

## Original Research

# *Cognitive Experiences of Women Attempting Suicide*

Neda Shirani Esfahani<sup>1</sup>

Azra Mohammadpanah Ardakan<sup>2</sup>

Yasser Rezapour Mirsaleh<sup>3</sup>

### *Abstract*

Suicide is a multifaceted phenomenon resulting from the interaction of biological, psychological, and social factors. Although the number of cases leading to death is higher in men, suicide attempts occur about twice as often in women as in men; therefore, a deeper understanding of this phenomenon and finding effective solutions for its prevention, intervention, and treatment requires a careful examination of the relevant threatening and protective factors. This qualitative research aimed to explore the cognitive experiences of women attempting suicide. The study was conducted using a phenomenological approach and the Claise method on 11 women with a history of suicide attempts who referred to the Meybod Social Emergency Department. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed in seven stages. The findings included four main categories: "suicidal thoughts without action, memory distortion, learned helplessness, and self-worthlessness," six subcategories: "experiencing suicidal thoughts, memory distortion, feeling rejected, inability to solve the problem properly, blaming and imposing emotions," and eleven concepts: "not committing suicide because of dependencies, not committing suicide because of fear or lack of courage, not committing suicide based on religion, not remembering good memories, constantly

---

<sup>1</sup>. Ph.D Student in General Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran. nedashirani32@yahoo.com

<sup>2</sup>. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran. azramohammadpanah@ardakan.ac.ir. (**Corresponding author**)

<sup>3</sup>. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran. y.rezapour@ardakan.ac.ir

Submit Date: 2025/16/01

Accept Date: 2025/03/09

DOI: 10.22051/jwsps.2025.49605.2951



reviewing negative scenes, not being important in life, planning to kill one's spouse, accepting, blaming others, rumination, and choosing the label of being sad and depressed." The findings showed that dysfunctional cognitive patterns and mental distortions play an important role in increasing the risk of suicide attempts. Therefore, screening and training in thought correction methods in health centers can make a significant contribution to effective prevention and intervention.

### ***Keywords***

*Attempted Suicide, Lived Experience, Cognitive Experiences, Women*

### **Introduction**

Suicide is a serious public health crisis worldwide, claiming the lives of approximately 800,000 people annually and is recognized as the tenth leading cause of death at all ages and the second leading cause of death among young people aged 15 to 24. Statistics show that although the suicide rate in Iran (about 6 per 100,000 in 2023) is lower than the global average, it has been increasing in recent years and is twice the global average among Iranian youth. This phenomenon has serious consequences, including damage to mental health, destruction of the family foundation, and imposing heavy costs on society and the health system (Fadaeian and Khorramabadi, 2014).

suicide attempts are two to four times more common in women than in men (Chang et al., 2011), and being female and having depression are strongly associated with suicidal ideation and attempts (Duarté-Vélez & Bernal, 2007). Women sometimes perceive suicide attempts as a way to express their desires and manage domineering behaviors (Zare-Shahabadi et al., 2017). Given the complexity of suicide and the need for effective preventive interventions, this study seeks to answer the fundamental question: "What is the lived cognitive experience of women who attempt suicide?"

" Using a qualitative phenomenological (lived experience) approach, this study seeks to gain a deeper understanding of the unique intellectual dimensions and perspectives of these individuals. Understanding these experiences is crucial for designing effective preventive interventions. Few studies have focused on identifying the relationships between external variables and suicide. For example, factors such as economic prosperity, output gap, unemployment, inflation, income inequality, and urbanization have been associated with suicide rates in Iran (Hajizadeh-Asl et al., 2000).

Internationally, the relationship between suicidal ideation and depression, self-esteem, and gender role conflict in adolescents (Obiglaich et al., 2020), as well



as the role of learned helplessness in predicting suicidal thoughts, intentions, and attempts (Aslam et al., 2019), have been emphasized. Anxiety disorders (DelGaudio et al., 2018), psychological pain (Warsaw et al., 2016), and childhood maltreatment (Hertel et al., 2015) have also been identified as factors that increase the risk of suicide. In addition, family communication patterns and boundaries also play a role in predicting suicidal tendencies in students (Kiani et al., 2017).

Qualitative research has provided a deeper understanding of individuals' lived experiences. For example, factors such as emotional breakdown, conflict with family, family structure breakdown, psychological problems, and the use of ineffective coping methods have been associated with adolescent suicide (Dalam and Rafi-Afzshan, 2020). Also, life stress, family dysfunction, and belief in change and liberation have been identified as causes of suicide in women (Rezaei-Nasab et al., 2017). General risk factors for suicide in adolescents include demographic, environmental (such as lack of family support, poor life skills, family history of suicide), and psychological (such as mental disorders, adverse life events, childhood abuse) factors (Simbar et al., 2017). The desire to escape, decreased independence, psychological and physical problems, and lack of meaning in life have also been identified as causes of suicide in the elderly (Van Orden et al., 2015). In addition, the findings of the study by Mirzaei and Shams Alizadeh (2013) showed that suicidal thoughts among students have a high prevalence of 32.7%.

### **Methodology**

The present study, adopting a qualitative approach and utilizing Claise's phenomenology, explored the cognitive experiences of women attempting suicide. The research population included all women attempting suicide who referred to the social emergency in Meybod city. Purposive sampling was conducted and 11 women who had a history of attempting suicide were selected. Data were collected through semi-structured interviews. Data from the interviews were analyzed using Claise's 7-step method. To ensure the validity and reliability of the findings, the criteria of transferability, reliability, confirmability, and believability (equivalent to validity and reliability in quantitative research) were used.

### **Findings**

This study analyzed interviews with 11 women who attempted suicide to identify their cognitive experiences. Since cognitive experiences include perception, problem solving, thinking, imagination, reasoning, judgment, etc., 4



main categories including (suicidal thoughts without action, memory distortion, learned helplessness, and self-worthlessness), 6 subcategories including (experiencing suicidal thoughts, memory distortion, feeling rejected, inability to solve the problem correctly, blame, and imposing emotions) were extracted from 11 concepts including (not committing suicide due to dependencies, not committing suicide due to fear or lack of courage, not committing suicide due to religion, not remembering good memories, constantly reviewing negative scenes, not being important in life, planning to kill your spouse, acceptance, blaming others, imposing emotions, and choosing the label of being sad and depressed).

### Conclusion

This study, which aimed to examine the cognitive experiences of women who attempt suicide, identified four main categories, six subcategories, and eleven related concepts. The main findings include “suicidal thoughts without action,” “memory distortion,” “learned helplessness,” and “self-worthlessness.” In other words, the key findings of this study indicate that there are complex cognitive experiences in women who attempt suicide, including suicidal thoughts without action, memory distortion, learned helplessness, and self-worthlessness. These findings provide a deeper understanding of the psychological mechanisms leading to suicide and emphasize the importance of interventions that target these thought patterns. Addressing cognitive factors can be an important step towards advancing the field of suicide studies and designing more effective prevention programs. In general, it can be concluded that the way people think and perceive things leads to different feelings and behaviors; in a way that distorting memories and recalling bitter memories of the past causes feelings of sadness, hopelessness, and depression. On the other hand, when a person comes to believe that he has no control over his life and is unable to change or solve his problems, he feels helpless and worthless. Also, he may lose his self-esteem and not value and respect himself, and thus, he becomes negatively aroused in the face of threatening situations and life challenges, reaching the peak of despair, and ultimately choosing suicide as the best option to get rid of these problems.

### References

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-63. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.87.1.49>.



- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aslam, H., Bano, Z., & Naz, I. (2019). Learned helplessness and suicidality: Role of cognitive behavior therapy. *Rawal Medical Journal*, 44(3), 569-572. <https://www.rmj.org.pk/?mno=12257>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1-23. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-115. <https://psycnet.apa.org/buy/1990-14898-001>
- Beuthin, R. E. (2014). Breathing in the mud: Tensions in narrative interviewing. *International Journal of Qualitative Methods*, 13(1), 122-134. <https://doi.org/10.1177/160940691401300103>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS): Leading causes of death reports, 1981-2014*. National Center for Injury Prevention and Control. Retrieved from [https://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10\\_us.html](https://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10_us.html)
- Chahid, H., Ahami, A. O., Chigr, F., & Najimi, M. (2020). Depression, anxiety, self-esteem and suicide attempts: Study among high school students in the Beni Mellal region of Morocco. *American Journal of Applied Psychology*, 8(1), 9-15. DOI: 10.12691/ajap-8-1-2
- Chang, B., Gitlin, D., & Patel, R. (2011). The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: Evidence-based management and treatment strategies. *Emergency Medicine Practice*, 13(9), 1-23. <https://europepmc.org/article/med/22164363>
- Colucci, E., & Martin, G. (2008). Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(2), 229-244. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.2.229>
- Constantelos, D. J. (2004). Altruistic suicide or altruistic martyrdom? Christian Greek Orthodox neomartyrs: a case study. *Archives of Suicide Research*, 8(1), 57-71. <https://doi.org/10.1080/13811110490243813>
- Curtin, S. C., Warner, M., & Hedegaard, H. (2016). *Increase in suicide in the United States, 1999–2014* (NCHS Data Brief No. 241). National Center for Health Statistics. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db241.htm>
- Daliri, S., Bazyar, J., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., & Sayehmiri, F. (2017). The incidence rates of suicide attempts and successful suicides in seven climatic conditions in Iran from 2001 to 2014: A systematic review and meta-



- analysis. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 21(6), 1-15. (In Persian) <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-2818-fa.html>
- Delam, H., & Bazrafshan, M. (2020). Attempting suicide by Adolescents: A qualitative study. *Payesh*, 19(2), 159-166. (In Persian) <http://payeshjournal.ir/article-1-1332-fa.html>
- De-La-Vega, D., Giner, L., & Courtet, P. (2018). Suicidality in subjects with anxiety or obsessive-compulsive and related disorders: Recent advances. *Current Psychiatry Reports*, 20(4), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0885-z>
- Drapeau, C. W., & McIntosh, J. L. (2018). *Suicide in the USA: A decadal study from 1930s to 2017s*. Retrieved from: <http://www.suicidology.org>
- Duarte-Vélez, Y. M., & Bernal, G. (2007). Suicide behavior among Latino and Latina adolescents: Conceptual and methodological issues. *Death Studies*, 31(5), 435-455. <https://doi.org/10.1080/07481180701244579>
- Fadaian, A., & Khorramabadi, Y. (2012). Studying the relationship between religiosity and suicidal thoughts in Ilam city. *International Congress on Culture and Religious Thought*, Qom. (In Persian) <https://civilica.com/doc/300892/>
- Gross, R. (2015). *Psychology: The Science of Mind and Behaviour* (7th ed.). Hodder Education.
- Hajizadeh-Asl, A., Jafari, J., & Khodamoradi, H. (2021). Investigating the impact of economy on suicide rate in Iran. *Journal of Hamedan Police Science*, 8(2), 1-14. (In Persian) <https://doi.org/10.22034/hpsj.2021.96704>
- Hassanzadeh, S. M. (2010). Why do some people commit suicide. *Causes, Consequences and Ways to Prevent Suicide*. (2nd ed.). Tehran: Ghareh Publications. (In Persian)
- Hegerl, U., Mergl, R., Havers, I., Schmidtke, A., Lehfeld, H., Niklewski, G., & Althaus, D. (2010). Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(5), 401-406. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0088-z>
- Henden, J. (2017). *Preventing Suicide: The Solution Focused Approach*. John Wiley & Sons.
- Hoertel, N., Franco, S., Wall, M. M., Oquendo, M. A., Wang, S., Limosin, F., & Blanco, C. (2015). Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: A nationally representative study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(7),



916-923. <https://www.psychiatrist.com/jcp/childhood-maltreatment-risk-suicide-attempt-nationally/>

- Irigoyen, M., Porrás-Segovia, A., Galván, L., Puigdevall, M., Giner, L., De Leon, S., & Baca-García, E. (2019). Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *Journal of Affective Disorders*, 247, 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.050>
- Jacob, I. (2019). Learned helplessness and fatigue severity as correlates of suicidality among civil servants in Makurdi metropolis. *IFE Psychologia: An International Journal*, 27(2), 49-61. <https://hdl.handle.net/10520/EJC-1918857ac1>
- Jager-Hyman, S., Cunningham, A., Wenzel, A., Mattei, S., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2014). Cognitive distortions and suicide attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 369-374. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9613-0>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people Die by Suicide*. Harvard University Press.
- Kan, C. K., Ho, T. P., Dong, J. Y., & Dunn, E. L. (2007). Risk factors for suicide in the immediate post-discharge period. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 208-214. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0153-0>
- Kiani Chalmardi, A., Rashid, S., Honarmand, P., & Tamook, F. (2018). A structural test of the interpersonal theory of suicide model in students. *Contemporary Psychology*, 13(1), 50-61. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.32598/bjcp.13.1.50>
- Kiani Chalmardi, A., Honarmand, P., Khakdal, S. (2017). Predicting suicide tendency based on family relationship patterns and boundary in students. *Iranian Journal of Emergency Care*, 1(2), 56-66. (In Persian) <http://ijec.ir/article-1-52-fa.html>
- Klonsky, E. D., & May, A. (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. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Knox, E., & Muros, J. J. (2017). Association of lifestyle behaviours with self-esteem through health-related quality of life in Spanish adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 176, 621-628. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2886-z>
- Koenig, J., Brunner, R., Fischer-Waldschmidt, G., Parzer, P., Plener, P. L., Park, J., & Kaess, M. (2017). Prospective risk for suicidal thoughts and behaviour in adolescents with onset, maintenance or cessation of direct self-injurious



- behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3), 345–354. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0896-4>
- Kutcher, S. P., & Chehil, S. (2012). *Suicide Risk Management: A Manual for Psychiatrists, Psychologists, Counselors and General Practitioners* (S. Ghahari, S. Zenzorian, & H. Yousefi, Trans.). Ghatreh. (Original work published 2012)
- Lieder, F., Goodman, N. D., & Huys, Q. J. (2013). Learned helplessness and generalization. In M. Knauff, M. Pauen, N. Sebanz, & I. Wachsmuth (Eds.), *Proceedings of the 35th Annual Meeting of the Cognitive Science Society* (pp. 900–905). Cognitive Science Society. <https://escholarship.org/uc/item/31362551>
- Liem, M. (2010). Homicide followed by suicide: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(3), 153-161. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.10.001>
- Littlewood, D. L., Gooding, P., Kyle, S. D., Pratt, D., & Peters, S. (2016). Understanding the role of sleep in suicide risk: Qualitative interview study. *BMJ Open*, 6(8), e012113. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012113>
- Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1395-1400. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.022>
- Mirzaie, S. N., & Shams Alizadeh, N. (2013). Prevalence rate of suicidal thoughts and its related factors in the medical students in Kurdistan University of Medical Sciences. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 18(1), 18-26. (In Persian) <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-1004-fa.html>
- National Institute of Mental Health. (2018). *Suicide*. Retrieved from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.shtml>
- Nazarzadeh, M., Bidel, Z., Ayubi, E., Asadollahi, K., Carson, K. V., & Sayehmiri, K. (2013). Determination of the social related factors of suicide in Iran: A systematic review meta-analysis. *BMC Public Health*, 13, 1-9. (In Persian) <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-4>
- O'Beaglaioich, C., McCutcheon, J., Conway, P. F., Hanafin, J., & Morrison, T. G. (2020). Adolescent suicide ideation, depression and self-esteem: Relationships to a new measure of gender role conflict. *Frontiers in Psychology*, 11, 111-129. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00111>
- Oxford Reference. (2018). *Lived experience*. Retrieved October 26, 2021, from <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803100109997>



- Parhoodeh, F., Erfani, N., & Parhoodeh, F. (2022). A reflection on the qualitative research approach with emphasis on validity and reliability. *Pouyesh in Humanities Education*, 8(28), 19-44. (In Persian) [https://humanities.cfu.ac.ir/article\\_2351.html](https://humanities.cfu.ac.ir/article_2351.html)
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Piri, K. (2012). *Phenomenological Study of Suicide: A Case Study of Unsuccessful Suicides in Abadan City*. Master's thesis in sociology. Faculty of Literature and humanities, University of Ardestan, Iran. (In Persian)
- Prinstein, M. J., Nock, M. K., Simon, V., Aikins, J. W., Cheah, C. S., & Spirito, A. (2008). Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 92-103. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.92>
- Rasmussen, M. L., Dyregrov, K., Haavind, H., Leenaars, A. A., & Dieserud, G. (2018). The role of self-esteem in suicides among young men. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 77(3), 217-239. <https://doi.org/10.1177/0030222815601514>
- Rezaei Nasab, Z., Sheykhi, M., & Jamili, F. (2017). The study of Ilami women's suicidal experiences using the grounded theory. *Iranian Journal of Sociology*, 18(4), 82-107. (In Persian) <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17351901.1396.18.4.4.8>
- Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1291-1299. <https://doi.org/10.1002/jclp.20621>
- Roberts, M. B. (2015). *Inventory of cognitive distortions: Validation of a measure of cognitive distortions using a community sample*. Doctoral dissertation, Philadelphia College of Osteopathic Medicine. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Roberts, M. L. (2018). *Adolescent suicide prevention: Life experiences contributing to suicidal ideation resilience*. Doctoral dissertation, Saybrook University. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Rogers, M. L., Ringer, F. B., & Joiner, T. E. (2018). The association between suicidal ideation and lifetime suicide attempts is strongest at low levels of depression. *Psychiatry Research*, 270, 324-328. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.061>



- Scocco, P., de Girolamo, G., Vilagut, G., & Alonso, J. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European study on the epidemiology of mental disorders-world mental health study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.08.004>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. WH Freeman.
- Shermer, M. (2018). A mysterious change of mind. *Scientific American*, 319(4), 81-81. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1018-81>
- Shin, H. J., Park, G. J., In, Y. N., Kim, S. C., Kim, H., & Lee, S. W. (2019). The effects of case management program completion on suicide risk among suicide attempters: A 5-year observational study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 37(10), 1811-1817. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.12.034>
- Simber, M., Golezar, S., Alizadeh, S., & Hajifoghaha, M. (2018). Suicide risk factors in adolescents worldwide: A narrative review. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 16(12), 1153-1168. (In Persian) <http://journal.rums.ac.ir/article-1-3851-fa.html>
- Telles, S., Singh, N., Bhardwaj, A. K., Kumar, A., & Balkrishna, A. (2013). Effect of yoga or physical exercise on physical, cognitive and emotional measures in children: A randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 1-16. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-37>
- Van Orden, K. A., Wiktorsson, S., Duberstein, P., Berg, A. I., Fässberg, M. M., & Waern, M. (2015). Reasons for attempted suicide in later life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5), 536-544. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.07.003>
- Värnik, P. (2012). Suicide in the world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 760-771. <https://doi.org/10.3390/ijerph9030760>
- Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 108-125. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00108>
- Wasserman, D. (2016). *Suicide: An Unnecessary Death*. Oxford University Press.
- Weiner, B. (2012). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. Springer Science & Business Media.



- Wilburn, V. R., & Smith, D. E. (2005). Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence*, 40(157), 33-45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15861616/>
- Wolff, J., Esposito-Smythers, C., Becker, S., Seaboyer, L., Rizzo, C., Lichtenstein, D., & Spirito, A. (2014). Social-cognitive moderators of the relationship between peer victimization and suicidal ideation among psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(3), 268-285. <https://doi.org/10.1080/10926771.2014.883458>
- World Health Organization. (2015). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Retrieved from: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide\\_prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide_prevention/world_report_2014/en/).
- World Health Organization. (2016). *Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable: Report of the third global survey on eHealth*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252529>
- Zare-Shahabadi, A., Shafiee-Nejad, M., & Madahi, J. (2017). Suicidal behavior among women of Abdanan: Motivations and conditions. *Woman in Development & Politics*, 15(3), 427-446. (In Persian) <https://doi.org/10.22059/jwdp.2017.229631.1007164>.

## تجارب شناختی زنان اقدام‌کننده به خودکشی

ندا شیرانی اصفهانی<sup>۱</sup>

عذرا محمدپناه اردکان<sup>۲</sup>

یاسر رضاپور میرصالح<sup>۳</sup>

### چکیده

خودکشی پدیده‌ای چندوجهی و حاصل تعامل عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است. هرچند موارد موارد منجر به فوت در مردان بیشتر است، اما اقدام به خودکشی در زنان حدود دو برابر بیشتر از مردان است و یکی از عوامل اصلی مؤثر بر خودکشی‌های بعدی محسوب می‌شود. لذا درک عمیق‌تر این پدیده و یافتن راه‌حل‌های مؤثر برای پیشگیری، مداخله و درمان آن نیازمند بررسی دقیق عوامل تهدیدکننده و محافظت‌کننده مرتبط به‌ویژه از دیدگاه زنان است. این پژوهش کیفی با هدف کشف تجربیات شناختی زنان اقدام‌کننده به خودکشی انجام شد. مطالعه با رویکرد پدیدارشناسی و روش کلایزی بر روی ۱۱ زن دارای سابقه اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی میبد انجام پذیرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته گردآوری و در هفت مرحله تحلیل شدند. یافته‌ها شامل چهار مقوله اصلی «افکار خودکشی بدون اقدام، تحریف خاطرات، درماندگی آموخته شده و بی‌ارزشی خود»، شش خرده‌مقوله «تجربه افکار خودکشی، تحریف حافظه، احساس طرد شدن، ناتوانی در حل درست مشکل، سرزنش و تحمیل احساسات» و یازده مفهوم «عدم خودکشی به خاطر وابستگی‌ها، عدم خودکشی به خاطر ترس یا جرأت نداشتن، عدم خودکشی مبتنی بر مذهب، به یاد نیاوردن خاطرات خوب، مرور مداوم صحنه‌های منفی، مهم نبودن

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.  
nedashirani32@yahoo.com

<sup>۲</sup> دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. (نویسنده مسئول)  
azramohammadpanah@ardakan.ac.ir

<sup>۳</sup> دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.  
y.rezapour@ardakan.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۷

DOI: 10.22051/jwssps.2025.49605.2951

در زندگی، طرح‌ریزی برای کشتن همسر، پذیرش، سرزنش از سوی دیگران، نشخوار فکری و انتخاب برجسب غمگین و افسرده شدن» بود. یافته‌ها نشان داد الگوهای شناختی ناکارآمد و تحریف‌های ذهنی نقش مهمی در تشدید خطر اقدام به خودکشی دارند. بنابراین، غربال‌گری و آموزش روش‌های اصلاح افکار در مراکز بهداشتی می‌تواند سهم قابل توجهی در پیشگیری و مداخله مؤثر داشته باشد.

### واژگان کلیدی

اقدام به خودکشی، تجربه زیسته، تجربیات شناختی، زنان

### مقدمه و بیان مسئله

خودکشی، یکی از دغدغه‌های اصلی بهداشت عمومی است و دهم سپتامبر (۱۹ شهریور) به‌عنوان روز جهانی پیشگیری از خودکشی نام دارد. زیرا هر ساله، نزدیک به هشتصد هزار نفر در جهان، در اثر خودکشی، جان خود را از دست می‌دهند (World Health Organization, 2017). علاوه بر این، در هر ۴۰ ثانیه، یک نفر می‌میرد و هم‌چنین، در هر ۴۰ ثانیه، بیشتر از یک نفر، اقدام به خودکشی می‌کند (World Health Organization, 2016). گزارشات اخیر نشان می‌دهد که خودکشی دهمین علت اصلی مرگ در تمام سنین و دومین علت اصلی مرگ‌ومیر جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله است (Drapeau & McIntosh, 2018)؛ به طوری که بیشتر نوجوانان و بزرگسالان جوان بر اثر خودکشی فوت می‌کنند تا به علت ابتلا به بیماری‌های عروق کرونر، سکته مغزی، آنفولانزا، ذات‌الریه، ناهنجاری‌های مادرزادی، بیماری مزمن تنفسی و قتل (Centers for Disease Control and Prevention, 2014). ارزیابی‌ها نشان می‌دهد که در طول سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳، بیشترین میزان بروز اقدام به خودکشی مربوط به استان‌های اصفهان، یزد، سمنان و قم با ۱۱۴/۷ نفر در هر صد هزار نفر و کمترین میزان بروز مربوط به استان‌های چهارمحال و بختیاری، کهگیلویه و بویراحمد، خوزستان با ۳۷ نفر در هر صد هزار نفر بوده است (دلیری و همکاران، ۱۳۹۵). در این بین، میزان و روش خودکشی در دو جنس متفاوت است؛ به گونه‌ای که اقدام به خودکشی در زنان دو تا چهار برابر بیشتر از مردان است (Chang et al., 2011). کورتین و همکاران<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> Curtin et al.



(۲۰۱۶) نشان دادند که خودکشی در زنان در سن ۱۰ تا ۱۴ سال، به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد؛ درحالی‌که میزان شیوع خودکشی در مردان در سن ۴۵ تا ۶۴ سال بیشتر است. نرخ خودکشی در جهان به ازای هر صد هزار نفر جمعیت ۱۶ نفر است؛ اما این رقم در ایران ۶ نفر در هر صد هزار نفر است که بر این اساس، ایران، در رتبه ۸۵ قرار دارد (بخارایی، ۱۳۹۰؛ ربانی و محمدامینی، ۱۳۸۹؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۱؛ به نقل از پیری، ۱۳۹۱). در ایران، میزان خودکشی در هر دو جنس در هر صد هزار نفر، ۳/۵ که ۳/۶ در زنان و ۰/۷ در مردان است (World Health Organization, 2015). همچنین، زن بودن و ابتلا به افسردگی با ایده‌پردازی خودکشی و اقدام به خودکشی، رابطه قوی و معنی‌داری دارد (Duarté-Vélez & Bernal, 2007). متداول‌ترین روش خودکشی استفاده از سلاح گرم و به‌دنبال آن مسمویت و خفگی است (National Institute of mental Health, 2018). در آمریکا، رایج‌ترین روش خودکشی مردان استفاده از سلاح گرم (۵۶/۹ درصد) است؛ درحالی‌که شایع‌ترین روش خودکشی زنان مسمویت است (Centers for Disease Control and Prevention, 2014). در ایران، رایج‌ترین روش خودکشی، مصرف دارو است؛ زیرا استفاده از آن آسان و قابل دسترس است. همچنین، خودسوزی یکی از شیوه‌های رایج است (Nazarzadeh et al., 2013). علاوه بر این که روش‌های خودکشی مختلف است، انگیزه اقدام به خودکشی یا سازوکارهایی که باعث اقدام به خودکشی می‌شود، می‌تواند با انگیزه‌های خودکشی کاملاً متفاوت باشد. انگیزه‌های اقدام به خودکشی معمولاً جلب توجه، فریاد کمک‌خواهی، اهرمی برای فشار وارد کردن به طرف مقابل، جلب ترحم، مظلوم‌نمایی و به‌دست آوردن چیزی یا رسیدن به هدفی خاص است؛ یعنی فردی که اقدام به خودکشی می‌کند، معمولاً قصد مرگ ندارد؛ اما در خودکشی معمولاً تصمیم شخص برای مُردن، قطعی است (حسن‌زاده، ۱۳۸۹). علاوه بر این، برخی زنان، اقدام به خودکشی را به منزله دوراهی برای ابراز و رسیدن به خواسته‌هایشان ادراک می‌کنند که در راستای آن سعی دارند به رفتارهای سلطه‌طلبانه، محدودیت‌ها، تهمت‌ها و بدبینی‌ها واکنش نشان دهند و آن‌ها را مدیریت کنند (زارع شاه‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶).

