

Research Paper

The Factors Affecting the Suicide Attempt in Iranian Youth: A Grounded Theory-based Study



Fahimeh Mohamadpour¹ , *Nurallah Mohammadi¹

1. Department of Clinical Psychology, Psychology and Educational Science Faculty, University of Shiraz, Shiraz, Iran.



Citation Mohamadpour F, Mohammadi N. [The Factors Affecting the Suicide Attempt in Iranian Youth: A Grounded Theory-based Study (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2025; 31:E5076.2. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5076.2>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5076.2>

Received: 23 Dec 2024

Accepted: 13 Sep 2025

Available Online: 10 Oct 2025

ABSTRACT

Objectives Suicide is one of the important psychosocial concerns. This study aimed to explore the process of suicide attempts among Iranian youth to identify the related factors.

Methods This is a qualitative study based on the grounded theory approach. Semi-structured interviews were used for data collection. Participants were 23 young people (9 males and 14 females) aged 18-35 years with a history of suicide attempt from Shiraz, Iran, in 2024. They were selected via purposive and theoretical sampling. The data were analyzed using Strauss and Corbin's approach.

Results We extracted 10 themes and 20 sub-themes. The core phenomenon was "mental breakdown". The causal factors included perceived discrimination and psychological shock. Social pressure and individual vulnerability were facilitating factors. The intervening factors included character armor, spiritual factors, and social support. The strategy adopted by participants was "pain avoidance". The consequence was "attempt to get free".

Conclusion Emotional, cognitive, and social factors play a role in the occurrence of suicide attempts among Iranian youth. More attention should be paid to these factors for suicide prevention.

Key words:

Suicide, Grounded theory, Young Adults

* Corresponding Author:

Nurallah Mohammadi, Professor.

Address: Department of Clinical Psychology, Psychology and Educational Science Faculty, University of Shiraz, Shiraz, Iran.

Tel: +98 (71) 36134653

E-mail: nmohamadi@shirazu.ac.ir



Copyright © 2025 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Suicide is a psychological and social damage. It refers to a conscious act of self-harm with the intent to die. The strain of psychological conflicts causes people to commit suicide. Four main sources of strain that lead to suicide include value strain, aspiration strain, deprivation strain, and coping strain. Social and psychological studies have indicated the relationship of various factors such as social factors, mental disorders, and biological factors with suicide attempts and suicidal thoughts. Considering that a suicide can lead to the death of the person, the best plan to deal with it is to prevent a suicide attempt by identifying the early warning signs. Therefore, a deep understanding of this phenomenon is necessary in order to provide preventive and control solutions. In this regard, this research aimed to explore the process of suicide attempts in Iranian youth to identify the perceived pathological pattern.

Methods

This is a qualitative study based on the grounded theory approach. The participants, including 23 young people aged 18-35 years in Shiraz, Iran, with a history of suicide attempts during the last six months, were selected via purposeful sampling until reaching theoretical saturation. The exit criteria were acute cognitive disorders that affect the process of speaking and interviewing (such as acute cerebral palsy, dementia, and Alzheimer's) and the lack of cooperation. To collect data, a semi-structured interview was employed. It included 10 questions set to survey the intended concepts. The data were analysed using Strauss and Corbin's approach.

Results

In this study, after analysis and coding, 134 concepts, 20 sub-themes, and 10 themes were extracted, which defined the study phenomenon (mental breakdown). Causal conditions leading to this phenomenon included perceived discrimination (comprising social frustration and stagnation) and psychological shock (encompassing emotional mixture and psychological pressure). Facilitating factors included social pressure (broken family, sociological tension, inefficient interpersonal relationships, and social

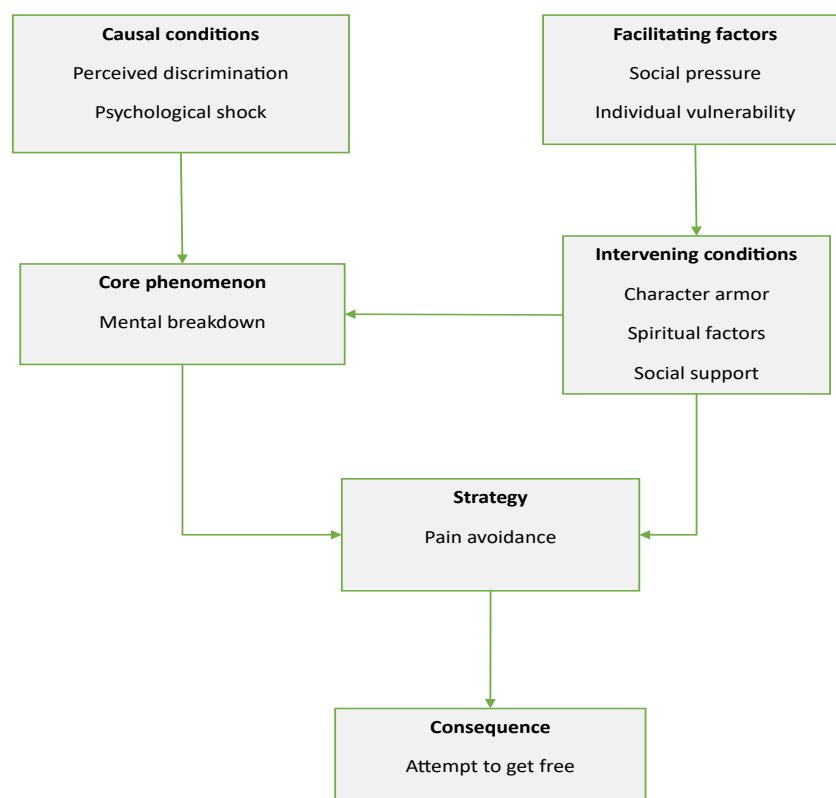


Figure 1. Paradigmatic model of the study

stigma) and individual vulnerability (underlying physical/mental illness and unhealthy lifestyle). Intervening conditions included character armor (emotional and cognitive coping skills), spiritual factors (fear of death, religious beliefs, and worldview), and social support (support from family, friends, and professionals). The strategy adopted by participants was pain avoidance, which included the components of emotional, cognitive, and social escape. The consequence of this process was the “attempt to get free” by having passive and active suicidal behaviors. The paradigmatic model shown in [Figure 1](#) shows the intertwining of the identified factors in the formation of the suicide attempt in Iranian youth.

Conclusion

The results of the present study indicate the important role of emotional, cognitive, and social factors in the process of suicide attempt in Iranian youth. The factors, including negative emotions such as emotional mixture, feeling discriminated, frustration, stagnation, and psychological pressure, can cause an individual to attempt suicide. The findings can be helpful in designing preventive, educational, and treatment methods to reduce the rate of suicide in Iranian youth.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study has ethical approval from [Shiraz University](#) (Code: IR.US.PSYEDU.REC.1403.022). The participants were informed about the study objectives and methods, the confidentiality of their information, and their right to withdraw from the study. They signed an informed consent form.

Funding

This article was extracted from the dissertation of the first author at the Faculty of Education and Psychology, [Shiraz University](#). The research was funded by the Iran National Elites Foundation (INEF).

Authors contributions

Conceptualization, Methodology, Validation, Writing—Original Draft, Data Curation, and Visualization: Fahime Mohamadpour; Formal Analysis, Investigation, Resources, Writing—Review & Editing, Supervision, and Project Administration: Nurallah Mohammadi.

Conflicts of interest

There is no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all participants in this research.

مقاله پژوهشی

تبیین فرایند اقدام به خودکشی در جوانان با سابقه اقدام به خودکشی: رویکردی مبتنی بر نظریه زمینه‌ای

فهیمة محمدپور^۱، نوراله محمدی^۱

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

Use your device to scan
and read the article online

Citation Mohamadpour F, Mohammadi N. [The Factors Affecting the Suicide Attempt in Iranian Youth: A Grounded Theory-based Study (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2025; 31:E5076.2. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5076.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.31.5076.2>

چکیده

اهداف خودکشی یکی از مهم‌ترین آسیب‌های روانی-اجتماعی است که درک عمیق از فرایند منتهی به آن می‌تواند نقش بسزایی در طراحی مداخلات مؤثر ایفا کند. از این رو، هدف پژوهش حاضر تبیین فرایند اقدام به خودکشی در جوانان ایرانی با استفاده از رویکردی کیفی و مبتنی بر نظریه زمینه‌ای است.

مواد و روش‌ها این مطالعه با رویکرد کیفی و براساس روش نظریه زمینه‌ای انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده گردید. جامعه پژوهش شامل جوانان ۱۸ تا ۳۵ ساله با سابقه اقدام به خودکشی در سال ۱۴۰۳ بود. از میان آنان، ۲۳ نفر (۹ مرد و ۱۴ زن) به روش نمونه‌گیری هدفمند و نظری انتخاب شدند. داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، با استفاده از رویکرد نظام‌مند اشتراوس و کوربین (۲۰۱۵) تحلیل گردید.

یافته‌ها براساس تحلیل‌های انجام‌شده، مجموع مضامین نهایی به‌دست‌آمده در این پژوهش، شامل ۱۰ مقوله بود که از ۲۰ مضمون به دست آمد. بدین ترتیب، پدیده مرکزی، فروپاشی روانی شناسایی شد. عوامل علی مؤثر بر این پدیده شامل احساس تبعیض و شوک روانی بودند. فشار اجتماعی و آسیب فردی نیز به‌عنوان عوامل تسهیل‌گر عمل کردند. در این میان، عوامل مداخله‌گر شامل زره شخصیتی، عوامل معنوی و حمایت اجتماعی شناسایی شدند. راهبردهای اتخاذشده از سوی مشارکت‌کنندگان در قالب مقوله اجتناب از درد تبیین شد. پیامد نهایی این فرایند نیز در قالب مقوله تلاش برای رهایی نمایان گردید.

