

Mapping the Psychosocial Schema of Suicide Attempts

Mehri Sadat Mousavi^{*}

Salman Ghaderi^{**}

Maryam Beyk Mohammadi^{***}

Elham Sani^{****}

Faezeh Raeisi^{*****}

Suicide, as one of the leading causes of death, particularly among young people, is a multidimensional phenomenon rooted in the complex interaction of psychological, social, and economic factors. This study aimed to delineate the psychosocial schema of suicide attempts through an exploratory factor analysis of the perspectives of 76 individuals who had attempted suicide and were under the intervention of Tehran Social Emergency Services. Data were collected using a researcher-made questionnaire and analyzed using descriptive statistics and factor analysis. The most frequent age group among participants was 20–30 years (36.8%), with a mean age of 33 years. The most important reasons for the attempt, from their

^{*} Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Youth and Generational Studies, Institute of Humanities and Social Studies, Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR).

smousavi@acecr.ac.ir

<http://orcid.org/0000-0003-1069-6091>

^{**} Ph.D. in Sociology, Social Worker and Social Emergency Expert, Tehran Social Welfare Organization, Tehran, Iran,

salmang41@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0006-9167-6161>

^{***} M.A. Social Worker and Specialist, Social Emergency Department, State Welfare Organization of Iran.

sahar.bekmohamadi6767@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0008-1874-0888>

^{****} Ph.D. in Anthropology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch.

elhamsani62@yahoo.com

<http://orcid.org/0000-0003-6464-8457>

^{*****} M.A. in Psychology and Psychologist, Social Emergency Department, State Welfare Organization of Iran.

reisi.f381@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0001-8396-5307>

perspective, were reported as loneliness (23.7%), financial problems (22.4%), and family conflicts (7.9%), respectively. Exploratory factor analysis extracted nine effective factors, which together explained 77.16% of the total variance. Ranking these factors revealed that helplessness and deadlock, existential emptiness and meaninglessness, and socioeconomic conditions were, respectively, the most important factors from the attempters' viewpoint. The findings depict the pattern of suicide attempts as a predominantly youth-oriented phenomenon with a multilayered psychosocial structure, indicating that although objective factors act as immediate triggers, deeper cognitive-emotional factors carry greater determining weight in the formation of the subjective schema leading to suicide. These results suggest the necessity of designing two-level interventions, including immediate interventions to address objective triggers and deep psychological interventions to combat helplessness and reconstruct meaning in life.

Keywords: Suicide, Psychosocial Factors of Suicide, Social Emergency, Factor Analysis, Suicide Attempt.

Introduction

Suicide is a complex public health crisis, reflecting deep psychological, social, and economic dysfunctions beyond individual tragedy. Globally, nearly 700,000 people die by suicide annually. In Iran, suicide rates have risen to 7.7 per 100,000, rooted in economic inequality, breakdown of traditional support networks, stigma, and limited mental health access. While previous studies have examined isolated risk factors, our understanding of how these elements interact to form a critical psychosocial schema remains incomplete. This study, focusing on the perspectives of attempters in Tehran, asks: What is the hierarchy and contribution of psychological, social, and economic factors in shaping the mental schema leading to suicide?

Theoretical Framework

Domestic studies indicate that multiple factors contribute to suicide in Iran. Feizollahi's meta-synthesis (2022) identified family dysfunction, social pressure, social rejection, and access to suicide methods as key factors. Zarani and Ahmadi's systematic review (2021)

found that, contrary to global statistics, the rate of suicide attempts is higher among Iranian men than women, and that the causes and methods of suicide vary significantly across Iranian subcultures. Nasirzadeh et al. (2025) found a direct relationship between life skills and perceived social support with suicidal ideation among university students. Karim's meta-analysis (2022) showed that early marriage (Effect Size = 0.3721) and self-esteem (Effect Size = 0.6921) had the strongest relationships with suicide among social and psychological variables, respectively.

At the international level, McClelland et al. (2023) identified three categories of suicide-related factors: relational factors (belongingness, burdensomeness), mental health (depression, substance use), and internal factors (hopelessness, defeat, impulsivity). Forkmann et al. (2025) demonstrated that rumination and positive/negative metacognitions distinguish suicide attempters from non-attempters. Bahamon (2025) found significant relationships between suicide attempts and exposure to domestic violence, school violence, and sexual abuse, emphasizing that family support serves as an important protective factor.

Regarding theoretical foundations, suicide is a multidimensional phenomenon that no single theory can fully explain. Durkheim's sociological approach emphasizes macro-social factors. Agnew's general strain theory addresses strain resulting from the removal of positive stimuli and the presence of negative stimuli. In the psychological approach, Klonsky and May's (2016) three-step theory explains the transition from psychological pain and hopelessness to desire for death, then to suicidal ideation, and finally to action. Joiner's (2005) interpersonal theory posits that the simultaneous presence of thwarted belongingness, perceived burdensomeness, and acquired capability is necessary for serious suicidal behavior.

The present study employs an integrated theoretical framework comprising three levels of analysis: micro-level (Klonsky & May's theory), meso-level (Agnew's general strain theory and Cobb's social support theory), and macro-level (structural-social factors). The main objective is to discover and validate the "critical psychosocial schema" from the perspective of suicide attempters themselves using exploratory

factor analysis, in order to determine which psychological and social factors carry greater weight in explaining the variance of this schema.

Methodology

This was a descriptive-analytical study employing an exploratory factor analysis approach. The statistical population consisted of all individuals who contacted Tehran's Social Emergency service (Line 123) due to a suicide crisis in 2024. Using convenience sampling, 76 of these attempters participated in the study. Data were collected using a researcher-made questionnaire comprising sections on demographic information, history of the attempt, 35 items on contributing factors (on a Likert scale), and protective factors. The instrument's reliability was confirmed with a Cronbach's alpha of 0.892. Data were analyzed using SPSS software, employing descriptive statistics, exploratory factor analysis (Principal Component Analysis with Varimax rotation), and the Friedman test for ranking the factors.

Findings

- **Demographic Characteristics:** Attempters were predominantly young (mean age 33, largest age group 20-30 years old), single (43.4%), residents of Tehran (89.5%), and with poor economic status (46.1%). Women (60.5%) had attempted more than men.
- **Reasons and Methods of Attempt:** The most important self-reported reasons were, in order: loneliness (23.7%), financial problems (22.4%), and family conflicts (7.9%). The most common methods were poisoning (39.5%) and acute physical methods (38.2%).
- **Factor Structure:** Exploratory factor analysis extracted 9 contributing factors, which together explained 77.167% of the total variance. These factors are: 1) Emptiness and Isolation, 2) Helplessness and Impasse, 3) Escape from Situation, 4) Inhibition and Cognitive Beliefs, 5) Stigma and Lack of Help-Seeking Knowledge, 6) Socio-economic Conditions, 7) Lack of Social Support, 8) Unbearable Emotional Pain, and 9) Cessation of Suffering and Impulsive Behavior.
- **Factor Ranking:** Based on the Friedman test, from the attempters' perspective, the top three factors in order of

importance were: Helplessness and Impasse (mean rank: 8.38), Existential Emptiness and Meaninglessness (mean rank: 8.20), and Socio-economic Conditions (mean rank: 7.12).

Discussion and Conclusion

The findings depict the pattern of suicide attempts in the studied sample as a predominantly youth-oriented phenomenon, with primary triggers of loneliness and financial problems, and possessing a multi-layered and complex structure. A crucial point is that while objective and situational factors (such as economic and familial problems) act as immediate and apparent triggers, deeper cognitive-emotional factors such as feelings of helplessness, being trapped in an impasse, and experiences of emptiness and meaninglessness carry greater determinative weight in shaping the mental schema leading to suicide. This finding aligns with theories such as learned helplessness (Seligman), General Strain Theory (Agnew), and Frankl's logotherapy.

The results emphasize the necessity of adopting a multi-level and integrated approach in designing preventive interventions:

1. **In-depth Psychological Interventions:** Targeting foundational cognitive-emotional factors like helplessness and emptiness through meaning-focused psychotherapies (e.g., logotherapy) and enhancing resilience.
2. **Immediate Socio-economic Interventions:** Reducing the burden of objective triggers through targeted financial support, employment services, and family-focused interventions to reduce tension and isolation.
3. **Macro-policy Interventions:** Designing comprehensive prevention programs focused on high-risk groups (youth, single individuals, and the deprived), increasing access to mental health services, reducing the stigma of seeking such services, and establishing sustainable social support networks at the community level.
4. In summary, this research demonstrates that suicide is the end product of the dynamic interaction of individual (cognitive-emotional), interpersonal (social support), and structural (socio-economic) factors. Effective confrontation with it requires a proportionate and simultaneous response to all these levels.

References

- Agnew, R. (1992) Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30 (1), 47-88.
- Bahamón, M.J.; Javela, J.J.; Ortega-Bechara, A.; Matar-Khalil, S.; Ocampo-Flórez, E.; Uribe-Alvarado, J.I.; Cabezas-Corcione, A.; Cudris-Torres, L. (2025) Social Determinants and Developmental Factors Influencing Suicide Risk and Self-Injury in Healthcare Contexts. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2025, 22, 411.
<https://doi.org/10.3390/ijerph22030411>
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014) Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry*, 13(2), 153-160.
 DOI: 10.1002/wps.20128
- Douglas, J. D. (2015) Social meanings of suicide. Permalink: <http://digital.casalini.it/9781400868117>. Doi: 9781400868117
- Durkheim, E. (2023) Suicide (N. Salarzadeh, Trans., 5th ed.). University of Allameh Tabatabai Press. (Original work published 1897)
- Erlangsen, A., Stenager, E., & Conwell, Y. (2015) Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(9), 1427-1439.
 DOI: 10.1007/s00127-015-1051-0
- Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017) Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 946-952.
 doi: 10.1016/S2215-0366(17)30514
- Feizollahi, A. (2022) A meta-synthesis of suicide studies in Iran. *Social Welfare Quarterly*, 22(85), 221-270. [in Persian]
<http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3941-fa.html>
- Forkmann, T., Fiorentino, L., Müßeler, S.S. et al. (2025) Thinking About Suicidal Thinking: Suicide-Related Metacognitions' Relation to Maladaptive Processing of Suicidal Thoughts. *Int. J. Cogn. Behav. Ther.* 18, 241-255.
<https://doi.org/10.1007/s41811-025-00239-2>
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017 Feb;143(2):187-232.
 doi: 10.1037/bul0000084. Epub 2016 Nov 14. PMID: 27841450.

- Guin, A. J. (2023) Exploring Lived Experiences of Suicide Surviving Spouses: An Interpretive Phenomenological Qualitative Study: 1745478. 21
- Joiner, T. E. (2005) Why people die by suicide. Harvard University Press. Journal.
DOI: <https://doi.org/10.7439/ijasr>
- Johnson J, Gooding P, Tarrier N. Suicide risk in schizophrenia: explanatory models and clinical implications, The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). Psychol Psychother. 2008; 81:55---77.
- Karim, M. (2022) A meta-analysis of suicide studies in Iran. Social Welfare Quarterly, 22(85), 271–300.
- Nasirzadeh, M., Hafezi Bakhtiari, M., Hasanzadeh, M., Hasani Ashjerdi, N., & Rezaeian, M. (2025) Investigating suicidal ideation and its correlation with life skills and social support among students of Rafsanjan University of Medical Sciences in the academic year 2024-2025: A descriptive study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences, 24(7), 643–658.
- Klonsky E, May A, Saffer B. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. Annu Rev Clin Psychol. 2016; 12:307.
DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016) Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. Annual review of clinical psychology, 12(1), 307-330.
DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Lester, D. (2010) Theories of suicide. In Suicide among racial and ethnic minority groups (pp. 51-65). Routledge.
- Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010) Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. Clinical psychology review, 30(5), 582-593.
DOI: 10.1016/j.cpr.2010.04.010
- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A., & Cheek, S. M. (2015) The hopelessness theory of depression: A quarter□century in review. Clinical Psychology: Science and Practice, 22(4), 345-365.
DOI: 10.1111/cpsp.12125
- McClelland, Heather and Loney, Krystyna and Platt, Stephen (2023) Psychological factors associated with suicide attempt and suicide death in Scotland: A systematic review, Journal of Affective Disorders Reports.
doi:10.1016/j.jadr.2023.100711.