توضیح این‌که چرا برخی از افراد تصمیم می‌گیرند به زندگی خود خاتمه دهند، دشوار است؛ اما خودکشی را می‌توان اقدامی چندعاملی دانست (Shermer, 2018). عوامل پیچیده‌ای از جمله

ژنتیکی، محیطی، فرهنگی و روان‌پزشکی با خودکشی مرتبط است (Patel et al., 2007). همچنین، افکار خودکشی با انواعی از اختلالات روانی مانند افسردگی اساسی، اختلال شخصیت مرزی و اختلال سوء مصرف مواد مرتبط است (American Psychiatric Association, 2014). خودکشی، همیشه یک عمل تکانشی نیست؛ بلکه به صورت یک فرآیند شناخته شده است که با یک میل ملایم و مبهم برای مرگ آغاز می‌شود که می‌تواند به دلیل شرایط شخصی یا بین فردی محو شود و از طرف دیگر می‌تواند گسترش یابد و منجر به افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی کامل شود (Wasserman, 2016)؛ به طوری که در افرادی که سابقه افکار خودکشی داشته‌اند، احتمال کشیدن نقشه در مورد خودکشی ۲۴/۶ درصد و اقدام به خودکشی ۱۸/۲ درصد است (Scocco et al., 2008). سابقه اقدام به خودکشی و تاریخچه خانوادگی خودکشی، مهم‌ترین عوامل خطر برای اقدام مجدد و خودکشی کامل هستند (Irigoyen et al., 2019). به بیان دیگر، اقدام به خودکشی‌های مکرر، خطر رفتار خودکشی و اقدام مجدد را افزایش می‌دهد. در نتیجه شانس خودکشی کامل افزایش می‌یابد (Shin et al., 2019). علاوه بر این، معمولاً افرادی که خودکشی می‌کنند و زنده می‌مانند، ۱۰ تا ۲۰ درصد احتمال دارد که در عرض یک سال، دوباره اقدام به خودکشی کنند و برآورد شده که ۱۰ تا ۱۵ درصد افرادی که خودکشی می‌کنند؛ می‌میرند (Kan et al., 2007). بر اساس گزارش‌های معاون پزشکی و آزمایشگاهی سازمان پزشکی قانونی، در سال ۱۳۹۸، بیش از ۵ هزار نفر توسط خودکشی جان باختند؛ به طوری که در مقایسه با سال ۱۳۹۷، ۰/۸ درصد افزایش داشته است. از این مقدار خودکشی، ۱۰۵۱۷ مورد مربوط به خودکشی زنان بوده است. این پدیده، تأثیرات مهمی نظیر آسیب زدن به سلامت روان افراد و تخریب بنیاد خانواده، نابودسازی نیروهای فعال جامعه، افزایش احتمال رفتارهای خودکشی در سایر اعضای خانواده و جامعه، تحمیل هزینه‌های سنگین بر نظام خانواده و سازمان بهداشت و روان و در نهایت، حاکمیت قضایی یأس و ناامیدی بر جامعه به جا می‌گذارد (فدائیان و خرم‌آبادی، ۱۳۹۳). با این حال، هدف نهایی باید دستیابی به وضعیتی باشد که در آن، هیچ فردی در ایران به دلیل خودکشی جان خود را از دست ندهد. اما آمارها نشان می‌دهند که در سال ۲۰۱۵، ۷۸ درصد از خودکشی‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ داده است (World Health Organization, )



2015) و ایران در بین کشورهای اسلامی رتبه سوم و در سطح جهانی رتبه پنجاه و هشتم را در آمار خودکشی به خود اختصاص داده است. همچنین، در سال ۲۰۲۳، آمار خودکشی در ایران، ۶ نفر در صد هزار نفر بوده است که در سال‌های اخیر روند افزایشی داشته است. اگرچه این میزان از میانگین جهانی پایین‌تر است، اما آمار خودکشی در میان جوانان ایرانی دو برابر میانگین جهانی است. با این حال نباید فراموش کرد که کشورهایایی با درآمد بالا مانند آلمان، ژاپن و کره با اتخاذ اقدامات پیشگیرانه و رسیدگی به گروه‌های آسیب‌پذیر توانسته‌اند آمار خودکشی را بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ به‌طور چشمگیری کاهش دهند (Hegerl et al., 2010). این نشان می‌دهد که با تلاش و برنامه‌ریزی صحیح، می‌توان به این هدف دست یافت. لذا، با توجه به آمار بالای خودکشی و اثراتی که این پدیده بر فرد، خانواده و جامعه می‌گذارد؛ لازم است تحقیقات عمیق و گسترده‌تری در این حوزه انجام شود. به‌ویژه این‌که هنوز علت خودکشی، به‌طور دقیق مشخص نشده و معلوم نیست چگونه و چه اتفاقاتی غیر از اختلالات بالینی ممکن است به اقدام خودکشی در افراد منجر شود. بنابراین، این تحقیق به دنبال پاسخ‌گویی به این سوال بود که تجربه زیسته شناختی زنان اقدام‌کنندگان به خودکشی چیست، تا بتوان مداخلاتی در جهت پیشگیری از اقدام به خودکشی انجام داد. از طرفی، در زمینه خودکشی، تحقیقاتی صورت گرفته است؛ ولی بیشتر آن‌ها کمی بوده و از روش کیفی (تجربه زیسته) استفاده نشده است. این در صورتی است که فهمیدن بُعد فکری و دیدگاه منحصر به فرد افرادی که تجربه یا تلاش برای خودکشی را دارند، بسیار مهم است و باید به دقت به آن‌ها گوش داد و اجازه داد تا داستان و روایت‌های زندگی خود را در فضای غیرداوری و قابل اعتماد تعریف کنند (Littlewood et al., 2016). تجربه زیسته، بهترین راه برای بررسی عمیق شرایط، زمینه‌ها، پیامدهای خودکشی متناسب با زندگی اقدام‌کنندگان است. تجربه زیسته، به‌معنای دانش شخصی در مورد جهان است که از طریق دخالت مستقیم و دست اول در رویدادهای روزمره به‌دست می‌آید، نه از طریق بازنمایی‌های ساخته شده توسط افراد دیگر. همچنین، به معنی دانش افرادی است که از تعامل مستقیم چهره‌به‌چهره به‌دست می‌آید و نه از طریق یک فناوری (Oxford Reference, 2018). چون تجارب اشخاص در دسترس نیست، باید سعی نمود تا حد ممکن به آن‌ها نزدیک شد و به اظهارات و روایت‌های گویندگان در مورد تجارب زیسته آن‌ها اعتماد کرد (Beuthin, 2014).

لذا با توجه به این که شناخت هر چه بهتر عوامل و تجارب زیسته اقدام کنندگان به خودکشی منجر به درک بهتر و ارائه حمایت‌ها از سوی خانواده، جامعه و سازمان‌ها می‌گردد، این پژوهش، به دنبال درک و کشف تجارب شناختی اقدام کنندگان به خودکشی بوده است تا به این سؤال پاسخ دهد که تجربیات، برداشت‌ها و احساسات شناختی زنان اقدام کننده به خودکشی، چیست؟

### پیشینه تجربی

پژوهش‌های متعددی در زمینه خودکشی با متودولوژی‌های متفاوتی انجام شده است:

### روش کمی

حاجی‌زاده اصل و همکاران (۱۴۰۰) با بررسی تأثیر اقتصاد بر نرخ خودکشی در ایران نشان دادند با افزایش رونق و رشد اقتصادی در دوره گذشته، نرخ خودکشی دوره جاری کاهش معناداری یافته است؛ درحالی که شکاف تولی، نرخ بیکاری، تورم، نابرابری درآمدی و شهرنشینی در دوره گذشته با نرخ خودکشی دوره جاری رابطه مثبت دارد.

اویگلاچ و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) با بررسی نقش افکار خودکشی، افسردگی و عزت‌نفس نوجوانان در ارتباط با تعارض نقش جنسیتی در بین ۱۷۶ پسر در سنین ۱۵-۲۰ ساله در ایرلند نشان دادند که عزت‌نفس و افسردگی، در رابطه بین تعارض نقش جنسیتی و افکار خودکشی به‌عنوان واسطه عمل می‌کنند.

کیانی و همکاران (۱۳۹۶) با بررسی گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان براساس الگوها و مرزهای خانواده در دانش‌آموزان مدارس دوره دوم متوسطه شهر اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ نشان دادند بین الگوها مرزهای ارتباطی خانواده (مرز بهنجار) با گرایش به خودکشی همبستگی منفی معناداری وجود دارد و الگوها و مرزهای ارتباطی خانواده تا حدود متوسطی قادر به پیش‌بینی و تبیین گرایش به خودکشی هستند.

1. O'Beaglaioich et al



اسلم و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) در پژوهش خود با عنوان درماندگی آموخته‌شده و خودکشی: نقش درمان شناختی رفتاری که بر نوجوانان مدارس و دانشکده‌های مختلف گجرات نشان دادند درماندگی آموخته‌شده پیش‌بینی‌کننده‌ی قابل توجهی برای خودکشی (افکار، قصد و اقدام به خودکشی) است.

دلاوگا و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۸) در تحقیق خود با موضوع خودکشی در افراد مبتلا به اضطراب یا وسواس و اختلالات مرتبط به این نتیجه رسیدند که اختلالات اضطرابی خطر خودکشی را افزایش می‌دهند؛ به طوری که ۱۶ درصد از بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی، افکار خودکشی در ماه قبل گزارش کرده بودند و ۱۸ درصد از آن‌ها، سابقه اقدام به خودکشی داشتند.

ورشو و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی مروری با عنوان درد روانی و خودکشی نشان دادند درد روانی حتی بدون وجود یک اختلال روانی، عامل پیش‌بینی‌کننده خطر خودکشی است و نسبت به افسردگی، عامل قوی‌تری برای آسیب‌پذیری در برابر افکار خودکشی است.

هورتل و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۵) در تحقیقی از نوع معادلات ساختاری با عنوان بدرفتاری در کودکی و خطر اقدام به خودکشی نشان دادند بدرفتاری با کودک با افزایش خطر اقدام به خودکشی و سن زودتر در اولین اقدام به خودکشی ارتباط دارد.

### روش کیفی

همچنین، پژوهش کیفی دلّام و رفیع‌بذرافشان (۱۳۹۹) با بررسی اقدام به خودکشی توسط ۱۰ نفر از نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به مراکز بهزیستی شهرستان لارستان در سال ۱۳۹۷ نشان داد ۵ طبقه شامل برهم‌خوردن رابطه عاطفی، درگیری با خانواده، فروپاشی ساختار خانواده، مشکلات روانی و استفاده از روش‌های مقابله ناکارآمد با خودکشی مرتبط است.

1. Aslam et al

2. De-La-Vega et al

3. Verrocchio et al

4. Hoertel et al

رضایی نسب و همکاران (۱۳۹۶) در تحقیق خود با عنوان بررسی تجارب زیسته اقدام به خودکشی زنان شهر ایلام با رویکرد روشی نظریه مبنایی نشان دادند که مقوله‌های تنش در زندگی، کژکارکردی خانواده‌ها، باور به تغییر و باور به رهایی با علل خودکشی زنان مرتبط است. سیمبر و همکاران (۱۳۹۶) در تحقیق مروری تحت عنوان عوامل خطر خودکشی در نوجوانان در جهان نشان دادند عوامل مرتبط با خودکشی نوجوانان در سه دسته، عوامل جمعیت‌شناختی شامل سن، جنسیت، گرایش جنسی، نژاد و قومیت؛ عوامل محیطی شامل عدم حمایت خانوادگی و اجتماعی، زندانی شدن، مهارت‌های ضعیف زندگی، سابقه خانوادگی خودکشی، اینترنت در رسانه‌های گروهی و عوامل روانی شامل اختلالات روانی تشخیص داده شده، حوادث ناگوار زندگی و سابقه‌ی سوءاستفاده در دوران کودکی، استرس آکادمیک، استفاده از مواد مخدر و الکل و مزاحمت سایبری قابل دسته‌بندی است.

وان-اوردن و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) با بررسی دلایل اقدام به خودکشی در نمونه‌ای آماری شامل ۱۰۱ سالمند اقدام‌کننده به خودکشی نشان دادند میل به فرار، کاهش استقلال، مشکلات روانی از جمله افسردگی، مشکلات جسمی و درد جسمی، مشکلات اجتماعی، فقدان معنی در زندگی، عوامل مؤثر بر خودکشی هستند.

### روش ترکیبی

میرزایی و شمس‌علیزاده (۱۳۹۲) با هدف بررسی شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان با ۴۵۲ دانشجوی رشته‌های مختلف مصاحبه انجام دادند که یافته‌های حاصل از آن نشان داد افکار خودکشی در بین دانشجویان از شیوع بالایی (۳۲/۷ درصد) برخوردار است.

همان‌گونه که ملحظه شد در بیشتر تحقیقات صورت گرفته در زمینه خودکشی، پارادایم کمی نسبت به کیفی غالب است. علاوه بر این، در مطالعات قبلی، تمرکز عمدتاً بر عوامل علی و بیرونی مانند اختلالات روانی، عوامل اجتماعی و اقتصادی و فشارهای محیطی بوده است. لذا این

1. Van Orden et al



مطالعات، اگرچه نقش مهمی در شناسایی عوامل خطر دارند؛ اما به درک عمیق و مؤلفه‌های درونی و معنایی تجربیات شناختی زنان که اقدام به خودکشی کرده‌اند، نرسیده‌اند. از این‌رو پژوهش حاضر با کاربرد رویکرد پدیدارشناسی، ضمن تلاش در راستای پوشش شکاف پژوهشی، سعی نموده به بررسی عمیق و غنی تجربیات شناختی زنان اقدام‌کننده به خودکشی بپردازد.

