REVIEW ARTICLE

An Overview of the Social Health Problems in Iran and Solutions

Yunes Panahi[1]
Maryam Sadat Mirinezhad[2]
Ali Aminifard[3]
Fatemeh Beiraghdar[4]
Sajad Sahab-Negah[5]

[1] Professor, Pharmacotherapy Department, Faculty of Pharmacy, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] PhD Student, Medical Engineering/Biomaterials, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran
[3] MSc Graduate Student, Genetic, Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences Branch, Tehran, Iran
[4] Associate Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, I. R. of Iran
[5] Associate Professor, Neuroscience Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad 9177948959, Iran

(Received June 10, 2024; Accepted August 14, 2024)

Abstract

A healthy and vibrant society depends on the presence of citizens with a positive and motivated spirit. Achieving such a society requires that social well-being be realized as a form of mental, individual, and social health in today's communities. Given the novelty of the concept of social well-being, there is yet to be full consensus among researchers on its dimensions and indicators. The widespread interest in social well-being in Iran and globally stems from its conceptual attractiveness as it can delineate prevailing social conditions and serve as a valuable analytical tool for scholars and policymakers in this field. Disorders in social health, such as anxiety, depression, addiction, divorce, and suicide, are crucial issues in contemporary society that warrant extensive study. By investigating their causes and consequences, strategies can be proposed for their prevention and reduction. This study begins with defining the key concepts of social health and the abnormalities resulting from disorders within it. It proceeds to provide statistical insights into these disorders worldwide and in Iran, utilizing keywords such as social health, social disorders, depression, anxiety, addiction, divorce, and suicide, as found in recently published books and articles. The components and indicators of social problems are reviewed, and solutions are proposed for the prevention and mitigation of each social disorder.

Research findings indicate that among mortality and disability factors in Iran, depression ranks 4th and anxiety 7th and there is a close relationship between the occurrence of depression, stress, and anxiety in individuals. Globally, 2% of the population suffers from substance use disorders, and the daily smoking rate in Iran is estimated at 10.7%. Moreover, the divorce rate in Iran is reported at 14%, with the highest rates in Alborz, Mazandaran, Semnan, Tehran, and Markazi provinces. Suicide rates in Iran show Ilam, Hamadan, and Kermanshah provinces as having the highest rates. Ilam province is one of the most dangerous regions in Iran, where 28.94 deaths occur due to suicide in every hundred thousand cases. The results indicate significant overlap among these social harms in many aspects, where the occurrence of one can pave the way for another. Thus, preventing social problems such as anxiety and depression can effectively contribute to preventing other social issues such as addiction, divorce, and suicide, thereby enhancing social Health. Therefore, conducting national surveys in this area and making evidence-based decisions can substantially aid in preventing social harm.

Keywords: social health, anxiety and depression, addiction, divorce, suicide

J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 34 (235): 159-180 (Persian).

Corresponding Authors: Sajad Sahab-Negah- Neuroscience Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad 9177948959, Iran**. (**E-mail: sahabnegahs@mums.ac.ir) and **Fatemeh Beiraghdar-** Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran (E-mail: rada.beiraghdar@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

مجلـــه دانـشـــگاه عـلـــوم پـزشـکـــی مـــازنـــدران
دوره سی و چهارم شماره ۲۳۵ مرداد سال ۱۴۰۳ (۱۸۰-۱۵۹)

مروری بر آسیب های سلامت اجتماعی در ایران و راهکارها

یونس پناهی[۱]
مریم سادات میری نژاد[۲]
علی امینی فرد[۳]
فاطمه بیرقدار[۴]
سجاد سحاب نگاه[۵]

چکیده

جامعه سالم و شاداب وابسته به حضور شهروندانی با روحیه‌ای شاد و با انگیزه بالا می‌باشد که به منظور نائل شدن به آن می‌بایست سلامت اجتماعی به عنوان نوعی بهداشت روانی، فردی و جمعی در جامعه امروزی تحقق یابد. با توجه به جدید بودن مفهوم سلامت اجتماعی، هنوز اجماع کاملی بر ابعاد و شاخص‌های آن در میان محققان به وجود نیامده است. از دلایل اقبال زیاد به سلامت اجتماعی در ایران و جهان در کنار جذابیت مفهومی این است که می‌تواند شمائی کلی از شرایط اجتماعی حاکم بر جامعه را ترسیم کرده و شاخص و ابزار تحلیلی خوبی برای اندیشمندان این حوزه و سیاست‌گذاران آن باشد. اختلال در سلامت اجتماعی و بروز ناهنجاری‌هایی از قبیل اضطراب و افسردگی، اعتیاد، طلاق و خودکشی از مسائل بسیار حائز اهمیت در جامعه کنونی است که می‌بایست به‌طور گسترده مورد مطالعه قرار گیرد و با واکاوی علل و پیامدهای آن‌ها، راهکارهایی جهت پیشگیری و کاهش آن‌ها ارائه گردد. در این مطالعه پس از تعریف مفاهیم اصلی و کلیدی سلامت اجتماعی و ناهنجاری‌های حاصل از بروز اختلال در آن، به ارائه آماری از این اختلالات در جهان و ایران با استفاده از کلمات کلیدی سلامت اجتماعی، ناهنجاری‌های اجتماعی، افسردگی و اضطراب، اعتیاد، طلاق و خودکشی در کتب و مقالات انتشار یافته در چند سال اخیر پرداخته، مؤلفه‌ها و شاخص‌های بروز آسیب‌های اجتماعی را مرور کرده و در نهایت راهکارهایی در جهت پیشگیری و کاهش هر یک از آسیب‌های اجتماعی ارائه شده است.