نتیجه‌گیری تایید پژوهش حاضر نشان داد عوامل هیجانی، شناختی و اجتماعی متعددی در ابعاد مختلف خرد و کلان، نقش اثرگذار و چند بعدی در زمینه‌سازی، شناسایی و بررسی روند منجر به بروز بحران خودکشی دارند. این امر، لزوم توجه هرچه بیشتر به این عوامل را در بستر پیشگیری، سیاست‌گذاری و فرهنگ‌سازی نشان می‌دهد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴ دی ۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۲ شهریور ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۱۸ مهر ۱۴۰۴

کلیدواژه‌ها:

خودکشی، پژوهش کیفی
مبتنی بر نظریه، جوانان

* نویسنده مسئول:

دکتر نوراله محمدی

نشانی: شیراز، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: ۳۶۱۳۴۶۵۳ (۷۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: nmohamadi@shirazu.ac.ir

Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقدمه

رفتارهای خودکشی را ناشی از اختلال در عملکرد درونی فرد (فرایندهای درون فردی) می‌دانند. تئوری‌های یکپارچه^۵ اخیراً بر توضیح نحوه انتقال از افکار خودکشی به اقدام خودکشی متمرکز شده‌اند. به‌طور کلی، آنچه نظریه‌های روان‌شناختی را متمایز می‌کند این است که حتی زمانی که رویدادهای خارجی یا عوامل استرس‌زا در آن گنجانده می‌شوند، تمرکز اصلی بر این موضوع است که فرد، چگونه این تجربیات را درک می‌کند، پردازش می‌کند، سازگار می‌شود و با آن‌ها کنار می‌آید [۹].

یکی از نظریه‌های برجسته در تبیین خودکشی، نظریه بین فردی خودکشی است که توسط جوینر مطرح شده است [۱۰]. این نظریه سه مؤلفه کلیدی را در شکل‌گیری تمایل و توانایی اقدام به خودکشی مؤثر می‌داند: احساس تعلق‌نیافتگی، احساس بار بودن بر دیگران، و قابلیت اکتسابی برای مرگ. این الگو در مطالعات متعددی اعتبارسنجی شده و به‌عنوان مبنایی برای تبیین افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه در نوجوانان به کار رفته است [۱۱].

ازسوی دیگر، مدل بحران روایتی نیز که توسط گلینگر و همکاران توسعه یافته، فرایند تصمیم‌گیری برای خودکشی را در قالب یک زنجیره شناختی-عاطفی بررسی می‌کند که شامل شکست اهداف، فقدان حمایت اجتماعی، احساس بی‌آیندگی و ناامیدی مزمن است [۱۲]. این مدل‌ها درحالی‌که تبیین دقیقی از سازوکارهای شناختی ارائه می‌دهند، اما به بستر فرهنگی، خانوادگی و معنایی تجربه فرد کمتر می‌پردازند؛ جایی که نظریه زمینه‌ای می‌تواند خلأ موجود را پوشش دهد.

همچنین در یک پژوهش دیگر، با هدف تبیین فرایند مراقبت خانواده‌محور از جوانان دارای اختلال افسردگی و افکار خودکشی، مدلی را ارائه کردند که مؤلفه مرکزی آن «محافظت از زندگی» با زیرمؤلفه‌های تنظیم، حمایت، درمان و همراهی بود. این مطالعه نشان داد حمایت فعال خانواده در مدیریت احساسات، تنظیم برنامه‌های درمانی و حفظ امید زندگی، حیاتی است [۱۳].

براساس پژوهش راجرز و همکاران [۱۴]، نشخوار فکری، اصرار منفعلانه و مکرر در مورد علل، معنا و پیامدهای پریشانی فرد است که با افکار و رفتار خودکشی مرتبط است. در یک پژوهش که درخصوص چگونگی شکل‌گیری افکار خودکشی در دانشجویان انجام شده بود، نتایج نشان داد هسته مرکزی در شکل‌گیری افکار خودکشی، ناکامی در بهبود وضعیت زندگی و تشدید ادراک تجارب ناخوشایند بود [۱۵]. در پژوهشی که با هدف بررسی تجربه زیسته زنان متأهل شهرستان لنگرود از اقدام به خودکشی انجام شد، تجربه محرومیت، تجربه خشونت، تجربه خیانت و تجربه نارضایتی‌های پی‌درپی، مهم‌ترین عناصر مرتبط با اقدام به خودکشی در زنان عنوان شده است [۱۶].

خودکشی، یک آسیب روان‌شناختی و اجتماعی است که می‌توان آن را یکی از مهم‌ترین آسیب‌های قرن حاضر به شمار آورد. خودکشی، دهمین علت مرگ در همه رده‌های سنی در سراسر جهان است [۱]. به‌طور کلی، خودکشی به معنای اقدامی آگاهانه در جهت آزار خود و با هدف از بین بردن خود است که درنهایت نیز می‌تواند به مرگ فرد منتهی شود. خودکشی یکی از رویدادهایی است که هم برای فرد، هم خانواده و هم جامعه مصیبت‌بار و اسفناک است [۲].

ژانگ معتقد است فشار تعارضات روانی منحصربه‌فرد، افراد را به سمت خودکشی سوق می‌دهد [۳]. چهار منبع اصلی فشار، به خودکشی منجر می‌شود: ۱. فشار ارزشی^۱ - دو ارزش یا عقیده متضاد که در درون یک فرد در تعارض هستند. ۲. فشار آرزوها^۲ - آرزوهای فرد با واقعیت مطابقت ندارد. هرچه این اختلاف بزرگتر باشد، فشار بیشتر می‌شود. ۳. فشار محرومیت^۳ - ناشی از مقایسه وضعیت (پایین) خود با دیگری، از جمله فقر و ۵. فشار مقابله‌ای^۴ - فقدان مهارت‌های مقابله‌ای برای عبور از یک بحران. وجود این فشار به ایجاد ذهنیتی پرتنش و مضطرب منجر می‌شود که متعاقباً از طریق طیف وسیعی از عوامل اجتماعی و روانی، به رفتار خودکشی منجر می‌شود (به‌عنوان مثال، قطع ارتباط یا تکانشگری) [۴].

مین جیر، میل به مرگ را از نظر فرد اقدام‌کننده، به‌عنوان آرامشی می‌داند که متأثر از تنش‌های اجتماعی و محدودیت‌های اجتماعی و اخلاقی است که مانع از رها شدن انرژی پرخاشگری و جنسی در فرد شده و به فشار داخلی منجر می‌گردد [۵]. مطالعات جامعه‌شناختی و روان‌شناختی حاکی از ارتباط عوامل بافتی از جمله سازمان‌یافتگی اجتماعی، کمبود حمایت خانوادگی، روابط ضعیف با همسالان و کناره‌گیری از دیگران با اقدام به خودکشی و افکار خودکشی هستند [۶].

مدل‌های بیولوژیکی خودکشی دهه‌ها است که وجود داشته‌اند. اما می‌توان گفت مدل آسیب‌پذیری-استرس بود که نظریه‌ها و مدل‌های بیولوژیکی دیگر را شکل داد [۷]. محور این مدل تأکید می‌کند که اعمال خودکشی نه تنها تحت تأثیر یک اختلال روان‌شناختی است، بلکه از یک آسیب‌پذیری بیولوژیکی نیز تأثیر می‌پذیرد [۸].

تا به امروز، اکثریت نظریه‌های خودکشی توسط روان‌شناسان ارائه شده است. نظریه‌های روان‌شناختی، در درجه اول، افکار و

1. Value strain
2. Aspiration strain
3. Deprivation strain
4. Coping strain

5. Integrated theories

امروزه یکی از چالش‌های نظام سلامت در ایران، درک عمیق پدیده خودکشی به‌ویژه در نوجوانان و جوانان جهت ارائه راهکارهای پیشگیرانه و مداخله زودهنگام است [۳۰]. در ایران نیز مطالعات اپیدمیولوژیک از افزایش نگران‌کننده نرخ اقدام به خودکشی در میان جوانان حکایت دارند، به‌طوری‌که عوامل روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در بروز این پدیده نقش هم‌افزا دارند [۳۱]. با وجود حجم قابل‌توجهی از پژوهش‌ها در این زمینه، بیشتر مطالعات انجام‌شده بر رویکردهای کمی و متغیرمحور تمرکز داشته‌اند که به‌دلیل ماهیت ایستا و سطحی‌نگر خود، از تبیین عمیق فرایندهای روانی-اجتماعی منتهی به اقدام به خودکشی ناتوان‌اند؛ به‌ویژه در زمینه‌های فرهنگی خاص همچون جامعه ایران.

ادامه روند روبه‌رشد اقدام به خودکشی در میان جوانان ایرانی، علی‌رغم وجود برنامه‌های پیشگیرانه، نشان‌دهنده آن است که لایه‌های عمیق‌تری از این پدیده همچنان ناشناخته باقی مانده‌اند. از این‌رو، نیاز فوری به انجام پژوهش‌هایی وجود دارد که با رویکردی فرایندمحور و اکتشافی، تجربه زیسته جوانان را در بستری اجتماعی-فرهنگی بررسی کرده و به تبیین چگونگی شکل‌گیری و تحول انگیزه‌ها و زمینه‌های اقدام به خودکشی بپردازند. نظریه زمینه‌ای به‌عنوان یکی از روش‌های کیفی معتبر، ظرفیت بالایی برای کشف این فرایندهای پنهان و تولید نظریه‌هایی برگرفته از داده‌های میدانی دارد [۳۲]. رویکرد کیفی نظریه زمینه‌ای، به‌دلیل قابلیت کشف و مدل‌سازی فرایندهای پنهان، تعاملات پیچیده و معنایی‌های ذهنی افراد در شرایط واقعی زندگی، بهترین روش برای پاسخگویی به این خلأ محسوب می‌شود. بنابراین، ضرورت انجام این مطالعه کیفی نه‌تنها در پر کردن این شکاف علمی، بلکه در ارائه الگویی نظری و بومی برای فهم بهتر پدیده اقدام به خودکشی در جوانان ایرانی است که می‌تواند مبنای توسعه مداخلات هدفمند و مؤثر باشد.