- Mohandie, K., Meloy, J. R., & Collins, P. I. (2009) Suicide by cop among officer-involved shooting cases. *Journal of Forensic Sciences*, 54(2), 456-462.
DOI: 10.1111/j.1556-4029.2008.00981.x
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018) The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.
DOI: 10.1098/rstb.2017.0268.
- Phillips, J. A., Robin, A. V., Nugent, C. N., & Idler, E. L. (2010) Understanding recent changes in suicide rates among the middle-aged: Period or cohort effects? *Public Health Reports*, 125(5), 680–688.
<https://doi.org/10.1177/003335491012500510>
- Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., & Silverman, M. M. (2016) Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. **Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46*(3), 352–362.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12225>
- Shneidman ES. *The suicidal mind*. Oxford University Press, USA; 1998.
BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Wagenaar, A. C., Tobler, A. L., & Komro, K. A. (2010) Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 100, 2270–2278.
DOI: 10.2105/AJPH.2009.186007
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2021) *Helping adolescents thrive toolkit: Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours*. Geneva: WHO. CC
- World Health Organization. (2025) *Suicide worldwide in 2021: global health estimates*. World Health Organization.
- Zarani, F., & Ahmadi, Z. (2021) Suicide in Iranian culture: A systematic review. **Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (Rooyesh)*, 10*(9), 205–216.
<http://frooyesh.ir/article-1-2379-fa.html>

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره هجدهم، زمستان ۱۴۰۴: ۱۶۱-۱۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۳

نوع مقاله: پژوهشی

ترسیم طرح‌واره روانی - اجتماعی اقدام به خودکشی

* مهری سادات موسوی

** سلمان قادری

*** مریم بیک‌محمدی

**** الهام ثانی

***** فائزه رئیسی

چکیده

خودکشی به عنوان یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر به‌ویژه در میان جوانان، پدیده‌ای چندبعدی است که ریشه در تعامل پیچیده عوامل روانی، اجتماعی و اقتصادی دارد. روش این مطالعه با هدف ترسیم طرح‌واره روانی - اجتماعی اقدام به خودکشی، از طریق تحلیل عاملی اکتشافی دیدگاه ۷۶ نفر از اقدام‌کنندگان تحت مداخله اورژانس اجتماعی تهران انجام شد. داده‌ها با پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته گردآوری و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل عاملی تحلیل شد. بیشترین گروه سنی شرکت‌کنندگان، ۲۰ تا ۳۰ سال (۸/۳۶ درصد) و میانگین سنی ۳۳ سال

* نویسنده مسئول: استادیار گروه جوانان و مناسبات نسلی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی
smousavi@acecr.ac.ir

http://orcid.org/0000-0003-1069-6091

** دکتری جامعه‌شناسی، مددکار اجتماعی و کارشناس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی، تهران، ایران
salmang41@gmail.com
http://orcid.org/0000-0006-9167-6161

*** مددکار اجتماعی و کارشناس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی، تهران، ایران
saharbekmohamadi6767@gmail.com
http://orcid.org/0000-0008-1874-0888

**** دکتری مردم‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
elhamsani62@yahoo.com
http://orcid.org/0000-0003-6464-8457

***** کارشناس‌ارشد روان‌شناسی و روان‌شناس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی، تهران، ایران
reisi.f381@gmail.com
http://orcid.org/0000-0001-8396-5307



بود. مهم‌ترین دلایل اقدام از دیدگاه آنان به ترتیب تنهایی (۷/۲۳ درصد)، مشکلات مالی (۴/۲۲ درصد) و اختلافات خانوادگی (۹/۷ درصد) گزارش شد. تحلیل عاملی اکتشافی، نه عامل مؤثر را استخراج کرد که ۱۶/۷۷ درصد از واریانس را تبیین نمودند. رتبه‌بندی این عوامل نشان داد که درماندگی و بن‌بست، پوچی و بی‌معنایی وجودی و شرایط اقتصادی-اجتماعی به ترتیب مهم‌ترین عوامل از دیدگاه اقدام‌کنندگان هستند. یافته‌ها، الگوی اقدام به خودکشی را به عنوان پدیده‌ای عمدتاً جوان‌گرا با ساختار روانی-اجتماعی چندلایه ترسیم می‌کند و نشان می‌دهد که هرچند عوامل عینی به عنوان محرک‌های فوری عمل می‌کنند، عوامل شناختی-هیجانی عمیق‌تر، وزن تعیین‌کننده‌تری در شکل‌گیری طرح‌واره ذهنی منجر به خودکشی دارند. این نتایج، لزوم طراحی مداخلات دوسطحی شامل مداخلات فوری برای رفع محرک‌های عینی و مداخلات عمیق روان‌شناختی برای مقابله با درماندگی و بازسازی معنای زندگی را پیشنهاد می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، عوامل روانی-اجتماعی خودکشی، اورژانس اجتماعی، تحلیل عاملی و اقدام به خودکشی.

بیان مسئله

خودکشی به عنوان یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین معضلات حوزه سلامت عمومی، تنها یک عمل فردی نیست؛ بلکه نشانه‌ای رنج‌بار از نابسامانی‌های عمیق روانی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در یک جامعه است. این پدیده چندبعدی، همچون تکه‌یخی شناور در اقیانوس است که تنها بخش کوچکی از آن آشکار و عمق و ابعاد واقعی‌اش از دید پنهان است (ر.ک: WHO & UNICEF, 2021). خودکشی، تنها یک «مرگ» نیست، بلکه زنجیره‌ای به هم پیوسته از افکار، نیات، برنامه‌ریزی‌ها و در نهایت اقدام است که ریشه در دردهایی دارد که اغلب ناشناخته می‌مانند (Franklin et al, 2017: 187-232).

در جهان امروز، خودکشی، یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر به‌ویژه در میان جوانان و گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شود. آمارهای نگران‌کننده سازمان جهانی بهداشت بیانگر آن است که سالانه نزدیک به ۷۰۰ هزار نفر در سراسر جهان در اثر خودکشی، جان خود را از دست می‌دهند (WHO, 2025). خودکشی فراتر از یک تراژدی فردی، بازتابی رنج‌بار از نابسامانی‌های ساختاری و شکاف‌های حمایتی در جامعه است. در ایران نیز گزارش‌های رسمی پزشکی قانونی نشان می‌دهد که خودکشی از سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۹، روندی صعودی داشته و به ۷/۷ مورد در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر رسیده است. این ارقام، تنها عدد و رقم نیستند، بلکه هر کدام داستان انسانی است که امیدش به یأس گراییده و دردش به نقطه اوج رسیده است.

این پدیده در بافت ایرانی، در تقاطع چندین بحران اجتماعی از جمله نابرابری اقتصادی روزافزون، فروپاشی شبکه‌های حمایت سنتی، احساس بی‌عدالتی، استیغمای شدید نسبت به اختلالات روانی و محدودیت دسترسی به خدمات سلامت روان قرار دارد. آمارهای نگران‌کننده خودکشی در ایران تنها سطح آشکار این بحران را نشان می‌دهد، در حالی که ریشه‌های آن در نهادهای خانواده، اقتصاد، و نظام سلامت تنیده شده است.

هرچند مطالعات پراکنده به عوامل روانی یا اقتصادی منفرد پرداخته‌اند، درک ما از چگونگی تعامل این عوامل ساختاری در لحظه بحران و شکل‌دهی به «طرح‌واره روانی- اجتماعی» که فرد را به سمت خودکشی سوق می‌دهد، ناقص است. این پژوهش با تمرکز

بر دیدگاه افرادی که به این مرحله بحرانی رسیده‌اند، در پی پاسخ به این پرسش اساسی است: سهم و سلسله‌مراتب عوامل روانی، اجتماعی و اقتصادی در تشکیل طرح‌واره ذهنی منجر به اقدام خودکشی در بافت خاص کلان‌شهر تهران چیست؟ پاسخ به این پرسش، از طریق تحلیل عاملی دیدگاه اقدام‌کنندگان می‌تواند نقشه‌ای برای طراحی مداخلات چندسطحی و مبتنی بر شواهد ارائه دهد.

پیشینه پژوهش

تاکنون تحقیقات متعددی در زمینه عوامل روانی و اجتماعی درباره خودکشی در داخل و خارج از کشور به انجام رسیده است که در این بخش به برخی از آنها اشاره می‌شود. بررسی پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه خودکشی در ایران بیانگر تنوع علل و زمینه‌های مؤثر بر این پدیده است. در مطالعه فراکیب (متاسنتز) فیض‌اللهی (۱۴۰۱) مشخص شد که عواملی نظیر نابسامانی خانواده، مدیریت نابهنجارانه خانواده، فشار اجتماعی، رابطه زناشویی تنش‌آلود، ناهمترازی سنتی، دسترسی به ابزار خودکشی، سترون‌سازی خودکشی و طرد اجتماعی از مهم‌ترین دلایل خودکشی در ایران هستند. در این میان، بیشترین بسامد آسیب‌ها مربوط به کژکارکردی و آسیب‌زایی وضعیت خانوادگی بوده است.

در مرور نظام‌مند زرانی و احمدی (۱۴۰۰) نیز مشخص شد که برخلاف آمارهای جهانی، میزان اقدام به خودکشی در مردان ایرانی بیشتر از زنان است و همچنین شیوع، روش‌ها و علل خودکشی در خرده‌فرهنگ‌های ایرانی، تفاوت چشمگیری دارد.

نصیرزاده و همکاران (۱۴۰۴) در بررسی افکار خودکشی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان نشان دادند که حدود یک‌ششم دانشجویان دارای افکار خودکشی با خطر بالا و بسیار پرخطر هستند. همچنین رابطه مستقیمی بین آموزش مهارت‌های زندگی و حمایت اجتماعی درک‌شده با خودکشی وجود داشت. بر این اساس، اجرای برنامه‌های آموزشی و دوره‌های توانمندسازی دانشجویان توصیه شده است.

در فراتحلیل کریم (۱۴۰۱)، متغیرهایی مانند سطح تحصیلات، تأهل، عزت نفس، انسجام خانوادگی، ازدواج زودهنگام، اضطراب و وضعیت اقتصادی خانواده، تأثیر معناداری بر خودکشی نشان دادند. به طور مشخص در میان مقوله‌های اجتماعی، ازدواج

زودهنگام، بیشترین رابطه را با گرایش به خودکشی داشت (اندازه اثر (۰/۳۷۲۱) و در میان متغیرهای روان‌شناختی، عزت نفس، بیشترین رابطه را با خودکشی نشان داد (اندازه اثر ۰/۶۹۲۱).

بررسی پژوهش‌های بین‌المللی نیز گویای تنوع عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و رشدی مؤثر بر خودکشی است. در مطالعه سیستماتیک مک کله‌لند و همکاران (۲۰۲۳) در اسکاتلند، سه دسته عامل مرتبط با خودکشی شناسایی شد: عوامل ارتباطی (شامل تعلق خاطر، بار مسئولیت و ارتباط با مدرسه)، سلامت روان (شامل افسردگی، افکار خودکشی، مصرف موادمخدر و الکل و قربانی قلدری بودن) و عوامل درونی (شامل ناامیدی، شکست، گرفتاری، بی‌باکی از مرگ، تکانشگری، تصویرسازی ذهنی و توانایی اکتسابی).