### چهارچوب نظری

در پژوهش‌های کیفی، نظریه‌ها اساس مطالعه قرار نمی‌گیرند؛ بلکه پشتوانه‌ای برای مطالعات اکتشافی تلقی می‌شوند. در مطالعه حاضر، به تعدادی از نظریه‌ها در زمینه خودکشی، پرداخته می‌شود.

### نظریه ناامیدی

نظریه ناامیدی خودکشی بر نقش شناخت‌های معطوف به آینده در افراد در معرض خطر بالای خودکشی متمرکز است. ناشی از نظریه ناامیدی افسردگی (Abramson et al., 1989)، نظریه ناامیدی خودکشی، پدیده‌های مرتبط با خودکشی (دامنه‌ای از افکار خودکشی تا خودکشی موفق) را مطرح می‌کند که نشانه هسته‌ای ناامیدی افسردگی را شکل می‌دهند. نظریه ناامیدی افسردگی بیان می‌کند که آسیب‌پذیری مربوط به یک سبک شناختی منفی، یک علت نزدیک و لازم برای ابتلا به افسردگی است. این آسیب‌پذیری از دو باور معطوف به آینده تشکیل شده که به‌عنوان مؤلفه‌های اساسی نظریه ناامیدی عمل می‌کند: انتظار منفی و انتظار درماندگی. انتظار منفی به انتظار عدم وقوع پیامدهای بسیار مطلوب و وقوع پیامدهای آزارنده اشاره شد. انتظار درماندگی، اشاره به این باور دارد که افراد نمی‌توانند برای تغییر احتمال وقوع پیامدهای منفی انجام دهند؛ بنابراین، افراد دارای این آسیب‌پذیری شناختی خاص معتقدند که رویدادهای زندگی آن‌گونه که می‌خواهند، اتفاق نخواهد افتاد و آن‌ها از تغییر وقوع این رویدادها ناتوان هستند. آبرامسون و همکاران (۱۹۸۹) بیان کرده‌اند، اسنادهایی که در پاسخ به رویدادهای منفی ادراک شده (عدم وقوع رویدادهای مثبت) ایجاد می‌شوند، تحول ناامیدی و سرانجام خودکشی را تقویت می‌کنند؛ به‌ویژه، اسناد درباره علل و پیامدهای رویدادهای منفی زندگی و به همان اندازه، اسناد مربوط به خود ممکن است منجر به تجربه افسردگی ناامیدی و خودکشی در افراد شوند. خودکشی به

احتمال زیاد زمانی اتفاق می‌افتد که یک فرد این ادراک را داشته باشد که رویدادهای منفی زندگی، پیامدهای مهمی دارند؛ به‌وسیله عوامل پایدار و کلی ایجاد شده‌اند و نشانگر این هستند که فرد به‌نحوی ضعیف و بی‌کفایت است. آبرامسون و همکاران، این تفکرات را «سبک شناختی افسرده‌ساز» نامیده‌اند. در این مدل، ناامیدی، رابطه بین سبک شناختی افسرده‌ساز و خودکشی را میانجی‌گری می‌کند. علاوه بر این، آبرامسون و همکاران ذکر کرده‌اند که آسیب‌پذیری‌های اختصاصی به‌صورت آسیب‌های شناختی در یک حوزه محتوایی خاص یافت می‌شوند. آن دسته از رویدادهای منفی که در یکی از این حوزه‌های محتوایی رخ می‌دهند، افراد را در معرض خطر اختصاصی برای تحول افسردگی و خودکشی قرار می‌دهند. بنابراین، مدل ناامیدی افسردگی و خودکشی، یک مدل بیماری‌پذیری ارثی-استرس است که در آن، سبک شناختی افسرده‌ساز به‌عنوان بیماری‌پذیری و رویدادهای منفی زندگی به‌عنوان عوامل استرس‌زا عمل می‌کنند. از این‌رو، افراد دارای سبک‌های شناختی افسرده‌ساز باید به دنبال تأثیر رویدادهای منفی زندگی، تنها افسردگی ناامیدی و سپس، خودکشی را نشان دهند (کیانی و همکاران، ۱۳۹۷).

### نظریه دورکیم<sup>۱</sup>

چندین نظریه در مورد این‌که چرا افراد خودکشی می‌کنند، وجود دارد (Prinstein et al., 2008). یکی از اولین نظریه‌های رفتار خودکشی، نظریه انسجام اجتماعی دورکیم (۱۹۶۳-۱۸۹۷) است. وی بیان می‌دارد که محرومیت اجتماعی باعث می‌شود افراد خودکشی کنند. تقریباً به مدت یک قرن، این نظریه پذیرفته شد و با وجود سادگی، اندکی به آن اضافه شد. دورکیم (۱۹۸۷) خودکشی را به عنوان پایان زندگی یک فرد تعریف می‌کند که مستقیماً از عمل مثبت یا منفی قربانی ناشی می‌شود؛ در حالی که وی می‌داند این عمل، کُشنده و مرگ‌آور خواهد بود (Henden, 2017). طبق نظر دورکیم (۱۹۵۱)، خودکشی ناشی از عدم تعادل اجتماعی است. هم‌چنین، از نظر دورکیم چهار نوع خودکشی شامل خودکشی خودخواهانه، خودکشی دگرخواهانه، خودکشی ناشی از نابهنجاری و خودکشی جبرگرایانه در جامعه پدیدار می‌شود. خودکشی خودخواهانه ناشی از

<sup>۱</sup>. Durkheim



عدم وجود ارتباط بین فردی یا مشارکت در جامعه است. گاهی اوقات، انزوای اجتماعی و تنهایی می‌تواند احساسات افسردگی و بی‌کفایتی را افزایش داده و در بعضی از افراد منجر به خودکشی شود. برعکس، خودکشی دگرخواهانه در بستر یک علت اجتماعی، مدهبی یا سیاسی رخ می‌دهد و به گفته دورکیم (۱۹۷۹)، خودکشی دگرخواهانه، در جوامعی که گروه یا اجتماع مهم‌تر از فرد در نظر گرفته شود؛ مانند جنگ قهرمانانه تلقی می‌شود. با این حال، معنای خودکشی دگرخواهانه، بحث‌برانگیز است؛ برای مثال، کنستانتلوس<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) اظهار داشته که خودکشی دگرخواهانه، شکلی از شهادت است که در آن، افراد به خاطر چیزهایی که معتقدند علت یا هدف بزرگتری هستند، خودکشی می‌کنند. این‌که خودکشی دگرخواهانه، عمل شهادت‌طلبانه یا قهرمانانه است؛ بستگی به ساختار اجتماعی و بافت آن دارد. به باور دورکیم (۱۹۵۱)، خودکشی نابهنجارانه زمانی اتفاق می‌افتد که تغییر و تحولات چشم‌گیر در جامعه باعث تغییر وضعیت موجود در قوانین و نقش‌های اجتماعی شود. در نتیجه، بعضی از افراد، بی‌هویتی و سردرگمی در نقش را تجربه می‌کنند، در مقابل خودکشی جبرگرایانه در جوامع سرکوب‌گر و استبدادی بروز می‌کند که افراد خود را بیش از حد کنترل می‌کنند. اغلب اوقات، عدم آزادی و ناامیدی می‌تواند باعث شود مردم زودتر از موعد به زندگی خود پایان دهند. خودکشی پنهان به صورتی است که فرد از رفتارهای پُرخطر یا خودتخریبی استفاده می‌کند که در درازمدت باعث کاهش عمر می‌شود؛ مانند افراد سیگاری یا وابستگی به هرگونه مواد اعتیادآور مثل الکل و مواد مخدر، موتورسیکلت‌سواری که پرش‌های مرگبار انجام می‌دهند، کسانی که در جاده‌ها به‌طور خطرناک و وحشتناکی رانندگی می‌کنند و افرادی که اعمال جنسی پُرخطر انجام می‌دهند (حسن‌زاده، ۱۳۸۹).

### نظریه جوینر<sup>۲</sup>

جوینر (۲۰۰۵) نظریه بین‌فردی و روان‌شناختی رفتار خودکشی را گسترش داد؛ به دلیل این‌که توضیح دهد چرا افراد توسط خودکشی می‌میرند و آنچه نظریه وی را از نظریه‌های قبلی متمایز می‌کند، ماهیت پویا و فعال آن است. در این نظریه آمده است برای غلبه بر انگیزه ذاتی حفاظت از خود، باید دو عامل توانایی آسیب رساندن به خود و تمایل به مرگ توسط خودکشی وجود

<sup>۱</sup>. Constantelos

<sup>۲</sup>. Joiner

داشته باشند (Ribeiro & Joiner, 2009). نظریه روان‌شناختی بین‌فردی فرض می‌کند که مرگ ذاتاً ترسناک است و فرد قبل از این‌که بتواند خودکشی کند، باید ابتدا یاد بگیرد به خود آسیب برساند که این امر از طریق عادت کردن به درد جسمی و عاطفی حاصل می‌شود. به عبارت دیگر، توانایی صدمه زدن به خود را می‌توان از طریق روش‌های مختلفی به دست آورد: قرار گرفتن در معرض جنگ، آسیب زدن عمدی به خود، شناختن فردی که توسط خودکشی جان خود را از دست داده و یا این‌که اقدام به خودکشی کرده است (Joiner, 2005).

### نظریه کلونسکی و می<sup>۱</sup>

نظریه خودکشی سه مرحله‌ای کلونسکی و می (۲۰۱۵) بر سه مؤلفه اصلی برای تبدیل ایده‌پردازی به معیار عملی تأکید کرد. ابتدا، ترکیبی از درد روزانه و ناامیدی که این درد باعث از بین رفتن افکار خودکشی نخواهد شد. دوم، زمانی که وابستگی فرد به زندگی بیشتر از درد باشد، فرد افکار ملایمی از خودکشی را احساس خواهد کرد. از سوی دیگر، اگر احساس درد و ناامیدی شخص بیشتر از وابستگی به زندگی باشد، فرد تمایل شدیدی به مرگ خواهد داشت. سوم، توانایی اقدام به خودکشی وابسته به عوامل ارثی، آموختن حساسیت‌زدایی یا عادت برای آسیب رساندن به خود و ابزارهای عملی مانند دسترسی به سلاح گرم یا دارو است.

### نظریه استارک<sup>۲</sup>

نظریه تعهد مذهبی استارک با نظریه امیل دورکهایم در مورد خودکشی مخالف است. طبق این نظریه، اگر فردی چند عقیده اساسی داشته باشد؛ مانند اعتقاد به خدا یا آخرت یا این‌که رنج آن‌ها در زندگی بخشی از هدف‌هایشان باشد، این یک عامل محافظت‌کننده کافی برای جلوگیری از خودکشی کانل است (Colucci & Martin, 2008).

1. Klonsky & May

2. Stark



### نظریه دیویس<sup>۱</sup>

دیویس (۱۹۶۸) خودکشی را این‌گونه تعریف کرد: خودتخریبی انجام شده توسط فردی که می‌داند چه کاری انجام می‌دهد و همچنین، به پیامدهای احتمالی عملکرد خود، آگاهی دارد (Henden, 2017).

### نظریه اشنایدمن<sup>۲</sup>

طبق دیدگاه اشنایدمن (۱۹۹۳ و ۱۹۹۸)، خودکشی، ناشی از درد غیرقابل تحملی به‌نام درد روان است که خود ناشی از عدم پذیرش یا عدم درک نیازهای روان‌شناختی است. اشنایدمن (۱۹۸۵) خودکشی را "ضعف چندبعدی" تعریف می‌کند، به این ترتیب که محرک‌ها می‌توانند شامل زیربنای عصبی، جامعه‌شناختی، روان‌شناختی، فرهنگی، بین‌فردی یا وجودی باشند. "بی‌قراری" یک حالت پریشانی از شرایط انسان را نشان می‌دهد. اشنایدمن (۱۹۹۸) اظهار می‌دارد که اگرچه انگیزه اقدام به خودکشی و خودکشی کامل اغلب شامل یک ناراحتی چندوجهی است؛ اما به‌طور کلی علت خودکشی، روان‌شناختی است. از دیدگاه اشنایدمن (۱۹۹۸) خودکشی یک هیجان غم‌انگیز است. به‌عبارتی، افرادی که خودکشی می‌کنند؛ تمایل به استفاده از تحریف‌های شناختی دارند. یک فرایند فکری تحریف‌شده با تمرکز مجدد به خودکشی به‌عنوان بهترین گزینه برای پایان دادن یا فرار از درد روانی است. به‌طور خاص، اشنایدمن (۱۹۹۸) معتقد است معمولاً مسیر اقدام به خودکشی یا خودکشی کامل، ناشی از تمایل فرد به پایان دادن به رنج‌های هیجانی شدید یا دردهای روانی در مورد یک نیاز واقعی یا خیالی است. غالباً این حالت منفی آگاهی، می‌تواند مانع از توانایی فرد برای در نظر گرفتن گزینه‌های مناسب به‌جز خودکشی شود (Roberts, 2018).

### نظریه فروید

حوزه روان‌کاوی زیگموند فروید (۱۹۰۱)، دیدگاه‌هایی در مورد خودکشی دارد. فروید نظریه‌ای مطرح کرد که براساس آن، افراد به دلیل پرخاشگری، خودکشی کامل می‌کنند و این راهی است برای افرادی که می‌خواهند خود را بکشند (Liem, 2010).