براین‌اساس، پژوهش حاضر با هدف تبیین فرایند اقدام به خودکشی در جوانان ایرانی، تلاش دارد با استفاده از رویکرد نظریه زمینه‌ای، الگویی نظری و بومی‌شده از این پدیده ارائه دهد که بتواند راهنمایی مؤثر برای مداخلات روانی-اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های پیشگیرانه در سطح جامعه باشد. لذا این پژوهش، در پی شناسایی فرایند اقدام به خودکشی، در جوانان ایرانی است.

مواد و روش

این پژوهش با استفاده از روش کیفی و رویکرد نظریه زمینه‌ای انجام شده است. به استناد مطالب پیش‌گفت در قسمت‌های گذشته، اقدام به خودکشی، مفهومی است که می‌تواند در جوامع گوناگون، علل زمینه‌ای متفاوتی داشته باشد. لذا در این پژوهش، سعی شده است تا با استفاده از رویکرد پژوهشی نظریه زمینه‌ای،

در پژوهشی دیگر، تحلیل انگیزه‌ها و شرایط مرتبط با اقدام به خودکشی در زنان، نشان داده است این زنان، اقدام به خودکشی را به‌عنوان «راهی برای ابراز و رسیدن به خواسته‌ها» ادراک می‌کنند و از این راه سعی دارند به رفتارهای سلطه‌طلبانه، محدودیت‌ها، تهمت‌ها و بدبینی‌ها واکنش نشان بدهند و شرایط را مدیریت کنند. در این خصوص، بهبود نقش حمایتی به‌خصوص از جانب همسر و خانواده و روابط تعامل‌محور به‌عنوان راهکار بسیار مهم در جلوگیری از خودکشی عنوان شده است [۱۷].

درمجموع پژوهش‌های کیفی نشان می‌دهند فرایند اقدام به خودکشی، تدریجی و مبتنی بر انباشت رنج روانی است [۱۸]. [۱۹]؛ معمولاً با یک محرک بحرانی به نقطه عطف می‌رسد [۲۰]؛ دلایل آن در محورهای بی‌ارزشی، شرم و بی‌راهی ریشه دارند [۲۲، ۲۱]؛ تحت تأثیر فشارهای بافتی و اجتماعی مانند شرایط شغلی یا هنجارهای فرهنگی‌اند [۲۳-۲۶] و لحظه اقدام اغلب با تکانشگری موقعیتی و بحران هیجانی همراه است [۲۰]. این یافته‌ها به ما یادآوری می‌کنند که اقدام به خودکشی نتیجه یک علت واحد نیست، بلکه محصول تعامل پیچیده روانی، اجتماعی و محیطی است [۲۷].

باتوجه‌به اینکه اقدام به خودکشی می‌تواند به آسیب‌های جبران‌ناپذیر و حتی مرگ منجر شود، بررسی دقیق فرایندها و عوامل مرتبط با آن از اهمیت بالایی برخوردار است. در دو دهه گذشته، پژوهش‌های مروری متعددی در زمینه ارزیابی افکار و رفتارهای خودکشی منتشر شده است که هر یک با معیارها و ابعاد متفاوتی به این موضوع پرداخته‌اند. این تنوع نگرش‌ها و معیارها نشان می‌دهد هنوز هم عدم توافق جامع و روشنی درباره ابعاد اصلی سنجش خودکشی وجود دارد و بررسی ماهیت این پدیده، به‌ویژه با تأکید بر ضرورت بررسی فرهنگی آن، پیش از اجرای مطالعات مختلف سنجشی و درمانی، امری ضروری است [۲۸].

علاوه‌براین، براساس ادبیات پژوهشی، افرادی که افکار خودکشی را گزارش می‌کنند، احتمال اقدام به خودکشی در آن‌ها بالاست و در معرض خطر بالایی قرار دارند. اما این شرایط آسیب‌زا، به‌راحتی قابل‌تعیین و پیگیری نیست. گزارش‌های اخیر مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC)، تأکید کرده است افکار خودکشی خود گزارش‌دهی شده، فقط در بخشی از متوفیان ناشی از خودکشی وجود دارد. این نشان می‌دهد بیش از ۷۵ درصد افرادی که از طریق خودکشی می‌میرند، قصد خودکشی را ابراز نمی‌کنند. بنابراین، راهبرد پذیرفته‌شده فعلی که همان استفاده از ابزار افکار خودکشی خود گزارش‌دهی است، در حال حاضر برای شناسایی و پیشگیری از خطر خودکشی، کافی نیست و همچنان جواب این سؤال که «چرا برخی از مردم به خودکشی فکر می‌کنند یا اقدام به خودکشی می‌کنند؟» بی‌پاسخ مانده است [۲۹].

به تبیین مؤلفه‌های زمینه‌ساز این پدیده پرداخته شود. در فرایند این پژوهش، از رویکرد نظام‌مند و تحلیلی اشتراک و کوربین [۳۳]، در دست‌یابی به یافته‌ها استفاده شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تحلیل داده‌ها، اطلاعات گردآوری‌شده، به واحدهای معنایی در قالب بیانیه‌های مرتبط با معنای اصلی پژوهش تبدیل و تا حد امکان کوچک و فشرده شدند. این روند به‌صورت انتزاعی تا رسیدن به محورهای اصلی ادامه یافت. این روند به‌صورت هم‌زمان با اجرای مصاحبه‌ها بود. فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها به‌صورت زیگزاگی و رفت و برگشتی و هم‌زمان با اجرای روند مصاحبه انجام شد و فرایند مصاحبه تا زمان دست‌یابی به اشباع نظری ادامه یافت. در طی این روند، پژوهشگر در ابتدا با مجزا کردن جنبه‌هایی از گفت‌وگوها که مفاهیم نام دارند و بررسی مشابهت‌های آن‌ها با یکدیگر آن‌ها را در دسته‌های کلی‌تر و منسجم‌تری به نام «مقوله‌ها» قرار داد.

مشارکت‌کنندگان پژوهش و روش انتخاب آن‌ها

روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری غیرتصادفی و هدفمند بود و با پیشرفت پژوهش، روند نمونه‌گیری نظری وارد پژوهش شد. براین اساس، به‌منظور دست‌یابی به هدف، مشارکت‌کنندگان، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و نظری، شامل ۲۳ جوان در سنین بین ۱۸ تا ۳۵ سال، با سابقه اقدام به خودکشی در طی ۲ ماه اخیر، با تأکید بر ملاک حداکثر تنوع، بودند که البته این میزان تا رسیدن به اشباع نظری بود.

ملاک ورود به مصاحبه شامل سن ۱۸ تا ۳۵ سال، سابقه اقدام به خودکشی، داشتن افکار خودکشی در ادوار گذشته زندگی، توانایی صحبت به زبان فارسی و ملاک خروج از پژوهش، اختلالات حاد شناختی که بر روند صحبت کردن و مصاحبه تأثیر می‌گذارد (مثل سکنه مغزی حاد، دمانس و آلزایمر) و نیز عدم همکاری صادقانه شرکت‌کنندگان (براساس نشانه‌هایی نظیر پاسخ‌های متناقض، اجتناب مکرر از پاسخ‌دهی، عدم تمرکز، یا پاسخ‌های غیرواقعی و غیرمرتبط) بود. در صورت مشاهده این موارد و پس از تلاش برای بازسازی اعتماد، چنانچه وضعیت ادامه می‌یافت، فرد از فرایند تحلیل حذف می‌شد. **جدول شماره ۱**، شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش است.

روش جمع‌آوری اطلاعات

جهت اجرای این پژوهش، از روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. سؤالات مصاحبه حاضر، براساس رویکردهای نظری و پژوهش‌های قبلی مرتبط و نیز نظرخواهی از اساتید و متخصصان این حوزه طراحی شد و سپس به‌منظور سنجش روایی، به تأیید نهایی اساتید رسید. پس از طراحی سؤالات، ابتدا

به‌صورت مقدماتی، با ۴ فرد مطلع، مصاحبه‌ای براساس سؤالات موجود به عمل آمد و مجدداً ویرایش و اصلاح گردید. درنهایت، روایی محتوایی پرسش‌ها توسط اساتید تأیید شد. در مجموع، تعداد ۱۰ سؤال اصلی طراحی گردید. تلاش شد هرکدام از پرسش‌ها مستقیماً در جهت اهداف پژوهش و به‌منظور دست‌یابی به سؤالات اساسی پژوهش تدوین گردد. برخی از سؤالات نهایی ارائه‌شده در مصاحبه شامل این موارد بود: «می‌توانید شرایط زندگی‌تان را در ۱ یا ۲ ماه قبل از اقدام توضیح دهید؟»، «در مواردی که فکر خودکشی داشتید، چه شرایطی مانع از اقدام قطعی شما می‌شد؟»، «شرایط خود را در زمانی که به‌صورت قطعی اقدام کردید، می‌توانید توصیف کنید؟»، «فکر می‌کردید اگر اقدام به خودکشی کنید، چه اتفاقی خواهد افتاد؟» و «در زمانی که به خودکشی فکر می‌کردید، چه افکاری به ذهن شما می‌آمد؟»

این پژوهش در بازه زمانی فروردین تا شهریور سال ۱۴۰۳ در شهر شیراز انجام شد. فرایند نمونه‌گیری، انجام مصاحبه‌ها و تحلیل اولیه داده‌ها نیز در همین بازه زمانی صورت گرفت. فرایند شناسایی و جذب شرکت‌کنندگان از طریق مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌درمانی وابسته به دانشگاه شیراز، همچنین بیمارستان‌های دارای بخش روان‌پزشکی و روان‌شناسان شاغل در سطح شهر شیراز صورت گرفت. محل انجام مصاحبه‌ها با توجه به وضعیت روانی، ترجیح مشارکت‌کنندگان و اقتضای شرایط، متغیر بود. مصاحبه‌ها در منزل مشارکت‌کننده، مراکز درمانی (نظیر آسایشگاه، بیمارستان یا مرکز مشاوره) و گاه در فضاهای بی‌طرف نظیر اتاق مصاحبه در دانشگاه یا فضاهای امن عمومی و همچنین در برخی از موارد به‌صورت مجازی و در پلتفرم‌های مختلف گفت‌وگو انجام شد. در تمامی موارد، اصل رضایت آگاهانه، حفظ محرمانگی، آرامش محیط و شرایط روانی مناسب برای مشارکت‌کننده رعایت گردید.