فورکمن و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهشی با عنوان «فکر کردن به خودکشی» نشان دادند که نشخوار فکری، تثبیت توجه و فراشناخت‌های مثبت و منفی در میان افرادی که در طول زندگی اقدام به خودکشی کرده‌اند، مؤثر بوده و این افراد را از افراد غیر اقدام‌کننده متمایز می‌سازد.

در مطالعه ملی کره، جیون نو و همکاران (۲۰۲۵) گزارش کردند که عواملی نظیر اختلال افسردگی اساسی، وابستگی به نیکوتین، خودآزاری و انزوای اجتماعی، قوی‌ترین ارتباط را با رفتار خودکشی دارند. همچنین این پژوهش بر لزوم تمایز بین افراد دارای افکار خودکشی و افراد دارای اقدام و برنامه‌ریزی خودکشی تأکید کرده است.

باهامون (۲۰۲۵) در بررسی عوامل تعیین‌کننده اجتماعی و رشدی مؤثر بر خطر خودکشی و خودآزاری در زمینه‌های مراقبت‌های بهداشتی نشان داد که ارتباط معناداری بین اقدام به خودکشی و قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی، خشونت مدرسه و آزار جنسی وجود دارد. همچنین سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی، احتمال رفتار خودکشی را در نوجوانان افزایش می‌دهد. در مقابل، حمایت درک‌شده خانواده به عنوان یک عامل محافظتی بالقوه عمل می‌کند. این یافته‌ها بر نیاز به استراتژی‌های پیشگیری که عوامل اجتماعی و رشدی را مورد توجه قرار می‌دهند، تأکید دارد.

با عنایت به بررسی‌های انجام‌شده به نظر می‌رسد که در تحقیقات پیشین داخلی و خارجی به بررسی دلایل جامع و متعدد روان‌شناختی، عوامل خانوادگی و نقش متغیرهای

اقتصادی و اجتماعی در بروز خودکشی پرداخته شده است. با وجود این آنچه در این پژوهش مورد بحث و نظر است، سهم، میزان و اولویت هر یک از عوامل مؤثر در بروز خودکشی برحسب زمان و شرایط خاص جامعه ایرانی و همچنین درک عمیق از چرایی و چگونگی شکل‌گیری تصمیم به خودکشی در میان افرادی است که به این مرحله بحرانی رسیده‌اند که همچنان نیازمند پژوهش‌های کیفی و کمی غنی‌تری است. در این پژوهش برخلاف تحقیقات قبلی به دنبال یافتن سهم عوامل متعدد و با وزن و اهمیت و طرح‌واره ذهنی افرادی هستیم که در شرایط بحرانی به خودکشی اقدام نموده‌اند.

مبانی نظری

خودکشی، یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی برنامه‌های مراقبت بهداشتی است و هر سال بیش از ۸۰۰ هزار نفر در جهان به دلیل خودکشی، جان خود را از دست می‌دهند. همچنین خودکشی، هزینه‌های اقتصادی زیادی نیز برای جامعه در بردارد (Shepard, 2016: 352-362). به همین دلیل است که برخلاف بسیاری از مشکلات ناشی از سلامت عمومی، آثار و پیامدهای روانی، اقتصادی و اجتماعی خودکشی و عوامل مرتبط با آن طی دهه‌های اخیر کاهش نیافته است و به دلیل بی‌اطلاعی و بررسی نشدن پیش‌بینی‌کننده‌های دقیق خودکشی در جوامع، منجر به کاهش موارد خودکشی نیز نشده است.

طی سال‌های اخیر، مطالعات امیدوارکننده‌ای در سطح جهانی و همچنین در کشورمان با هدف بررسی و تبیین مدل‌ها و نظریه‌های خودکشی از زوایای مختلف طرح و بسط یافته است که از جمله می‌توان به دیدگاه‌های اپیدمیولوژیک، محیطی، اجتماعی و فرهنگی و روان‌شناختی اشاره نمود. با وجود این هیچ‌یک از آنها به‌تنهایی به پیش‌بینی رفتار خودکشی نپرداخته‌اند و تبیین نسبتاً جامعی نیز از دلایل بروز آن به دست نداده‌اند. مهم‌ترین رویکردهای نظری در تبیین خودکشی به شرح ذیل است:

رویکرد جامعه‌شناختی

این رویکرد بر عوامل کلان اجتماعی، ساختاری و فرهنگی تأکید دارد. دورکیم، خودکشی را پدیده‌ای اجتماعی دانسته، بر اساس میزان یکپارچگی فرد با جامعه، چهار نوع را معرفی می‌کند: خودکشی خودخواهانه^۱ (به دلیل انزوا و پیوند اجتماعی

1. Egoistic Suicide

ضعیف)، نوع دوستانه^۱ (به خاطر هدفی والاتر از خود)، نابهنجاری^۲ (ناشی از گسیختگی هنجارها و ساختارهای اجتماعی) و تقدیرگرایانه^۳ (در شرایط کنترل افراطی و آینده مسدود) (ر.ک: دورکیم، ۱۳۷۸).

نظریه‌های شبکه اجتماعی بر ساختار عینی و کیفیت ارتباطات بین فردی تمرکز دارند. محور اصلی، میزان و کیفیت پیوندهای اجتماعی فرد است. شبکه‌های اجتماعی قوی و حمایت‌گر، اثر محافظتی دارند، در حالی که شبکه‌های ضعیف یا حاشیه‌ای، آسیب‌پذیری را افزایش می‌دهند. جولی فیلیپس به طور خاص بر نقش شبکه‌های فردی در انتشار، همگنی و عادی‌سازی رفتار خودکشی تأکید کرده است (Phillips et. al., 2010: 680-680).

نظریه فشار، شکاف بین اهداف فرهنگی و ابزار مشروع دستیابی به آنها را منشأ فشار می‌داند که می‌تواند به کج‌روی از جمله خودکشی بینجامد. نظریه فشار عمومی اگنیو با تمرکز بر تعاملات منفی با دیگران، این چارچوب را بسط داده، سه منبع فشار را برمی‌شمارد: شکست در دستیابی به اهداف، حذف محرک‌های مثبت و حضور محرک‌های منفی. رویکرد برچسب‌زنی بر فرآیندهای اجتماعی تعریف و برچسب‌زنی به رفتار منحرفانه تمرکز دارد. برچسب خوردن (مثلاً پس از یک اقدام به خودکشی) می‌تواند منجر به طرد اجتماعی، درونی‌سازی برچسب و افزایش خطر خودکشی شود. گافمن در مطالعه داغ ننگ به استراتژی‌های مدیریت هویت افراد داغ‌خورده پرداخته است (Agnew, 1992: 628-639).

نظریه‌های تفسیری و پدیدارشناختی به دنبال درک معنای ذهنی خودکشی از دیدگاه فرد اقدام‌کننده است و نظریه معنای خودکشی داگلاس بر صورت‌بندی معانی شخصی توسط فرد، پیش از اقدام تأکید دارد و لزوم استفاده از منابعی مانند یادداشت‌های خودکشی را برای درک دنیای درونی فرد پررنگ می‌کند (ر.ک: Douglas, 2015). پژوهشگرانی مانند گوین^۴ (۲۰۲۳) با روش پدیدارشناسی تفسیری، به مطالعه تجربه زیسته اقدام‌کنندگان و بازماندگان می‌پردازند و بالاخره نظریه نظام جهانی و جهانی شدن

2. Altruistic Suicide

3. Anomic Suicide

4. Fatalistic Suicide

4. Guin

که چارچوب کلان‌نگر، خودکشی را در بستر تغییرات اقتصادی و اجتماعی جهانی مانند بی‌ثباتی شغلی، افزایش نابرابری و تأثیرات سیاست‌های جهانی تحلیل می‌کند.

رویکرد روان‌شناختی و روان‌پزشکی

این رویکرد بر عوامل فردی، هیجانی و روان‌شناختی تمرکز دارد. اکثر افرادی که خودکشی می‌کنند از یک اختلال روانی رنج می‌برند (Chesney et.al, 2014: 153-160). مهم‌ترین نظریه‌های این رویکرد به اختصار به شرح ذیل است: نظریه سه‌گانه درد و انزوای جویسر (۲۰۰۵) که در آن شرط وقوع خودکشی، همزمانی سه عامل احساس تعلق‌زدگی (تنهایی و انزوا)، احساس بار بودن (باور به سربار بودن) و توانایی اقدام به خودکشی (اکتساب ظرفیت غلبه بر گزینه بقا از طریق حساسیت‌زدایی) بیان می‌شود. نظریه سه‌گانه خودکشی کلونسکی و می^۱، مراحل گذار به خودکشی را چنین شرح می‌دهد: ترکیب درد روانی و ناامیدی، ایجاد میل به مرگ می‌کند. در صورت فقدان عوامل پیوندجویی، این میل به افکار خودکشی تبدیل می‌شود و حرکت از فکر به اقدام، به ظرفیت عملی فرد بستگی دارد (Klonsky & May, 2016: 114-129).

از جمله نظریه‌های دیگر این رویکرد می‌توان به نظریه یادگیری اجتماعی (ر.ک: Lester, 2010) نظریه درد روانی (ر.ک: Shneidman, 2016)، نظریه ناامیدی (ر.ک: Liu et al, 2015)، نظریه استعداد متغیر (Liu & Alloy, 2010) و مدل انگیزشی-مشورتی یکپارچه (O'Connor & Kirtley, 2018) اشاره نمود. مدل‌های خانواده خودکشی^۲ نیز عمدتاً بر حوزه‌های زیر متمرکز شده‌اند:

- مدل‌هایی که ارتباط ضعیف خانوادگی و حل مشکل را از جمله ارتباطات اجتنابی و خصمانه در سطح خانواده یا سطح والد-کودک نشان می‌دهد.
- در برخی موارد، فرض بر این است که رفتار خودکشی با برانگیختن توجه از یک شکل دلبستگی، عملکرد دلبستگی را ایفا می‌کند.
- آسیب‌شناسی روانی در خانواده که ممکن است دلالت بر انتقال ژنتیکی رفتار خودکشی یا عوامل خودکشی داشته باشد یا ممکن است به اختلال در روابط والد-کودک منجر شود (Wagenaar, 2010: 2270-2278).

1. Klonsky et.al.

2. Family models of suicide

رویکردهای چندرشته‌ای دیگر

- رویکرد جرم‌شناسی: بر رابطه خودکشی با بزهکاری، محیط‌های نگهداری مانند زندان (Fazel et al, 2017: 946-952) و پدیده‌هایی مانند «خودکشی - با - دست - پلیس» متمرکز است (Mohandie et.al, 2009: 456-462).
- رویکرد مددکاری اجتماعی: بر عوامل سیستمی و محیطی خطر ساز مانند فقر، محرومیت اقتصادی، خشونت خانگی و شرایط جمعیت‌های آسیب‌پذیر تأکید دارد (Johnson et.al., 2008: 81:55).
- رویکرد پزشکی: خودکشی را در زمینه بیماری‌های لاعلاج و درد مزمن (Erlangsen et al, 2015:1439-1425)، تأثیرات داروها یا شرایط عصب‌شناختی بررسی می‌کند.

- رویکرد فرهنگی - دینی: به بررسی نگرش‌های فرهنگی و دینی (به عنوان بازدارنده یا مشوق) و خودکشی به عنوان عمل اعتراضی یا شهادت‌طلبانه می‌پردازد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، اساساً به دلیل ماهیت پیچیده و درون و برون‌زای خودکشی، یک یا چند نظریه واحد نمی‌تواند خودکشی را تبیین کند. از این‌رو باید از دیدگاه‌های مختلف و به روش‌های متفاوت و متناسب با شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگ و ذهنیت افراد درگیر در وضعیت خاص تاریخی و زمانی پرداخته شود. نظریه‌های یادشده تا حدود زیادی می‌تواند چهارچوبی خاص و ویژه را برای تحلیل در اختیار قرار دهد. با وجود این واکاوی و بررسی دلایل بروز خودکشی مستلزم تحلیل دقیق عوامل کلیدی آن در بستر خاص زمانی و مکانی آن است.

