Journal of Research in Psychological Health
June 2018, Volume 12, Issue 1

Comparison of early parental death, ADHD, and precarious employment among adults with and without history of suicide attempt

Hanie Ghavami-Lahiji*1, Nader Hajloo2
1. (Corresponding Author): M.A in General Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Mohaghegh Ardabili University*
2. PhD in Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Educational sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University

Citation: Ghavami-Lahiji H, Hajloo N. Comparison of early parental death, ADHD, and precarious employment among adults with and without history of suicide attempt. Journal of Research in Psychological Health. 2018; 12 (1) :13-23.

Highlights

• Adults with history of suicide attempt had more precarious employments.

• Adults with history of suicide attempt are more suffered from ADHD than people without history of suicide attempt.

Abstract

The aim of this study was to compare early parental death, ADHD, and precarious employment among adults with and without history of suicide attempt. It was a case control study. Its statistical population included all the individuals with history of suicide attempt who referred to public section of I ranian hospitals in Gilan province. Among these patients, 30 adults with history of suicide attempt were chosen by census method and they were compared with 30 adults without the history of suicide attempt. For collecting data, Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) and a researcher made questionnaire were used. Data were analyzed by univariate variance test and Chi-square test. The results showed that people with history of suicide attempt, had more precarious employments and they were more suffered from ADHD than people without history of suicide attempt, but there was not any meaningful difference in the rate of early parental death between two groups. These findings showed that history of suicide attempt and ADHD are probably important risk factors in suicide attempt. So, treatment of this disorder and improvement of work status can reduce the suicide risk in future.

Keywords: Early parental death, Attention deficit/ hyperactivity disorder, Precarious employment, Suicide.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.1.3.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.1.15]

مقایسه‌ی مرگ زودهنگام والدین، سابقه‌ی ابتلا به اختلال بیش‌فعالی–کمبودتوجه و شغل مخاطره‌آمیز در بزرگسالان با و بدون سابقه‌ی تلاش برای خودکشی

هانیه قوامی لاهیجی*[1]، نادر حاجلو[2]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۱۵ تاریخ پذیرش:۱۳۹۷/۲/۲۸

یافته‌های اصلی

- بزرگسالان دارای سابقه‌ی خودکشی، بیشتر دارای مشاغل مخاطره‌آمیز هستند.
- بزرگسالان دارای سابقه خودکشی سابقه‌ی بیشتری در ابتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه دارند.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی مرگ زودهنگام والدین، سابقه‌ی ابتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه و شغل مخاطره‌آمیز در بزرگسالان با و بدون سابقه‌ی تلاش برای خودکشی بود. روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علّی‌مقایسه‌ای است و جامعه‌ی آماری آن را تمامی افراد دارای سابقه‌ی خودکشی که در بهار سال ۹۵ به بیمارستان‌های استان گیلان مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دهند. از میان این بیماران ۳۰ بیمار با سابقه‌ی خودکشی، به روش کل‌شماری انتخاب شده و با ۳۰ بیمار بدون سابقه خودکشی مورد مقایسه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس خودگزارشی اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی بزرگسالان آدلر و همکاران و پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته استفاده شده است. داده‌ها توسط آزمون‌های خی‌دو و تحلیل واریانس یک‌راهه تجزیه‌وتحلیل شدند. نتایج نشان داد که افراد دارای سابقه‌ی خودکشی، شغل مخاطره‌آمیز و سابقه‌ی ابتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه بیشتری دارند؛ اما بین دو گروه، در مرگ زودهنگام والدین تفاوت معناداری وجود نداشت با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که به‌احتمال‌زیاد سابقه‌ی ابتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه و داشتن شغل مخاطره‌آمیز، عامل خطر مهمی در اقدام به خودکشی است؛ بنابراین، درمان به‌موقع این اختلال و بهبود وضعیت شغلی افراد می‌تواند خطر اقدام به خودکشی را در افراد جامعه کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: مرگ زودهنگام والدین، اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه، شغل مخاطره‌آمیز، خودکشی

۱. (نویسندهٔ مسئول) کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران h.lahiji@yahoo.com
۲. دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.1.3.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.1.15]

مقدمه

امروزه یکی از مهم‌ترین علل مرگ در جهان «خودکشی» است. خودکشی و اقدام به خودکشی یک مسئله‌ی بهداشت عمومی است و رفتاری ضداجتماعی به شمار می‌رود. این پدیده یکی از معضلات روانی‌اجتماعی محسوب می‌شود که بزرگسالان به‌ویژه جوانان را بیشتر هدف قرار می‌دهد. اقدام به خودکشی علاوه بر فرد اقدام‌کننده، بر خانواده و اطرافیان وی نیز تأثیر گذاشته و فشارهای متعددی برای ایشان به همراه داشته و همچنین می‌تواند هزینه‌های متعددی را به اجتماع وارد آورد که شامل هزینه‌های درمانی فرد و خانواده‌ی وی است. اقدام به خودکشی عبارت است از عملی که در آن شخص، عمدی و بدون مداخله‌ی دیگران، رفتاری غیرعادی مثل خودآسیب‌زنی یا خوردن یک ماده به میزان بیشتر از مقدار تجویزشده برای درمان را انجام می‌دهد و هدف وی تحقق تغییرات مورد انتظار خود است (۱،۲). اقدام به خودکشی با هدف آسیب رساندن به خود به‌طور آگاهانه انجام می‌شود. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی[1] خودکشی سیزدهمین علت مرگ‌ومیر در جهان و سومین علت مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ سال است (۳)؛ همچنین، براساس گزارش سازمان پزشکی قانونی ایران، نرخ خودکشی در ایران ۵/۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر برای مردان و ۳/۱ در ۱۰۰۰۰۰ نفر برای زنان، با میانگین سنی ۲۹ سال است (۴). در ایران خودکشی از بیشتر کشورهای دنیا به‌ویژه جوامع غربی پایین‌تر، ولی از سایر کشورهای منطقه‌ی خاورمیانه بالاتر است. ایران از نظر رتبه‌ی جهانی خودکشی، در رتبه ۵۸ام قرار دارد (۵). اقدام به خودکشی از ۲ تا ۴ درصد و افکار خودکشی از ۷ تا ۴۳ درصد در کشور متغیر است (۶). پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از افزایش شیوع خودکشی برخی از استان‌های کشور نظیر استان گیلان در دو دهه‌ی اخیر است (۷)؛ لذا این روند رو به افزایش ایجاب می‌کند که عوامل سبب‌شناختی و آسیب‌شناختی این پدیده به‌طور گسترده مورد مطالعه و شناسایی قرار گیرد. سبب‌شناسی ایده‌پردازی و اقدام به خودکشی، پیچیده و چندعاملی است. عوامل روان‌شناختی و صفات شخصیتی، عوامل جمعیت‌شناختی و وضعیت اقتصادی‌اجتماعی نقش مهمی در ایده‌پردازی و اقدام به خودکشی دارند (۸).