بدین ترتیب، پس از گرفتن رضایت آگاهانه و اجازه ضبط و نوشتن مصاحبه، سؤال اولیه و کلی مصاحبه با عنوان: «یک روز زندگی خود را توصیف کنید.» از افراد مشارکت‌کننده پرسیده شد. این سؤال محوری دو جنبه مختلف «بازه زمانی نزدیک قبل از اقدام به خودکشی» و «در شرایط خنثی و بدون افکار خودکشی» را دربر گرفته بود. سپس، براساس اطلاعاتی که هر شرکت‌کننده ارائه داد، برای روشن شدن مفاهیم موردنظر، سؤالات پیگیری‌کننده تنظیم شد. سؤالات مصاحبه به دو شیوه مستقیم و غیرمستقیم، اقدام به خودکشی و ابعاد مرتبط با آن را هدف قرار داد.

از آنجایی که مصاحبه حاضر از نوع نیمه‌ساختاریافته بود، مصاحبه‌گر بعد از هر گفت‌وگو یا پاسخ‌دهی، سؤالات پیگیری را به‌منظور بررسی عمیق‌تر موضوع، بنا بر ضرورت و موقعیت پرسید. مدت‌زمان مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۱۲۰ دقیقه متغیر بود. میانگین

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان در پژوهش

کد اختصاصی یافته	سن	جنسیت	دفعات اقدام به خودکشی	نوع اقدام	وضعیت تاهل	تعداد فرزندان	سطح تحصیلات	وضعیت شغلی	میزان درآمد
۱	۱۸	مرد	۲	قرص	مجرد	-	دانشجوی کارشناسی	دانشجو	متوسط
۲	۲۱	زن	۱	قرص	مجرد	-	دیپلم	بیکار	پایین
۳	۲۷	زن	۱	قرص	مطلقه	-	کاردانی	بیکار	پایین
۴	۱۹	زن	۱	قرص	متاهل	۱	دیپلم	بیکار	متوسط
۵	۱۹	مرد	۱	تیغ	مجرد	-	زیردیپلم	کارگر	پایین
۶	۲۸	زن	۳	قرص	مجرد	-	ارشد	کارمند	متوسط
۷	۳۲	مرد	۱	قرص	متاهل	-	دانشجوی دکتری	دانشجو	متوسط
۸	۳۱	مرد	۲	قرص	مطلقه	۱	ارشد	کارمند	متوسط
۹	۲۴	زن	۱	قرص	مجرد	-	دانشجوی کارشناسی	دانشجو	بالا
۱۰	۲۵	زن	۱	قرص	متاهل	-	کارشناسی	آزاد	متوسط
۱۱	۲۵	زن	۲	قرص	مجرد	-	دیپلم	بیکار	متوسط
۱۲	۳۴	زن	۱	قرص	بیوه	۴	زیردیپلم	بیکار	پایین
۱۳	۳۳	مرد	۱	تیغ	مجرد	-	دانشجوی دکتری	دانشجو	متوسط
۱۴	۲۲	مرد	۱	قرص	مجرد	-	دانشجوی کارشناسی	دانشجو	متوسط
۱۵	۲۴	زن	۳	قرص	مجرد	-	دانشجوی ارشد	دانشجو	پایین
۱۶	۲۳	زن	۱	قرص	مجرد	-	کارشناسی	کارمند	پایین
۱۷	۲۲	زن	۱	قرص	مجرد	-	کاردانی	بیکار	متوسط
۱۸	۲۲	مرد	۱	قرص	مجرد	-	دانشجوی کارشناسی	دانشجو	پایین
۱۹	۲۱	زن	۱	تیغ	مجرد	-	دانشجوی کارشناسی	دانشجو	متوسط
۲۰	۳۴	زن	۱	قرص	متاهل	-	دکتری	آزاد	بالا
۲۱	۲۷	مرد	۳	قرص	مجرد	-	کاردانی	آزاد	متوسط
۲۲	۳۱	زن	۱	قرص	مجرد	-	ارشد	کارمند	متوسط
۲۳	۲۰	مرد	۱	قرص	مجرد	-	دیپلم	بیکار	پایین

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

اطمینان، انتقال، تأیید و پایایی استفاده شد. به‌منظور افزایش قابلیت اطمینان، از بازبینی مشارکت‌کنندگان و مرور همتایان بهره گرفته شد. برای قابلیت انتقال، توصیف با جزئیات از زمینه پژوهش و مشارکت‌کنندگان ارائه شد. قابلیت تأیید از طریق مستندسازی مراحل تحلیل و بازبینی توسط پژوهشگر مستقل تأمین گردید. درنهایت، برای پایایی، یک داوری بیرونی توسط متخصص روش تحقیق کیفی جهت بررسی فرایند تحلیل انجام شد تا روند کدگذاری و تحلیل داده‌ها مورد ارزیابی قرار گیرد. این

زمان هر مصاحبه حدود ۷۵ دقیقه بود. زمان هر مصاحبه باتوجه به شرایط روانی مشارکت‌کننده و میزان تمایل او به مشارکت در گفت‌وگو متغیر بود و تا حد امکان از مصاحبه‌های عمیق و باز پاسخ بهره گرفته شد.

فرایند اعتبار و اطمینان‌پذیری یافته‌ها

برای اطمینان از اعتبار داده‌ها در چارچوب رویکرد نظریه زمینه‌ای، از چهار معیار لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) شامل قابلیت

جدول ۲. مفاهیم، مضامین و مقوله‌های اکتشافی مربوط به شرایط علی

مقوله	مضامین	مفاهیم	شواهد
حسّی-عقلی	سرخوردگی اجتماعی	حذف شدن از یک موقعیت به دلایل انتسابی یا بی‌ربط، تبعیض سنی، تبعیض جنسیتی، احساس مقایسه شدن، شکست در رقابت با دیگری به دلایل غیر از توانمندی	«من کلی زحمت کشیدم برای اینکه الان اینجا باشم، بدبختی کشیدم. پول نداشتم، هیچ کسی رو هم نداشتم که حمایت کنه. خودم خرج هم خودمو می‌دادم هم خانوادم، هم‌زمان درس می‌خوندم. بعد از این همه زحمت، طرف از راه نرسیده عرقش خشک نشده، شد همه کاره و رئیس!... ما بدبختا محکومیم به اینکه همیشه بدبخت باشیم...»
	رکود فردی	ناکامی در رسیدن به اهداف، افت موقعیت فردی، شکست دنباله‌دار، سرکوب شدن انگیزه پیشرفت، عدم تغییر در شرایط، برآورده نشدن انتظارات و آرزوها، از دست دادن جایگاه قبلی	«احساس می‌کردم تو زندگیم هیچ پیشرفتی ندارم... سی سالم شده بود ولی نه شغلی که ارزش راضی باشم داشتم، نه تو روابط عاطفی‌ام موفق بودم. انگار هرچی تلاش می‌کردم، باز تهش می‌رسیدم به یه بن‌بست، یه جورایی احساس می‌کردم دیگه تموم شدم. انگار زندگی هیچ چیز جدیدی برای ارائه نداره»
عقلی-روانی	ترکیب هیجانی	تجمع مجموعه هیجانات منفی متعدد مانند خشم، غم، ناامیدی، نگرانی، شوکه شدن، نفرت	«از همه متنفر بودم، از خودمم متنفر بودم، دلم نمی‌خواست دیگه زنده باشم، داشتم خفه می‌شدم، دلم از همه چی گرفته بود، ... همش استرس، همش دعوا، همش ناراحتی، نگرانی... می‌دونی همه اینا با هم یعنی چی؟»
	فشار هیجانی	فوران و سرریز هیجانات منفی مانند فوران خشم، احساس انفجار، احساس سنگینی، احساس خفگی ناشی از بغض، درد روانی ناشی از شدت هیجان	«داشتم خفه می‌شدم، درد داشت، از اون دردایی که کل بدنت می‌خواد منفجر بشه... ولی هیچ کاری نمی‌تونی بکنی... قلبم داشت منفجر می‌شد از این همه درد...»

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

اقدامات، به تقویت دقت و انسجام نظری یافته‌ها منجر شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مشارکت‌کننده، ۲۵/۳۰ با انحراف معیار ۵/۱۰ بود. از این میان ۹ نفر (۳۹/۱۳ درصد) مرد و ۱۴ نفر (۶۰/۸۶ درصد) نیز زن بودند. ۴ نفر (۱۷/۳۹ درصد) از مشارکت‌کنندگان متأهل، ۱۶ نفر (۶۹/۵۶ درصد) مجرد، ۲ نفر (۸/۶۹ درصد) مطلقه بودند و ۱ نفر (۴/۳۴ درصد) نیز همسرشان فوت کرده بود. سطح تحصیلات افراد مشارکت‌کننده بین بی‌سواد تا دکترای تخصصی متغیر بود و سطح درآمد نیز شامل گسترده‌ترین طیف ممکن از درآمد بود. بدین ترتیب، تلاش شد ملاک حداکثر تنوع در نمونه‌گیری تا حد امکان برآورده شود.