چارچوب نظری و مدل مفهومی پژوهش

- با توجه به پیچیدگی و چندبعدی بودن پدیده خودکشی، هیچ نظریه واحدی، قادر به تبیین جامع آن نیست. بنابراین این پژوهش از یک چارچوب نظری تلفیقی بهره می‌گیرد که سه سطح تحلیل خرد (روانی - هیجانی)، میانی (اجتماعی - تعاملی) و کلان (ساختاری) را در کنار یکدیگر قرار می‌دهد تا بتواند به درکی یکپارچه از «طرح‌واره روانی - اجتماعی» اقدام به خودکشی دست یابد. این چارچوب بر سه رکن نظری اصلی استوار است:

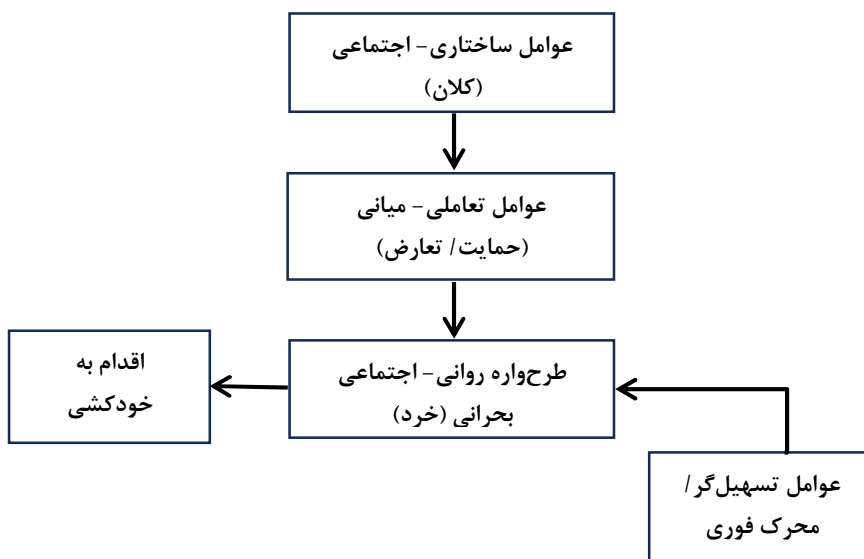
۱- نظریه سه‌گانه خودکشی کلونسکی و و می (۲۰۱۶): این نظریه در سطح تحلیل خرد، مکانیسم گذار از افکار به اقدام خودکشی را تبیین می‌کند. بر اساس این نظریه، هم‌زمانی درد روانی (که در این مطالعه با عواملی مانند «درد عاطفی غیر قابل تحمل» و «پوچی» سنجیده می‌شود) و ناامیدی نسبت به تغییر آن، میل به مرگ را ایجاد می‌کند. این میل در صورت فقدان عوامل پیوندجویی (مانند احساس تعلق، مسئولیت‌پذیری و حمایت اجتماعی که در این مطالعه در قالب عوامل «فقدان حمایت اجتماعی» و «بار بودن» بررسی می‌شود) به افکار خودکشی تبدیل می‌شود. سرانجام گذار از فکر به عمل، به توانایی اقدام (شامل کاهش ترس از مرگ و دسترسی به روش و تکنالگری) بستگی دارد.

۲- نظریه فشار عمومی اگنیو (۱۹۹۲): این نظریه در سطح تحلیل میانی و کلان، به منشأ اجتماعی رنج و درماندگی می‌پردازد. بر این اساس، فشار ناشی از حذف محرک‌های مثبت (مانند از دست دادن شغل، شکست عاطفی و طرد اجتماعی)، وجود محرک‌های منفی (مانند خشونت خانگی، سوءاستفاده و اختلافات خانوادگی) و ناکامی در دستیابی به اهداف ارزشمند (مانند موفقیت اقتصادی یا تحصیلی) می‌تواند منجر به حالت‌های هیجانی منفی مانند خشم، درماندگی و ناامیدی شود. این نظریه، پیوند بین شرایط عینی زندگی (عوامل اقتصادی- اجتماعی) و پریشانی ذهنی فرد را روشن می‌سازد.

۳- نظریه حمایت اجتماعی کابرون (۱۹۷۴): این چارچوب در سطح تحلیل میانی، بر نقش محوری شبکه روابط و ادراک فرد از دسترسی به منابع حمایتی تأکید دارد. فقدان حمایت اجتماعی عینی (مانند تنهایی) و ذهنی (احساس طردشدگی و درک نشدن)، هم به عنوان یک عامل فشار عمل می‌کند و هم به عنوان عاملی که ظرفیت فرد برای مقابله با فشارهای دیگر را تضعیف می‌نماید. این نظریه، مکمل نظریه سه‌گانه خودکشی کلونسکی و می است، زیرا فقدان حمایت را معادل ضعف در «عوامل پیوندجویی» در نظر می‌گیرد.

بر اساس چارچوب نظری تلفیقی یادشده، مدل مفهومی پژوهش حاضر در شکل (۱) ترسیم شده است. این مدل فرض می‌کند که عوامل ساختاری- اجتماعی (شرایط اقتصادی- اجتماعی نامساعد) و تعاملی- میانی (فقدان حمایت اجتماعی و تعارضات خانوادگی) به عنوان پیش‌آیندهای دور عمل می‌کنند. این پیش‌آیندها از طریق ایجاد حالت‌های روانی- هیجانی بحرانی (شامل درماندگی و بن‌بست، پوچی، درد هیجانی شدید و باورهای شناختی ناسازگار) که هسته طرح‌واره روانی- اجتماعی اقدام به خودکشی را

تشکیل می‌دهند، اثر خود را اعمال می‌کنند. در نهایت این طرح‌واره بحرانی، در مواجهه با عوامل تسهیل‌گر یا محرک‌های فوری (مانند یک رویداد منفی خاص، دسترسی به روش و تکنانگری) می‌تواند به اقدام به خودکشی بینجامد.



شکل ۱- مدل مفهومی تلفیقی عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی

هدف این پژوهش، آزمون مستقیم این مدل علی نیست، بلکه کشف و اعتبارسنجی ابعاد و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده لایه میانی این مدل، یعنی «طرح‌واره روانی- اجتماعی بحرانی» از دیدگاه خود اقدام‌کنندگان است. به عبارت دیگر، تحلیل عاملی اکتشافی به‌کار گرفته شده است تا بفهمیم از نظر افرادی که در بحران قرار گرفته‌اند، عوامل روانی و اجتماعی در ذهن آنان چگونه دسته‌بندی و سازمان می‌یابد و کدام‌یک، وزن بیشتری در تبیین واریانس کلی این طرح‌واره دارد. عوامل استخراج‌شده (مانند درماندگی، پوچی و فقدان حمایت) در واقع مؤلفه‌های عینی‌شده این طرح‌واره هستند که می‌توانند در آینده مبنای ساخت ابزار سنجش یا طراحی مداخلات هدفمند قرار گیرند.

روش پژوهش

روش این پژوهش، مطالعه توصیفی- تحلیلی با رویکرد تحلیل عاملی اکتشافی است

که با هدف شناسایی ساختار زیربنایی عوامل روانی- اجتماعی مؤثر بر اقدام به خودکشی از دیدگاه ذی‌نفعان اصلی انجام شد.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه افرادی تشکیل دادند که در بازه زمانی شش ماهه (نیمه اول سال ۱۴۰۴) به دلیل بحران خودکشی با اورژانس اجتماعی (خط ۱۲۳) استان تهران تماس گرفته و مددکاران این نهاد، آنها را تحت مداخله فوری قرار داده بودند. با توجه به ماهیت حساس، بحرانی و دشوار دسترسی به این جامعه، از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی و در دسترس استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن هجده سال و بالاتر، داشتن تجربه اقدام به خودکشی در بازه زمانی حداکثر ۷۲ ساعت قبل از تماس با اورژانس اجتماعی، داشتن وضعیت پزشکی پایدار برای مصاحبه و تمایل آگاهانه برای مشارکت در پژوهش.

در نهایت ۷۶ نفر از مراجعانی که واجد شرایط بودند و رضایت آگاهانه دادند، در پژوهش مشارکت نمودند. لازم به ذکر است که حجم نمونه حاضر برای تحلیل عاملی اکتشافی در مقایسه با استانداردهای رایج (۵ تا ۱۰ مورد به ازای هر گویه) محدود است. این محدودیت عمدتاً ناشی از ماهیت بحرانی و دشواری دسترسی به جامعه مورد مطالعه است. بنابراین، یافته‌های تحلیل عاملی در این پژوهش، بیشتر اکتشافی و مقدماتی است و تعمیم آن نیازمند مطالعات آتی با نمونه‌های بزرگ‌تر است.

ابزار گردآوری داده‌ها و روایی و پایایی داده‌ها با استفاده از یک پرسشنامه محقق‌ساخته نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد که طی دو مرحله طراحی شد: ۱- مرور نظام‌مند ادبیات پژوهش و پیشینه نظری مربوط به عوامل روانی- اجتماعی خودکشی و ۲- انجام مصاحبه‌های عمیق مقدماتی با پنج نفر از اقدام‌کنندگان (که در نمونه نهایی حضور نداشتند). پرسشنامه نهایی شامل بخش‌های زیر بود:

- اطلاعات دموگرافیک و زمینه‌ای (۲۳ گویه): شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی و محل سکونت.
- شرح حال و ویژگی‌های اقدام (۳ گویه): شامل روش اقدام، برنامه‌ریزی قبلی و دلایل ذکر شده اقدام.
- عوامل مؤثر روانی- اجتماعی (۳۵ گویه): این گویه‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵

درجه‌ای (از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵) طراحی شدند و عواطف، شناخت‌ها و تجربه‌های فرد در لحظه بحران را می‌سنجیدند.

- عوامل محافظت‌کننده و مسیر کمک‌خواهی (۵ گویه کیفی): شامل سؤالاتی درباره موانع کمک‌خواهی و منابع حمایتی.

روایی محتوای پرسشنامه را هفت نفر از متخصصان حوزه روان‌شناسی بالینی، مددکاری اجتماعی و جامعه‌شناسی بررسی و تأیید کردند. شاخص روایی محتوای هر گویه (CVR) و شاخص روایی محتوای کلی (CVI) محاسبه شد که مقادیر آنها به ترتیب بالاتر از ۰.۷۵ و ۰.۸۰ بود که نشان‌دهنده روایی محتوای مطلوب است.

برای سنجش پایایی پرسشنامه بخش عوامل روانی- اجتماعی (۳۵ گویه)، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰.۸۹۲ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی بسیار خوب ابزار است.

شیوه اجرا و ملاحظات اخلاقی: پرسشنامه‌ها را مددکاران آموزش‌دیده اورژانس اجتماعی که درباره اهداف پژوهش و ملاحظات اخلاقی توجیه شده بودند، در بستری مناسب، محرمانه و همراه با ارائه حمایت روانی- اجتماعی تکمیل کردند. رعایت کامل ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن اطلاعات، اختیاری بودن مشارکت و ارجاع افراد به خدمات حمایتی ضروری، در سراسر فرآیند پژوهش مدنظر قرار گرفت.