نتایج بررسی‌ها نشان داد که در میان عوامل مرگ و میر و ناتوانی‌ها در ایران، افسردگی رتبه ۴ و اضطراب رتبه ۷ را به خود اختصاص داده است و میان بروز اختلالات افسردگی، استرس و اضطراب در افراد ارتباط بسیار نزدیکی وجود دارد. هم‌چنین برطبق آمار جهانی، ۲ درصد از جمعیت جهان دارای اختلال مصرف مواد می‌باشند و نرخ مصرف روزانه سیگار در ایران ۱۰/۷ درصد برآورد شده است. به علاوه، نرخ طلاق در ایران نسبت به کشورهای جهان ۱۴ درصد اعلام شده است که بیش‌ترین مقادیر مربوط به استان‌های البرز، مازندران، سمنان، تهران و مرکزی می‌باشد. آمار خودکشی نیز در ایران نشان می‌دهد که استان‌های ایلام، همدان و کرمانشاه بیش‌ترین میزان آمار خودکشی را دارند. استان ایلام از مناطق پرخطر در ایران است که در هر صد هزار مورد مرگ ۲۸/۹۴ مورد به دلیل خودکشی رخ می‌دهد. نتایج نشان داد که این آسیب‌های اجتماعی در بسیاری از مؤلفه‌ها با یکدیگر همپوشانی داشته و بروز یکی می‌تواند زمینه ساز بروز دیگری باشد. پس می‌توان نتیجه گرفت که پیشگیری از آسیب‌هایی چون اضطراب و افسردگی می‌تواند به‌طور موثری در جلوگیری از سایر آسیب‌های اجتماعی مانند اعتیاد، طلاق و خودکشی در یک جامعه و بهبود سلامت اجتماعی نقش به‌سزایی داشته باشد. بنابراین، انجام پیمایش‌های ملی در این زمینه و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد تا حد امکان می‌توانند در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی کمک‌کننده باشند.

واژه های کلیدی: سلامت اجتماعی، اضطراب و افسردگی، اعتیاد، طلاق، خودکشی

مولفین مسئول: سجاد سهاب نگاه– مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد E-mail: sahabnegahs@mums.ac.ir
و فاطمه بیرقدار– تهران: دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشکده پزشکی E-mail: rada.beiraghdar@gmail.com
۱. استاد، گروه فارماکوتراپی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی بقیهٔ الله (عج)، تهران، ایران
۲. دانشجو دکتری تخصصی مهندسی پزشکی/بیومتریال، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
۳. دانش آموخته کارشناسی ارشد ژنتیک، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی، تهران، ایران
۴. دانشیار، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیهٔ الله (عج)، تهران، ایران
۵. دانشیار، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۳/۳/۲۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۳/۳/۲۳ تاریخ تصویب : ۱۴۰۳/۴/۲۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

مقدمه

ازشروط اساسی در ایفای نقش‌های اجتماعی، سلامت افراد و جامعه می‌باشد، به‌طوری‌که انسان‌ها برای فعالیت مؤثر خود می‌بایست هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه از سلامت آن‌ها اطمینان داشته باشد. در اصل، محور توسعه جامعه، انسان سالم در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی می‌باشد(۱). جامعه ایران در حال تحول و تکامل بوده و همزمان با تحولات فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی موجود، شیوه زندگی افراد و روابط آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد که این تغییرات در مناطق شهری شدت بالاتری دارند(۱). در جوامع کلان شهری مشکلاتی چون قانون‌گریزی، انحرافات اجتماعی، عدم مسئولیت‌پذیری اجتماعی و بی‌تفاوتی اجتماعی قابل ردیابی هستند. از دیدگاه جامعه‌شناسی شهری، رشد جرائم و ناهنجاری‌های رفتاری در شهرها رو به افزایش بوده و عدم پایبندی به اصول اخلاقی و ارزش‌های معنوی، پرخاشگری، فساد اجتماعی و کنش‌های متقابل منفصل را بهمراه داشته است(۲،۱). در این راستا، توسعه سلامت اجتماعی به قطع می‌تواند نقشی پیشگیرانه را در جوامع شهری بسته به ظرفیت‌های آن جامعه ایفا کند و پرداختن به بحث سلامت اجتماعی از اهمیت بسزایی دربهبود مشکلات اجتماعی برخوردار است. مطالعات نشان می‌دهند که سلامت اجتماعی و تفکر سالم و مثبت نسبت به جامعه از عوامل بسیار مهم در ایجاد حس امنیت، تقویت حس اعتماد به دیگران، مسئولیت‌پذیری و مشارکت اجتماعی، حس نشاط و سرزندگی و در نتیجه سلامت روانی افراد و کارآمدی آن‌ها می‌باشند(۱،۶-۳). پیامدهای هر مسئله اجتماعی در کنار عوامل ایجاد آن از اهمیت زیادی برخوردار است و زمانی به ریشه‌یابی یک پدیده اجتماعی پرداخته می‌شود که پیامدهای حاصل از آن پدیدار گشته و اثرات آن در جامعه آشکار شود. بنابراین نیاز است که سطوح متفاوت سلامت اجتماعی از جنبه اثراتی که در جامعه بجای می‌گذارند به دقت واکاوی و ریشه‌های به وجود آورنده آن‌ها و در نهایت راهکارهای متناسب مورد بحث قرارگیرند. باتوجه به مقدمه ذکر شده، هدف از این مطالعه مروری بر وضعیت مشکلات و آسیب‌های اجتماعی در جهان و ایران بوده و با توجه به اهمیت موضوع به خصوص درکلان شهرها با ذکر آمار موجود در ارتباط با معضلاتی چون افسردگی و اضطراب، اعتیاد، طلاق و خودکشی، به ارائه راهکارهایی در راستای پیشگیری و یا کاهش آمار موجود پرداخته شده است. در این مطالعه جهت تبیین چارچوب مفهومی، بانک‌های اطلاعاتی و هم‌چنین کتب، مقالات و یافته‌های موجود در سال‌های اخیر در ارتباط با هریک از آسیب‌های اجتماعی مذکور مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در مرور بر منابع موجود، مؤلفه‌های مهم و مطرح سلامت اجتماعی عبارت از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، اختلال در رفتارهای اجتماعی، افسردگی و اضطراب، اعتیاد، طلاق، مرگ و میر و خودکشی درکشورها، جوامع و فرهنگ‌های مختلف مورد توجه قرارگرفته‌اند.