در این مطالعه، پس از تحلیل و کدگذاری، کدهای به‌دست‌آمده در ۱۳۴ طبقه اولیه (مفاهیم)، ۲۰ طبقه میانی (مضامین) و ۱۰ طبقه محوری (مقوله‌ها) جای گرفت که به روایت داستان چگونگی اقدام به خودکشی در جوانان می‌پردازند. این مقوله‌ها در چارچوب مدل پارادایمی نظریه زمینه‌ای (شامل شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌گر، راهبردی و پیامد) طبقه‌بندی گردیدند. در نهایت، براساس تلفیق همه مقوله‌ها و بررسی پیوندهای میان آن‌ها، پدیده مرکزی پژوهش تحت عنوان «فروپاشی روانی» شناسایی شد؛ مفهومی که در مرکز روایت زیسته مشارکت‌کنندگان قرار داشت و به‌مثابه نیروی محرک و انسجام‌بخش سایر عناصر مدل عمل می‌کرد.

پدیده مرکزی: فروپاشی روانی

پدیده مرکزی این پژوهش، «فروپاشی روانی» بود؛ وضعیتی درونی و فراگیر که در آن شرکت‌کنندگان احساس شکست، گسست هیجانی و بی‌ثباتی روانی را در پی مواجهه با تنش‌ها و فشارهای محیطی و درونی تجربه می‌کردند. این مفهوم نه صرفاً حاصل چند کد یا مضمون، بلکه نتیجه تحلیل جامع و تلفیقی تمام روایت‌های مشارکت‌کنندگان و رابطه آن‌ها با سایر مقولات مدل بود.

شرایط علی

شرایط علی به عواملی اشاره دارد که به شکل‌گیری فروپاشی روانی انجامیده‌اند. دو مقوله «احساس تبعیض» (ناشی از سرخوردگی اجتماعی و رکود فردی) و «شوکه روانی» (شامل ترکیب هیجانی و فشار هیجانی) از این گروه استخراج شدند. مشارکت‌کنندگان بارها به تجربه‌های طرد اجتماعی، احساس نابرابری و موقعیت‌هایی با بار هیجانی شدید اشاره داشتند که به‌عنوان نقطه آغاز سیر نزولی روانی آن‌ها عمل می‌کرد (جدول شماره ۲).

شرایط تسهیلگر

این دسته شامل بسترها و زمینه‌هایی بود که پدیده مرکزی را در سطح روانی فرد تسریع یا تسهیل کردند. فشارهای ساختاری اجتماعی، انتظارات فرهنگی و ناکارآمدی نظام‌های حمایتی در قالب مقوله «فشار اجتماعی» و همچنین ویژگی‌های شخصیتی و

جدول ۳. مفاهیم، مضامین و مقوله‌های اکتشافی مربوط به شرایط تسهیلگر

مقوله	مضامین	مفاهیم	شواهد
فشار اجتماعی	خانواده فروپاشیده	تشنج دائمی در خانواده، در هم پیچیدگی مرزهای خانوادگی، احساس رهاشدگی، کنترل بیش از حد خانواده، طلاق عاطفی والدین، خانواده نا به سامان	«۴ تا بچه دارم. شوهرم که مرد هیچ کس نگفت مردین؟ زنده‌این؟ نون خالی برای خوردن نداشتیم. هیچ پشتوانه‌ای هم تو خونه بابام که حلال دلم بهشون گرم باشه که هستن، نداشتیم...»
	تنش جامعه‌شناختی	نا به سامانی اقتصادی، احساس عدم امنیت اجتماعی، عدم امنیت سیاسی، عدم امنیت شغلی	«این همه درس خوندم که شاید شرایطم بهتر بشه، ولی هیچی بهتر نشد. فقط عمرم تلف شد هر چی می‌دوم باز نمی‌رسم. هر چی آرزو داشتم، زودتر از خودم مردم. نه کار دارم نه امیدی دارم که کار درست و حسابی داشته باشم»
	روابط بین فردی ناکارآمد	شکست عاطفی، اختلاف زناشویی، ازدواج ناموفق، روابط پرتنش بین فردی، تعارضات متعدد بین فردی	«هیچ‌وقت نتونستم رابطه خوب و عادی با اطرافیانم داشته باشم... نه با خانواده، نه با دوستانم. همیشه یا دعوا بود یا سوءتفاهم. انگار هیچ کس نمی‌خواست واقعا منو بفهمه. بیشتر وقتا احساس می‌کردم زیادی‌ام، یه بار اضافه»
آسیب فردی	انگ اجتماعی	سویشینه کیفری، طلاق، بیوگی، روابط خارج از چارچوب، سابقه اعتیاد، سابقه ارتکاب جرم، مصرف الکل	«هر جا می‌رفتم سر کار، تا می‌فهمیدن طلاق گرفتم رفتارشون باهام عوض می‌شد. مگه من چند سالم بود؟ گناه من فقط اینه که جدا شدم. حتی تو مهمونی‌هام همه حواسشون به من بود که مبادا کسی رو از راه به در کنم... می‌خواستم برگردم به زندگی عادی، ولی مگه می‌داشتن؟ مگه این مردم میذارن چیزی عادی بشه؟...»
	بیماری زمینه‌ای جسمی و روانی	اختلال روانی، بیماری مزمن جسمانی، هر نوع بیماری نیازمند به تغییر سبک زندگی، بیماری با خطر مرگ بالا، درمان‌های دردناک و تهاجمی متعدد، آزمایشات دردناک متعدد، ناامیدی از بهبودی کامل، ترس از عود مجدد	«من دیگه نمی‌تونستم این آزمایش‌ها رو تحمل کنم، اصلاً دیگه نمی‌خوام زنده بمونم، زور که نیست. نمی‌تونم دیگه بیشتر از این ادای آدمای قوی رو دربیارم. من تحمل این مریضی و این آزمایشا و این وضعیت رو ندارم. بمیرم راحت‌تره واسم تا اینکه هریار یه دور بمیرم...»
	سبک زندگی ناسالم	نداشتن هدف، نداشتن آینده‌نگری، توجه نکردن به ابعاد مختلف زندگی، تنبلی، اهمال کاری، کمال گرایی، مسئولیت‌پذیری بیش از حد، عجول بودن، آرزوهای نامعقول، یکنواختی زندگی	«از صبح تا شب کار می‌کردم، از همه چی زدم برای اینکه بتونم موفق باشم. وقتی همه هم سن و سالام داشتن خوش می‌گذروندن من داشتم کار می‌کردم که بتونم موفق بشم. حسرت همه چی رو به دلم گذاشتم... از بیرون شاید من آدم موفق به نظر می‌رسیدم، ولی از درون دائم در حال سرزنش خودم بودم. هیچ‌وقت از خودم راضی نبودم...»

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

پیشینه فردی در قالب مقوله «آسیب فردی» به‌عنوان زمینه‌های مؤثر شناسایی شدند (جدول شماره ۳).

دوگانه (بازدارنده یا ناکارآمد) در فرایند تجربه مشارکت‌کنندگان ظاهر شدند (جدول شماره ۴).

شرایط مداخله‌گر

راهنماها

عوامل مداخله‌گر، متغیرهایی بودند که می‌توانستند مسیر تأثیرگذاری عوامل علی و زمینه‌ای را تشدید یا تضعیف کنند. مقوله «زره شخصیتی» شامل ویژگی‌هایی مانند سرکوب هیجان، بی‌اعتمادی و خویش‌نظمی افراطی بود. همچنین «عوامل معنوی» نظیر اعتقادات دینی و معناجویی و «حمایت اجتماعی» از سوی خانواده یا گروه همسالان، به‌عنوان مداخله‌گرهایی با نقش

در واکنش به فروپاشی روانی، مشارکت‌کنندگان راهنماهایی را اتخاذ می‌کردند که عموماً در قالب نوعی تلاش برای دوری از رنج و خنثی‌سازی تنش قابل تحلیل بود. مقوله «اجتناب از درد» دربرگیرنده رفتارهایی چون انزوای اجتماعی، مصرف مواد، یا سرکوب افکار و احساسات دردناک بود که کارکرد کوتاه‌مدت تسکینی داشتند اما در بلندمدت به تعمیق بحران منجر می‌شدند