روش تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای زمینه‌ای استفاده شد. برای پاسخ به پرسش اصلی پژوهش و کشف ساختار عوامل روانی- اجتماعی، از تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) با روش استخراج مؤلفه‌های اصلی (PCA) و چرخش واریماکس استفاده شد. کفایت داده‌ها برای تحلیل عاملی با استفاده از آزمون KMO و آزمون کرویت بارتلت بررسی شد. برای تعیین تعداد عوامل از معیار کیزر (مقادیر ویژه بزرگ‌تر از ۱) و نمودار اسکری استفاده شد. در نهایت برای رتبه‌بندی اهمیت عوامل استخراج‌شده از دیدگاه شرکت‌کنندگان، از آزمون ناپارامتریک فریدمن استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

مصاحبه‌شوندگان، ۳۰ نفر مرد و ۴۶ نفر زن بودند. ۶۲ نفر (۸۱.۶ درصد) مسلمان، ۸ نفر (۱۰.۵ درصد) مسیحی، ۳ نفر (۳.۹ درصد) زرتشتی و ۳ نفر (۳.۹ درصد) کلیمی بودند. از بین افراد مسلمان، ۵۶ نفر (۳.۷ درصد) شیعه و ۶ نفر (۷.۹ درصد) سنی بودند. اغلب افراد (۸۹.۵ درصد) ساکن تهران بودند. بیشترین تعداد متعلق به شهر تهران (۳۷ نفر) و پس از آن شهر پردیس (۱۸ نفر)، ری (۳ نفر)، رباط کریم، پیشوا و دماوند هر یک با ۲ نفر و بهارستان، ورامین، شمیرانات، پاکدشت هر یک با ۱ نفر از استان تهران بودند. ۷ نفر از افراد نیز ساکن تهران نبودند، ولی به صورت موقت در استان تهران به سر می‌بردند و جزء اقدام‌کنندگان به خودکشی بودند که با تیم مصاحبه‌کننده همکاری نمودند.

از نظر شاخص قومیت نیز ۴۸.۷ درصد از آنان فارس، ۱۴.۵ درصد لر، ۱۱.۸ درصد ترک/آذری، ۱۰.۵ درصد کرد بودند. نتایج حاصل از توزیع سنی پاسخگویان نشان می‌دهد که بیشترین میزان فراوانی (۳۶.۸ درصد) افراد در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال قرار دارند و کمترین تعداد (۹.۲ درصد) نیز به گروه ۵۰ سال و بیشتر اختصاص دارد. همچنین یافته‌ها بیانگر این موضوع بوده که میانگین سنی به‌دست‌آمده برابر ۳۳ سال و حداقل سن پاسخگویان، ۱۶ سال و حداکثر آن، ۷۱ سال بوده است. بیشترین تعداد پاسخگویان (مد) مربوط به افراد ۳۰ ساله بوده است.

جدول ۱- توزیع مصاحبه‌شوندگان برحسب گروه‌های سنی، جنس و وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	سن					جمع
	۲۰ سال و کمتر	۳۰-۲۰ سال	۴۰-۳۰ سال	۵۰-۴۰ سال	۵۰ سال و بالاتر	
مجرد	۳	۳	۲	۲	۱	۱۱
	۰	۲	۲	۱	۱	۶
	۰	۱	۰	۰	۰	۱
	۱	۴	۵	۲	۰	۱۲
جمع	۴	۱۰	۹	۵	۲	۳۰
طلاق گرفته	۲	۱۰	۵	۲	۳	۲۲
	۰	۲	۰	۱	۱	۴

سن	وضعیت تأهل					جمع
	۲۰ سال و کمتر	۲۰-۳۰ سال	۳۰-۴۰ سال	۴۰-۵۰ سال	۵۰ سال و بالاتر	
ببین	۱	۰	۳	۰	۰	۴
	۳	۶	۵	۱	۱	۱۶
	۶	۱۸	۱۳	۴	۵	۴۶
زن	۵	۱۳	۷	۴	۴	۳۳
	۰	۴	۲	۲	۲	۱۰
	۱	۱	۳	۰	۰	۵
	۴	۱۰	۱۰	۳	۱	۲۸
	۱۰	۲۸	۲۲	۹	۷	۷۶

۴۳.۴ درصد از افراد مجرد، ۱۳.۲ درصد طلاق گرفته، ۶.۶ درصد همسر فوت شده و ۳۶.۸ درصد دارای همسر هستند. از بین افرادی که فاقد همسرند، ۲۳.۷ درصد با خانواده خود زندگی می کنند. ۶.۶ درصد با خواهر یا برادر ازدواج کرده، ۶.۶ درصد با یکی از اقوام و ۲۶.۳ درصد مستقل و تنها زندگی می کنند.

۴۴.۷ درصد از این افراد خودسرپرست، ۴۴.۵ درصد دارای سرپرست مؤثر و ۱۰.۸ درصد فاقد سرپرست مؤثر هستند (سرپرست ۱.۵ درصد معتاد، ۴ درصد از کار افتاده، ۲.۶ درصد متواری، ۱.۴ درصد متارکه بدون طلاق و ۱.۳ درصد نیز مفقود هستند).

۱۷.۱ درصد در حال تحصیل و ۸۲.۹ درصد فارغ التحصیل هستند. ۱.۳ درصد زیر دیپلم، ۱۹.۷ درصد دیپلم، ۳۲.۹ درصد کاردانی، ۳۵.۵ درصد کارشناسی، ۹.۲ درصد کارشناسی ارشد و ۱.۳ درصد دکتری حرفه ای (پزشکی) هستند.

۳۶.۸ درصد شاغل، ۲۸.۹ درصد غیر شاغل، ۳۰.۳ درصد جویای کار، ۳.۹ درصد بازنشسته هستند. ۳۵.۵ درصد بیان داشتند که فاقد درآمدند، ۳۲.۹ درصد دارای درآمد مستمر و ۳۱.۶ درصد دارای درآمد غیر مستمر هستند. ۳۴.۲ درصد وضعیت اقتصادی در حد متوسط، ۴۶.۱ نامناسب و بسیار نامناسب و ۱۹.۷ درصد نیز مناسب و بسیار مناسب دارند.

جدول ۲- رویدادها و احساساتی که مستقیماً منجر به اقدام به خودکشی شده‌اند

ردیف	دلیل اقدام	فراوانی	درصد فراوانی
۱	تنهایی	۱۸	۲۳.۷
۲	بی‌پولی و مشکل مالی	۱۷	۲۲.۴
۳	اختلافات خانوادگی	۶	۷.۹
۴	طلاق	۵	۶.۶
۵	احساس بدبختی	۵	۶.۶
۶	بیماری خود فرد	۴	۵.۳
۷	بیکاری	۳	۳.۹
۸	خیانت همسر	۳	۳.۹
۹	فوت همسر	۲	۲.۶
۱۰	مشکلات روانی و عصبی	۲	۲.۶
۱۱	بیماری یکی از اعضای خانواده	۲	۲.۶
۱۲	عاشق شدن و شکست عاطفی	۲	۲.۶
۱۳	خانواده نامناسب	۱	۱.۳
۱۴	درک نشدن توسط نزدیکان	۱	۱.۳
۱۵	نگرانی برای فرزندان	۱	۱.۳
۱۶	دوری از خانواده و ناتوانی در انطباق با خوابگاه	۱	۱.۳
۱۷	طلاق فرزندان و افسردگی آنان و خود فرد	۱	۱.۳
۱۸	تجاوز جنسی و آزار جسمی و کنترل‌گری پدر	۱	۱.۳
۱۹	مشکلات قضایی و تجربه زندان	۱	۱.۳
	جمع	۷۶	۱۰۰.۰

تنهایی و احساس بی‌کسی و درماندگی (۲۳.۷ درصد)، مهم‌ترین احساس و دلیلی است که در اقدام به خودکشی مطرح شده است و پس از آن، مشکلات مالی (۲۳.۴ درصد) و بی‌پولی و اختلافات خانوادگی (۷.۹ درصد) در رتبه دوم و سوم بوده است.

جدول ۳- توزیع مصاحبه‌شوندگان بر حسب شیوه اقدام به خودکشی

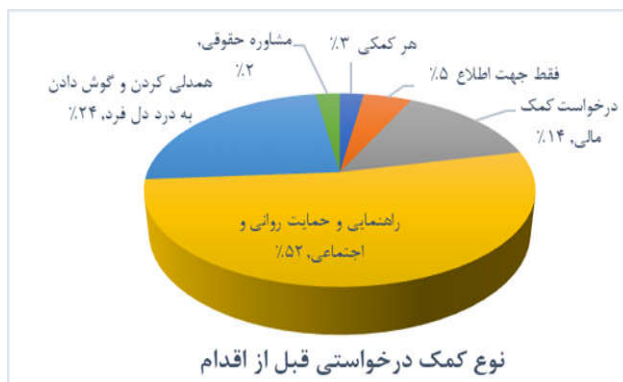
ردیف	میزان تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
۱	مسمومیت	۳۰	۳۹.۵
۲	روش‌های فیزیکی حاد	۲۹	۳۸.۲
۳	پرت کردن از ارتفاع	۸	۱۰.۵
۴	خودسوزی	۶	۷.۹
۵	روش‌های مرتبط با اسلحه	۳	۳.۹
	جمع	۷۶	۱۰۰.۰

۳۹.۵ درصد از خودکشی‌ها به دلیل مسمومیت است که در بین مسمومیت‌ها، ۷۹.۳ به دلیل مصرف داروها به میزان بیش از حد مجاز و ۲۰.۷ درصد نیز بر اثر مصرف سایر مواد شیمیایی بوده است. ۳۸.۲ درصد از شیوه‌های اقدام به خودکشی با استفاده از روش‌های فیزیکی حاد صورت گرفته است که در این شیوه، ۶۹ درصد با استفاده از ابزار برنده و تیز و ۳۱ درصد بر اثر استفاده از روش‌های حلق‌آویز کردن اقدام به خودکشی نموده بودند. ۱۰.۵ درصد با پرت کردن خود از ارتفاع، ۷.۹ درصد با خودسوزی و ۳.۹ با استفاده از اسلحه، اقدام به خودکشی کرده‌اند.

۴۶ درصد از افراد، اقدام خود را تکانشی و بدون هیچ برنامه‌ریزی توصیف کردند و اظهار داشتند تصمیم و عملشان در همان لحظه و بدون هیچ فکر قبلی رخ داد است؛ ولی ۴۵ درصد نیز اقدام خود را نتیجه یک برنامه‌ریزی دقیق و از پیش تعیین شده می‌دانستند. ۹ درصد نیز اظهار داشتند بین این دو حالت قرار داشتند. نه کاملاً تکانشی و نه کاملاً برنامه‌ریزی شده.

۲۷.۶ درصد از افراد بیان داشتند که در آن لحظه که اقدام به خودکشی کردند، چیزی یا کسی بوده که می‌توانست آنان را از اقدامشان منصرف نماید؛ ولی ۷۲.۴ درصد اظهار نمودند که هیچ چیز و هیچ کسی نمی‌توانست آنان را از تصمیمشان منصرف نماید. البته ۶۵.۸ درصد از افراد قبل از اقدام به خودکشی از دیگران کمک گرفته‌اند (۵۵ درصد از یکی از اعضای خانواده مثل پدر، مادر، خواهر، برادر، ۱۸ درصد از اورژانس

اجتماعی، ۱۳ درصد از روان‌شناس و مددکار، ۴ درصد از دوست دختر/ دوست پسر، ۴ درصد از همسر، ۴ درصد از چت جی‌بی‌تی و ۲ درصد از همکار).



شکل ۲- نمودار کمک درخواستی قبل از اقدام به خودکشی

۵۲ درصد از اقدام‌کنندگان، در قالب راهنمایی و حمایت روانی- اجتماعی، ۲۴ درصد صرفاً همدلی کردن و گوش دادن به درد دلشان را بزرگ‌ترین کمکی اعلام نمودند که پیش از اقدام، طلب کرده بودند. ۱۴ درصد درخواست کمک مالی، ۵ درصد فقط برای اطلاع به دیگران تماس برقرار نموده بودند. ۲ درصد برای مشاوره حقوقی و ۲ درصد نیز متقاضی هر نوع کمک ممکن قبل از اقدام بودند.