سلامت اجتماعی از دیدگاه نظام سلامت

سلامت از پیدایش بشر و در قرون متمادی از موضوعات اساسی و بحث برانگیز بوده، اما در اکثر موارد عموماً بعد جسمانی آن مدنظر قرار گرفته و سایر ابعاد از جمله سلامت اجتماعی مغفول مانده است(۴،۳). بعد اجتماعی سلامت، پیچیده‌ترین و بحث برانگیزترین جنبه از سلامت بوده و افراد می‌بایست علاوه بر بعد زیستی، در درون ساختارها و روابط اجتماعی، مورد مطالعه قرار گیرند(۹-۷). از دیدگاه نظام سلامت و سازمان جهانی بهداشت، سلامت تنها به معنای فقدان بیماری نیست و وضعیت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی افراد را در بر می‌گیرد(۱۰،۳).

براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت اجتماعی به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه است و بیانگر توانایی تعامل با انسان‌ها و محیط با هدف ایجاد رضایت بین فردی می‌باشد(۱). براساس این تعریف، واضح است که سلامت جسمی و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

روانـی بـه‌تنهایی گویـای سـلامت کامـل نبـوده و بعـد اجتماعی سلامت نیز باید مدنظر قـرار گیـرد(۳). در سـال ۱۹۷۲ بلوک و برسلو سلامت اجتماعی را مطابق با درجه عملکرد افراد جامعه و در سال ۱۹۷۸ دونالد و همکـارانش سلامت را امری فراتر از بیماری‌هـا و قابلیـت کـارکردی افراد معرفی کردند. گلد اسمیت و راسـل در سـال ۱۹۷۳ و لارسون در سال ۱۹۹۳ بر بعد اجتماعی سلامت افراد و نحوه ارتبـاط بـا دیگـران و جامعـه تاکیـد داشـتند. کییـز اثرگذارترین نظریه درحوزه سلامت اجتماعی را داشته و آن را نحـوه ارزیـابی افـراد از عملکـرد خـود در برابـر اجتماع تعریف می‌کند(۱). جامعه‌ای سـالم اسـت کـه در آن آسیب‌های اجتماعی وجود نداشته و در راستای توسعه گـام بـردارد. حمایـت، مشـارکت، پـذیرش، شـکوفایی، اعتماد، سازگاری، مسئولیت‌پذیری و رفاه اجتماعی و نیز کیفیت زندگی درقلمرو سلامت اجتماعی قرارمی‌گیرند(۳).

مطالعات متعددی نشـان داده‌انـد کـه میـان سـلامت اجتماعی وسلامت جسمانی و روان‌شناختی رابطه تنگاتنگی وجود دارد. ارتباط عوامل مختلفی با سـلامت اجتمـاعی مورد بحث قرارگرفته است ازجمله: مهارت‌های ارتباطی و حمایت اجتمـاعی(۵،۶،۱۳-۱۱)، سـرمایه‌های اجتمـاعی(۱۶-۱۴)، سلامت‌جنسی(۱۷،۱۸)، مـدیریت‌شـهری(۱۹)، رسـانه(۲۴-۲۰)، باورهای دینی(۲۹-۲۵)، رضایت شغلی(۳۰،۳۱)، خودآگاهی و سلامت روانی(۳۲،۳۳)، رفتار شهروندی(۳۶-۳۴)، باورهای غیرمنطقی(۳۹-۳۷)، جهت‌گیری اخلاقی(۴۰،۴۱)،کیفیت‌زندگی افراد ازجمله دانشجویان(۴۲) و فردگرایی وجمع‌گرایی(۴۴،۴۳).

متخصصان حوزه سلامت بر این باورند که جلـوگیری از بیماری‌های جسمانی و روان شناختی می‌تواند با توجه و به‌کارگیری شاخص‌های سلامت اجتماعی حاصل گـردد و مطالعات رابطه معناداری میان سلامت روانی و سلامت اجتماعی نشان داده‌اند(۳). نشانگرهای سلامت اجتمـاعی در ایران می‌توانند در ۷ بعد معیشـتی- اقتصـادی، اجتمـاعی، آسـیب‌های اجتمـاعی، سـلامت، جمعیتـی، آموزشـی و محیط زیست تقسیم‌بندی شـوند کـه هریـک محورهـای اختصاصی خود را دارند(۴۵).