جدول ۴. مفاهیم، مضامین و مقوله‌های اکتشافی مربوط به شرایط مداخله‌گر

مقوله‌ها	مضامین	مفاهیم	شواهد
زده شخصی	مهارت مقابله هیجانی	دلسوزی نسبت به خود، ورزش، گوش دادن به موسیقی، انجام فعالیت‌های هنری، دعا کردن، تخلیه هیجانی (مانند گریه، فریاد زدن ...)، تغییر موقعیت	«خیلی وقتا که دلم از این دنیا می‌گرفت یا اعصابم به هم می‌ریخت پناه می‌بردم به موسیقی بعدشم راه می‌رفتم... خیلی آروم می‌کرد.»
	مهارت مقابله شناختی	خودشناسی، تفکر انتقادی، حل مسئله، برنامه‌ریزی	«خیلی وقتا هم واقعا سعی کردم اوضاع رو درست کنم، هم‌زمان هم کار می‌کردم هم درس می‌خوندم، هر کاری از دستم برمیومد انجام دادم.»
عوامل معنوی	ترس از مرگ	ترس از مبهم بودن شرایط بعد از مرگ، ترس از پیامدهای جسمی ناشی از اقدام و نمردن، ترس از پیامدهای روانی ناشی از اقدام و نمردن، ترس از انگ خوردن بعد از اقدام، ترس از آسیب به خانواده بعد از اقدام	«اگه نگران بچه‌هام نبودم که بعد از من چه بلایی سرشون میاد تا حالا هزار بار خودمو کشته بودم.»
	باورهای مذهبی	انجام فرائض دینی، اعتقادات مذهبی، باور به زندگی پس از مرگ/آخرت، باور به عدل الهی	«می‌دونستم که خودکشی گناه خیلی بزرگیه، برای همین سعی می‌کردم بهش فکر نکنم... یعنی اگه یه چیزی جلومو می‌گرفت همین بود فقط...»
	داشتن جهان‌بینی	ایدئولوژی نسبت به دنیا، تفسیر هستی، باور به نظم جهان، باور به ترکیب خوبی و بدی در هستی، باور به پیامد رفتار	«به هر حال می‌دونم که دنیا اینجوری نیست که تو بتونی همه چی رو با هم داشته باشی. ماهیت دنیا هم سخته»
حمایت اجتماعی	خانواده حمایتگر	فضای صمیمی خانواده، خانواده مقتدر، مرزهای مشخص خانوادگی، حمایت همه‌جانبه از سوی خانواده، خانواده مسئولیت‌پذیر، پیگیری خانواده از شرایط فرد	«باز بابام که بود همیشه حواسش بهم بود، خالمو می‌پرسید نگرانم بود.»
	حمایت دوستان	محیط اجتماعی حمایتگر، دوستان پذیرنده، دوستان همفکر	«تا وقتی دوستم اینجا بود، باهاش حرف می‌زدم درد دل می‌کردم، یه ذره آروم می‌شدم...»
	حمایت تخصصی	پذیرش همدلانه، آرامش‌بخشی، ارائه راهکار کوتاه‌مدت اثربخش، شفقت‌ورزی	«یه مدت قبلاً می‌رفتم مشاور، در کل خوب بود وقتی می‌رفتم. باهاش که حرف می‌زدم آروم می‌شدم... خیلی خوب به حرفام گوش می‌داد...»

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۵. مفاهیم، مضامین و مقوله‌های اکتشافی مربوط به راهبردها

مقوله‌ها	مضامین	مفاهیم	شواهد
اجتناب از درد	گریز هیجانی	بی‌خیالی مفرط، عدم تلاش برای بازگویی هیجانات، نادیده گرفتن علائم هیجانی، عدم توجه به هشدارهای روانی و عاطفی	«زده بودم به خیالی. تازه چه عالم خوشی هم بود! ولی حیف که موندگار نبود. دیگه منم یاد گرفته‌بودم که بی‌عاطفه باشم.»
	گریز شناختی	اعلام نکردن مشکلات موجود، نادیده گرفتن راه‌حل‌های موجود، عدم تلاش برای بهبود وضعیت، تغییر توجه به مسائل پیش‌یافتاده و بی‌اهمیت روزمره	«اصلاً برام دیگه مهم نبود که اوضاع درست بشه یا نه. دیگه حوصله فکر کردنم نداشتم. راه‌حل‌م نمی‌خواستم...»
	گریز اجتماعی	جدا شدن از دیگران، فرار از حضور در جمع اطرافیان، پاسخ ندادن به نگرانی اطرافیان	«...از همه بریدم. نشستیم یه گوشه، کاری به کار هیچ کسی نداشتیم، اصلاً نمی‌خواستیم هم که کسی بهم کاری داشته باشه. نمی‌خوام کسی نگرانم باشه یا برام کاری کنه...»

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۶. مفاهیم، مضامین و مقوله‌های اکتشافی مربوط به پیامدها

مقوله‌ها	مضامین	مفاهیم	شواهد
تلاش برای رهایی خودکشی فعال	خودکشی منفعلانه	فکر کردن به مرگ، رسیدگی نکردن به وضعیت سلامتی، عدم توجه به نیازهای فیزیولوژیک، رها کردن اهداف زندگی، نوشتن وصیت‌نامه فکر راجع به نحوه خودکشی، اقدام به جمع‌آوری وسایل خودکشی، خداحافظی با اطرافیان، بررسی انواع خودکشی و نوع مردن، اقدام به خودکشی	«به هر حال مرگ اتفاقی که دیر یا زود می‌افتد، منم همه چی رو گذاشتم کنار، منتظر نشستم که مرگ خودش بیاد سراغم. این بهترین کار بود.» «قرص خوردن بهترین راه بود. تحقیق کردم. درد زیاد نبود. یعنی تا می‌خواستی بفهمی چی شده و بقیه بفهمن چی شده، دیگه تموم بود...»

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

(جدول شماره ۵).

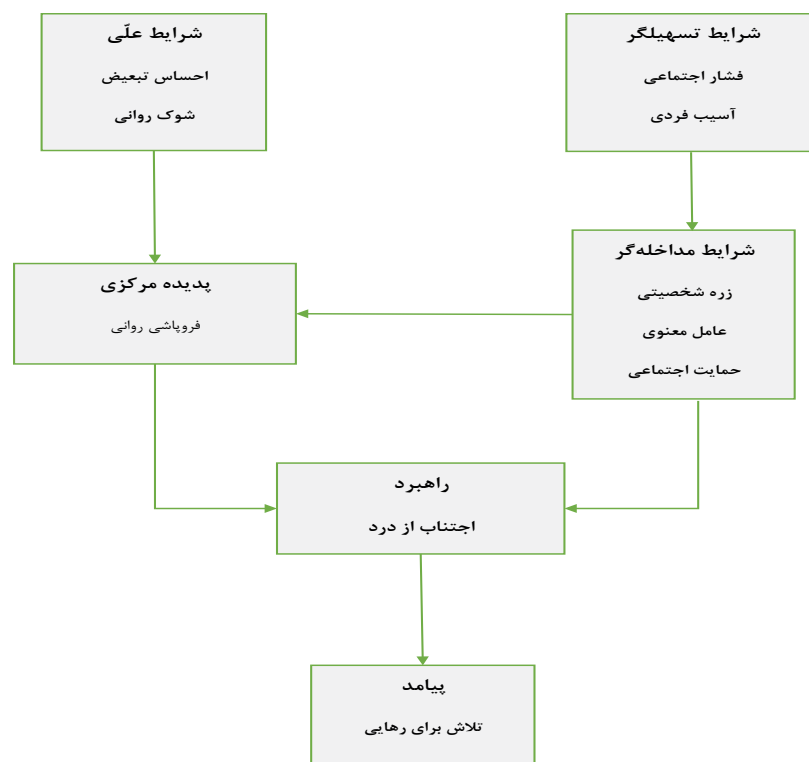
پیامد

در مجموع، یافته‌های پژوهش، فرایندی پویا و پیچیده را نشان داد که در آن تعامل میان عوامل روانی، اجتماعی و فرهنگی، در زمینه‌هایی خاص به تجربه‌ای عمیق از فروپاشی روانی منجر می‌شود. در این مسیر، راهبردهای ناکارآمد و احساس بن‌بست، در نهایت فرد را به سمت اقدام به خودکشی سوق می‌دهند.

روایت داستانی پژوهش

فرایند اقدام به خودکشی در جوانان ایرانی، در قالب روایتی پیچیده و چندلایه ظاهر می‌شود که هسته آن را تجربه فروپاشی

در پایان فرایند، مشارکت‌کنندگان به نقطه‌ای می‌رسیدند که تحت عنوان «تلاش برای رهایی» مفهوم‌سازی شد. این مقوله نمایانگر حالتی از آشفتگی و تصمیم‌گیری نهایی برای رهایی از وضع موجود از طریق اقدام به خودکشی بود. این تلاش، نه لزوماً از سر ناتوانی، بلکه در برخی موارد به‌عنوان یک انتخاب فعالانه برای خروج از چرخه رنج بازنمایی می‌شد (جدول شماره ۶).



مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

تصویر ۱. الگوی پارادایمیک اکتشاف نظری آسیب‌شناسانه اقدام به خودکشی

روانی شکل می‌دهد. این فروپاشی زمانی آغاز می‌شود که فرد، در دل زمینه‌های فشار اجتماعی و آسیب‌های فردی، با عوامل محرکی همچون احساس تبعیض و شوک‌های روانی مواجه می‌شود؛ عواملی که باور به عدالت اجتماعی، ارزشمندی شخصی و امنیت روانی را به شدت تضعیف می‌کنند.

در این مسیر، جوانان تلاش می‌کنند با تکیه بر زره‌های شخصیتی یا پناه بردن به منابع معنوی و حمایت‌های بیرونی، تعادلی موقت برقرار کنند، اما زمانی که این مداخلات ناکارآمد یا ناکافی می‌گردند، افراد برای کاهش درد روانی به راهبردهایی چون انزوا، بی‌تفاوتی، پرخاشگری پنهان یا تخریب خود متوسل می‌شوند.

این فرایند، با ورود به مرحله‌ای بحرانی، به تجربه نوعی خستگی وجودی و بن‌بست روانی منجر می‌شود؛ جایی که «تلاش برای رهایی» از وضعیت موجود، در ذهن فرد به شکل گزینه‌ای منطقی یا اجتناب‌ناپذیر درمی‌آید. در این روایت، اقدام به خودکشی نه تنها محصول ضعف یا ناکامی فردی نیست، بلکه برآیند برهم‌کنش پیچیده‌ای از نیروهای درونی و بیرونی، ساختاری و فردی، هیجانی و معنایی است که در بستر جامعه شکل می‌گیرند.

این داستان، نمایانگر سازوکار ذهنی و اجتماعی جوانانی است که در غیاب حمایت مؤثر، خود را در مسیری تاریک و بی‌انتهای می‌یابند و تنها راه رهایی را در گسستن از رنج پیوسته می‌بینند. از این رو، فهم این روایت نه فقط برای شناخت علل اقدام به خودکشی، بلکه برای طراحی مداخلات معنادار و فرهنگی-روان‌شناختی ضروری است. در تصویر شماره ۱، الگوی نهایی و سازمان‌یافته به دست آمده، ارائه شده است.