تحقیقات درباره‌ی متغیرهای پیش‌بینی‌کننده و عوامل خطر خودکشی، غالباً از مدل آسیب‌پذیری نسبت به استرس برای تبیین ذهن خودکشی‌گرا بهره می‌برند (۹). یکی از عوامل مهمی که می‌تواند در اقدام به خودکشی نقش ایفا کند، عوامل تنش برانگیز هستند. تنش هایی که در اوایل زندگی به فرد وارد می‌شود نیز میتواند در بروز خودکشی موثر باشد. اگرچه عواملی که اخیراً شناخته شده‌اند بر خطر خودکشی تأثیر می‌گذارند (۱۰)، اما عوامل فشارزای ابتدای زندگی نیز عوامل خطر مهمی محسوب می‌شوند (۱۱). استرس همراه با مرگ ممکن است به اثر جسمانی یا شکاف عاطفی منجر شود یا منجر به تغییرات مستقیم روان‌شناختی شوند. کودکی دوره‌ی حساسی از رشد است و نظریه‌ی دلبستگی[2] پیش‌بینی می‌کند که مرگ یک والد (به‌ویژه مادر)، کودکی را که باور دارد والدینش زنده خواهند ماند، ویران می‌کند (۱۲). مرگ زودهنگام والدین، تجربه‌ی مرگ والدین در سنین اولیه است غم‌انگیز، مختل‌کننده و برگشت‌ناپذیر است و باعث ایجاد یک داغ‌دیدگی مداوم تا سنین بزرگسالی می‌شود (۱۲). مرگ والدین در کودکی یکی از استرسورهای مهم است که طی زمان، بر بهزیستی هیجانی، شناختی، اجتماعی و جسمانی فرد اثر منفی می‌گذارد (۱۳). در رابطه با ارتباط عامل استرس‌زای مرگ زودهنگام والدین و افزایش خطر اقدام به خودکشی، مشخص شده است یکی از استرسورهایی که به‌صورت بالقوه در خطر خودکشی و به‌طورکلی مرگ‌ومیر، دخیل است مرگ زودهنگام والدین است (۱۴،۱۵). مرگ زودهنگام والدین با خطر رو به افزایش خودکشی و مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی‌عروقی بعد از ۱۸سالگی همراه است (۱۶). مرگ والدین و سن فرزندان در هنگام مرگ آنان، با خطر بالای خودکشی و بستری در بیمارستان به دلیل اختلالات روانی خاص همراه است (۱۷)؛ همچنین پژوهش دیگری نشان داد که مرگ مادر در سنین اولیه، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد (۱۱).

شواهد نشان داده‌اند که ابتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه[3] (ADHD) نقش مهمی در خطر خودآزاری یا خودکشی بازی

1. World Health Organization

2. Attachment theory

3. Attention Deficit Hyperactivity disorder

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.1.3.2]

[DOI: 10.52547/rph.12.1.15]

می‌کند (۲۱،۱۸). افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه معمولاً تکانشی هستند و درنتیجه ممکن است طغیان‌های پرخاشگری تکانشی نشان دهند (۱۸). چنانچه مطالعات نشان دادند که تکانشگری و پرخاشگری جزء ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه است (۱۹،۱۸). از طرفی، تکانشگری و پرخاشگری به‌عنوان دو عامل اصلی در افرادی که سابقه‌ی اقدام به خودکشی داشته‌اند، به‌طور معناداری بیشتر از کسانی است که فاقد سابقه‌ی اقدام به خودکشی هستند (۲۳)؛ همچنین، تکانشگری/ پرخاشگری از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی افکار خودکشی هستند (۲۴،۲۳). نشانه‌های این اختلال در بزرگسالان در مقایسه با کودکان به شکل‌های متفاوتی پدیدار می‌شوند، بزرگسالان مبتلا به این اختلال کمتر احتمال دارد که بیش‌فعالی و تکانشگری را نشان دهند و به احتمال بیشتر همچنان نشانه‌های بی‌توجهی را خواهند داشت (۲۵). بزرگسالان مبتلا به ADHD در معرض خطر پیامدهای بسیار منفی ازجمله مشکلات سلامتی بیشتر، شکست‌های تحصیلی و مشکلات شغلی، عملکرد اجتماعی و شناختی ضعیف‌تر، رفتار جنایی و سوءمصرف الکل و مواد، مشکلات زناشویی و نرخ طلاق و جدایی بیشتر و رانندگی ناایمن قرار دارند (۲۶) که این عامل با خودکشی در ارتباط است (۷). علائم ADHD با خطر بالای خودکشی، شامل افکار مرگ و ایده‌پردازی خودکشی همراه است (۱۸). هم نشانه‌های بیش‌فعالی-تکانشگری و هم کمبودتوجه با حالت افسردگی، ایده‌پردازی خودکشی و تلاش برای خودکشی رابطه دارد (۱۹)؛ همچنین نتایج مطالعه‌ای نشان داد دانشجویان با نشانه‌های اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در مقایسه با دانشجویان بدون نشانگان این اختلال، به‌طور معنی‌داری رفتارهای پرخطر و افکار خودکشی را نشان می‌دهند (۲۷). به‌علاوه مطالعات نشان داده‌اند که در اوایل بزرگسالی، اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه، عمدتاً زمانی که با اختلالات خلقی، سلوک یا مصرف مواد هم‌زمان باشد، با خطر بیشتر اقدام به خودکشی ارتباط دارد (۲۲).