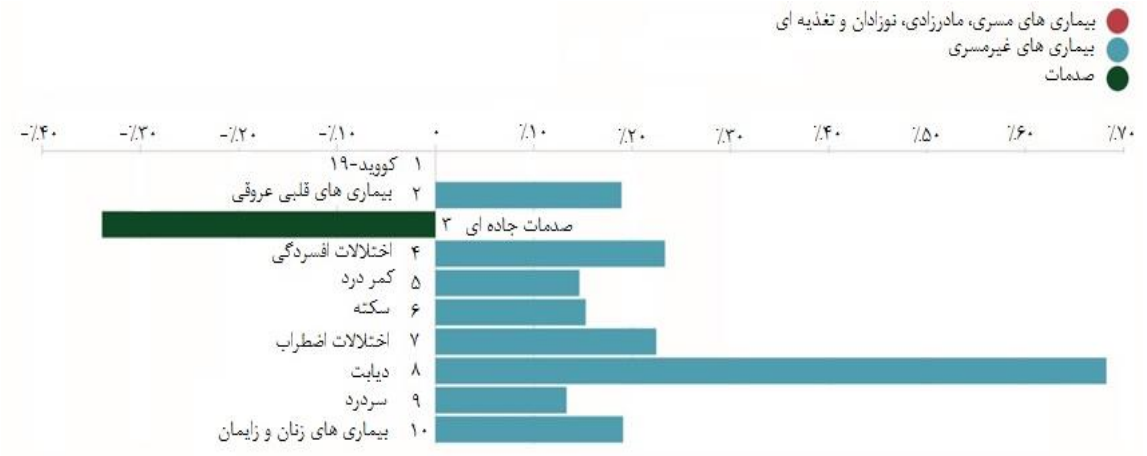
اختلال در سلامت اجتماعی و آسیب‌ها

برخورداری از سلامت اجتماعی یعنی تأمین و حفظ سـلامت روانـی، فـردی و اجتمـاعی بـه‌طـوری‌کـه فـرد فعالیت‌های روزمره خود را به خوبی انجام دهد، با افـراد خانواده و محیط ارتبـاطی مناسـب داشـته باشـد و رفتـار نامناسب از منظر فرهنگ و جامعه بـروز ندهـد. هرگونـه اخـتلال در ایـن مـوارد موجـب آسـیب‌های اجتمـاعی می‌گردد. آسیب‌های اجتماعی به دسته‌ای از نابسـامانی‌ها رفتاری افراد یک جامعه چه به‌صورت فردی و یا جمعی اطـلاق می‌شـوند کـه ریشـه در بی‌نظمـی، کژکـارکردی پدیـده‌های اجتمـاعی و پیامـدهای نـامطلوب در ابعـاد اقتصادی، سیاسـی، اجتمـاعی و فرهنگـی دارد. برخـی از مهم‌تـرین آسـیب‌های اجتمـاعی شـامل افسـردگی و اضـطراب، طـلاق، اعتیـاد، خودکشـی، فقـر و بیکـاری می‌باشند و نیاز به راهکارهایی کارآمد برای پیشگیری و حل آن‌ها اسـت(۴۶). در ادامـه بـه آسـیب‌های اجتمـاعی شامل اضطراب و افسردگی، اعتیاد، طلاق و خودکشی و مقایسه وضعیت جهان و ایران پرداخته شده است.

افسردگی و اضطراب

یکی از حوزه‌های مورد مطالعه در چند دهـه اخیـر، اضـطراب، افسـردگی و حوزه‌هـای وابسـته بـوده اسـت. اضـطراب احساسـی ناخوشـایند و مـبهم و غالبـاً بـه شـکل دلواپسی همراه با تردید به عاملی ناشـناخته می‌باشـد(۴۸،۴۷). در صورت تشدید این حس ناخوشـانید می‌توانـد منجـر بـه نتـایج نـامطلوبی گـردد و همـراه بـا علائـم فیزیولوژیـک، عاطفی و روحی باشد. افسردگی نیز از جملـه اخـتلالات خلقی است که موجب آسیب بـه سـلامت روان شـده و متعاقباً سلامت جسمانی و اجتماعی را تحـت تـأثیر قـرار می‌دهد. در حال حاضر درمیان عوامل ناتوانی‌ها در ایران افسردگی رتبـه ۴ و اضـطراب رتبـه ۷ را دارنـد (نمـودار شماره ۱)(۴۹). بین افسردگی، استرس و اضطراب ارتباط نزدیکی وجود دارد و افراد با زمینه اسـترس و اضـطراب بیش‌تر در معرض خطر ابتلا به افسردگی می‌باشند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]



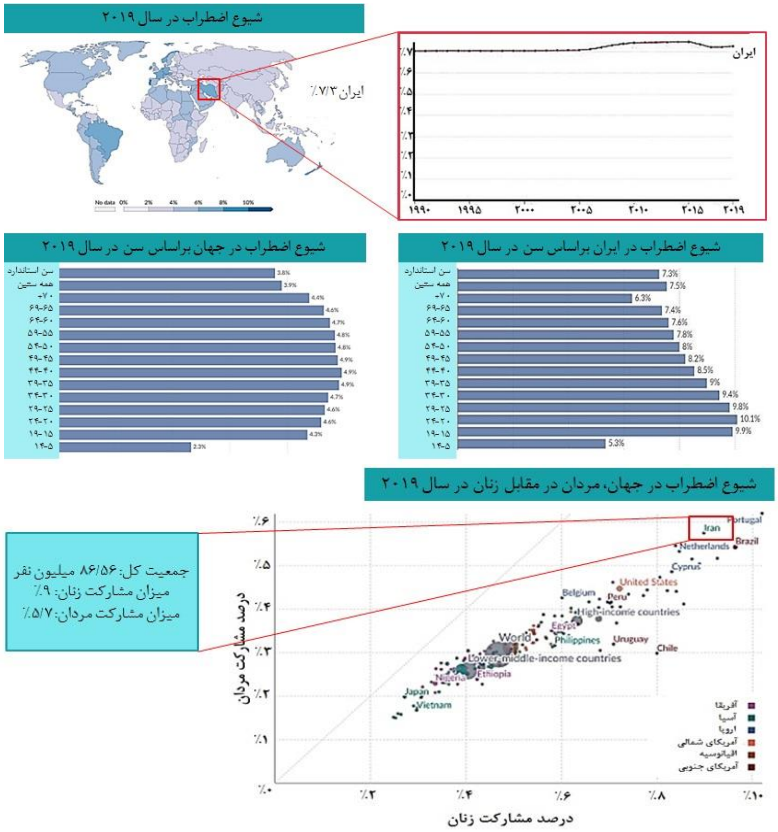
نمودار شماره ۱: ۱۰ عامل مرگ و ناتوانی در سال ۲۰۲۱ درایران و تغییر درصد در ۲۰۲۱-۲۰۱۱در همه سنین (۴۹)