بزرگ‌ترین مانع برای کمک‌خواهی، شرم (۴۹ درصد)، پس از آن، ترس از قضاوت دیگران (۲۹ درصد) و ناآشنایی با مراجع راهنما و حمایتی (۲۲ درصد) اعلام شده است.

عوامل مؤثر بر خودکشی از دیدگاه اقدام‌کنندگان

بر اساس داده‌های ارائه‌شده، تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس روی ۳۵ گویه مربوط به افکار و رفتارهای خودکشی انجام شد.

جدول ۴- اشتراکات^۱

مقدار استخراج- شده ^۳	مقدار اولیه ^۲	گویه
۰.۷۸۵	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم به هیچ کس و هیچ چیز تعلق ندارم و کاملاً تنها و منزوی هستم.
۰.۸۴۲	۱.۰۰۰	دنیا برایم پوچ و بی‌معنا به نظر می‌رسید.
۰.۸۳۸	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم هیچ (سهم) مثبتی در زندگی دیگران ندارم.
۰.۸۲۸	۱.۰۰۰	به آینده خوش‌بین نبودم و فکر نمی‌کردم اوضاع بهتر شود.
۰.۷۴۸	۱.۰۰۰	امیدی به پیدا کردن یک راه‌حل برای رنج‌هایم نداشتم.
۰.۸۸۲	۱.۰۰۰	فکر می‌کردم خودکشی تنها گزینه برای افرادی است که همه درهای دیگر به رویشان بسته شده است.
۰.۷۴۵	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم کنترل زندگی‌ام را کاملاً از دست داده‌ام و این تنها راه بازپس گرفتن کنترل بود.
۰.۷۶۴	۱.۰۰۰	از قضاوت دیگران به خاطر مشکلات روانی‌ام می‌ترسیدم، بنابراین برای طلب کمک، پیش کسی نرفتم.
۰.۸۸۷	۱.۰۰۰	می‌خواستم از یک موقعیت یا بن‌بست غیر قابل تغییر فرار کنم.
۰.۸۵۰	۱.۰۰۰	گاهی تصمیمات مهم زندگی را در یک لحظه و با عجله می‌گیرم.
۰.۸۰۰	۱.۰۰۰	اغلب احساس می‌کنم حرف دلم در گلویم حبس شده است.
۰.۷۸۷	۱.۰۰۰	من خودکشی را عملی قابل درک در برابر شکست‌های بزرگ زندگی می‌دانستم
۰.۸۲۰	۱.۰۰۰	نمی‌دانستم اگر در بحران روحی باشم، به چه فرد یا سازمانی می‌توانم مراجعه کنم.
۰.۷۶۷	۱.۰۰۰	اگر به روان‌پزشک یا روان‌شناس مراجعه می‌کردم، دیگران فکر می‌کنند دیوانه هستم.
۰.۷۴۶	۱.۰۰۰	نداشتن شغل ثابت، احساس بی‌ارزشی به من می‌داد.
۰.۷۰۳	۱.۰۰۰	در آن زمان، فشارهای مالی (مانند بدهی یا بیکاری)، آینده را برایم کاملاً تاریک نشان می‌داد.
۰.۷۳۵	۱.۰۰۰	رسیدن به اهدافم در جامعه امروز تقریباً غیر ممکن به نظر می‌رسید.

1. Communalities

2. Initial

3. Extraction

مقدار استخراج- شده ^۲	مقدار اولیه ^۲	گویه
۰.۸۶۲	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم کسی نیست که در مواقع مشکل، بتوانم واقعاً روی کمکش حساب کنم.
۰.۶۲۳	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم از جامعه و اطرافیانم طرد شده‌ام.
۰.۸۶۷	۱.۰۰۰	درد عاطفی من آنقدر شدید بود که از هر دردی بدتر و غیرقابل تحمل شده بود.
۰.۸۵۸	۱.۰۰۰	درد و رنج عاطفی من آنقدر شدید بود که تحمل آن غیر ممکن بود و باور داشتم که این درد هرگز تمام نخواهد شد.
۰.۸۱۷	۱.۰۰۰	هدف اصلی من، متوقف کردن یک رنج و عذاب غیر قابل تحمل بود.
۰.۸۲۴	۱.۰۰۰	در لحظات خشم شدید، ممکن است کارهایی بکنم که بعداً پشیمان شوم.
۰.۷۴۵	۱.۰۰۰	قبل از این اقدام، یک یا چند بار دیگر نیز به خودکشی فکر کرده یا اقدام کرده بودم.
۰.۶۳۴	۱.۰۰۰	سابقه خودزنی (بریدن یا سوزاندن خود) داشتم.
۰.۷۳۳	۱.۰۰۰	عمل من در پاسخ به یک رویداد منفی آنی و به صورت یک واکنش ناگهانی بود.
۰.۷۴۸	۱.۰۰۰	روشی که استفاده کردم، اولین چیزی بود که به ذهنم رسید و به راحتی در دسترس بود.
۰.۷۲۶	۱.۰۰۰	در گذشته تجربیات دردناک یا خشونت‌آمیزی داشتم که باعث شد کمتر از مرگ بترسم.
۰.۷۵۷	۱.۰۰۰	امیدوار بودم با این کار، دیگران بالاخره متوجه عمق رنج من شوند.
۰.۸۱۵	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم سربار خانواده و اطرافیانم هستم.
۰.۷۲۱	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم وجود من فقط باعث دردسر و رنج برای عزیزانم است.
۰.۶۵۱	۱.۰۰۰	رسیدن به اهدافم در جامعه امروز تقریباً غیر ممکن به نظر می‌رسید.
۰.۷۶۷	۱.۰۰۰	کسی واقعاً مرا درک نمی‌کرد.
۰.۵۸۲	۱.۰۰۰	زندگی من بسیار دور از آرزوها و ایده‌آل‌هایم بود.
۰.۷۵۴	۱.۰۰۰	می‌خواستم دیگران را به خاطر رنجی که به من وارد کرده بودند، تنبیه کنم.

پیش از استخراج عوامل، کفایت داده‌ها برای تحلیل عاملی با استفاده از دو شاخص ارزیابی شد. مقدار Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) برابر با ۰.۷۸۲ به دست آمد که نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری در سطح مطلوب است. همچنین نتایج آزمون کرویت بارتلت، معنادار بود ($Sig = ۰.۰۰۰$ ، $۵۹۵ =$ درجه آزادی، $۲۱۵۹.۹۲۲ =$ کای اسکوئر). این نتایج بیانگر مناسب بودن ماتریس همبستگی‌ها برای تحلیل عاملی است. مقادیر استخراج‌شده^۱ نشان می‌دهد که همه گویه‌ها از اشتراکات قابل قبولی (بین ۰.۵۸۲ تا ۰.۸۸۷) برخوردار بودند. پایین‌ترین مقدار مربوط به گویه «زندگی من بسیار دور از آرزوها و ایده‌آل‌هایم بود» (۰.۵۸۲) و بالاترین مقدار مربوط به گویه «می‌خواستم از یک موقعیت یا بن‌بست غیر قابل تغییر فرار کنم» (۰.۸۸۷) بود. این مقادیر نشان می‌دهد که واریانس هر گویه به میزان قابل توجهی با عوامل استخراج‌شده تبیین می‌شود.

در مجموع نه عامل با مقادیر ویژه بالاتر از ۱ استخراج شد که در مجموع ۷۷.۱۶۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. این مقدار از واریانس تبیین‌شده در سطح بسیار مطلوبی قرار دارد. عامل اول به تنهایی ۳۷.۲۷۵ درصد از واریانس را تبیین می‌کند که پس از چرخش به ۱۳.۶۳۱ درصد کاهش یافته و بارهای عاملی به صورت متوازن‌تری بین عوامل توزیع شدند. با استفاده از روش چرخش واریماکس، ساختار عاملی به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که گویه‌ها در نه عامل به صورت متمایز قرار گرفته‌اند. بارهای عاملی در ماتریس چرخش‌یافته عمدتاً بالاتر از ۰.۴ هستند که نشان‌دهنده ارتباط قوی هر گویه با عامل مربوطه است. بر این اساس می‌توان عوامل را به شرح زیر نام‌گذاری و تفسیر کرد:

- عامل ۱- پوچی و انزوا: این عامل با بارهای عاملی بالا روی گویه‌هایی مانند «دنیا برایم پوچ و بی‌معنا به نظر می‌رسید» (۰.۸۱۲)، «احساس می‌کردم هیچ سهم مثبتی در زندگی دیگران ندارم» (۰.۸۴۳) و «احساس می‌کردم به هیچ کس و هیچ چیز تعلق ندارم» (۰.۷۰۳) بار شده است. این عامل بر احساسات عمیق پوچی، بی‌معنایی و انزوای اجتماعی دلالت دارد.

- عامل ۲- درماندگی و بن‌بست: این عامل بر گویه‌هایی مانند «فکر می‌کردم خودکشی تنها گزینه برای افرادی است که همه درهای دیگر به رویشان بسته شده است»

(۰۰۷۶۳) و «احساس می‌کردم کنترل زندگی‌ام را کاملاً از دست داده‌ام» (۰۰۷۰۳) تمرکز دارد. این عامل، حس درماندگی، گیر افتادن در بن‌بست و فقدان راه‌حل‌های جایگزین را منعکس می‌کند.

- عامل ۳- فرار از موقعیت غیر قابل تحمل: گویه‌های «می‌خواستم از یک موقعیت یا بن‌بست غیر قابل تغییر فرار کنم» (۰۰۸۴۲) و «گاهی تصمیمات مهم زندگی را در یک لحظه و با عجله می‌گیرم» (۰۰۶۷۳)، بارهای عاملی بالایی در این عامل دارند. این عامل بر انگیزه فرار از رنج و تمایل به عمل تکنیکی اشاره دارد.

- عامل ۴- بازداری و ناتوانی در ابراز: این عامل با گویه «اغلب احساس می‌کنم حرف دلم در گلویم حبس شده است» (۰۰۸۳۳) و «من خودکشی را عملی قابل درک در برابر شکست‌های بزرگ زندگی می‌دانستم» (۰۰۶۹۸) مشخص می‌شود و به ناتوانی در بیان هیجانات و باورهای شناختی مربوط به خودکشی می‌پردازد.

- عامل ۵- برچسب و فقدان دانش کمک‌خواهی: گویه‌های «نمی‌دانستم اگر در بحران روحی باشم، به چه فرد یا سازمانی می‌توانم مراجعه کنم» (۰۰۸۳۸) و «اگر به روان‌پزشک یا روان‌شناس مراجعه می‌کردم، دیگران فکر می‌کنند دیوانه هستم» (۰۰۶۹۸)، بارهای عاملی اصلی این عامل هستند. این عامل، موانع کمک‌خواهی ناشی از برچسب روانی و فقدان آگاهی را نشان می‌دهد.

- عامل ۶- شرایط اقتصادی-اجتماعی: این عامل بر گویه‌هایی مانند «نداشتن شغل ثابت، احساس بی‌ارزشی به من می‌داد» (۰۰۷۶۹) و «رسیدن به اهدافم در جامعه امروز تقریباً غیر ممکن به نظر می‌رسید» (۰۰۴۵۰) بار شده است و بر پیوند بین مشکلات عینی (شغل، اهداف) و احساس بی‌ارزشی تأکید دارد.

- عامل ۷- فقدان حمایت اجتماعی: گویه «احساس می‌کردم کسی نیست که در مواقع مشکل بتوانم واقعاً روی کمک‌ش حساب کنم» (۰۰۸۴۳)، هسته اصلی این عامل را تشکیل می‌دهد. این عامل، درک فقدان شبکه حمایتی قابل اتکا را منعکس می‌کند.