در دهه‌های اخیر اعتدال کمتر و انعطاف و پیچیدگی بیشتری در نظام شغلی دیده شده است، که به شرایط اشتغال مخاطره‌آمیز منجر می‌شود (۲۸). شغل مخاطره‌آمیز یعنی شغل غیراستاندارد، پاره‌وقت یا پیش‌بینی‌ناپذیر که موقت است و فرد در این نوع شغل ناتوان بوده و مزایای محدود و درآمد کمی دارد (۲۹). این شرایط شغلی آسیب‌هایی مانند پریشانی عاطفی، بیماری جسمی یا روانی و شرایط کاری پراسترس را به فرد تحمیل می‌کند که عوامل خطر رفتارهای خودتخریبی هستند (۱۱،۳۰) و این آسیب‌ها نیز، شاغلین دارای شغل مخاطره‌آمیز را بیشتر در معرض خطر خودکشی قرار می‌دهد (۳۰). اگرچه تحقیقات کمی بر تأثیر شغل مخاطره‌آمیز بر خودکشی متمرکز بوده است (۳۱)، بااین‌حال پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از آن هستند که خطر خودکشی بین افراد بیکار و کسانی که شغل تمام‌وقت ندارند، بالاست و افرادی که شغل مخاطره‌آمیز دارند بیشتر در معرض خودکشی بوده و آسیب‌پذیرترند (۳۳،۳۲). در این رابطه نتایج مطالعه‌ای نشان داده که داشتن مشاغل مخاطره‌آمیز یک عامل خطر برای خودکشی در جمعیت شاغل است (۳۴)؛ همچنین افزایش بیکاری با خطر خودکشی ارتباط مثبت و معناداری دارد (۳۵). در مطالعه‌ی دیگری نتایج نشان داد که مخاطره‌آمیز بودن شغل در ایالت‌های اروپای شرقی و آسیای شرقی با افزایش پیامدهای نامطلوب برای سلامتی و خطر اقدام به خودکشی همبستگی دارد (۳۶). افراد شاغل در شغل‌های مخاطره‌آمیز بیشتر در معرض خطر خودکشی هستند و در برابر آسیب‌های ناشی از محیط کار آسیب‌پذیرترند (۳۱). خطر خودکشی بین افراد بیکار و کسانی که شغل تمام‌وقت ندارند بالاست (۳۲).

شناسایی عوامل مرتبط با خودکشی یکی از راه‌های اقدام به پیشگیری از این پدیده است. عوامل متعدد روانی و اجتماعی می‌تواند منجر به افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و درنهایت خودکشی کامل و مرگ فرد گردد. علی‌رغم پژوهش‌های انجام‌شده، با توجه به روند رو به افزایش خودکشی، تاکنون بیشتر عوامل هسته‌ای و تأثیرگذار در این زمینه شناسایی نشده است؛ بنابراین شناخت این عوامل جهت جلوگیری از آسیب به فرد و خانواده‌ی وی و به‌طورکلی آسیب به اجتماع و کاهش هزینه‌های وارده از ضروریات پرداختن به این موضوع است؛ همچنین با توجه به جمعیت جوان کشور ما و پایین بودن میانگین سنی خودکشی، به نظر می‌رسد که پرداختن به این موضوع از ملزومات جامعه‌ی ایرانی باشد. با توجه به

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.1.3.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.1.15]

یافته‌های نظری و تجربی موجود، عواملی نظیر سابقه‌ی ابتلا به اختلالات روانی، آسیب‌های سنین اولیه در دوران کودکی و نوجوانی و شرایط شغلی، اجتماعی و اقتصادی نامطلوب می‌تواند زمینه‌ی افکار خودکشی یا اقدام به آن را فراهم کند؛ لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی مرگ زودهنگام والدین، سابقه‌ی ابتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه و شغل مخاطره‌آمیز در بزرگسالان با و بدون سابقه‌ی تلاش برای خودکشی بود.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع علّی- مقایسه‌ای است.

الف) جامعه و نمونه

جامعه‌ی آماری پژوهش، شامل همه‌ی افراد دارای سابقه‌ی اقدام به خودکشی بود که در سال ۱۳۹۵ به دلیل بیماری‌های عمومی به بخش اورژانس بیمارستان‌های استان گیلان مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها به دلیل تعداد کم بیماران دارای سابقه‌ی اقدام به خودکشی، ۳۰ نفر بیمار دارای سابقه‌ی خودکشی به روش کل‌شماری انتخاب و با ۳۰ بیمار بدون سابقه‌ی خودکشی که از میان بیماران همان بیمارستان‌ها با همتاسازی نسبی از نظر جنسیت، دامنه‌ی سنی، وضعیت تأهل و به روش در دسترس نمونه‌گیری شدند، مورد مقایسه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به نمونه عبارت بودند از: داشتن حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۰ سال سن، دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل، نداشتن اختلالات روانی حاد و نداشتن بیماری جسمانی حاد و مزمن، مانند نارسایی‌های شدید قلبی و سرطان.

ب) ابزار

۱- پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته: در این پرسشنامه سؤالاتی پیرامون مرگ زودهنگام والدین اعم از پدر و مادر، سابقه و وضعیت شغلی و میزان درآمد، از افراد پرسیده می‌شود. این سؤالات در قالب ده ماده توسط پژوهشگر طراحی شده است.