<sup>1</sup>. Davies

<sup>2</sup>. Shneidman

### نظریه باچلر<sup>۱</sup>

نظریه باچلر به نام نظریه فرار خودکشی در اواخر دهه ۱۹۷۰ مطرح شد و طبق آن، فرد از خودکشی به عنوان راهی برای حل مشکلات زندگی استفاده می‌کند. زمانی که فرد احساس سرزنش، گناه، شکست در برآورده کردن انتظارات از خود یا دیگران و احساس بی‌ارزشی می‌کند؛ برای رهایی از این احساسات خودکشی کامل می‌کند (Baumeister, 1990).

### روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی با رویکرد پدیدارشناسی است که از روش کلایزی برای تحلیل تجربه شناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی استفاده کرده است. زیرا خودکشی یک پدیده چندعاملی است و پژوهشگر به منظور کسب اطلاعات معنی‌دار، عمیق و دقیقی در مورد تجارب زنان اقدام‌کننده به خودکشی از رویکرد پدیدارشناسی استفاده کرده است. چون در این رویکرد، هر تجربه‌ای می‌تواند برای هر فردی قابل توجه و مهم باشد؛ حتی اگر همان اتفاق برای شخص دیگر بی‌اهمیت تلقی گردد. به عبارتی، تجارب زیسته از طریق رویکرد پدیدارشناسی به بهترین شکل مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

جامعه پژوهش حاضر، شامل کلیه زنان اقدام‌کننده به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان میبد بود که با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند، آن‌هایی که ملاک‌های ورود یعنی زن بودن، سابقه اقدام به خودکشی، تمایل به شرکت در پژوهش و درک مناسب برای پاسخ‌گویی به سؤالات داشتند؛ انتخاب و افرادی که ملاک خروج شامل مرد بودن، نارضایتی برای حضور در پژوهش، سابقه سوء‌مصرف مواد مخدر داشتند، حذف شدند.

در پژوهش حاضر، ملاحظات اخلاقی شامل آگاهی‌بخشی درباره هدف، نحوه اجرا، اصل رازداری، حق انتخاب برای همکاری، حق انصراف برای شرکت‌کنندگان، اخذ رضایت جهت ضبط صدا و اخذ کد اخلاق به شماره IR.YAZD.REC.1399.021 از دانشگاه یزد است. اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از مراجعه به اورژانس اجتماعی شهرستان میبد و کسب

<sup>۱</sup>. Bachelor



مجوز لازم از مسئول مربوطه، به بررسی پرونده‌های مددکاری مربوط به اقدام‌کنندگان به خودکشی و انتخاب ۱۱ نفر از آن‌ها با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پرداخته شد. سپس با تماس تلفنی از سوی اورژانس با اقدام‌کنندگان، زمانی برای مصاحبه با هر فرد به صورت جداگانه تعیین گردید و به مرکز دعوت شدند. پس از تشکیل جلسه مصاحبه، ابتدا توضیحاتی درباره پژوهش و اهداف آن به مراجعان ارائه شد و برای جلب همکاری بیشتر افراد، به آن‌ها اطمینان داده شد که برای محرمانه ماندن نام آن‌ها، از کد استفاده می‌گردد. از مراجعان خواسته شد که با توجه به توضیحات بیان شده از سوی مصاحبه‌گر، به تمامی سؤالات با دقت پاسخ دهند. از این‌رو، برای جمع‌آوری داده‌ها و آگاهی از تجربه زیسته شناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی، از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. البته، به دلیل محاوره‌ای بودن مصاحبه، با توجه به پاسخ‌های مصاحبه‌شونده، سؤالات جدید مطرح می‌شد. اولین سؤال مطرح در مصاحبه این بود که "لطفا جریان اقدام به خودکشی‌تان را تعرف کنید، چه اتفاقاتی افتاد که منجر به این اقدام شد؟". سؤالات دیگر شامل «چگونه شد که این مشکلات عمیق شد؟»، "بدترین خاطراتی که از آن موقع داشتید کدام بودند؟"، "آیا خاطره خوب هم در آن زمان داشتید؟"، "مشکلات جانبی که باعث تشدید مشکلات شما می‌شد، چه بودند؟"، "آیا قبلاً تجربه مشابهی داشته‌اید؟"، "چگونه با آن مواجه شدید یا کنار آمدید؟"، "چه چیزهایی مانع اقدام شما می‌شد؟، چه افکاری در ذهن شما می‌آمد؟"، "تا چه حد فکر می‌کنید مشکلاتی که منجر به خودکشی شده مسئولیتش با خودتان بوده؟"، "آیا پشیمان می‌شدید، چرا؟" و "آیا فکر می‌کنید باز هم اقدام به خودکشی کنید؟ چرا؟".

فرآیند مصاحبه‌ها به مدت یک ماه به طول انجامید و تا جایی ادامه یافت که پاسخ‌های شرکت‌کنندگان تکراری شدند. به عبارتی به حالت اشباع رسیدند. در زمان انجام مصاحبه، گفت‌وگوها با اجازه مراجعان ضبط و در انتهای مصاحبه، پیشنهادها و انتقادهای آن‌ها در یک دفتر جداگانه با قلم خود مراجعان ثبت و امضاء گردید و پس از انجام مصاحبه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، محتوای مصاحبه‌ها مکتوب و به روش کلایزی در ۷ مرحله تحلیل شدند.

بعد از ثبت دو مصاحبه، داده‌ها به روش کلایزی تحلیل و در ادامه، داده‌های حاصل از دیگر مصاحبه‌ها تحلیل شدند؛ به این صورت که تمام مصاحبه‌ها و تعاملات به دقت ثبت و بارها مرور

شدند و الگوهای مشترک بین آنها شناسایی و ثبت گردید. در اولین مرحله از تجزیه و تحلیل داده‌ها، محقق با خواندن چندین باره هر حکایتی با داده‌های مصاحبه آشنا شد. در مرحله دوم، تمام عبارت‌هایی که به پدیده مربوط بود، شناسایی شدند. در مرحله سوم تجزیه و تحلیل داده‌ها، هر گزاره مربوطه مورد توجه قرار گرفت و معانی یا کدهای آنها مشخص شد. در مرحله چهارم، کدها در مقوله‌های مشترک قرار گرفتند، همچنین یک‌بار دیگر، جهت جلوگیری از سوگیری محقق، از طبقه‌بندی استفاده شد. سپس، این مقوله‌های مشترک به‌عنوان پایه و اساس برای ایجاد توصیف کامل و جامع از تجربه که پنجمین مرحله روش کلایزی است، استفاده شد. در مرحله ششم، توصیف جامع به یک ساختار اساسی تبدیل شد، ساختار اساسی یک عبارت متراکم است و حاوی چیزی است که تصور می‌شود، ماهیت پدیده باشد. در هفتمین مرحله و آخرین مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها، به دنبال اعتبارسنجی داده‌ها، عبارات ساختار اساسی به شرکت‌کنندگان نشان داده شد تا مشخص شود که این توضیحات با نظر آنها مطابقت دارد یا نه؟ برای پایایی یافته‌های کیفی، گوبا و لینکن، قابلیت اعتماد را به‌عنوان معیار جایگزین روایی و پایایی مطرح کرده‌اند که متشکل از چهار مفهوم جزئی‌تر: (قابلیت اعتبار، قابلیت انتقال، قابلیت تأیید و اطمینان‌پذیری) است (پرهوده و همکاران، ۱۴۰۱). لذا به‌منظور اطمینان از صحت و اعتبار داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، از معیارهای (انتقال‌پذیری، اطمینان‌پذیری، تأییدپذیری و باورپذیری) استفاده شد. معیار انتقال‌پذیری، معادل اعتبار بیرونی در پژوهش‌های کمی است و به میزانی اطلاق می‌گردد که نتایج تحقیق بتواند به یک محیط متفاوت دیگر، منتقل شده و برای یک جمعیت متفاوت به‌کار رود. لذا، با ثبت و توصیف روشنی از فرآیند پژوهش به‌ویژه نمونه مورد مطالعه، معیار مذکور حاصل شد. معیار اطمینان‌پذیری که معادل پایایی در پژوهش کمی است و به درجه بازیافت و تکرارپذیر بودن داده‌ها توسط سایر پژوهشگران اطلاق می‌شود. تأییدپذیری به‌عنوان معیار سوم به معنای پرهیز از سوگیری است و در تحقیق کمی، معادل قدرت تحلیل داده‌ها و تأیید آنها است. معیار تأییدپذیری به این امر اشاره دارد که یافته‌ها عملاً و واقعاً مبتنی بر داده‌ها باشد، بدین ترتیب جهت رسیدن به این معیار تلاش شد که از قضاوت زود هنگام، پیش‌داوری و تصورات شخصی جلوگیری شود. در جهت قابلیت اعتبار و باورپذیری به‌عنوان



معیار آخر که معادل روایی در روش‌های کمی است و در این تحقیق، به معنای درجه اعتماد به واقعی بودن یافته‌ها برای شرکت‌کنندگان در پژوهش است، از روش مؤثر جمع‌آوری داده‌ها و بهره‌مندی از نظرهای متخصصان برای کنترل دقیق‌تر فرآیند تحقیق، استفاده شد.

### یافته‌های پژوهش

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی، در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی

Table 1. Demographic characteristics of suicide attempters

Row	Person	Age	Gender	Education Level	Marital Status	Number of Children	Action Tools	Action History
1	A <sup>1</sup>	31	Woman	Diploma	Married	two	Drug, Antiseptic liquid	Has
2	B <sup>2</sup>	32	Woman	Diploma	Married	two	Drug	Has No
3	C <sup>3</sup>	37	Woman	Diploma	Divorcee	two	Drug, Electricity	Has
4	D <sup>4</sup>	17	Woman	Diploma	Single	-	Cutting the hand vein	Has No
5	E <sup>5</sup>	26	Woman	Fifth elementary	Married	two	Drug, Poison	Has
6	F <sup>6</sup>	27	Woman	Bachelor's degree	Married	two	Drug	Has
7	G <sup>7</sup>	15	Woman	Fifth elementary	Single	-	Drug, Cutting the hand vein	Has
8	H <sup>8</sup>	21	Woman	Second high school	Divorcee	two	Drug	Has
9	I <sup>9</sup>	38	Woman	Associate degree	Married	two	Drug	Has No
10	J <sup>10</sup>	29	Woman	Diploma	Married	-	Plastic for smother	Has No
11	K <sup>11</sup>	35	Woman	Diploma	Married	two	Drug	Has

نتایج به دست آمده در این پژوهش با تجزیه و تحلیل اطلاعات کسب شده از مصاحبه با ۱۱ زن اقدام کننده به خودکشی حاصل شد. از نظر تحصیلات، ۵ نفر دیپلم، ۲ نفر ابتدایی، ۱ نفر لیسانس، ۱ نفر فوق دیپلم و ۲ نفر دبیرستان بودند. از لحاظ سابقه اقدام به خودکشی، ۷ نفر سابقه اقدام قبلی داشتند و ۴ نفر سابقه اقدام نداشتند.

#### جدول ۲. تجربیات شناختی اقدام کنندگان به خودکشی

Table 2. Cognitive experiences of suicide attempters

Main Category	Subcategory	Concepts
Suicide thoughts without action	Experiencing suicidal thoughts	Not-suicide because of dependencies
		Not-suicide because of fear or not-courage
		Not-Suicide based on religion
Distortion of memories	Memory distortion	Not remembering good memories
		Continuous review of negative scenes
Learned helplessness	Inability to solve problems properly	Not being important in life
		Planning to kill spouse
self-worthlessness	Blame	Acceptance
		Blame from others
	Imposing emotion	Rumination
		Choosing the label of sadness and depression

از آنجایی که، تجربیات شناختی شامل ادراک، حل مسئله، تفکر، تصور، استدلال، قضاوت و... است، ۴ مقوله اصلی شامل (افکار خودکشی بدون اقدام، تحریف خاطرات، درماندگی آموخته شده و بی ارزشمندی خود)، ۶ خرده مقوله شامل (تجربه افکار خودکشی، تحریف حافظه، احساس طرد شدن، ناتوانی در حل درست مشکل، سرزنش و تحمیل احساسات) از ۱۱ مفهوم شامل (عدم خودکشی به دلیل وابستگی ها، عدم خودکشی به خاطر ترس یا جرأت نداشتن، عدم خودکشی مبتنی بر مذهب، به یاد نیاوردن خاطرات خوب، مرور مداوم صحنه های منفی، مهم نبودن در زندگی، طرح ریزی برای کشتن همسر، پذیرش، سرزنش از سوی دیگران، تحمیل احساسات و انتخاب برچسب غمگین و افسرده شدن) استخراج شد.



### افکار خودکشی بدون اقدام

یکی از مقوله‌های مهمی که اقدام‌کنندگان به خودکشی عنوان کردند، افکار خودکشی بدون اقدام بود. طبق تجارب برخی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، افکار خودکشی بدون اقدام به این معنا است که فرد به‌طور مداوم به خودکشی فکر کند و در مواقعی برای انجام آن برنامه‌ریزی داشته باشد؛ ولی به دلایلی مانند ترس و نداشتن جرأت، وابسته بودن به زندگی و داشتن باورهای مذهبی دست به اقدام نزند. مفاهیم عدم خودکشی به خاطر وابستگی‌ها، عدم خودکشی به خاطر ترس یا جرأت نداشتن و عدم خودکشی مبتنی بر مذهب، در مقوله افکار خودکشی بدون اقدام گدگاری شد.

مفهوم عدم خودکشی به خاطر وابستگی‌ها، به این معنا است که افراد علی‌رغم میل شدیدی که به خودکشی دارند، به دلیل وابستگی و مسئولیتی که نسبت به افراد یا چیزهایی که در زندگی احساس می‌کنند، از اقدام به خودکشی منصرف می‌شوند.