- عامل ۸- درد عاطفی غیر قابل تحمل: این عامل با گویه‌های «درد عاطفی من آنقدر شدید بود که از هر دردی بدتر و غیر قابل تحمل شده بود» (۰۰۷۲۶) و «درد و رنج

عاطفی من آنقدر شدید بود که تحمل آن غیر ممکن بود» (۰،۴۶۹) مشخص می‌شود و بر شدت رنج هیجانی به عنوان یک محرک کلیدی تأکید دارد.

- عامل ۹- توقف رنج و رفتار تکانشی: گویه‌های «هدف اصلی، من متوقف کردن یک رنج و عذاب غیر قابل تحمل بود» (۰،۸۰۱) و «در لحظات خشم شدید ممکن است کارهایی بکنم که بعداً پشیمان شوم» (۰،۸۰۴)، بارهای عاملی بالایی در این عامل دارند. این عامل بر انگیزه اصلی پایان دادن به رنج و همچنین تمایل به رفتارهای تکانشی در حالت هیجانی شدید دلالت می‌کند.

جدول ۵- واریانس تبیین‌شده توسط عوامل استخراج‌شده

مؤلفه	مقادیر ویژه اولیه	استخراج مجموع مربعات بارهای عاملی	چرخش یافته مجموع مربعات بارهای عاملی
	کل	درصد واریانس	درصد تجمعی
۱	۱۳،۰۴۶	۳۷،۲۷۵	۳۷،۲۷۵
۲	۲،۷۴۱	۷،۸۳۲	۴۵،۱۰۶
۳	۲،۳۵۰	۶،۷۱۶	۵۱،۸۲۲
۴	۲،۱۲۴	۶،۰۶۹	۵۷،۸۹۱
۵	۱،۷۹۸	۵،۱۳۶	۶۳،۰۲۷
۶	۱،۵۰۹	۴،۳۱۲	۶۷،۳۳۹
۷	۱،۳۰۴	۳،۷۲۴	۷۱،۰۶۳
۸	۱،۱۲۳	۳،۲۱۰	۷۴،۲۷۳
۹	۱،۰۱۳	۲،۸۹۴	۷۷،۱۶۷

تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس انجام شد. بر اساس معیار کیزر (مقدار ویژه بزرگ‌تر از ۱)، نه عامل استخراج شد که در مجموع ۷۷،۱۶۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند.

جدول ۶- ماتریس مؤلفه‌های چرخش یافته و بارهای عاملی گویه‌ها

ردیف	گویه	۱- پوچی و انزوا	۲- درماندگی و بن‌بست	۳- فرار	۴- بازداري	۵- برچسب اجتماعي	۶- بی‌ارزشی	۷- فقدان حمایت	۸- درد هیجانی	۹- توقف رنج
عامل ۱: پوچی و انزوا										
۱	احساس می‌کردم هیچ سهم مثبتی در زندگی دیگران ندارم.	۰.۸۴۲								
۲	دنیا برایم پوچ و بی‌معنا به نظر می‌رسید.	۰.۸۱۲								
۳	به آینده خوش‌بین نبودم و فکر نمی‌کردم اوضاع بهتر شود.	۰.۷۲۷								
۴	احساس می‌کردم به هیچ کس و هیچ چیز تعلق ندارم و کاملاً تنها و منزوی هستم.	۰.۷۰۲								
۵	باور داشتم که درد و رنجم هرگز تمام نخواهد شد.	۰.۶۶۴								
عامل ۲: درماندگی و بن‌بست										
۶	فکر می‌کردم خودکشی تنها گزینه برای افرادی است که...		۰.۷۶۳							
۷	احساس می‌کردم کنترل زندگی‌ام را کاملاً از دست داده‌ام...		۰.۷۰۲							
۸	امیدی به پیدا کردن یک راه حل برای رنج‌هایم نداشتم.		۰.۵۸۸							
۹	روشی که استفاده کردم، اولین چیزی بود که به ذهنم رسید...		۰.۵۶۸							
۱۰	احساس می‌کردم وجود من فقط باعث دردسر و رنج برای...		۰.۵۷۷							

ردیف	گروه	۱- بوجی و انزوا	۲- درماندگی و بن‌بست	۳- فرار	۴- بازداری	۵- برچسب اجتماعی	۶- بی‌ارزشی	۷- فقدان حمایت	۸- درد هیجانی	۹- توقف رنج
عامل ۳: فرار از موقعیت										
۱۱	می‌خواستم از یک موقعیت یا بن‌بست غیر قابل تغییر فرار کنم.			۰.۸۴۲						
۱۲	گاهی تصمیمات مهم زندگی را در یک لحظه و با عجله می‌گیرم.			۰.۶۷۳						
۱۳	در گذشته تجربیات دردناک یا خشونت‌آمیزی داشتم که باعث شد کمتر از مرگ بترسم.			۰.۴۲۰						
عامل ۴: بازداری و باورهای شناختی										
۱۴	اغلب احساس می‌کنم حرف دلم در گلویم حبس شده است.				۰.۸۷۰					
۱۵	من خودکشی را عملی قابل درک در برابر شکست‌های بزرگ...				۰.۶۹۸					
عامل ۵: برچسب اجتماعی و فقدان دانش										
۱۶	نمی‌دانستم اگر در بحران روحی باشم، به چه فرد یا سازمانی می‌توانم مراجعه کنم					۰.۸۳۸				
۱۷	اگر به روان‌پزشک یا روان‌شناس مراجعه می‌کردم، دیگران فکر می‌کردند دیوانه هستم.					۰.۶۶۰				
عامل ۶: شرایط اقتصادی- اجتماعی										
۱۸	نداشتن شغل ثابت، احساس بی‌ارزشی به من می‌داد.						۰.۷۶۹			

ردیف	پایه	۱- پوچی و انزوا	۲- در ماندگی و بین بست	۳- فرار	۴- باز داری	۵- بر چسب اجتماعی	۶- بی ارزشی	۷- فقدان حمایت	۸- درد هیجانی	۹- توقف رنج
۱۹	در آن زمان، فشارهای مالی (مانند بدهی یا بیکاری) آینده را برایم کاملاً تاریک نشان می‌داد.						۰.۶۲۸			
عامل ۷: فقدان حمایت اجتماعی										
۲۰	احساس می‌کردم کسی نیست که در مواقع مشکل بتوانم واقعاً...							۰.۸۴۳		
۲۱	احساس می‌کردم از جامعه و اطرافیانم طرد شده‌ام.							۰.۶۱۳		
عامل ۸: درد عاطفی غیر قابل تحمل										
۲۲	درد عاطفی من آنقدر شدید بود که از هر دردی بدتر و غیر قابل تحمل شده بود.								۰.۷۲۶	
۲۳	امیدوار بودم با این کار، دیگران بالاخره متوجه عمق رنج من شوند.								۰.۵۱۵	
عامل ۹: توقف رنج و رفتار تکانشی										
۲۴	در لحظات خشم شدید ممکن است کارهایی بکنم که...									۰.۸۰۴
۲۵	هدف اصلی من متوقف کردن یک رنج و عذاب غیر قابل تحمل بود.									۰.۸۰۱

تحلیل مؤلفه‌های اصلی با روش چرخش واریماکس با نرمالیزه کایزر انجام پذیرفته است و تنها بارهای عاملی بزرگ‌تر از ۰.۴ نمایش داده شده‌اند. همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، ساختار عاملی چرخش‌یافته منجر به تشکیل نه عامل با معنی شد. گویه‌ها به وضوح در حول این عوامل دسته‌بندی شدند و بارهای عاملی عمدتاً بالاتر از

۰.۶۵ بودند که نشان از همبستگی قوی بین گویه‌ها و عامل مربوطه دارد. نام‌گذاری عوامل بر اساس محتوای گویه‌هایی که بیشترین بار عاملی را روی آن عامل داشتند، انجام گرفته است.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از آزمون فریدمن، مقدار آماره آزمون ($\chi^2 = 480.434$) است که در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت با ۹۹ درصد اطمینان بین میانگین شاخص‌های به‌دست‌آمده، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۷- بررسی مقایسه رتبه‌های بین شاخص‌های عوامل مؤثر بر خودکشی با استفاده از آزمون ناپارامتریک فریدمن

عنوان	میانگین رتبه	اولویت
درماندگی و بن‌بست	۸.۳۸	۱
پوچی و بی‌معنایی وجودی	۸.۲۰	۲
شرایط اقتصادی- اجتماعی	۷.۱۲	۳
فرار از موقعیت	۵.۷۲	۴
فقدان حمایت اجتماعی	۳.۳۴	۵
توقف رنج و رفتار تکانشی	۳.۲۶	۶
بازداری و باورهای شناختی	۳.۱۶	۷
درد عاطفی غیر قابل تحمل	۳.۰۹	۸
برچسب و فقدان دانش	۲.۷۴	۹
Sig	Df	Chi-square
۰.۰۰۰	۸	۴۸۰.۴۳۴

طبق نتایج به‌دست‌آمده از جدول یادشده، میانگین رتبه «درماندگی و بن‌بست» برابر با ۸.۳۸ از ۹ بوده است که نشان‌دهنده بیشترین میزان میانگین در بین نه عامل مؤثر بر خودکشی از دیدگاه افراد اقدام‌کننده به خودکشی است و کمترین میانگین برابر ۲.۷۴ مربوط به «برچسب و فقدان دانش کمک» است.

بحث و تحلیل

این پژوهش با هدف ترسیم طرح‌واره روانی-اجتماعی اقدام به خودکشی از طریق تحلیل عاملی اکتشافی دیدگاه اقدام‌کنندگان تحت مداخله اورژانس اجتماعی تهران انجام شد. یافته‌ها، تصویری چندلایه از این پدیده ارائه می‌دهد که در چارچوب مدل مفهومی تلفیقی پژوهش قابل تفسیر است.

ساختار عاملی طرح‌واره روانی-اجتماعی خودکشی تحلیل عاملی اکتشافی، نه عامل متمایز را به عنوان هسته طرح‌واره ذهنی افراد در لحظه بحران آشکار کرد. این عوامل را می‌توان در سه سطح مدل مفهومی دسته‌بندی کرد: عوامل شناختی-هیجانی عمیق (درماندگی و بن‌بست، پوچی و بی‌معنایی وجودی و درد عاطفی غیر قابل تحمل)، عوامل میان‌فردی و حمایتی (فقدان حمایت اجتماعی، بازداری و باورهای شناختی، برچسب و فقدان دانش کمک‌خواهی) و عوامل ساختاری و موقعیتی (شرایط اقتصادی-اجتماعی و فرار از موقعیت غیر قابل تحمل).

رتبه‌بندی این عوامل با آزمون فریدمن نشان داد که از دیدگاه اقدام‌کنندگان، درماندگی و بن‌بست و پوچی و بی‌معنایی، مهم‌ترین مؤلفه‌های این طرح‌واره هستند. این یافته به خوبی با نظریه سه‌گانه خودکشی کلونسکی و می، همسو است که ترکیب درد روانی (مشابه عامل پوچی و درد عاطفی) و ناامیدی (مشابه عامل درماندگی و بن‌بست) را موتور محرک میل به مرگ می‌داند. به عبارت دیگر یافته‌های ما نشان می‌دهد که در ذهن فرد اقدام‌کننده، تنها رنج کشیدن کافی نیست؛ بلکه باور به غیر قابل تغییر بودن این رنج و ناتوانی در یافتن راه‌حل است که بحران را شکل می‌دهد.