۲- مقیاس خودگزارشی اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی بزرگسالان[1] (ASRS): این مقیاس با همکاری سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۳ تهیه شده است (۳۷). این مقیاس شامل ۱۸ ماده است که براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV تهیه شده و در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای درجه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه دو بعد دارد. ۹ ماده‌ی اول آن برای سنجش مشکلات نارسایی توجه و ۹ ماده‌ی دیگر برای سنجش فزون‌کنشی/ تکانشگری تهیه شده است. ضریب اعتبار درونی این مقیاس در دامنه‌ی ۰/۶۳ تا ۰/۷۲ و اعتبار به روش بازآزمایی در دامنه‌ی ۰/۵۸ تا ۰/۷۷ برآورد شد. روایی ملاکی هم‌زمان این مقیاس با خرده‌مقیاس مشکلات ADHD فرم خودگزارشی آخنباخ[2] در پژوهشی ۰/۷۴ به دست آمد (۳۸).

ج) روش اجرای پژوهش

به منظور گردآوری اطلاعات بعد از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه محقق اردبیلی مبنی بر اجرای پژوهش حاضر و ارائه‌ی آن به ستاد علوم پزشکی استان گیلان و انجام مکاتبات لازم، مجوز حضور در بیمارستان‌ها دریافت و اقدام به انتخاب نمونه‌ی آماری شد. بعد از انتخاب نمونه‌ی آماری و کسب رضایت‌نامه‌ی کتبی از آنان و اطمینان دادن از محرمانه بودن اطلاعات پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آنان قرار گرفت تا تکمیل نمایند. تکمیل پرسشنامه‌ها به‌صورت انفرادی و با حضور پژوهشگر صورت گرفت. درنهایت پرسشنامه‌ها بعد از تکمیل، گردآوری و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های آماری خی‌دو و تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-18 تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ نفر بیمار با سابقه‌ی اقدام به خودکشی با میانگین و انحراف معیار سنی ۲۸/۵۹±۶/۰۸ شرکت کرده بودند. اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌ی مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

1. ADHD Self-Report Scale

2. Achenbach

* شغل مخاطره‌آمیز یعنی شغل غیراستاندارد، پاره‌وقت یا پیش‌بینی‌ناپذیر که موقت است و فرد مزایای محدود و درآمد کمی دارد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.1.3.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.1.15]

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ی مورد مطالعه به تفکیک دو گروه

متغیر		گروه با سابقه‌ی خودکشی		گروه بدون سابقه‌ی خودکشی		خی‌دو	P
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
جنسیت	مرد	۱۸	۶۰	۱۹	۶۳/۳۳	۱/۱۰	۰/۶۱۷
	زن	۱۲	۴۰	۱۱	۳۶/۶۴		
وضعیت تأهل	متأهل	۱۷	۵۶/۶۴	۱۷	۵۶/۶۴	۱/۰۱	۰/۶۴۳
	مجرد	۱۳	۴۳/۳۳	۱۳	۴۳/۳۳		
تحصیلات	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱	۳/۳۳	۹	۳۰	۳/۵۶	۰/۰۳۸
	کارشناسی	۱۳	۴۳/۳۳	۱۲	۴۰		
	کاردانی	۰	۰	۱	۳/۳۳		
	دیپلم	۷	۲۳/۳۳	۶	۲۰		
	زیردیپلم	۹	۳۰	۲	۶/۷۷		
سابقه‌ی مصرف مواد	دارد	۷	۲۳/۳۳	۵	۱۶/۶۷	۲/۲۹	۰/۵۲۵
	ندارد	۲۳	۷۷/۶۷	۲۵	۸۳/۳۳		
سابقه‌ی زندانی بودن	دارد	۳	۱۰	۱	۳/۳۳	۲/۳۰	۰/۵۱۳
	ندارد	۲۷	۹۰	۲۹	۹۶/۶۷		

جدول ۱ فراوانی و درصد ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران را به تفکیک دو گروه با و بدون سابقه‌ی خودکشی نشان می‌دهد؛ همچنین نتایج آزمون خی‌دو حاکی از نبودِ تفاوت بین دو گروه در وضعیت تأهل و جنسیت، سابقه‌ی مصرف مواد و سابقه‌ی زندانی شدن (P>۰/۰۵) است؛ اما تفاوت معناداری در تحصیلات در گروه است (P<۰/۰۵).

جدول ۲. فراوانی و درصد متغیرها به تفکیک دو گروه

متغیر	سطوح	گروه دارای سابقه‌ی خودکشی		گروه بدون سابقه‌ی خودکشی		خی‌دو	P
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
مرگ زودهنگام والدین	والدین زنده	۲۳	۷۵/۹	۲۷	۹۰	۳/۱۶	۰/۲۰۶
	مرگ والد/ والدین قبل از ۱۸ سالگی	۵	۱۷/۲	۱	۳/۳		
	مرگ والد/ والدین بعد از ۱۸ سالگی	۲	۶/۹	۲	۶/۷		
شغل مخاطره‌آمیز	شغل مخاطره‌آمیز/ بیکار	۲۵	۸۲/۸	۱۸	۶۰	۵/۱۲	۰/۰۲۴
	شغل غیرمخاطره‌آمیز	۵	۱۷/۲	۱۲	۴۰		

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که افراد گروه‌های با و بدون سابقه‌ی اقدام به خودکشی در مرگ زودهنگام والدین با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند (P>۰/۰۵)؛ اما بین این دو گروه در داشتن شغل مخاطره‌آمیز تفاوت معناداری (P<۰/۰۵) وجود دارد. قبل از اجرای آزمون مانوا پیش‌فرض‌های آزمون باکس (P=۶/۰۰۶، F=۲/۹۹۷، BOX=۲۰/۸۸۵) و آزمون معناداری واریانس چندمتغیری (P=۰/۰۳۶، F=۳/۲۵۷، ۰/۲۵۹= لامبدا ویلکز) بررسی و مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه‌ی نارسایی توجه، فزون‌کنشی در دو گروه با و بدون سابقه‌ی خودکشی