افسردگی در زنان ۱/۷ برابر بیش‌تر از مردان است و شیوع افسردگی در ایران بین ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد متغیر بود که در جمعیت روستایی و شهرهای کوچک بیش‌تر مشاهده شد. افراد بیوه بیش‌ترین میزان افسردگی و سپس به ترتیب افراد مطلقه و متأهل بیش‌ترین نرخ افسردگی و افراد مجرد کم‌ترین میزان را داشتند(۵۰). با افزایش سن میزان افسردگی افزایش می‌یابد؛ به‌طوری‌که نرخ افسردگی در سالمندان بیش‌ترین میزان را داشته و معمولاً همراه با نشانه‌های جسمانی یا تغییرات شناختی است(۵۰). همچنین بخش عمده‌ای از مطالعات مربوط به افسردگی در ایران به موضوع زنان و باروری و ناباروری اختصاص دارد(۵۲،۵۱). براساس آمار ارائه شده در مؤسسه سنجش و ارزیابی سلامت(۴۹) میزان شیوع اضطراب در ایران در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ از ۷ به ۷/۳ درصد تغییر کرده است. باتوجه به نمودار شماره ۲ در نقشه پراکندگی در ۲۰۱۹، ایران سومین کشور با بالاترین شیوع اضطراب بعد از پرتغال (۸ درصد) و برزیل (۷/۴درصد) می‌باشد. هم‌چنین مقایسه شیوع اضطراب در جهان براساس سن (نمودار شماره ۲ ب) نشان می‌دهد که بیش‌ترین نرخ اضطراب در سنین بین ۳۵ تا ۴۹ سال می‌باشد، درحالی‌که در ایران در سنین ۲۰ الی ۲۴ سال مشاهده می‌شود(۴۹).

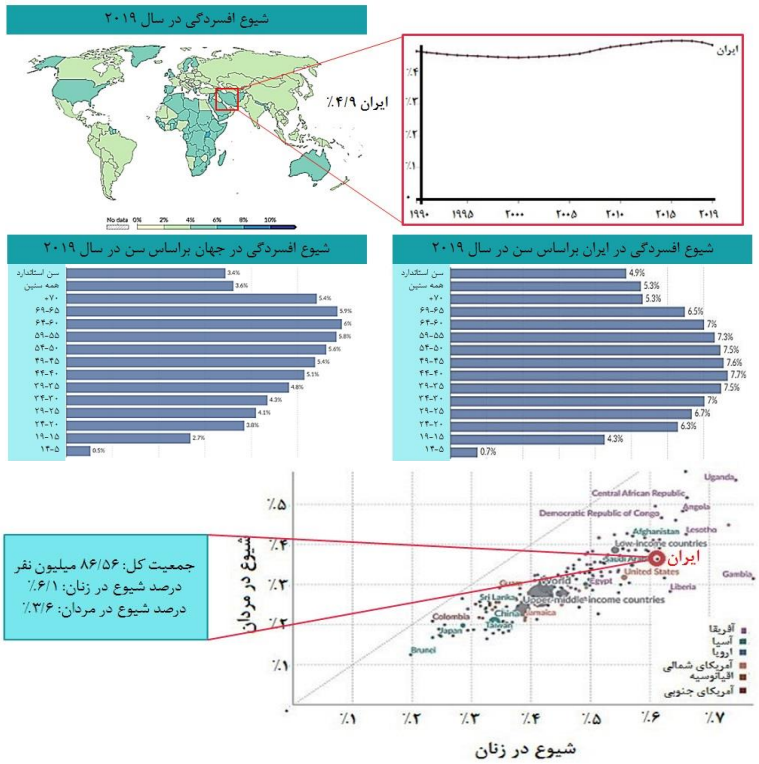
مطالعات نشان داده‌اند که بیش‌تر اختلالات روانی برای اولین بار در سن دانشگاه بروز می‌کنند که به دلیل جدایی از خانواده، محیط پرتنش دانشگاه و خوابگاه و مشکلات اقتصادی است(۵۳). مقایسه شیوع براساس جنسیت میزان بالای شیوع اضطراب در زنان نسبت به مردان را نشان می‌دهد که به دلیل شرایط فیزیولوژیک و تفاوت در بروز احساسات است. در سراسر جهان حدوداً ۳۰۰ میلیون نفر به افسردگی مبتلا هستند که ۸۰۰ هزار نفر از آن‌ها اقدام به خودکشی می‌کنند(۵۴).

هم‌چنین میزان شیوع افسردگی در ایران در بازه ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ از ۴/۹ به ۴/۷ درصد تغییر کرده است. با توجه به نمودار شماره ۳ ایران از نظر شیوع افسردگی نسبت به سایر کشورها نرخ متوسط داشته و بیش‌ترین نرخ مربوط به اوگاندا ۶/۶ درصد و کم‌ترین مربوط به برونئی ۱/۶ درصد می‌باشد. بیش‌ترین نرخ افسردگی در سنین بین ۶۰ تا ۶۴ سال (۶ درصد) می‌باشد، درحالی که در ایران بیش‌ترین شیوع اضطراب در سنین ۴۰ الی ۴۴ سال (۷/۷درصد) است. مقایسه شیوع براساس جنسیت نیز شیوع بالای افسردگی در زنان (۶/۱درصد) نسبت به مردان (۳/۶درصد) را نشان می‌دهد که می‌تواند به دلیل شیوع بالای اضطراب در زنان باشد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]



نمودار شماره ۲: آمار شیوع اضطراب در جهان و ایران. الف-نقشه پراکندگی نرخ شیوع اضطراب در جهان و تغییرات آن در ایران در سال‌های ۱۹۹۰ الی ۲۰۱۹. ب- نرخ شیوع اضطراب در جهان و ایران براساس سن و ج- نرخ شیوع اضطراب در جهان و ایران براساس جنسیت در سال ۲۰۱۹ (۴۹).



