
سال ۱۳۸۰*. پایان‌نامه دکتری پزشکی عمومی. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان،
دانشکده پزشکی.

ضرغامی، مهران؛ و خلیلیان، علیرضا (۱۳۸۱). خودسوزی در استان مازندران.
فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۴، ۲۴-۱۳.

ظهور، علیرضا؛ و افلاطونیان، محمدرضا (۱۳۸۲). فراوانی اقدام به خودکشی در
مراجعه‌کنندگان به بخش اورژانس شهر جیرفت در سال ۱۳۸۰. *مجله دانشگاه
علوم پزشکی ایران*، ۳۸، ۹۱۹-۹۱۳.

غفاریان شیرازی، حمیدرضا؛ خرامین، شیرعلی؛ ذوالعدل، محمد؛ و قادری، افشین
(۱۳۸۷). مرور سازمان‌یافته و متاآنالیز مطالعات انجام شده در رابطه با خودکشی در
ایران. *تحقیقات علوم رفتاری*، ویژه‌نامه مجموعه مقالات، ۶ (۲)، ۵۰.

غنی‌زاده، محمدجواد؛ و سپهر، وحید (۱۳۷۶). *بررسی موارد اقدام به خودکشی
مراجعه‌کننده به بخش سوانح بیمارستان‌های افشار و شهید رهنمون و
سوانح سوختگی یزد آذر ۷۵ لغایت اردیبهشت ۱۳۷۶*. پایان‌نامه دکتری

پزشکی عمومی. دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده پزشکی.
فولادی، عزت‌اله (۱۳۸۱). *استراتژی‌ها و برنامه‌های پیش‌گیری از خودکشی با
تمرکز بر نوجوانان و جوانان*. تهران: فجر اندیشه.

قلعه‌ایها، علی؛ و بهروزی‌فرد، فاطمه (۱۳۸۵). بررسی اپیدمیولوژیک اقدام‌کنندگان
به خودکشی بستری در بیمارستان همدان از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۱. *مجله علمی*

- Cave Bondi, G., Cipolloni, L., Parroni, E., & Cecchi, R. (2001). A review of suicides by burning in Rome between 1947-1997 examined by the Pathology Department of the Institute of Forensic Medicine, University of Rome 'La Sapienza'. *Burnes*, 27 (3), 227-231.
- Collins, I. P., & Paykel, E. S. (2000). Suicide amongst Cambridge University students 1970-1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 128-132.
- Garrison, C. Z., Mc Keown, R. E., Valois, R. F., & Vincent, M. L. (1993). Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health*, 83, 179-184.
- Hawton, K., Houston, C., Haw, F., Townsend, E., & Harriss, L. (2003). Co morbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1494-1501.
- Hawton, K., Simkin, S., Fagg, J., & Hawkins, M. (1995). Suicide in Oxford University students, 1976-1990. *The British Journal of Psychiatry*, 166 (1), 44-50.
- Henry, C. S., Stephenson, A. L., Hanson, M. F., & Hargett, W. (1993). Adolescent suicide and families: An ecological approach. *Adolescence*, 28 (110), 291-308.
- Hori, M. (2005). Suicide in Tsukuba University students, 1974-2002. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 107 (6), 545-562. Available on: <http://sciencelinks.jp/jeast/article/00517/000020051705A0660982.php>
- Jackson, H. P., Hess, P. M., & Van Dalen, A. (1995). Preadolescent suicide, how to ask and how to respond. *Families in Society*, 76 (5), 267-280.
- Kashani, J. H., Goddard, P., & Reid, J. C. (1989). Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (6), 912-917.
- Kerkhof, J. F. M., & Arensman, E. (2001). *Pathways to suicide: The epidemiology of the suicidal process*. In: Van Heeringen, K. (Eds). *Understanding suicidal behavior: The suicidal process approach to research, treatment and prevention*. New York: Willey & Sons, 15-40.
- Ladely, S. J., & Puskar, K. R. (1994). Adolescent suicide Behaviors, risk factors, and psychiatric nursing interventions. *Issues in Mental Health Nursing*, 15 (5), 497-504.
- Langhinrichsen-rohling, J., Sanders, A., Crane, M., & Monson, C. M. (1998). Gender and history of suicidality: Are these factors related to U.S. college students' correlated suicidal thoughts, feelings, and actions? *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28 (1), 127-142.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 297-305.
- Lipschitz, A. (1995). Suicide prevention in young adults (age 18-30). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25 (11), 155-170.
- Marusic, A. (1999). Suicide in Slovenia: Lessons for cross cultural psychiatry. *International Review of Psychiatry*, 11 (2-3), 212-218.
- Mathiasen, R. (1988). Evaluating suicidal risk in the college student. *National Association of Student Personnel Administrators Journal*, (NASPA), 25, 257-261.
- Meehan, P. J., Lamb, J. A., Saltzman, L. E., & O'Carroll, P. W. (1992). Attempt suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *American Journal of psychiatry*, 149 (1), 41-44.
- Niemi, T., & Lonnqvist, J. (1993). Suicides among university students in Finland. *Journal of American College Health*, 42 (2), 64-66.
- Pfeffer, C. R. (2001). Diagnosis of childhood and adolescent suicidal behavior: Unmet needs for suicide prevention. *Society of Biological Psychiatry*, 49, 1055-1061.
- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Lesser, M., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1991). Suicidal children grow up: Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 609-616.
- Popenhagen, M., & Qualley, R. (1998). Adolescent suicide: Detection, intervention, and prevention. *Professional School Counseling*, 1 (4), 30-35.
- Preti, A., & Miotto, P. (2001). Diurnal variations in suicide by age and gender in Italy. *Journal of Affective Disorders* 65, 253-261.

- Rickgarn, R. L. (1994). *Perspectives on college student suicide*. Amityville, NY: Baywood.
- Rihmer, S. (1996). Relationship between recognized depression and suicide in Hungary. *European Psychiatry, 11*, 181-188.
- Schwartz, A. J. (2006). College Student Suicide in the United States: 1990-1991 through 2003-2004. *Journal of American College Health, 54* (6), 341-352.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., & Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27* (6), 675 - 687.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnoses in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry, 53*, 339- 348.
- Silverman, M. M. (1993). Campus student suicide rates: fact or artifact? *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*, 329-342.
- Silverman, M. M., Meyer, P. M., Sloane, F., Raffel, M., & Pratt, D. (1997). The big ten student suicide study: A 10-year study of suicides on Midwestern university campuses. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 27* (3), 285-303.
- Stoelb, M., & Chiriboga, J. (1998). A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence, 21*, 359- 370.
- Strang, S. P., & Orlofsky, J. (1990). Factors underlying suicidal ideation among college students-A test of Teicher and Jacoms' model. *Adolescence, 13* (1), 39-52.
- US Department of Health and Human Services. (2005). Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. *National Vital Statistics Reports, 53*, 13-49.
- Watkins, R. (2004). *Exposure to peer suicide in college students*. A dissertation submitted to the graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy department of psychology.
- World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO.
- Zarghami, M., & Khalilian, A. (2001). Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. *Burns, 26*, 115-119.