متغیر	با سابقه‌ی خودکشی		بدون سابقه‌ی خودکشی		درجه‌ی آزادی	مجموع مجذورات	F	P
	M	SD	M	SD				
نارسایی توجه	۲۹/۲	۸/۵۳	۲۳	۳/۸۱	۱	۱۷۰۳/۲۰	۳/۲۴	۰/۰۰۱
فزون‌کنشی	۲۵/۴۵	۵/۷۸	۲۴/۹	۶/۰۱	۱	۱۰۳۷/۵۷	۲/۱۸	۰/۰۲۲
نارسایی توجه/ فزون‌کنشی	۵۷/۷۶	۱۳/۰۸	۴۸/۱۴	۷/۳۷	۱	۴۰۹۲/۹۷	۲/۵۷	۰/۰۰۹

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.1.3.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.1.15]

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه در متغیرهای نارسایی توجه، فزون‌کنشی و نارسایی توجه/ فزون‌کنشی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰۵/)، و گروه دارای سابقه‌ی اقدام به خودکشی، نارسایی‌توجه، فزون‌کنشی و نارسایی‌توجه/ فزون‌کنشی بیشتری از افراد بدون سابقه‌ی اقدام به خودکشی دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی مرگ زودهنگام والدین، سابقه‌ی ابتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه و شغل مخاطره‌آمیز در دو گروه بزرگسالان با و بدون سابقه‌ی تلاش برای خودکشی بود. اولین یافته‌ی پژوهش نشان داد که افراد دارای سابقه‌ی تلاش برای خودکشی، نمرات بالاتری در اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه دارند و بین دو گروه ازلحاظ این متغیر تفاوتی معنادار وجود دارد. این یافته با یافته‌های مطالعات (۴۰،۳۹) مبنی بر اینکه بیماران دارای این اختلال و افراد دارای علائم و نشانه‌های ADHD نسبت به افراد دیگر، به‌طور معناداری خطر و نرخ بالاتری برای ایده‌پردازی خودکشی و اقدام به خودکشی نشان می‌دهند، همخوان است. یافته‌های پیشین نشان داده است دانشجویان با نشانه‌های اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در مقایسه با دانشجویان بدون این اختلال، به‌طور معنی‌داری رفتارهای پرخطر و افکار خودکشی را نشان می‌دهند (۲۷). نداشتن بازداری مناسب و سطح فعالیت بیشتر همراه با ناتوانی در توجه به جنبه‌های مختلف یک رویداد که ویژگی‌های اصلی افراد و دانشجویان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه است، باعث می‌گردد این افراد بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر در مقایسه با سایر افراد و دانشجویان عادی باشند (۴۱). می‌توان گفت که تکانشگری، که از ویژگی‌های هسته‌ای افراد دارای بیش‌فعالی-کمبودتوجه است، از پیش‌بینی‌کننده قوی افکار خودکشی است (۲۳)؛ همچنین، افراد تکانشگر تمایل بیشتری به تجربه‌ی رویدادهای تحریک‌کننده و دردناک دارند و این وضعیت منجر به خوگیری آن‌ها به ترس و درد شده و درنهایت موجب ایجاد ظرفیت برای درگیر شدن در رفتارهای خودکشی‌گرایانه می‌شود (۲۴). از طرفی، افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه معمولاً تکانشی هستند و در نتیجه ممکن است طغیان‌های پرخاشگری تکانشی نشان دهند (۲۲) که این پرخاشگری‌های لجام گسیخته و خارج از کنترل ممکن است منجر به رفتارهای خودآسیب‌رسان، مانند اقدام به خودکشی شوند.

بنابر یافته‌های پژوهش‌های اخیر و یافته‌های پژوهش حاضر به نظر می‌رسد که ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه مانند ناتوانی در توجه به تمام جنبه‌های رویدادهای دردناک، نداشتن بازداری مناسب در هنگام مواجهه با این رویدادها، سطح فعالیت بالا، تکانشگری و پرخاشگری خارج از کنترل و تمایل به تجربه‌ی رویدادهای تحریک‌کننده می‌تواند زمینه‌ساز ارتکاب به رفتارهای پرخطر و آسیب‌رسان نظیر خودجرحی، خودکشی و اقدام به آن باشد. در تبیین بالا بودن افکار خودکشی در بزرگسالان دارای نشانگان بیش‌فعالی-کمبودتوجه می‌توان گفت که ادبیات پژوهشی حاکی از ارتباط اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه با خطر بالای اختلال درونی‌سازی (چون افسردگی) و حتی الگوهای رفتاری خودآسیبی است (۲۱). در مطالعات مروری ارتباط بین این اختلال و شکل‌های متفاوت رفتار خودکشی اختلالات همبودی چون اختلالات خلقی نقش میانجی مهمی در این ارتباط ایفا می‌کنند. از سوی دیگر مطالعات، حاکی از رابطه بین افسردگی و رفتار خودکشی است (۴۲)؛ همچنین افراد بزرگسال مبتلا به بیش‌فعالی-کمبودتوجه بی‌ثباتی خلقی و مشکلات در تنظیم هیجان دارند؛ لذا به نظر می‌رسد همبودی اختلالات خلقی، همچون افسردگی، یکی از دلایل اصلی بالا بودن افکار خودکشی در بزرگسالان دارای بیش‌فعالی-کمبود توجه باشد (۴۳)؛ همچنین در تبیین رابطه بین افراد دارای نشانگان بیش‌فعالی-کمبودتوجه با افکار خودکشی، مطالعات بسیاری تأکید کرده‌اند که افراد بزرگسالِ دارای این نشانگان از کیفیت پایین زندگی و رضایت از زندگی پایینی برخوردارند (۴۴). این شواهد ممکن است دلیلی بر رفتار خودکشی افراد باشد.