نمودار شماره ۳: آمار شیوع افسردگی در جهان و ایران. الف-نقشه پراکندگی نرخ شیوع افسردگی در جهان و تغییرات آن در ایران در سال‌های ۱۹۹۰ الی ۲۰۱۹، ب- نرخ شیوع افسردگی در جهان و ایران براساس سن و ج- نرخ شیوع افسردگی در جهان و ایران براساس جنسیت در سال ۲۰۱۹ (۴۹)

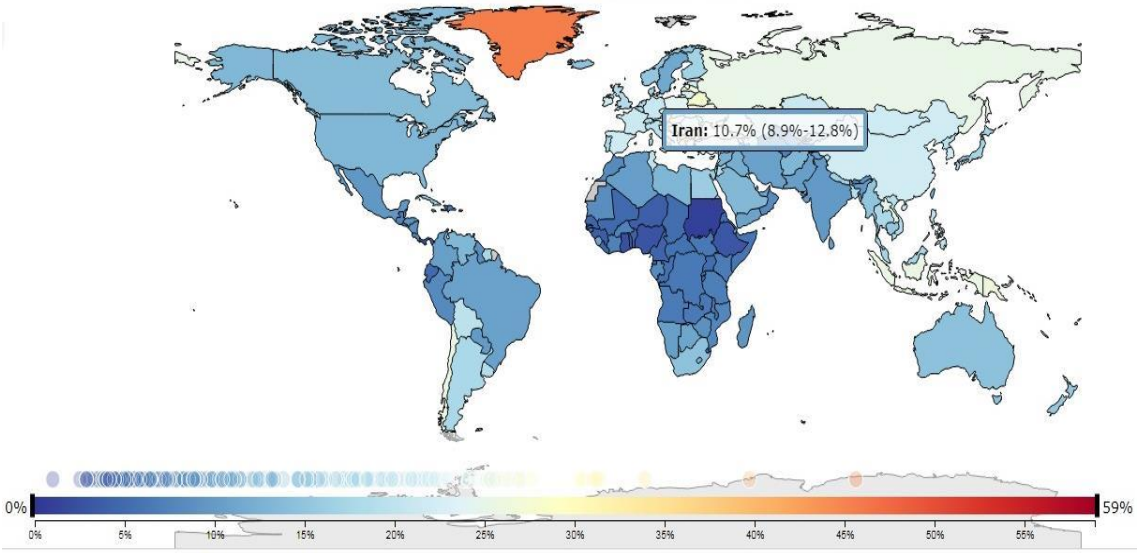
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

شیوع ویروس کرونا یکی از مهم‌ترین عوامل اثرات روانشناختی منفی در جامعه است و در کادر درمان درگیر با بیماران کووید-۱۹ اختلالاتی چون استرس، افسردگی، اضطراب، اختلال خواب و عصبانیت را سبب شد(۶۰-۵۵). در مطالعه‌ای شیوع استرس، اضطراب و افسردگی در میان کارکنان بهداشتی درمانی به‌ترتیب ۴۵، ۲۵/۸ و ۴۲/۳ درصد بود(۵۶). عوامل متعددی بر اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ مؤثر هستند که می‌توان به ناشناخته بودن آن، سرعت سرایت بالا، میزان تلفات، قرنطینه و کاهش تعاملات اجتماعی، اخبار منفی و مشکلات و مسائل اقتصادی و سیاسی اشاره کرد. هم‌چنین دانشجویان با مجازی شدن آموزش با چالش جدیدی مواجه شدند(۶۳-۶۱). براساس نتیجه مطالعه‌ای، ۶۱/۴۳ درصد دانشجویان پرستاری آبادان علائم افسردگی و ۲۱/۴۳ درصد علائم اضطراب را بروز دادند. دانشجویانی که سابقه ابتلا به بیماری کرونا را داشتند ۲/۰۴ برابر بیش‌تر از سایرین اضطراب داشتند(۵۴). مطالعه دیگری نرخ افسردگی، اضطراب، استرس وترس از بیماری کرونا در میان دانشجویان بجنورد را به‌ترتیب ۱۵/۵، ۱۲/۸، ۱۴/۲درصد اعلام کرد(۶۴). یکی دیگر از عوامل شایع شیوع افسردگی واضطراب فرزندآوری، بارداری و زایمان می‌باشد؛ بطوریکه نرخ این آسیب‌های اجتماعی در زنان بیش‌تر از مردان می‌باشد(۵۲،۵۱). تعویق فرزندآوری در خانواده‌های ایرانی تبدیل به مسئله‌ای اجتماعی شده و میزان ابتلاء به افسردگی در زنان بدون فرزند ۲ برابر زنان دارای فرزند می‌باشد. پس داشتن فرزند نقشی پیشگیرانه در مقابل افسردگی دارد(۵۱). هم‌چنین، شیوع اضطراب (۴۷/۶ درصد) و افسردگی (۲۹/۲ درصد) در بارداری‌های نابجا و دارای سقط بیش‌تر از گروه با بارداری سالم بود(۵۲). با بررسی پژوهش‌های با موضوع اضطراب و افسردگی، می‌توان راهکارهایی را جهت پیشگیری از اضطراب و افسردگی ارائه داد: آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی، درمان مبتنی بر تاب‌آوری، اقدامات مؤثر طبی و مشاوره‌ای، معنویت درمانی، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، و مداخلات پیشگیرانه درمانی.