تعامل عوامل ساختاری و روانی: از فشار اجتماعی تا طرح‌واره بحرانی، هرچند عوامل روانی عمیق‌تر، بالاترین وزن ذهنی را داشتند، با این حال این عوامل در خلأ شکل نمی‌گیرند. عامل شرایط اقتصادی-اجتماعی در رتبه سوم اهمیت قرار گرفت که مؤید نقش پیش‌آیندهای ساختاری در مدل مفهومی است. این یافته با نظریه فشار عمومی اگنیو همخوانی دارد که ناکامی در دستیابی به اهداف مادی و مواجهه با محرک‌های منفی پایدار (مانند بیکاری و فقر) را منبع فشار و پریشانی روانی می‌داند.

به نظر می‌رسد که در بافت استان تهران به طور عام و کلان‌شهر تهران، فشارهای اقتصادی نه تنها به عنوان یک محرک عینی، بلکه از طریق تقویت احساس بی‌ارزشی،

ناامیدی و درماندگی، به شکل‌گیری طرح‌واره بحرانی کمک می‌کند. به طور مشابه، عامل فقدان حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل میان‌فردی کلیدی، هم به عنوان یک فشار مستقیم (تنهایی) و هم به عنوان عاملی که عوامل پیوندجویی نظریه کلونسکی و می را تضعیف می‌کند، عمل می‌نماید. این یافته بر اهمیت شبکه‌های حمایتی به عنوان سپری در برابر تبدیل فشارهای زندگی به بحران وجودی تأکید می‌ورزد.

یافته‌های توصیفی این پژوهش مبنی بر جوان‌گرا بودن پدیده خودکشی، شیوع تنهایی و مشکلات مالی به عنوان محرک‌های فوری و روش شایع مسمومیت، با نتایج مطالعات داخلی مانند فیض‌اللهی (۱۴۰۱) و کریم (۱۴۰۱) همسو است. همچنین شناسایی عوامل چندگانه روانی- اجتماعی با مطالعات خارجی مانند مک کله‌لند و همکاران (۲۰۲۳) که بر ترکیب عوامل درونی و ارتباطی تأکید داشتند، همخوانی دارد.

اولویت‌بندی این عوامل از دیدگاه ذی‌نفعان و ارائه یک ساختار عاملی منسجم (طرح‌واره) است که نشان می‌دهد چگونه عوامل عینی (اقتصادی) و میان‌فردی (حمایتی) در نهایت به شکل‌گیری حالت‌های شناختی- هیجانی عمیق‌تر (درماندگی و پوچی) می‌انجامد. این دیدگاه یکپارچه، در مطالعات پیشین داخلی کمتر مورد توجه مستقیم قرار گرفته است.

محدودیت‌ها و دلالت‌های کاربردی تفسیر این یافته‌ها باید با در نظرگیری محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر انجام شود. حجم نمونه محدود و روش نمونه‌گیری در دسترس از اورژانس اجتماعی تهران باعث می‌شود که ساختار عاملی به‌دست‌آمده عمدتاً اکتشافی و مقدماتی بوده، قابلیت تعمیم آن به تمامی اقدام‌کنندگان در ایران نیازمند احتیاط باشد. با این حال همین یافته‌های اکتشافی می‌تواند دلالت‌های کاربردی/سیاستی ارزشمندی برای طراحی مداخلات در سطوح مختلف داشته باشد:

- در سطح فردی و خدمات مستقیم: آموزش مددکاران و روان‌شناسان خطوط بحران (مانند ۱۲۳) باید بر شناسایی و مقابله با نشانه‌های درماندگی و پوچی متمرکز شود، نه صرفاً حل مشکل عینی مطرح‌شده. استفاده از مداخلات کوتاه‌مدتی مانند «مدیریت مورد» فشرده و «درمان متمرکز بر حل مسئله» که امیدواری و احساس کنترل را تقویت می‌کنند، ضروری به نظر می‌رسد.

- در سطح برنامه‌ریزی اجتماعی: باید تمهیداتی برای کاهش برچسب

اجتماعی مرتبط با اختلالات روانی و کمک‌خواهی و همچنین افزایش آگاهی عمومی درباره خدمات حمایتی مانند اورژانس اجتماعی اندیشیده شود. تقویت شبکه‌های حمایت همسان (مانند گروه‌های حمایتی بازماندگان یا بهبودیافتگان) می‌تواند شکاف حمایتی را پر کند.

- در سطح سیاست‌گذاری کلان: یافته‌ها، لزوم اتخاذ رویکردی چندبخشی را گوشزد می‌کند. همکاری بین‌دستگاهی بین سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت کار و نهادهای اقتصادی برای طراحی «برنامه‌های کاهش فشار ساختاری» (مانند بیمه بیکاری، تسهیلات اشتغال‌زایی برای گروه‌های پرخطر) در کنار «خدمات سلامت روان جامعه‌نگر» می‌تواند هم بر پیش‌آیندهای دور و هم بر عوامل نزدیک تأثیر بگذارد.

جمع‌بندی نهایی: این پژوهش، گامی اولیه برای فهم سازمان‌شناختی-هیجانی عوامل مؤثر بر خودکشی از زبان خود اقدام‌کنندگان است. طرح‌واره استخراج‌شده، خودکشی را نه یک عمل تکانشی صرف یا واکنش به یک عامل منفرد، بلکه نتیجه نهایی یک فرآیند روانی-اجتماعی لایه‌لایه نشان می‌دهد که در آن عوامل ساختاری و میان‌فردی، بستر شکل‌گیری یک بحران شناختی-هیجانی عمیق (درماندگی و پوچی) را فراهم می‌کنند. تأیید این ساختار در نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر و همچنین بررسی روابط علی بین این لایه‌ها در مطالعات طولی آتی می‌تواند به تدوین مدل‌های پیش‌بینی دقیق‌تر و طراحی مداخلات چندسطحی و مبتنی بر شواهد بینجامد. در نهایت این یافته‌ها بر این اصل کلیدی تأکید می‌ورزند که پاسخ مؤثر به پدیده خودکشی، مستلزم عبور از رویکردهای تک‌عاملی و اتخاذ نگرشی یکپارچه‌نگر است که هم درد فرد را در لحظه بحران می‌شناسد و هم فشارهای ساختاری را که به این درد دامن می‌زند، مورد توجه قرار می‌دهد.

محدودیت‌های پژوهش: با وجود تلاش برای دقت در طراحی و اجرا، این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود که لازم است در تعمیم و تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرند:

محدودیت در روش نمونه‌گیری و قابلیت تعمیم

محدودیت حجم نمونه

محدودیت مربوط به ابزار اندازه‌گیری

محدودیت مربوط به طراحی مطالعه و علیت

منابع

- دورکیم، امیل (۱۳۷۸) خودکشی، ترجمه نادر سالارزاده، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
- زرانی، فریبا و زینب احمدی (۱۴۰۰) «خودکشی در فرهنگ ایرانی: یک مطالعه مروری نظام‌مند رویش روان‌شناسی»، سال دهم، شماره ۹، صص ۲۰۵-۲۱۶.
- URL: <http://frooyesh.ir/article-1-2379-fa.html>
- فیض‌اللهی، علی (۱۴۰۱) «فراترکیب مطالعات خودکشی در ایران رفاه اجتماعی»، سال بیست‌ودوم، شماره ۸۵، صص ۲۲۱-۲۷۰.
- URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3941-fa.html>.
- کریم، مهری (۱۴۰۱) «فراتحلیل مطالعات خودکشی در ایران»، نشریه رفاه اجتماعی، دوره بیست‌ودوم، شماره ۸۵، صص ۲۷۱-۳۰۰.
- نصیرزاده، مصطفی و منا حافظی بختیاری و مهدیه حسن زاده و نیلوفر حسنی آشجردی و محسن رضائیان (۱۴۰۴) «بررسی افکار خودکشی و همبستگی آن با مهارت‌های زندگی و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴: یک مطالعه توصیفی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، سال بیست‌وچهارم، شماره ۷، صص ۶۴۳-۶۵۸.
- URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-7748-fa.html>.
- Agnew, R. (1992) Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30 (1), 47-88.
- Bahamón, M.J.; Javela, J.J.; Ortega-Bechara, A.; Matar-Khalil, S.; Ocampo-Flórez, E.; Uribe-Alvarado, J.I.; Cabezas-Corcione, A.; Cudris-Torres, L. Social Determinants and Developmental Factors Influencing Suicide Risk and Self-Injury in Healthcare Contexts. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2025, 22, 411.
- <https://doi.org/10.3390/ijerph22030411>.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014) Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry*, 13(2), 153-160.
- DOI: 10.1002/wps.20128.
- Douglas, J. D. (2015) Social meanings of suicide. Permalink: <http://digital.casalini.it/9781400868117>
- Erlangsen, A., Stenager, E., & Conwell, Y. (2015). Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(9), 1427-1439.
- DOI: 10.1007/s00127-015-1051-0.
- Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017) Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 946-952.
- doi: 10.1016/S2215-0366(17)30514.
- Forkmann, T., Fiorentino, L., Müßeler, S.S. et al. (2025) Thinking About Suicidal

- Thinking: Suicide-Related Metacognitions' Relation to Maladaptive Processing of Suicidal Thoughts. *Int. J. Cogn. Behav. Ther.* 18, 241–255
<https://doi.org/10.1007/s41811-025-00239-2>.
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017 Feb;143(2):187-232.
 doi: 10.1037/bul0000084. Epub 2016 Nov 14. PMID: 27841450.
- Guin, A. J. (2023) Exploring Lived Experiences of Suicide Surviving Spouses: An Interpretive Phenomenological Qualitative Study.
- Johnson J, Gooding P, Tarrier N. Suicide risk in schizophrenia: explanatory models and clinical implications, The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). *Psychol Psychother.* 2008; 81, pp 55-77.
- Joiner, T. E. (2005) Why people die by suicide. Harvard University Press.
 Journal DOI: <https://doi.org/10.7439/ijasr>.
- Klonsky E, May A, Saffer B. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016; 12:307.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015) The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
 DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016) Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual review of clinical psychology*, 12(1), 307-330.
 DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204.
- Lester, D. (2010). Theories of suicide. In *Suicide among racial and ethnic minority groups* (pp. 51-65). Routledge.
- Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010) Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical psychology review*, 30(5), 582-593.
 DOI: 10.1016/j.cpr.2010.04.010.
- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A., & Cheek, S. M. (2015) The hopelessness theory of depression: A quarter-century in review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 345-365.
 DOI: 10.1111/cpsp.12125.
- McClelland, Heather and Loney, Krystyna and Platt, Stephen (2023) Psychological factors associated with suicide attempt and suicide death in Scotland: A systematic review, *Journal of Affective Disorders Reports*,
 Doi: 10.1016/j.jadr.2023.100711.
- Mohandie, K., Meloy, J. R., & Collins, P. I. (2009) Suicide by cop among officer-involved shooting cases. *Journal of Forensic Sciences*, 54(2), 456-462.
 DOI: 10.1111/j.1556-4029.2008.00981.x.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018) The integrated motivational–volitional

model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.

DOI: 10.1098/rstb.2017.0268.

Phillips, J. A., Robin, A. V., Nugent, C. N., & Idler, E. L. (2010) Understanding recent changes in suicide rates among the middle-aged: Period or cohort effects? *Public Health Reports*, 125(5), 680–688.

<https://doi.org/10.1177/003335491012500510>.

Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., & Silverman, M. M. (2016) Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. **Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46*(3), 352–362.

<https://doi.org/10.1111/sltb.12225>.

Shneidman ES. *The suicidal mind*. Oxford University Press, USA; 1998.

BY-NC-SA 3.0 IGO.

Wagenaar, A. C., Tobler, A. L., & Komro, K. A. (2010) Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 100 , 2270–2278.

DOI: 10.2105/AJPH.2009.186007.

World Health Organization, & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2021). *Helping adolescents thrive toolkit: Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours* . Geneva: WHO.CC

World Health Organization. (2025) *Suicide worldwide in 2021: global health estimates*. World Health Organization.