دومین یافته‌ی پژوهش حاضر نشان داد که افراد دارای سابقه‌ی اقدام خودکشی، بیشتر دارای وضعیت شغلی مخاطره‌آمیز هستند و نرخ بیکاری در آنها بالاتر است. این یافته با یافته‌های مبتنی بر اینکه خطر خودکشی بین افراد

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.1.3.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.1.15]

بیکار و دارای شغل‌های مخاطره‌آمیز بالاست، همخوان است (۳۵-۳۱)؛ همچنین اکثر مردان اقدام‌کننده به خودکشی در گروه کارگران با کار موقت یا افراد بیکار و زنان، در گروه زنان خانه‌دار قرار دارند (۵). وضعیت نامناسب اشتغال، به‌عنوان عاملی در بروز ایده‌پردازی خودکشی در پژوهش های پیشین نیز اشاره شده است (۴۵). در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد بیکار و کسانی که در مشاغل مخاطره‌آمیز مشغول به کار هستند، به‌دلیل ماهیت متغیر و ناایمن شغل خود و همچنین بی‌ثباتی در درآمد و وضعیت شغلی‌شان، عدم امنیت و نارضایتی شغلی، استرس بالایی را تجربه می‌کنند که منجر به کاهش کیفیت زندگی و ثبات مالی و خانوادگی در آن‌ها می‌شود که این عوامل نیز می‌توانند به از پای درآمدن فرد و درنتیجه اقدام به خودکشی وی دامن بزنند. از سویی، افرادی که مشاغل مخاطره‌آمیز دارند ازلحاظ جایگاه اجتماعی‌اقتصادی وضعیت پایین و نامطلوبی نسبت به اکثریت افراد جامعه داشته (۳۱) و هویت شغلی منسجمی ندارند؛ لذا مشکلات این افراد در زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی که حاصل وضعیت شغلی آن‌هاست ممکن است فشارهای روانی متعددی به این افراد وارد کند و آن‌ها را با نگرانی‌ها و تنش‌های بی‌شماری به‌صورت روزمره روبه‌رو سازد که زمینه‌ساز بروز اختلالاتی در سلامت روان فرد گردد. همان‌طور که می‌دانیم طبق تحقیقات موجود، وجود اختلالات روانی عامل خطر مهمی برای ایده‌پردازی و اقدام به خودکشی است و حدود ۹۰درصد از افرادی که خودکشی می‌کنند، از نوعی اختلال روانی رنج می‌برند (۸)؛ بنابراین مشاغل مخاطره‌آمیز می‌توانند نقش عوامل تسریع‌کننده و ماشه‌چکان را در اقدام به خودکشی ایفا کنند. لازم به ذکر است که با توجه به جمعیت جوان و نیروی آماده‌به‌کار در کشور ما این مسئله اهمیتی دوچندان پیدا می‌کند. مطالعات نشان می‌دهند که مشکلات مربوط به محیط کار اعم از استرس، شرایط روان‌شناختی شغل، خطرات شغلی، و تورم منجر به افزایش گرایش به خودکشی در کارکنان می‌شوند و البته در شرایط کاری بحرانی، احتمال اقدام به رفتارهای آسیب‌رسان بیشتر می‌شود (۳۰،۳۱). ماهیت شغل مخاطره‌آمیز به‌گونه‌ای است که فشارهای روانی شدید به افراد وارد می‌سازد. مطابق دیدگاه بوم‌شناختی درزمینه‌ی رفتارهای خودآسیب‌رسان، می‌توان گفت که استرس منجر به ناتوانی در مقابله با شرایط و خواسته‌های شغلی شده، تقابل و تعامل با همکاران و نیازهای شغلی را مختل نموده و بنابراین کفایت فرد برای حل مسائل و مشکلات شغلی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که در این شرایط فرد توانایی تصمیم‌گیری را از دست داده و بر راهبردهای هیجانی تکیه می‌کند که یکی از این راهبردها، آسیب‌رسانی به خود است؛ به‌عبارتی‌دیگر افرادی که اقدام به خودآسیب‌رسانی می‌کنند بیشتر مشکل انطباق داشته و نمی‌توانند خود را با محیط کاری، سازگار سازند (۴۶).

سومین یافته‌ی پژوهش حاضر این است که بین دو گروه با و بدون سابقه تلاش برای خودکشی در متغیر مرگ زودهنگام والد/ والدین تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با یافته‌های مطالعات (۱۷-۱۴) مبنی بر اینکه مرگ زودهنگام والدین با افزایش خطر خودکشی همراه است، ناهمخوان است. در تبیین این ناهمخوانی می‌توان به تفاوت در نمونه‌های پژوهش‌های پیشین و پژوهش حاضر اشاره کرد؛ به‌عنوان‌مثال نمونه‌ی پژوهش ویلکاکس و همکاران را کودکان و والدین آن‌ها تشکیل می‌داد، درحالی‌که نمونه‌ی پژوهش حاضر متشکل از بزرگسالان بود (۱۷)؛ علاوه‌براین با توجه به درصد بالاتر کسانی که مرگ والد/ والدین را تجربه کرده‌اند در گروه اقدام‌کنندگان به خودکشی، می‌توان محدودیت تعداد افراد نمونه را نیز علت عدم مشاهده‌ی تفاوت در متغیر مرگ زودهنگام والدین در میان دو گروه دانست؛ همچنین می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی موجود در جوامع مختلف نیز اشاره کرد. فرهنگ ایرانی بیشتر یک فرهنگ جمع‌گراست که خانواده در آن از اهمیت بالایی برخوردار است و حمایت بیشتری از کودکان می‌شود؛ بنابراین، وقتی کودک با سوگ یکی از والدین مواجه می‌شود سایر اعضای خانواده سعی در پر کردن این خلأ کرده و حمایت‌های روانی‌اجتماعی بیشتری از کودک به عمل می‌آورند. بااین‌حال مرگ زودهنگام والدین تأثیرات مخربی دارد که مطالعات پیشین آن را روشن ساخته و نقش آن را در افزایش خطر خودکشی فرد نشان داده‌اند (۱۴،۱۶). همچنین، غم و اندوه پس از مرگ پدر و مادر ممکن است شدید باشد و از طریق مکانیسم‌های حاد یا مزمن بر سلامتی تأثیر بگذارد. اگر غم و اندوه ناشی از شوک شدید باشد، بازمانده احتمال دارد دچار

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.1.3.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.1.15]

سندرم قلب شکسته[1] شود، که ممکن است باعث واکنش‌های حاد گردد (۴۷). درنهایت، تجربیات فقدان در کودکی، عواقب فوری و همچنین طولانی‌مدت و شدیدی مانند خطر ابتلا به آسیب روانی در بزرگسالی را در پی دارد. افسردگی در مورد کسانی که سختی و مصیبت دوران کودکی را تحمل می‌کنند، زودتر شروع و منجر به آسیب‌های روانی مکرر، مانند خودکشی می‌شود (۴۸).