اعتیاد و مصرف مواد مخدر

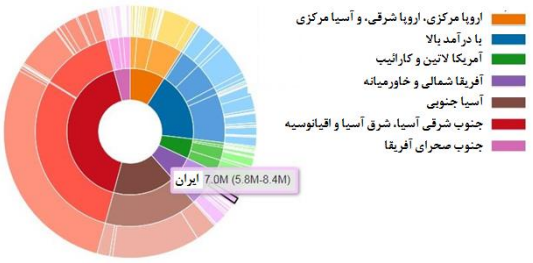
اعتیاد به مواد مخدر مسمومیت تدریجی یا حاد به علت استفاده مستمر ماده‌ای طبیعی یا ترکیبی است که برای شخص و جامعه زیان بخش بوده و موجب گرایش روزافزون به مواد مخدر، تمایل شدید و وابستگی روانی و جسمانی، بی‌تفاوتی به جامعه و زیان‌آور بودن برای اجتماع می‌شود(۶۵). امروزه، گرایش به مواد مخدر مشکلی جدی در سطح جهانی است و فرضیه‌های مختلفی در ارتباط با عوامل گرایش به مصرف مواد مخدر ارائه شده است؛ ولیکن، هیچ‌یک از این نظریه‌ها نمی‌توانند به‌تنهایی علت مصرف مواد مخدر را در افراد مشخص نمایند(۶۷،۶۶). مصرف مواد آسیبی فردی و اجتماعی می‌باشد که نه تنها بر سلامت فرد و خانواده، بلکه در امنیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه تأثیر به‌سزایی دارد(۶۸). اعتیاد به مواد مخدر می‌تواند موجب افزایش جرم‌های مرتبط با مواد مخدر مانند سرقت و جنایت، فقر و تکدی‌گری، و از دست رفتن ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی گردد. براین اساس استفاده از راهکارهای مناسب در پیشگیری و درمان اعتیاد امری بسیار حائز اهمیت می‌باشد(۶۹). برطبق آمار جهانی ۲درصد از جمعیت جهان دارای اختلال مصرف مواد می‌باشند و در مورد برخی از کشورها این میزان بیش از ۵ درصد می‌باشد(۷۰). نرخ مصرف روزانه سیگار در ایران ۱۰/۷ درصد از جمعیت می‌باشد (تصویر شماره ۱). بیش‌ترین میزان مصرف مربوط به گرینلند در آمریکای شمالی با ۴۵/۶ درصد وکم‌ترین مربوط به سودان با ۱ درصد گزارش شده است. بررسی نقشه پراکندگی در سال‌های ۲۰۰۰ الی ۲۰۱۵ نشان داد که نرخ مصرف در ایران رشد افزایشی از ۸/۴ به ۱۰/۷ درصد داشته است(۷۱). نرخ مصرف سیگار در میان مردان ۱۹/۱ درصد و در زنان ۲/۲ درصد می‌باشد و از کل جمعیت ایران ۷ میلیون نفر سیگار مصرف می‌کنند (نمودار شماره ۴). تعداد مردان ۶/۳ میلیون و زنان ۷۱۰ هزار نفر می‌باشند و بیش‌ترین مصرف در سن ۳۴-۳۰ سال در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]



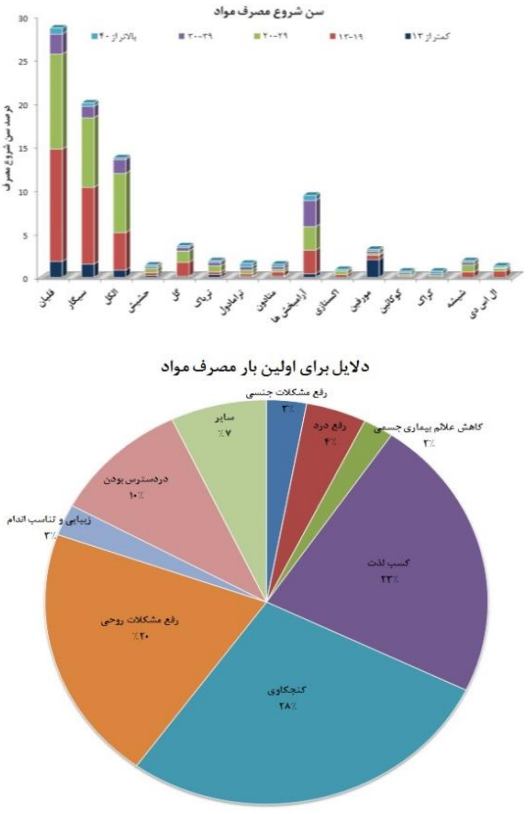
تصویر شماره ۱: مقایسه الگوی مصرف روزانه سیگار در ایران با سایر کشورهای جهان برای همه سنین در سال ۲۰۱۵ طبق آمار IHME (۷۰)

سال ۲۰۱۵ است. همان‌طورکه مشخص می‌باشد بیش‌ترین جمعیت مصرف کننده در جهان مربوط به جنوب شرقی و شرق آسیا و اقیانوسیه با ۳۹۰ میلیون نفر و کم‌ترین میزان مربوط به جنوب آفریقا با ۸۴ میلیون نفر می‌باشند. براساس آمار زندان‌های کشوری، در حدود نیمی از جرائم کشور مرتبط با مواد مخدر بوده و بیش از ۵۰ درصد جمعیت ورودی زندان مصرف‌کننده مواد می‌باشند(۶۷).



نمودار شماره ۴: مقایسه تعداد افراد مصرف‌کننده سیگار در ایران با سایر کشورهای جهان برای همه سنین در سال ۲۰۱۵ طبق آمار IHME (۷۰)

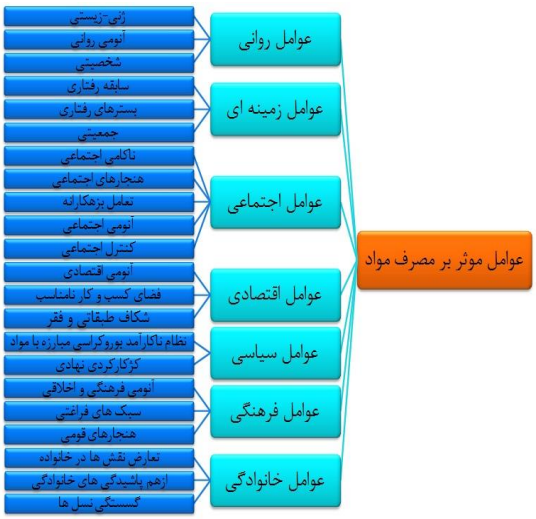
مصرف موادمخدر در طی دهه‌های اخیر پدیده‌ای در حال رشد بوده و اوج مصرف آن از اوایل نوجوانی تا اوایل جوانی می‌باشد(۷۲،۶۷). براساس نمودار شماره ۵، از میان دلایل مصرف مواد در ایران، بالاترین سهم مربوط به مصرف برای کنجکاوی، کسب لذت و رفع مشکلات روحی است. سن شروع مصرف قلیان و سیگار در اکثریت پاسخگویان ۱۹-۱۳ و الکل ۲۹-۲۰ سال است(۷۳).