مفهوم بعدی، عدم خودکشی به دلیل ترس است که اشاره به این موضوع دارد که برخی از افراد به دلیل ترسناک بودن خودکشی، اقدام به خودکشی نمی‌کنند و فقط افکار خودکشی را در ذهن خود دارند.

برخی از شرکت‌کنندگان، ترس از آخرت را عاملی می‌دانستند که مانع از اقدام به خودکشی در آن‌ها شده بود.

مثال‌هایی در مورد این مفاهیم، در شرکت‌کنندگان وجود داشت.

برای مثال، مورد ۸ می‌گفت: "خیلی به خودکشی فکر می‌کردم، می‌گفتم کاش بتونم بمیرم و از زندگی راحت بشم."

مورد ۱ می‌گفت: "ترس از خودکشی و اینکه به بچه‌ام فکر می‌کردم، وقتی نگاهش می‌کردم، پشیمون می‌شدم."

مورد ۴ می‌گفت: "ترس بعدش، از مردن نمی‌ترسم، ترس از اون دنیا، به خودم می‌گفتم، این دنیا اتقدر زجر کشیدم؛ اون دنیا هم برم باز زجر بکشم."

مورد ۹ می‌گفت: "من سر هر چیزی مداوم به خودکشی فکر می‌کردم، اینکه همش قرص بخورم و بمیرم."

### تحریف خاطرات

مقوله بعدی، تحریف خاطرات است. طبق نظر برخی از شرکت‌کنندگان، تحریف خاطرات به معنای ناتوانی در به یادآوری اطلاعات و خاطراتی است که قبلاً در حافظه ذخیره شده و قابل دسترسی است. در تحلیل مصاحبه‌ها، خرده‌مقوله‌های تحریف حافظه و احساس طرد شدن تحت عنوان مقوله اصلی تحریف خاطرات طبقه‌بندی گردید.

طبق تجارب برخی از شرکت‌کنندگان، تحریف حافظه به این موضوع اشاره دارد که یادآوری یک رویداد یا تجربه، با واقعیت اولیه آن متفاوت یا نادرست باشد. این تحریف ممکن است شامل افزودن، حذف یا تغییر جزئیات باشد و در اثر عوامل مختلفی مثل زمان، هیجان، تلقین یا انتظارات فردی رخ دهد.

طبق تجارب برخی شرکت‌کنندگان، احساس طرد شدن، تجربه‌ای عاطفی است که زمانی بروز می‌کند که فرد در یک رابطه نزدیک یا اجتماعی، خود را نادیده گرفته، پس‌زده یا غیرقابل پذیرش احساس کند. طرد شدن اغلب با حس فقدان ارزشمندی، ناامنی و آسیب به عزت‌نفس همراه است. این احساس طرد شدن می‌تواند منجر به تحریف خاطرات و ایجاد تصورات منفی از روابط با دیگران شود. به بیان دیگر، خاطرات مربوط به تجارب خود را تحریف می‌کند تا با احساس فعلی خود همخوانی داشته باشد. احساس طرد شدن در اظهارات مورد ۱ که بیان می‌نمود

"اصلاً انگار نه انگار من تو زندگیش هستم." به خوبی قابل استنباط می‌باشد.

هم‌چنین مورد ۹ در این خصوص می‌گفت: "مادرم نمیومد سراغم، ناراحت بودم که چرا مامان من احساسی نیست."

مفهوم به یاد نیوردن خاطرات خوب، مرور مداوم صحنه‌های منفی و مهم نبودن در زندگی در مقوله‌ی تحریف خاطرات کُده‌گذاری شد.

مفهوم به یاد نیوردن خاطرات خوب، به این موضوع اشاره دارد که برخی افراد به دلیل خُلق پایینی که دارند، خاطرات مثبت گذشته خود را فراموش کرده و توانایی بازبازی آن را ندارند.



مفهوم مرور صحنه‌های منفی به این معنا می‌باشد که فرد، حوادث و رویدادهای منفی گذشته را بیشتر از حوادث و رویدادهای مثبت به یاد می‌آورد و به‌طور مداوم آن‌ها را مانند فیلم در ذهن خود مرور می‌کند.

مفهوم مهم نبودن در زندگی به این موضوع اشاره دارد که فرد گمان می‌برد حضور، افکار یا احساساتش در زندگی دیگران یا حتی در مسیر کلی زندگی، بی‌تأثیر، کم‌اهمیت یا نادیده گرفته شده است.

مثال‌هایی در مورد این مفهوم در شرکت‌کنندگان وجود داشت.

مورد ۱ می‌گفت: "اصلاً انگار نه انگار من تو زندگیش هستم، فقط مامان بچه‌هاش هستم و خلاص."

برای مثال: مورد ۲ می‌گفت: "هیچ‌وقت خاطره‌ی خوبی نمیاد تو ذهنم، همه خاطراتم تلخ بوده."

مورد ۳ می‌گفت: "زمانی که شوهرم، مامانمو جلوی چشمم کتک می‌زد، بدترین خاطره هست که میاد تو ذهنم."

مورد ۴ می‌گفت: "یاد اون صحنه‌ها می‌فتم که بابام چجوری منا مینداخت روی زمین و تمام هیکلشو مینداخت روی من. به جاهایی که دیگه با دستاش خفم می‌کرد، کاملاً نفسم میرفت، این صحنه‌ها خیلی بد بود، خیلی."

#### درماندگی آموخته‌شده

برخی از شرکت‌کنندگان موقعی در شرایط آسیب‌زایی مثل تجربه درد، شکست و ناکامی و... قرار گرفته بودند که احساس می‌کردند کنترلی بر آن ندارند و درماندگی آموخته‌شده را تجربه می‌کردند. بدین ترتیب درماندگی به معنای باور فرد بر اجتناب‌ناپذیری شرایط نامطلوب و دست کشیدن از تلاش برای تغییر شرایط حتی در مواقعی است که چنین فرصتی وجود دارد. در نتیجه، آن‌ها، وضعیت موجود را می‌پذیرفتند و هیچ تلاشی برای بهبود موقعیت نمی‌کردند. در تحلیل مصاحبه‌ها، خرده‌مقوله ناتوانی در حل درست مشکلات تحت عنوان مقوله اصلی تحریف خاطرات طبقه‌بندی گردید.

طبق تجارب برخی از شرکت‌کنندگان ناتوانی در حل درست مشکلات به حالتی اطلاق می‌شود که فرد در مواجهه با چالش‌ها یا موقعیت‌های دشوار، قادر به یافتن راه‌حل‌های کارآمد، منطقی یا پایدار نیست.

در تحلیل مصاحبه‌ها، مفاهیم طرح‌ریزی برای کُشتن همسر و پذیرش در مقوله درماندگی آموخته‌شده گدگذاری شدند؛ زیرا فرد اقدام‌کننده، شرایط را پذیرفته بود و هیچ تلاشی برای بهبود وضعیت خود انجام نمی‌داد.

مفهوم طرح‌ریزی برای کُشتن همسر، به معنای فرآیند تفکر، برنامه‌ریزی و تدارک مقدمات برای قتل همسر است که می‌تواند شامل مراحل مختلفی باشد و لزوماً به قتل منجر نمی‌شود.

مفهوم پذیرش به معنای قبول کردن وضعیت موجود، بدون تلاش برای تغییر دادن شرایط است. مثال‌هایی در مورد این مفهوم در شرکت‌کنندگان وجود داشت.

برای مثال: مورد ۴ می‌گفت: "در مورد ضرب و شتم بابام بگم، چاره‌ای نداشتیم، راهی نبود، چیکار می‌تونستیم بکنیم."

مورد ۳ می‌گفت: "یک‌بار با دخترم تصمیم گرفتیم که سم بریزیم داخل غذای شوهرم و بکشیمش."

### بی‌ارزشی خود

برخی از شرکت‌کنندگان، میزان اهمیتی که برای خود قائل می‌شوند را احساس ارزشمندی تلقی می‌کنند. احساس ارزشمندی، برداشت فرد از خودش را شامل می‌شود. افکار، احساس و حتی چگونگی رفتار محصول ارزشی است که فرد به خودش می‌دهد. بی‌ارزشی خود، به حالت عکس این موضوع اشاره دارد. به دلیل این‌که، بی‌ارزشی خود می‌تواند ناشی از سرزنش دیگران، تنبیه‌های مکرر، استانداردهای سخت‌گیرانه و غیره باشد. در تحلیل مصاحبه‌ها، خرده‌مقوله‌های سرزنش و تحمیل احساسات تحت عنوان مقوله اصلی بی‌ارزشی خود طبقه‌بندی گردید.

براساس تجارب شرکت‌کنندگان، سرزنش واکنش روانی یا رفتاری است که در آن، فرد یا گروهی، دیگری را به خاطر یک خطا، شکست یا نتیجه منفی مورد نکوهش یا ملامت قرار دهد.



تحمیل احساسات به رفتاری اشاره دارد که در آن فرد تلاش می‌کند احساسات، هیجانات یا دیدگاه‌های عاطفی خود را بدون رضایت، آمادگی یا شرایط روانی فرد به دیگری منتقل کند. در تحلیل مصاحبه‌ها، مفاهیم سرزنش از سوی دیگران، نشخوار فکری و انتخاب برچسب غمگین و افسرده شدن در مقوله بی‌ارزشی خود کُذگذاری شدند. مفهوم سرزنش از سوی دیگران، به معنای متهم کردن یا مقصر دانستن دیگران برای یک اتفاق و یا اشتباه از طرف افراد دیگر است. مفهوم نشخوار فکری به معنای اشتغال ذهنی مداوم با احساسات و افکار مرتبط با یک رویداد منفی است.

انتخاب برچسب غمگین و افسرده شدن به این معنا است که فرد علی‌رغم میل باطنی خود و براساس درخواست و اراده دیگران مجبور به تغییر دادن خود می‌شود. مثال‌هایی در خصوص این مفهوم در شرکت‌کنندگان وجود داشت. برای مثال: مورد ۴ می‌گفت: "شاید باورتون نشه من دعوام میشه، بابام اینو میکوبونه تو سر من که آبروی منو بردی و فلان، این‌ها آدمو روانی می‌کنه، خیلی اذیتم می‌کنه." مورد ۱ می‌گفت: "پسرم داییم می‌گفت تو نمیتونی از شوهرت جدا بشی، هنرشو نداری، منم این حرف‌ها رو منم بود." مورد ۱ می‌گفت: "الآن دو سه باری که قرص خوردم، شوهرم همش تو سرم می‌زنه." مورد ۸ می‌گفت: "مدام فکرهای الکی می‌کنم، میگم چرا تو ۱۳ سالگی زندگی من باید اینطوری بشه؟ چرا بابای من که خوب و سالم بود، یهو حالش باید بد بشه و مریض بشه؟ همش فکرهای الکی."

#### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی تجارب شناختی زنان اقدام به خودکشی بود. لذا پژوهشگر به دنبال پاسخ به این سؤال بود که تجربیات، برداشت‌ها و احساسات شناختی زنان اقدام‌کننده به خودکشی چیست؟ از تحلیل داده‌ها، ۴ مقوله اصلی شامل افکار خودکشی بدون اقدام، تحریف خاطرات، درماندگی آموخته شده، بی‌ارزشی خود، ۱۱ مفهوم شامل عدم خودکشی به دلیل

وابستگی‌ها، عدم خودکشی به خاطر ترس یا جرأت نداشتن، عدم خودکشی مبتنی بر مذهب، به یاد نیاوردن خاطرات خوب، مرور مداوم صحنه‌های منفی، مهم نبودن در زندگی، طرح‌ریزی برای کُشتن همسر، پذیرش، سرزنش از سوی دیگران، نشخوار فکری و انتخاب برچسب غمگین و افسرده شدن حاصل شد.

یکی از مقوله‌های حاصل از تحلیل داده‌ها، افکار خودکشی بدون اقدام است که به افکار، خیال‌پردازی‌ها، نشخوارها و اشتغال ذهنی درباره مرگ و خودآسیبی اشاره دارد. هرچه قدر شدت و دوام افکار خودکشی بیشتر باشد، خطر احتمالی خودکشی در آینده بیشتر خواهد بود (کوچر و چهیل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). در مورد افکار خودکشی بدون اقدام، کویینیک و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) و راجرز و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۸) بیان کردند کسانی که دارای افکار خودکشی هستند؛ بیشتر احتمال دارد که اقدام به خودکشی کنند. اقدام‌کنندگان به خودکشی که سابقه افکار خودکشی دارند، برای اقدام خود، برنامه‌ریزی می‌کنند (Scocco et al., 2008). همچنین، طبق دیدگاه رفتاری-شناختی، افکار همیشه با احساسات و رفتار در ارتباط هستند. به عبارتی دیگر، زمانی که افراد به موضوعی فکر می‌کنند؛ به دنبال آن هیجان‌ها فعال می‌گردد و فرد متناسب با هیجان خود دست به عمل می‌زند. همان‌طور که گفته شد افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند ممکن است طرح یا نقشه خودکشی را تدوین و در موقعیت‌های بحرانی و فشارزا آن را عملی سازند. به نوعی مشغولیت ذهنی به خودکشی فرد را به سمت اقدام سوق می‌دهد. علاوه بر این، بعضی از افراد افکار خودکشی دارند؛ ولی به دلایلی مانند ترس، داشتن فرزند، مسئولیت در زندگی، باورهای مذهبی و... اقدام به خودکشی نمی‌کنند.

نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که یکی از مقوله‌های مرتبط با خودکشی، تحریف خاطرات است که با یافته‌های جاجر-هیمن و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) و ولف و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۴)

1. Kutcher & Chehil

2. Koenig et al

3. Rogers et al

4. Jager-Hyman et al

5. Wolff et al



همسو است. بر این اساس، تحریفات شناختی عامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی است و میزان تحریفات شناختی در اقدام‌کنندگان به خودکشی نسبت به جمعیت عمومی بالاتر است. تحریفات‌های شناختی به‌عنوان چندین فرآیند پیچیده‌ی تفکر شناخته می‌شوند که بر توانایی افراد در درک درست از واقعیت تأثیر منفی می‌گذارند (Gross, 2015). انتزاع انتخابی، تفکر دوگانه، استنباط خودسرانه، بزرگ‌نمایی یا کوچک‌نمایی، تعمیم افراطی و شخصی‌سازی، انواعی از تحریفات‌های شناختی هستند که توسط آرون‌تی بک معرفی شده است (Roberts, 2015). این افکار تحریف‌شده می‌توانند باعث شوند افراد درک درستی از جهان نداشته باشند و در شرایط نامطلوب، افسردگی و اضطراب را تجربه کنند. در نتیجه، اقدام به خودکشی کنند (Gross, 2015). به بیان دیگر، تحریف خاطرات به معنای به یاد آوردن خاطرات تلخ و یادآوری مکرر صحنه‌های منفی زندگی فرد است. یادآوری این خاطرات باعث بروز ناامیدی، اندوه، یأس و... می‌شود و به دنبال آن، نگاه منفی و بدبینانه‌ای نسبت به خود و شرایط در فرد ایجاد می‌شود و به خاطر خلاص شدن از این احساسات، ممکن است به رفتارهای نادرستی از جمله خودکشی روی آورد. نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد یکی از مقوله‌های مرتبط با خودکشی، درماندگی آموخته‌شده است که با یافته‌های اسلم و همکاران (۲۰۱۹) و جاکوب<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) همسو است. در بر این اساس، درماندگی آموخته‌شده می‌تواند پیش‌بینی‌کننده خودکشی باشد. از نظر لیدر و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) درماندگی آموخته‌شده به عدم توقف یک رویداد منفی (یا موقعیت) یا عدم دستیابی به پاداش، حتی زمانی که ظاهراً شرایط تحت کنترل فرد است، اشاره دارد. نظریه درماندگی آموخته‌شده تصور می‌کند که اختلالات روانی ممکن است نتیجه مستقیم یا غیرمستقیم عدم کنترل بر پیامدهای شرایط تحریک‌کننده اضطراب و ناراحتی باشد (Seligman, 1975). به عبارتی، نحوه تعبیر و تفسیر افراد از رویدادهایی که برای آن‌ها اتفاق می‌افتد، ممکن است تأثیر به‌سزایی در احساس درماندگی داشته باشد. به عبارتی اسنادها عواملی هستند که شخص آن را در نتیجه یک موقعیت مقصر می‌داند. اسنادها می‌توانند برای رویدادهای مثبت و منفی ساخته شوند. اسنادهای درونی، پایدار و کلی بیشترین ارتباط را با درماندگی دارند (Abramson et al.,

<sup>1</sup>. Jacob

<sup>2</sup>. Lieder et al

(1978; Weiner, 2012). بنابراین، درماندگی آموخته شده از طریق تجربه مکرر رویدادهای ناخوشایند که اجتناب‌ناپذیر تلقی می‌شوند؛ ایجاد و می‌تواند منجر به احساس کنترل‌ناپذیری نتایج گردد. به عبارتی، زمانی که فرد احساس کند که بر وقایع و شرایط موجود کنترل ندارد، استرس بیشتری را تجربه کرده و عجز و ناتوانی سراغ وی می‌آید، اعتماد به نفس خود را از دست داده و به دنبال آن، دست از تلاش برای تغییر و بهبود شرایط برمی‌دارد و به نوعی، تسلیم وضعیت کنونی شده و سرانجام، برای رهایی از شرایط نامطلوب، اقدام به خودکشی می‌نماید. در نهایت، نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد آخرین مقوله مرتبط با خودکشی، بی‌ارزشی خود است. عزت‌نفس به درک افراد از ارزش خودشان اشاره دارد، این‌که فرد چقدر خودش را دوست دارد، خود را به‌عنوان یک شخص می‌پذیرد و به آن احترام می‌گذارد. عزت‌نفس بازتاب نگرش تأیید یا عدم تأیید است که نشان می‌دهد چقدر شخص خودش را دارای ارزش، اهمیت و قادر به توانایی می‌داند (Chahid et al., 2020). در رابطه با عزت‌نفس، راسمون و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) و اوبیگلیچ و همکاران (۲۰۲۰) بیان کردند عزت‌نفس پایین‌تر، یک عامل خطر برای اقدام به خودکشی در آینده است؛ یعنی افرادی که عزت‌نفس پایینی دارند، احتمال این‌که در آینده اقدام به خودکشی کنند، بیشتر است. عزت‌نفس چگونگی رفتار فرد با مسائل مختلف را تعیین می‌کند (Wilburn & Smith, 2005)؛ به طوری که عزت‌نفس بالا، باعث اعتماد به نفس می‌شود و فرد می‌تواند خود را با شرایط سخت تطبیق دهد (Knox & Muros, 2017). عزت‌نفس، شاخص سلامت روانی، شخصیت بالغ و سازگاری فرد است. اگرچه عزت‌نفس به‌عنوان یک بخش نسبتاً پایدار از شخصیت در نظر گرفته می‌شود، اما بسته به شکست‌ها یا دستاوردهای اخیر نیز در نوسان است (Telles et al., 2013)؛ و به‌عنوان ارزیابی مثبت یا منفی فرد از خود تعریف می‌شود. این ارزیابی و قضاوت فرد از خود، رفتار فرد را در موقعیت‌های مختلف تعیین می‌کند. عزت‌نفس، یک عامل محافظت‌کننده در برابر فشارهای روانی است و از فرد در برابر حوادث اضطراب‌زا و منفی مراقبت می‌کند. فردی که عزت‌نفس پایینی دارد، خودش را ارزشمند نمی‌داند و احترامی برای خود قائل نیست. همچنین، در برابر شرایط تهدیدکننده و

---

<sup>۱</sup>. Rasmussen et al



فشار آور، دچار برانگیختگی منفی و از هم پاشیدگی سازمان روانی می‌شود و در نهایت قدرت انطباق و سازگاری با شرایط را از دست می‌دهد. به همین دلیل ممکن است دچار انزوا، افسردگی، اضطراب و ناامیدی شود و به سمت اقدام به خودکشی، تمایل پیدا کند.

یافته‌های کلیدی این پژوهش نشان می‌دهد تجربیات شناختی پیچیده‌ای در زنان اقدام‌کننده به خودکشی وجود دارد که شامل افکار خودکشی بدون اقدام، تحریف خاطرات، درماندگی آموخته شده و بی‌ارزشی خود است. این یافته‌ها درک عمیق‌تری از سازوکارهای روانی منجر به خودکشی ارائه می‌دهند و بر اهمیت مداخلاتی که این الگوهای فکری را هدف قرار می‌دهند، تأکید می‌کنند. پرداختن به عوامل شناختی می‌تواند گامی مهم در جهت پیشرفت حوزه مطالعاتی خودکشی و طراحی برنامه‌های پیشگیرانه مؤثر باشد.

به‌طور کلی، می‌توان نتیجه گرفت نوع تفکر و برداشت افراد منجر به احساسات و رفتارهای متفاوتی می‌شود؛ به‌گونه‌ای که تحریف خاطرات و یادآوری خاطرات تلخ گذشته سبب بروز احساس غمگینی، ناامیدی و افسردگی می‌گردد. از طرف دیگر، زمانی که فرد به این باور برسد که کنترل بر زندگی خود ندارد و قادر به تغییرات و حل مشکلات خود نیست، دچار احساس ناتوانی و بی‌ارزشی می‌شود. هم‌چنین، ممکن است عزت‌نفس خود را از دست داده و ارزش و احترامی برای خود قائل نباشد و بدین ترتیب، در برابر شرایط تهدیدکننده و چالش‌های زندگی دچار برانگیختگی منفی شود و به اوج ناامیدی برسد و در نهایت، برای رهایی از این مشکلات، خودکشی را به‌عنوان بهترین گزینه انتخاب نماید.

به‌طور کلی طبق یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت زنان اقدام‌کننده به خودکشی، الگوهای شناختی خاص و متمایزی را تجربه می‌کنند. لذا پیشنهاد می‌شود برنامه‌های درمانی جامعی تدوین شود که به نیازهای خاص هر زن پاسخ دهد. این برنامه‌ها باید شامل ارزیابی دقیق الگوهای فکری و رفتاری، تعیین اهداف درمانی مشخص و ارائه مداخلات متناسب با هر فرد باشد. هم‌چنین، پیشنهاد می‌شود با هدف مقایسه‌ی الگوهای شناختی زنان اقدام‌کننده به خودکشی، پژوهش‌هایی با زنانی که اقدام به خودکشی نکرده‌اند ولی افکار خودکشی دارند، انجام شود تا تفاوت‌های شناختی کلیدی که می‌توانند به پیش‌بینی و پیشگیری از اقدام به خودکشی کمک کنند شناسایی شود. ضمناً این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود که چالش کلیدی در پیشبرد آن،

شیوع پاندمی کرونا بود که دسترسی به نمونه موردنیاز را با مشکل مواجه کرد. دیگر محدودیت این پژوهش، حجم نمونه کوچک (۱۱ نفر) و امکان تعمیم یافته‌ها به نمونه بزرگتر بود.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



## منابع

- پرهوده، فرزاد، عرفانی، نصراله. و پرهوده، فریاد. (۱۴۰۱). تأملی بر رویکرد پژوهش کیفی با تأکید بر روایی و پایایی. *پویش در آموزش علوم انسانی*، ۸(۲۸)، ۱۹-۴۴.  
[https://humanities.cfu.ac.ir/article\\_2351.html](https://humanities.cfu.ac.ir/article_2351.html)
- پیری، کامیار. (۱۳۹۱). *مطالعه پدیدارشناختی خودکشی: مورد مطالعه خودکشی‌های ناموفق شهر آبدانان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه کردستان.
- حاجی‌زاده‌اصل، علی، جعفری، جلال. و خدامرادی، حجت‌اله. (۱۴۰۰). بررسی تأثیر اقتصاد بر نرخ خودکشی در ایران. *دانش انتظامی همدان*، ۸(۲)، ۱-۱۴.  
<https://doi.org/10.22034/hpsj.2021.96704>
- حسن‌زاده، سیدمهدی. (۱۳۸۹). *چرا بعضی از مردم خودکشی می‌کنند؟ علل: پیامدها و راه‌های پیشگیری از خودکشی*. تهران: نشر قطره.
- دلام، حامد. و رفیع بذرافشان، محمد. (۱۳۹۹). اقدام به خودکشی توسط نوجوانان: یک مطالعه کیفی. *پایش*، ۱۹(۲)، ۱۵۹-۱۶۶.  
<http://payeshjournal.ir/article-1-1332-fa.html>
- دلیری، سلمان، بازیار، جعفر، سایه میری، کورش، دل‌پیشه، علی. و سایه‌میری، فاطمه. (۱۳۹۵). بررسی میزان بروز اقدام به خودکشی و خودکشی موفق برحسب اقلیم‌های هفت‌گانه ایران طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳: یک مطالعه مرور سیستماتیک و فراتحلیل. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۲۱(۶)، ۱-۱۵.  
<http://sjku.muk.ac.ir/article-1-2818-fa.html>
- رضایی‌نسب، زهرا، شیخی، محمدتقی. و جمیلی‌کهنه‌شهری، فاطمه. (۱۳۹۶). بررسی تجارب زیسته اقدام به خودکشی زنان شهر ایلام با رویکرد روشی نظریه‌مبنایی. *جامعه‌شناسی ایران*، ۱۸(۴)، ۸۲-۱۰۷.  
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17351901.1396.18.4.4.8>
- زارع شاه‌آبادی، اکبر، شفیع‌نژاد، مجتبی. و مداحی، جواد. (۱۳۹۶). اقدام به خودکشی بین زنان آبدانان: انگیزه‌ها و شرایط. *زن در توسعه و سیاست*، ۱۵(۳)، ۴۴۶-۴۲۷.  
<https://doi.org/10.22059/jwdp.2017.229631.1007164>
- سیمبر، معصومه، گل‌عذار، سمیرا، علیزاده، شیوا. و حاجی‌فقه‌ها، محبوبه. (۱۳۹۶). عوامل خطر خودکشی در نوجوانان در جهان: یک مرور روایتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۶(۱۲)، ۱۱۶۸-۱۱۵۳.  
<http://journal.rums.ac.ir/article-1-3851-fa.html>

فدائیان، علی. و خرم‌آبادی، یدالله. (۱۳۹۳). مطالعه رابطه دینداری با تمایل به افکار خودکشی در شهرستان ایلام. کنگره بین‌المللی فرهنگ و اندیشه دینی، قم.

[/https://civilica.com/doc/300892](https://civilica.com/doc/300892)

کوچر، استنلی. و چهیل، سونیا. (۲۰۱۲). مدیریت خطر خودکشی: راهنمایی برای روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مشاوران و پزشکان عمومی. ترجمه شهربانو قهاری، سعیده زنوزیان و حمید یوسفی. تهران: نشر قطره.

کیانی چلمردی، احمدرضا، رشید، سجاده، هنرمند، پژمان. و تموک، فاطمه. (۱۳۹۷). بررسی ساختاری مدل نظریه بین‌فردی خودکشی در دانشجویان. *روانشناسی معاصر*، ۱۳(۱)، ۵۰-۶۱.