با توجه به اینکه هیچ پژوهشی خالی از محدودیت نیست، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته برای بررسی وضعیت شغلی و سابقه‌ی اقدام به خودکشی بود که به دلیل نبود ابزارهای استانداردشده در این زمینه به کار برده شد؛ همچنین برای سنجش بیش‌فعالی-کمبودتوجه نیز از پرسشنامه استفاده شد که امکان سوگیری در پاسخ را به آزمودنی می‌دهد؛ لذا، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی در کنار استفاده از پرسشنامه، از ابزارهای دیگری مانند مصاحبه‌ی ساخت‌دار نیز استفاده شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش جاری، محدود بودن تعداد نمونه و عدم بررسی دلایل اقدام به خودکشی و روش خودکشی و عدم بررسی گذشته پزشکی افراد دارای نشانه های ADHD بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این محدودیت‌ها نیز برطرف شوده و نمونه‌ی همگن‌تری، با توجه به دلیل اقدام به خودکشی و روش آن، انتخاب شود.

درنهایت با توجه به نقش و اهمیت داشتن مشاغل مخاطره‌آمیز و سابقه‌ی اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه در اقدام به خودکشی، پیشنهاد می‌شود که افراد دارای مشاغل مخاطره‌آمیز، دوره‌های مهارت‌های مقابله با بحران و استرس و مهارت‌های زندگی را برای کسب مهارت‌های لازم با چالش‌های شغلی و زندگی روزمره، پشت سر بگذارند؛ همچنین داشتن گروه‌های همیاری نیز که این افراد بتوانند چالش و مخاطرات شغلی روزمره را با سایرین در میان بگذارند می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی این افراد مؤثر واقع شود و در آخر مداخله‌ی بهنگام و درمان مؤثر و کارآمد اختلال بیش‌فعالی-کمبودتوجه می‌تواند با بهبود وضعیت شناختی و تکانشی این افراد، خطر اقدام به خودکشی را در آن‌ها کاهش دهد.

1. Broken heart syndrome

منابع

1. Ghoreishi SA, Mousavinasab N. Systematic review of researches on suiside and suiside attempt in Iran. Iranian J Psychiatry Clin. Psychol . 2008; 14(2): 115-121 [persian].
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of psuchiatr: Behavorial sciences/ clinical psychiatry. 11th ed. Tehran: Arjmand publication; 2015.
3. Trivedi J, Varma S. Suicidal Behavior Assessment of people at-risk. SAGE Publications. 2010; 42-65.
4. Gharadaghi S, Shirzad S. Surveying the methods and cuases of suicide deaths submitted to the legal medicine organization of Iran in the first six months of 2004. Int J Legal Med . 2007; 13(3): 163-170 [persian].
5. Moradi A, Moradi R, Mostafavi E. A survey of rate and effective factors on suicide in Bahar. Journal of research in behavioral sciences. 2011; 10(1): 50-58[persian].
6. Bakhtar M, Rezaeian M, Suicide is a very important issue and because the students are active members of society, suicide behaviors among them are more important. J Rafsanjan Univ Med Sci . 2017; 11:1061-1076 [persian].
7. Monsef Kasmaie V, Asadi P, Maleki Ziabari S. A Demographic Study of Suicide Methods in the Patients Aided by Emergency Paramedics Guilan. J guilan uni med sci. 2013; 22 (87) :31-37
8. Li Y, Cao J. Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. BMC public health. 2012; 12(524).
9. Modarese Sabzevari S, Nouri Ghasemabadi R. The role of rumination subtypes,
10. hopelessness and depression in the prediction of suicidal ideations in college students. Journal of research in psychological health. 2016; 9(4): 27-37[persian].
11. Denney JT, Rogers RG, Krueger PM, Wadsworth T. Adult suicide mortality in the United States: marital status, family size, socioeconomic status, and differences by sex. Soc. Sci. Q. 2009; 90(5): 1167-1185.
12. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Mortensen PB, Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. Psychol. Med. 2009; 37: 1131-1140.
13. Stikkelbroek Y, Prinzie P, Graaf RD, Have MT, Cuijpers P. Parental death during childhood and psychopathology in adulthood. Psychiatry Res . 2012; 198: 516-520.
14. Norton MC, Smith KR, Ostbye T, Tschanz J T, Schwartz S, Corcoran C, Breitner J C, Steffens D C, Skoog I, Rabins P V, Welsh-Bohmer K A. Early parental death and remarriage of widowed parents as risk

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.1.3.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.1.15]