بحث

مطالعه حاضر با بهره‌گیری از روش کیفی نظریه زمینه‌ای به شیوه اشتراوس و کوربین [۳۳]، فرایند اقدام به خودکشی در جوانان ایرانی را از خلال روایت‌های زیسته آنان تبیین نمود. در چارچوب این پژوهش، پدیده مرکزی «فروپاشی روانی» به عنوان برساختی پویا و چندوجهی از تعاملات فردی، اجتماعی و ساختاری شناسایی شد که در بستر تنش‌های مزمن، نابرابری‌های اجتماعی، و بحران‌های درونی شکل می‌گیرد.

یافته‌های کیفی حاضر، درباره «فرایند اقدام به خودکشی در جوانان با سابقه اقدام» نشان می‌دهد تکرار اقدام، نه یک رخداد تک‌عاملی یا لحظه‌ای، بلکه «مسیری» مرحله‌ای و پویا است که در بافت روابط، هویت‌یابی و مواجهه با رنج‌های پایدار شکل می‌گیرد. این الگوی فرایندی با شواهد نظری روز هم‌خوان است: در مرحله انگیزشی، تجربه «درد روانی» همراه با ناامیدی و احساس‌های بین فردی «طرد/بی‌تعلقی» و «بار اضافی بودن» بستراندیشیدن به مرگ را فراهم می‌کند؛ در مرحله گذار، «توانمندی/تحمل‌پذیری

نسبت به صدمه» که به مرور و به‌ویژه پس از آسیب‌های پیشین کسب می‌شود، سد بازدارنده را می‌کاهد و مسیر را به سوی اقدام هموار می‌سازد؛ و در فاز ارادی/اجرا، درهم‌تنیدگی عوامل موقعیتی (دسترس‌پذیری، انزوا، وجود تعارض‌های حاد) با الگوهای مقابله‌ای فرسوده، احتمال تبدیل ایده به کنش را بالا می‌برد. این منطق با مدل انگیزشی-ارادی اوکانر، نظریه بین فردی جوینر و «نظریه سه‌بعدی» کلونسکی هم‌راستاست و به‌طور خاص، نقش «کسب تدریجی قابلیت برای اقدام» را در تداوم/تکرار اقدام به خودکشی برجسته می‌کند [۱۲، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۷].

در تضاد با مدل‌های سنتی که خودکشی را صرفاً ناشی از اختلالات روان‌پزشکی می‌دانند [۲]، یافته‌های این پژوهش نشان داد اقدام به خودکشی نه یک اتفاق ناگهانی، بلکه فرایندی تدریجی است که در دل تجربه‌هایی چون طرد اجتماعی، احساس تبعیض و ناتوانی در برآورده‌سازی نقش‌های مورد انتظار شکل می‌گیرد [۳]. در این میان، احساس تبعیض به عنوان عامل علی کلیدی، با شکل‌دهی به آسیب‌های روانی مزمن، زمینه‌ساز بروز فروپاشی هویتی می‌شود [۳۴]. این عوامل به‌طور مستقیم با مدل‌های موجود در زمینه خودکشی قابل تطبیق‌اند. به‌طور مثال، نظریه بین فردی خودکشی بیان می‌کند که تجربه طرد اجتماعی و احساس «بار اضافی بودن» به شکل‌گیری افکار خودکشی منجر می‌شود [۱۰]. همچنین، شواهدی وجود دارد که تجربه تبعیض با افزایش ایده‌پردازی خودکشی در جوانان مرتبط است [۲۲].

«زره‌های شخصیتی»، باورهای دینی و حمایت اجتماعی در نقش عوامل مداخله‌گر، عملکردی دوگانه داشتند؛ چنانچه در صورت انسجام و اثربخشی، می‌توانستند نقش محافظتی ایفا کرده و از تبدیل آسیب به بحران جلوگیری کنند؛ مطالعات نشان داده‌اند حمایت اجتماعی نقش حفاظتی معناداری در کاهش افکار خودکشی دارد [۲۵] و معنویت نیز در برخی بافت‌ها به عنوان یک عامل محافظتی مؤثر گزارش شده است [۲۴]. همچنین، ادبیات تاب‌آوری تأکید می‌کند که «منابع درونی» همچون امید و خودکارآمدی، شدت اثر استرس را در مسیر به سوی اقدام کاهش می‌دهند [۲۶]، اما در شرایط فروپاشی این منابع، احساس بی‌پناهی تشدید یافته و به راهبردهایی چون بی‌حسی هیجانی، کناره‌گیری یا پرخاشگری منفعلانه منجر می‌شوند. چنین واکنش‌هایی را می‌توان در چهارچوب مفهوم «استراتژی‌های مقابله‌ای منفی» نیز تحلیل کرد [۲۴، ۳۰].

نقطه اوج این فرایند، مقوله «تلاش برای رهایی» است؛ جایی که خودکشی در ذهن فرد به مثابه راه‌حلی برای پایان دادن به رنجی بی‌پایان معنا می‌یابد. در این مرحله، مرگ نه به عنوان هدف، بلکه به عنوان «راهی برای گریز از درد» تصور می‌شود. این دیدگاه با آنچه در مطالعه راضی مرادی و همکاران [۱۵] نیز مشاهده شد، همخوانی دارد. جوانان در روایت‌های خود، خودکشی را نه لزوماً «خواست مرگ»، بلکه «تلاشی برای رهایی از رنجی

بحران خودکشی قریب‌الوقوع است. عوامل اجتماعی در بستر روابط و تعاملات با دیگری رخ می‌دهند. تعاملات آسیب‌زا می‌توانند فعال‌کننده و یا تسریع‌کننده یک چرخه معیوب در بستر زمان باشند، همان‌گونه که پژوهش حاضر نیز نشان‌دهنده این موضوع بود. بدین ترتیب، خودکشی از یک سو یک پدیده برخاسته از تعامل عوامل مختلف در بستر اجتماع است و از سوی دیگر، فراتر از یک نشانه مربوط به اختلالات خاص روانی است. بافت اجتماعی منتج به آسیب، با ترکیب مجموعه‌ای از هیجانات منفی مانند ناکامی، تبعیض، سرخوردگی، احساس تنهایی و ناامیدی می‌تواند فرد را به سمت افکار و اقدامات آسیب‌زا سوق دهد و یا حرکت آن را شدت ببخشد.

در این حالت، فرد، علاوه بر مقابله با آسیب‌های درونی و منحصر به فرد خود، باید تنش‌های بیرونی مضاعفی را نیز تحمل کند که این وضعیت می‌تواند به تداوم چرخه آسیب‌هیجانی در بستر اجتماعی منجر شود. بنابراین این مضامین می‌توانند منبع بسیار مهمی برای تبیین خطر خودکشی در بحث پیشگیری، آموزش و درمان باشند و این امر، لزوم توجه هر چه بیشتر به این عوامل را هم در سطح پیشگیری، هم سیاست‌گذاری‌های کلان و هم در بستر فرهنگ‌سازی و آموزش در راستای کاهش آسیب می‌طلبد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، دسترسی سخت و مقاومت مشارکت‌کنندگان پژوهش نسبت به اجرای مصاحبه به دلیل ترس از افشای اطلاعات بود.

پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، عوامل زمینه‌ای مربوط به اقدام به خودکشی‌های مکرر نیز مورد بررسی قرار گیرد.

همچنین، پیشنهاد می‌شود بررسی مضامین مرتبط با اقدام به خودکشی در سایر گروه‌های سنی، مانند گروه سالمندان و گروه کودک و نوجوان، نیز در پژوهش‌های آتی، مورد توجه قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش، افراد، نسبت به اهداف پژوهش، روند پژوهش، حق انصراف از مصاحبه و محرمانه بودن اطلاعات آگاهی یافتند و سپس فرم رضایت آگاهانه توسط آن‌ها تکمیل شد. همچنین، در صورت لزوم، فرد شرکت‌کننده به متخصصان مربوط ارجاع داده شد. این پژوهش دارای تأییدیه کد اخلاق از دانشگاه شیراز با شناسه (IR.US.PSYEDU.REC.1403.022) است.

غیرقابل تحمل» توصیف کردند. این درک با مفهوم درد روانی مطرح‌شده توسط اشنایدمن کاملاً همسواست [۱۲]. شواهد کیفی در بیماران جوان نشان می‌دهد خودکشی اغلب تلاشی برای پایان دادن به رنج و نه نابودی زندگی به‌خودی‌خود، تلقی می‌شود [۱۳].

تفاوت این پژوهش با مطالعات پیشین، در تأکید بر رویکرد روایت‌محور و بومی‌سازی مدل تبیینی است. برخلاف رویکردهای کمی که عمدتاً به متغیرهای ایستا می‌پردازند، این مطالعه نشان داد در فرهنگ ایرانی، مؤلفه‌هایی چون ناتوانی در ایفای نقش‌های هنجاری (برای مثال فرزند موفق یا جوان مؤثر) و احساس شکست وجودی، جایگاهی محوری در فروپاشی روانی دارند؛ امری که در بسیاری از مطالعات غربی کمتر مورد توجه قرار گرفته است [۱۴].