<http://dx.doi.org/10.32598/bjcp.13.1.50>

کیانی چلمردی، احمدرضا، هنرمند، پژمان. و خاکدان، سعید. (۱۳۹۶). پیش‌بینی گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان براساس الگوها و مرزهای ارتباطی خانواده. *مجله مراقبت*

*اورژانس*، ۲(۱)، ۵۶-۶۶. <http://ijec.ir/article-1-52-fa.html>

میرزایی، سیده‌نگار. و شمس‌علیزاده، نرگس. (۱۳۹۲). بررسی شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی*

*کردستان*، ۱۸(۱)، ۲۶-۱۸. <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-1004-fa.html>

Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-63. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.87.1.49>.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Aslam, H., Bano, Z., & Naz, I. (2019). Learned helplessness and suicidality: Role of cognitive behavior therapy. *Rawal Medical Journal*, 44(3), 569-572. <https://www.rmj.org.pk/?mno=12257>

Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1-23. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>



- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-115. <https://psycnet.apa.org/buy/1990-14898-001>
- Beuthin, R. E. (2014). Breathing in the mud: Tensions in narrative interviewing. *International Journal of Qualitative Methods*, 13(1), 122-134. <https://doi.org/10.1177/160940691401300103>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS): Leading causes of death reports, 1981-2014*. National Center for Injury Prevention and Control. Retrieved from [https://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10\\_us.html](https://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10_us.html)
- Chahid, H., Ahami, A. O., Chigr, F., & Najimi, M. (2020). Depression, anxiety, self-esteem and suicide attempts: Study among high school students in the Beni Mellal region of Morocco. *American Journal of Applied Psychology*, 8(1), 9-15. DOI: 10.12691/ajap-8-1-2
- Chang, B., Gitlin, D., & Patel, R. (2011). The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: Evidence-based management and treatment strategies. *Emergency Medicine Practice*, 13(9), 1-23. <https://europepmc.org/article/med/22164363>
- Colucci, E., & Martin, G. (2008). Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(2), 229-244. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.2.229>
- Constantelos, D. J. (2004). Altruistic suicide or altruistic martyrdom? Christian Greek Orthodox neomartyrs: a case study. *Archives of Suicide Research*, 8(1), 57-71. <https://doi.org/10.1080/13811110490243813>
- Curtin, S. C., Warner, M., & Hedegaard, H. (2016). *Increase in suicide in the United States, 1999–2014* (NCHS Data Brief No. 241). National Center for Health Statistics. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db241.htm>
- Daliri, S., Bazyar, J., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., & Sayehmiri, F. (2017). The incidence rates of suicide attempts and successful suicides in seven climatic conditions in Iran from 2001 to 2014: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 21(6), 1-15. (In Persian) <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-2818-fa.html>
- Delam, H., & Bazrafshan, M. (2020). Attempting suicide by Adolescents: A qualitative study. *Payesh*, 19(2), 159-166. (In Persian) <http://payeshjournal.ir/article-1-1332-fa.html>

- De-La-Vega, D., Giner, L., & Courtet, P. (2018). Suicidality in subjects with anxiety or obsessive-compulsive and related disorders: Recent advances. *Current Psychiatry Reports*, 20(4), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0885-z>
- Drapeau, C. W., & McIntosh, J. L. (2018). *Suicide in the USA: A decadal study from 1930s to 2017s*. Retrieved from: <http://www.suicidology.org>
- Duarte-Vélez, Y. M., & Bernal, G. (2007). Suicide behavior among Latino and Latina adolescents: Conceptual and methodological issues. *Death Studies*, 31(5), 435-455. <https://doi.org/10.1080/07481180701244579>
- Fadaian, A., & Khorramabadi, Y. (2012). Studying the relationship between religiosity and suicidal thoughts in Ilam city. *International Congress on Culture and Religious Thought*, Qom. (In Persian) <https://civilica.com/doc/300892/>
- Gross, R. (2015). *Psychology: The Science of Mind and Behaviour* (7th ed.). Hodder Education.
- Hajizadeh-Asl, A., Jafari, J., & Khodamoradi, H. (2021). Investigating the impact of economy on suicide rate in Iran. *Journal of Hamedan Police Science*, 8(2), 1-14. (In Persian) <https://doi.org/10.22034/hpsj.2021.96704>
- Hassanzadeh, S. M. (2010). *Why do some people commit suicide. Causes, Consequences and Ways to Prevent Suicide*. (2nd ed.). Tehran: Ghareh Publications. (In Persian)
- Hegerl, U., Mergl, R., Havers, I., Schmidtke, A., Lehfeld, H., Niklewski, G., & Althaus, D. (2010). Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(5), 401-406. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0088-z>
- Henden, J. (2017). *Preventing Suicide: The Solution Focused Approach*. John Wiley & Sons.
- Hoertel, N., Franco, S., Wall, M. M., Oquendo, M. A., Wang, S., Limosin, F., & Blanco, C. (2015). Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: A nationally representative study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(7), 916-923. <https://www.psychiatrist.com/jcp/childhood-maltreatment-risk-suicide-attempt-nationally/>
- Irigoyen, M., Porrás-Segovia, A., Galván, L., Puigdevall, M., Giner, L., De Leon, S., & Baca-García, E. (2019). Predictors of re-attempt in a cohort of



- suicide attempters: A survival analysis. *Journal of Affective Disorders*, 247, 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.050>
- Jacob, I. (2019). Learned helplessness and fatigue severity as correlates of suicidality among civil servants in Makurdi metropolis. *IFE Psychologia: An International Journal*, 27(2), 49-61. <https://hdl.handle.net/10520/EJC-1918857ac1>
- Jager-Hyman, S., Cunningham, A., Wenzel, A., Mattei, S., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2014). Cognitive distortions and suicide attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 369-374. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9613-0>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people Die by Suicide*. Harvard University Press.
- Kan, C. K., Ho, T. P., Dong, J. Y., & Dunn, E. L. (2007). Risk factors for suicide in the immediate post-discharge period. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 208-214. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0153-0>
- Kiani Chalmardi, A., Rashid, S., Honarmand, P., & Tamook, F. (2018). A structural test of the interpersonal theory of suicide model in students. *Contemporary Psychology*, 13(1), 50-61. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.32598/bjcp.13.1.50>
- Kiani Chalmardi, A., Honarmand, P., Khakdal, S. (2017). Predicting suicide tendency based on family relationship patterns and boundary in students. *Iranian Journal of Emergency Care*, 1(2), 56-66. (In Persian) <http://ijec.ir/article-1-52-fa.html>
- Klonsky, E. D., & May, A. (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. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Knox, E., & Muros, J. J. (2017). Association of lifestyle behaviours with self-esteem through health-related quality of life in Spanish adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 176, 621-628. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2886-z>
- Koenig, J., Brunner, R., Fischer-Waldschmidt, G., Parzer, P., Plener, P. L., Park, J., & Kaess, M. (2017). Prospective risk for suicidal thoughts and behaviour in adolescents with onset, maintenance or cessation of direct self-injurious behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3), 345-354. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0896-4>
- Kutcher, S. P., & Chehil, S. (2012). *Suicide Risk Management: A Manual for Psychiatrists, Psychologists, Counselors and General Practitioners* (S.

- Ghahari, S. Zenzorian, & H. Yousefi, Trans.). Ghatreh. (Original work published 2012)
- Lieder, F., Goodman, N. D., & Huys, Q. J. (2013). Learned helplessness and generalization. In M. Knauff, M. Pauen, N. Sebanz, & I. Wachsmuth (Eds.), *Proceedings of the 35th Annual Meeting of the Cognitive Science Society* (pp. 900–905). Cognitive Science Society. <https://escholarship.org/uc/item/31362551>
- Liem, M. (2010). Homicide followed by suicide: A review. *Aggression and Violent Behavior, 15*(3), 153-161. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.10.001>
- Littlewood, D. L., Gooding, P., Kyle, S. D., Pratt, D., & Peters, S. (2016). Understanding the role of sleep in suicide risk: Qualitative interview study. *BMJ Open, 6*(8), e012113. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012113>
- Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine, 73*(9), 1395-1400. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.022>
- Mirzaie, S. N., & Shams Alizadeh, N. (2013). Prevalence rate of suicidal thoughts and its related factors in the medical students in Kurdistan University of Medical Sciences. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences, 18*(1), 18-26. (In Persian) <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-1004-fa.html>
- National Institute of Mental Health. (2018). *Suicide*. Retrieved from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.shtml>
- Nazarzadeh, M., Bidel, Z., Ayubi, E., Asadollahi, K., Carson, K. V., & Sayehmiri, K. (2013). Determination of the social related factors of suicide in Iran: A systematic review meta-analysis. *BMC Public Health, 13*, 1-9. (In Persian) <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-4>
- O'Beaglaioich, C., McCutcheon, J., Conway, P. F., Hanafin, J., & Morrison, T. G. (2020). Adolescent suicide ideation, depression and self-esteem: Relationships to a new measure of gender role conflict. *Frontiers in Psychology, 11*, 111-129. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00111>
- Oxford Reference. (2018). *Lived experience*. Retrieved October 26, 2021, from <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803100109997>



- Parhoodeh, F., Erfani, N., & Parhoodeh, F. (2022). A reflection on the qualitative research approach with emphasis on validity and reliability. *Pouyesh in Humanities Education*, 8(28), 19-44. (In Persian) [https://humanities.cfu.ac.ir/article\\_2351.html](https://humanities.cfu.ac.ir/article_2351.html)
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Piri, K. (2012). *Phenomenological Study of Suicide: A Case Study of Unsuccessful Suicides in Abdanan City*. Master's thesis in sociology. Faculty of Literature and humanities, University of Ardestan, Iran. (In Persian)
- Prinstein, M. J., Nock, M. K., Simon, V., Aikins, J. W., Cheah, C. S., & Spirito, A. (2008). Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 92-103. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.92>
- Rasmussen, M. L., Dyregrov, K., Haavind, H., Leenaars, A. A., & Dieserud, G. (2018). The role of self-esteem in suicides among young men. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 77(3), 217-239. <https://doi.org/10.1177/0030222815601514>
- Rezaei Nasab, Z., Sheykhi, M., & Jamili, F. (2017). The study of Ilami women's suicidal experiences using the grounded theory. *Iranian Journal of Sociology*, 18(4), 82-107. (In Persian) <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17351901.1396.18.4.4.8>
- Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1291-1299. <https://doi.org/10.1002/jclp.20621>
- Roberts, M. B. (2015). *Inventory of cognitive distortions: Validation of a measure of cognitive distortions using a community sample*. Doctoral dissertation, Philadelphia College of Osteopathic Medicine. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Roberts, M. L. (2018). *Adolescent suicide prevention: Life experiences contributing to suicidal ideation resilience*. Doctoral dissertation, Saybrook University. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Rogers, M. L., Ringer, F. B., & Joiner, T. E. (2018). The association between suicidal ideation and lifetime suicide attempts is strongest at low levels of

- depression. *Psychiatry Research*, 270, 324-328. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.061>
- Scocco, P., de Girolamo, G., Vilagut, G., & Alonso, J. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European study on the epidemiology of mental disorders-world mental health study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.08.004>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. WH Freeman.
- Shermer, M. (2018). A mysterious change of mind. *Scientific American*, 319(4), 81-81. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1018-81>
- Shin, H. J., Park, G. J., In, Y. N., Kim, S. C., Kim, H., & Lee, S. W. (2019). The effects of case management program completion on suicide risk among suicide attempters: A 5-year observational study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 37(10), 1811-1817. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.12.034>
- Simber, M., Golezar, S., Alizadeh, S., & Hajifoghaha, M. (2018). Suicide risk factors in adolescents worldwide: A narrative review. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 16(12), 1153-1168. (In Persian) <http://journal.rums.ac.ir/article-1-3851-fa.html>
- Telles, S., Singh, N., Bhardwaj, A. K., Kumar, A., & Balkrishna, A. (2013). Effect of yoga or physical exercise on physical, cognitive and emotional measures in children: A randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 1-16. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-37>
- Van Orden, K. A., Wiktorsson, S., Duberstein, P., Berg, A. I., Fässberg, M. M., & Waern, M. (2015). Reasons for attempted suicide in later life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5), 536-544. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.07.003>
- Värnik, P. (2012). Suicide in the world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 760-771. <https://doi.org/10.3390/ijerph9030760>
- Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 108-125. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00108>



- Wasserman, D. (2016). *Suicide: An Unnecessary Death*. Oxford University Press.
- Weiner, B. (2012). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. Springer Science & Business Media.
- Wilburn, V. R., & Smith, D. E. (2005). Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence*, 40(157), 33-45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15861616/>
- Wolff, J., Esposito-Smythers, C., Becker, S., Seaboyer, L., Rizzo, C., Lichtenstein, D., & Spirito, A. (2014). Social-cognitive moderators of the relationship between peer victimization and suicidal ideation among psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(3), 268-285. <https://doi.org/10.1080/10926771.2014.883458>
- World Health Organization. (2015). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Retrieved from: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide\\_prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide_prevention/world_report_2014/en/).
- World Health Organization. (2016). *Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable: Report of the third global survey on eHealth*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252529>
- Zare-Shahabadi, A., Shafiee-Nejad, M., & Madahi, J. (2017). Suicidal behavior among women of Abadan: Motivations and conditions. *Woman in Development & Politics*, 15(3), 427-446. (In Persian) <https://doi.org/10.22059/jwdp.2017.229631.1007164>.



© 2025 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### قدردانی

از تمام عزیزانی که در نگارش این پژوهش ما را یاری نمودند؛ به‌ویژه مرکز اورژانس اجتماعی میبد و اقدام‌کنندگان به خودکشی، تشکر و قدردانی می‌گردد.

### نویسندگان

M.talebi@pnu.ac.ir

ندا شیرانی اصفهانی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

azramohammadpanah@ardakan.ac.ir

عذرا محمدپناه اردکان

دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

ftem.nooranifar@cfu.ac.ir

یاسر رضاپور میرصالح

دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