factors for Alzheimer disease: the Cache County study. Am. J Geriatr. Psychiatry. 2011; 19 (9): 814-824.
15. Niederkrotenthaler T, Floderus B, Alexanderson K, Rasmussen F, Mittendorfer-Rutz E. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. J Epidemiol Community Health . 2012; 66(3): 233-239.
16. Smith KR, Mineau GP, Garibotti G, Kerber R. Effects of childhood and middle-adulthood family conditions on later-life mortality: evidence from the Utah population Database, 1850-2002. Soc. J Sci. Med. 2009; 68(9): 1649-1658.
17. Hollingshaus MS, Smith KR. Life and death in the family: Early parental death, parental remarriage, and offspring suicide risk in adulthood. Social Science & Medicine. 2015; 131: 181-189.
18. Wilcox HC, Kuramoto SJ, Lichtenstein P, Langström N, Brent DA, Runeson B. Psychiatric Morbidity, Violent Crime, and Suicide Among Children and Adolescents Exposed to Parental Death. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry . 2010; 49(5): 514-523.
19. Balazs J, Kereszteny A. Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicide: A systematic review. World J Psychiatry . 2017; 7(1): 44-59.
20. Patros CH. Symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) moderate suicidal behaviors in college students with depressed mood. J Soc Clin Psychol . 2013; 69(9): 980–993.
21. Taylor MR, Boden JM, Rucklidge JJ. The relationship between ADHD symptom atology and self-harm, suicidal ideation, and suicidalbehaviours inadults: Apilotstudy. Attention Deficitand Hyperactivity Disorders. 2014; 6(4), 303-312.
22. Chronis-Tuscano A, Molina BS, Pelham WE, Applegate B, Dahlke A, Overmyer M, Lahey BB. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. Arch. Gen. Psychiatry . 2010; 67: 1044-1051.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Tehran: Ravan Publication; 2013.
24. Maloney E, Degenhardt L, Nelson EC. Impulcivity and Borderline personality as risk factors for suicide attempts among opioid-dependant individuals. Psychiatry Res . 2009; 169(1): 16-21.
25. Bender TW, Gordon KH, Bresin K, Joiner TE. Impulsivity and suicidality: the mediating role of painful and provocative experiences. J Affect Disord . 2011; 129(1-3): 301-307.
26. Gross R. Psychology: The Science of Mind and Behaviour 7th Edition. Hodder Education 2015.
27. parhizkar N, Mashhadi A, Salehi Fadardi J, Fayazi Bordbar M. The effectiveness of cognitive-bahavioral group therapy on improving executive performance in people with attention dificit/hyperactivity disorder. Journal of research in psychological health. 2013; 7(3): 55-65.
28. Ferdowsi S, Shiri I, Shlani B, Sadeghi S. Comparative Comparison of Risky Behaviors and Suicidal Thoughts in Students with and without Obsessive-Peri-Disorders Disorder Symptoms. Daneshvar Medical University.2017; 131 [persian].
29. Benach J, Benavides FG, Platt S, Diez-Roux A, Muntaner C. The health-damaging potential of new types of flexible employment: a challenge for public health researchers. Am J Public Health . 2000; 90(8):1316-1317.
30. Benavides FG, Benach J, Muntaner C, Delclos GL, Catot N, Amable M. Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms? Int J Occup Environ Med . 2006; 63: 416-421.
31. Schneider B, Grebner K, Schnabel A, Hampel H, Georgi K, Seidler A. Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case–control psychological autopsy study. Psychiatry Res . 2011; 190: 265-270.
32. Min KB, Park SG, Hwang SH, Min JY. Precarious employment and the risk of suicidal ideation and suicide attempts. J Prev Med . 2014; 71: 72-76.
33. Maki N, Martikainen P. A register-based study on excess suicide mortality among unemployed men and women during different levels of unemployment in Finland.J. Epidemiol J Epidemiol Community Health. 2012; 66: 302-307.
34. Roberts SE, Jaremin B, Lloyd K. High-risk occupations for suicide. J Psychol Med . 2013; 43(6): 1231-1240.
35. Milner A, Witt K, MaheenH, LaMontagne AD. Access to means of suicide, occupation and the risk of suicide: a national study over 12 years of coronial data. BMC Psychiatry. 2017 17:125.
36. Kim C, Cho Y. Does Unstable Employment Have an Association with Suicide Rates among the Young?. International J Environ Res Public Health . 12 February 2017.
37. Kim I, Muntaner C, Khang Y, Domyung P, Cho S. The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. J SOC SCI MED . 2006; 63(3): 566-574.
38. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry . 2006; 163:716-723.
39. Mashhadi A, Hamzeloo M, Bafandeh H. The role of ADHD symptoms, sensation seeking and emotion-

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.1.3.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.1.15]

al-behavioral problems in predicting substance abuse in juvenile delinquents. Applied psychological research quarterly. 2011; 2(4): 45-60
40. Chou WJ, Liu TL, Hu HF, Yen CF. Suicidality and its relationships with individual, family, peer, and psychopathology factors among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Res Dev Disabil . 2016 ; 53–54: 86-94.
41. Stickly A, Koyanagi A, Ruchkin V, Kamio Y. Attention dificit/hyperactivity symptom and suicide ideation and attempts: Findings from the adult psychiatric morbidity survey 2007. J Affect Disord . 2015; 189: 321-328.
42. Midoraghi F, Mashhadi A, Salehi Fadardi J, Rasoulzadeh Tabatabaei. The comparison of high-risk behaviors in sufferers and non-sufferers of attention-dificit/ hyperactivity disorders (ADHD). J Pediatr Health Care . 2017; 19(1): 39-49.
43. Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, Huggins SP, Montenegro-Nevado AJ, Schrodek E, et al. Prospective follow-up of girls with attentiondeficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. J Consult Clin Psychol . 2012;80(6):1041.
44. Goel R, Agarwal A, Shabbir A, So JBY, Pasupathy S, Wong A, et al. Bariatric surgery in Singapore from 2005 to 2009. Asian J Surg . 2013;36(1):36–9
45. Lensing MB, Zeiner P, Sandvik L, Opjordsmoen S. Quality of life in adults aged 50+ with ADHD. J Atten Disord . 2015;19(5):405–13.
46. Rahimian Boogar I, Alavi K, Esfahani M. The psychological, demographical and socio-economic factors related with suicidal ideation among general population of semnan city in 1391. Arak medical university journal. 2014; 17(82): 25-38.
47. Ali Nia Kh, Imani M, Taqwa A, Kazemi MR.The role of job and individual variables in the self-injury and self-harm of military personnel. Avicenna Scientific-Research Papers. Department of Health, Nursing and Midwifery.2015; 7 (2): 52- 63[persian].
48. Rostila M, Saarela JM. Time does not heal all wounds: mortality following the death of a parent. J Marriage Fam . 2011; 73(1): 236-249.
49. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. Arch Gen Psychiatry . 2007; 64: 49-56.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.1.3.2]
[DOI: 10.52547/rph.12.1.15]