در مجموع، این پژوهش با تولید نظریه‌ای بومی و تجربه‌محور، نشان داد فهم عمیق پدیده پیچیده‌ای چون اقدام به خودکشی نیازمند گذر از نگاه صرفاً بالینی و حرکت به سوی تحلیل‌های بافت‌محور، معناشناختی و چندسطحی است. الگوی به‌دست‌آمده از این پژوهش، با مدل‌های نظری معتبر ادغام‌پذیر است. براساس نظریه بین‌فردی، «احساس تبعیض» و «شوک روانی» معادل محرک‌های انگیزشی‌اند، فشارها و آسیب‌ها مسیر را تسهیل می‌کنند و حمایت اجتماعی و معنویت نقش عوامل بازدارنده را دارند. درنهایت، اجتناب از درد به‌عنوان راهبرد ناکارآمد، به پیامد «تلاش برای رهایی» منتهی می‌شود [۴، ۱۱، ۱۸، ۲۱]. این هم‌راستایی نشان می‌دهد مدل زمینه‌ای حاصل می‌تواند به غنای نظریه‌های موجود کمک کرده و بومی‌سازی آن‌ها را در زمینه فرهنگی جوانان ایرانی یا مشابه آن امکان‌پذیر سازد. از نظر عملی، نتایج بر ضرورت طراحی مداخلات چندسطحی تأکید می‌کنند:

۱. کاهش تبعیض و انگ اجتماعی از طریق سیاست‌های حمایتی،

۲. آموزش تاب‌آوری و تقویت معنویت مثبت،

۳. توسعه شبکه‌های حمایت اجتماعی پایدار،

۴. شناسایی و جایگزینی راهبردهای اجتنابی با مهارت‌های مقابله‌ای سازگارتر.

از منظر کاربردی، مدل ارائه‌شده می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات پیشگیرانه در حوزه خودکشی باشد؛ مداخلاتی که نه تنها فرد، بلکه ساختارهای اجتماعی و فرهنگی را نیز هدف قرار دهند. تأکید بر احیای حس ارزشمندی، تقویت شبکه‌های حمایت اجتماعی و کاهش تبعیض و نابرابری از جمله راهکارهای کلیدی پیشنهادی این پژوهش است.

نتیجه‌گیری

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر، حاکی از نقش مهم مؤلفه‌های هیجانی، شناختی و اجتماعی در ابعاد مختلف به‌عنوان فرایند

حامی مالی

این پژوهش تحت حمایت بنیاد ملی نخبگان و در قالب طرح پسا کتری فهمیه محمدپور، در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، اعتبار‌سنجی، نگارش - پیش‌نویس اصلی، گردآوری داده‌ها و مصورسازی: فهمیه محمدپور؛ تحلیل رسمی، تحقیق، منابع، نگارش-بررسی و ویرایش، نظارت و مدیریت پروژه: نوراله محمدی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله، نویسندگان این مقاله از تمامی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش سپاسگزاری می‌کنند.

References

- [1] Donyavi V, Rahnejat AM, Haghi A, Mohammadinia S, Jafari A. [Planning and implementing the program of assess, intervene, and monitor for suicide prevention among Iranian soldiers: An action research study (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2025; 31(1):2-17. [DOI:10.32598/ijp-cp.30.4850.1]
- [2] Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nature Reviews. Disease Primers*. 2019; 5(1):74. [DOI:10.1038/s41572-019-0121-0] [PMID]
- [3] Zhang J. The strain theory of suicide. *Journal of Pacific Rim Psychology*. 2019; 13:e27. [DOI:10.1017/prp.2019.19]
- [4] Zhang J, Liu Y, Sun L. Life satisfaction and degree of suicide intent: A test of the strain theory of suicide. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 74:1-8. [DOI:10.1016/j.comppsy.2016.12.002] [PMID]
- [5] Reis Dana F. [Investigation of Iran social pathology (Persian)]. Tehran: Iran Well-being Organization Publication; 2001. [Link]
- [6] Perez-Smith A, Spirito A, Boergers J. Neighborhood predictors of hopelessness among adolescent suicide attempters: Preliminary investigation. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2002; 32(2):139-45. [DOI:10.1521/suli.32.2.139.24400] [PMID]
- [7] Sudol K, Mann JJ. Biomarkers of suicide attempt behavior: Towards a biological model of risk. *Current Psychiatry Reports*. 2017; 19(6):31. [DOI:10.1007/s11920-017-0781-y] [PMID]
- [8] Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *The American Journal of Psychiatry*. 2001; 158(11):1871-7. [DOI:10.1176/appi.ajp.158.11.1871] [PMID]
- [9] Miranda R, Jeglic EL. Correction to: Handbook of youth suicide prevention. In: Miranda R, Jeglic EL, editors. *Handbook of youth suicide prevention*. New York: Springer; 2023. [DOI:10.1007/978-3-030-82465-5_25]
- [10] Joiner T. *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press; 2005. [Link]
- [11] Sun FK, Long A, Wang LJ, Tsai CS, Li CJ, Chiang CY. Explaining the family-centred care of young people with depressive disorders and suicidal ideations: A grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*. 2025; 81(5):2558-71. [DOI:10.1111/jan.16489] [PMID]
- [12] Galyner I. *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. Oxford: Oxford University Press; 2023. [DOI:10.1093/med/9780197582718.001.0001]
- [13] Frey LM, Cerel J. Risk for suicide and the role of family: A narrative review. *Journal of Family Issues*. 2015; 36(6):716-36. [DOI:10.1177/0192513X13515885]
- [14] Rogers ML, Gorday JY, Joiner TE. Examination of characteristics of ruminative thinking as unique predictors of suicide-related outcomes. *Journal of Psychiatric Research*. 2021; 139:1-7. [DOI:10.1016/j.jpsychires.2021.05.001] [PMID]
- [15] Moradi MR, Salimi Bajestani H, Farahbakhsh K, Askari M, Borjali A. [Extracting a psychological model for the formation of suicidal ideation as social harm in students of University: A grounded theory study (Persian)]. *Social Psychology Research*. 2022; 11(44):23-46. [DOI:10.22034/spr.2022.297317.1667]
- [16] Soroori S. [The lived experience of women attempting suicide; Case study: Langrod city (Persian)]. Tehran: Allameh Tabatabaie University; 2019. [Link]
- [17] Zare Shahabadi A, Shafiee Nejad M, Madahi J. Suicidal behavior among women of Abadan: Motivations and conditions. *Woman in Development and Politics*. 2017; 15(3):427-46. [DOI:10.22059/jwdp.2017.229631.1007164]
- [18] Marcinkevičiūtė M, Vilutytė L, Gailienė D. Experience of pre-suicidal suffering: Insights from suicide attempt survivors. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2024; 19(1):2370894. [DOI:10.1080/17482631.2024.2370894] [PMID]
- [19] O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2018; 373(1754):20170268. [DOI:10.1098/rstb.2017.0268] [PMID]
- [20] Heesen K, Mérelle S, van den Brand I, Van Bergen D, Baden D, Slotema K, et al. The forever decision: A qualitative study among survivors of a suicide attempt. *EClinicalMedicine*. 2024; 69. [DOI:10.1016/j.eclim.2024.102449] [PMID]
- [21] Reid HE, Pratt D, Edge D, Wittkowski A. What makes a perinatal woman suicidal? A grounded theory study. *BMC psychiatry*. 2022; 22(1):386. [DOI:10.1186/s12888-022-04015-w] [PMID]
- [22] Assari S, Moghani Lankarani M, Caldwell CH. Discrimination increases suicidal ideation in black adolescents regardless of ethnicity and gender. *Behavioral Sciences*. 2017; 7(4):75. [DOI:10.3390/bs7040075] [PMID]
- [23] Nock MK, Jaroszewski AC, Deming CA, Glenn CR, Millner AJ, Knepley M, et al. Antecedents, reasons for, and consequences of suicide attempts: Results from a qualitative study of 89 suicide attempts among army soldiers. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*. 2025; 134(1):6-17. [DOI:10.1037/abn0000935] [PMID]
- [24] Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research*. 2016; 20(1):1-21. [DOI:10.1080/13811118.2015.1004494] [PMID]
- [25] Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 150(2):540-5. [DOI:10.1016/j.jad.2013.01.033] [PMID]
- [26] Johnson J, Gooding PA, Wood AM, Tarrier N. Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*. 2010; 48(3):179-86. [DOI:10.1016/j.brat.2009.10.007] [PMID]
- [27] Marshall P, Sansom K, Jagfeld G, Jones S, Lobban F. Caring for a friend or family member who has experienced suicidal behaviour: A systematic review and qualitative synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2023; 96(2):426-47. [DOI:10.1111/papt.12449] [PMID]
- [28] Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, Brewer JL, Mackinnon AJ, Beautrais A, et al. A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*. 2015; 27(2):501. [DOI:10.1037/pas0000053] [PMID]

- [29] Pollak OH, Sheehan AE, Walsh RFL, Stephenson AR, Zell H, Mayes J, et al. Assessment of suicidal thoughts and behaviors in adults: A systematic review of measure psychometric properties and implications for clinical and research utility. *Clinical Psychology Review*. 2024; 112:102464. [DOI:10.1016/j.cpr.2024.102464] [PMID]
- [30] Etemadi Z, Abbaspour S, Targari A, Bagian Koulemarzi MJ. The mediating role of depression and hopelessness in the relationship of psychological strain, rejection sensitivity, and defeat with suicide ideation in adolescents in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2023; 29(2):170-87. [DOI:10.32598/ijpcp.29.2.2950.2]
- [31] Hakim Shooshtari M, Khanipour H. [Comparison of Self-harm and Suicide Attempt in Adolescents: A Systematic Review (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014; 20(1):3-13. [Link]
- [32] Charmaz K. *Constructing grounded theory*. London: SAGE Publications; 2014. [Link]
- [33] Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Los Angeles: Sage Publications; 2014. [Link]
- [34] Yang B, Guan Q, Huang J, Wang Z. Peer victimization and non-suicidal self-injury among Chinese left-behind children: mediation by perceived discrimination and moderation by hardiness. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2023; 32(5):709-25. [DOI:10.1080/10926771.2022.2101408]