نمودار شماره ۵: نمودار نرخ شروع مصرف انواع مواد مخدر براساس سن افراد (بالا) و مهم ترین دلایل مصرف مواد برای اولین بار در ایران (پائین)(۷۳)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

تصویر شماره ۲ عوامل مؤثر بر مصرف مواد به همراه شاخص‌های اصلی هر کدام را ارائه داده است(۷۳). در این میان یکی از عوامل اصلی در ایران عوامل خانوادگی مؤثر بر نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر می‌باشد(۷۸-۷۴). نظارت والدین بعنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده در بروز ناهنجاری‌های اجتماعی در میان نوجوانان و جوانان شناخته شده است. رابطه والد-فرزندی یکی دیگر از عوامل مرتبط با خانواده می‌باشد(۷۵). نوجوانانی که در خانواده‌های با الگوی ارتباطی گفت‌وشنود بالا زندگی می‌کنند، گرایش کم‌تری به مواد مخدر نسبت به خانواده‌هایی با همنوایی بالا دارند. جهت‌گیری گفت‌وشنود، افراد را به بحث و تفکر وادار کرده، موجب افزایش اعتماد به نفس، مقابله با استرس، افزایش تاب‌آوری و کاهش مشکلات عاطفی و هیجانی در فرزندان می‌گردد(۷۶). پس، خانواده درمانی رفتاری می‌تواند در تغییر تعاملات خانوادگی و کاهش مصرف مواد مخدر در نوجوانان مؤثر باشد. مطالعه‌ای بهبود ۴۹/۲۲ درصد وسوسه مصرف مواد با استفاده از خانواده درمانی رفتاری را نشان داد(۷۸).



تصویر شماره ۲: مدل مفهومی عوامل موثر بر مصرف مواد مخدر در ایران (۷۳).

سیاست‌های مبارزه با مواد مخدر در کشورهای مختلف از طریق برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و فرهنگی و با برنامه‌های متمرکز بر شخصیت افراد و مشارکت دادن تمام سازمان‌ها و افراد اجتماع بوده و اغلب کشورها مجازات‌های کیفری را کنار گذاشته‌اند(۷۹). هر کشوری می‌بایست در ابتدا به شناسایی علل زمینه‌ای و بومی خود پرداخته و راه حلی مؤثر را ارائه دهد. توجه به پیشگیری از اعتیاد با تکیه بر آموزش، افزایش توانمندسازی فردی و افزایش روابط خانوادگی، کاهش فقر فرهنگی در جامعه و افزایش رویکرد فرهنگی-اجتماعی و هم‌چنین اقدامات لازم جهت کارآفرینی و رفع مشکلات اقتصادی باید مورد توجه قرار گیرند. جدول شماره ۱ پیشنهادات در راستای حل معضل اعتیاد را ارائه داده است.

جدول شماره ۱: جدول شماره ۱ پیشنهادات در راستای حل معضل اعتیاد را ارائه داده است.

سیاست گذاری	-سیاست گذاری های درست در سطح جامعه -کاهش نگرانی های اجتماعی -تحول در ساختارهای اقتصادی و کاهش تبعیض و شکاف طبقاتی
ستادهای اجرایی	-امنیت و رفاه اجتماعی، بهبود فضای کسب و کار و اشتغال جوانان -گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع فراگیر -اتخاذ حمایت های اجتماعی پس از درمان در زمینه اشتغال، اوقات فراغت، ارائه خدمات مشاوره و پزشکی، حمایت های حقوقی و اجتماعی برای افراد بازتوانی شده وخانوده آن ها -اتخاذ تدابیر لازم برای مشارکت خانواده ها و مردم در پیشگیری و درمان معتادان
مراکز آموزشی	-فرهنگ سازی سلامت بخصوص در حیطه روان -تقویت باورهای دینی مردم -آموزش و تربیت در مراکز فرهنگی عمومی -توسعه مطالعات و پژوهش های بنیادی، کاربردی و توسعه ای در امر مبارزه با مواد مخدر و استفاده از ظرفیت های علمی و تخصصی کشور
جامعه و خانواده	-اقدامات فرهنگی، هنری، ورزشی، آموزشی و تبلیغاتی در محیط خانواده

طلاق

براساس داده‌های آماری کشورهای مختلف(۸۰) مردم پرتغال بیش‌ترین نرخ طلاق را در جهان دارند و ۹۴ درصد ازدواج‌ها در این کشور به جدایی می‌انجامد. پس از کشور پرتغال، اسپانیا با ۸۵ درصد نرخ طلاق در جایگاه دوم است. در انتهای این لیست کشورهای شرقی پائین‌ترین نرخ طلاق را در جهان به خود اختصاص داده‌اند. کشور هند با تنها ۱درصد نرخ طلاق، پائین‌ترین میزان جدایی را داشته و ویتنام با ۷ درصد، تاجیکستان با ۱۰ درصد و ایران با ۱۴ درصد در جایگاه‌های بعدی قرار دارند. از میان کشورهای حوزه خاورمیانه ترکیه با ۲۵ درصد نرخ طلاق در صدر فهرست قرار دارد(نمودار شماره ۶) (۸۱،۸۰). در ایران بیش‌ترین نرخ طلاق در استان‌های البرز،

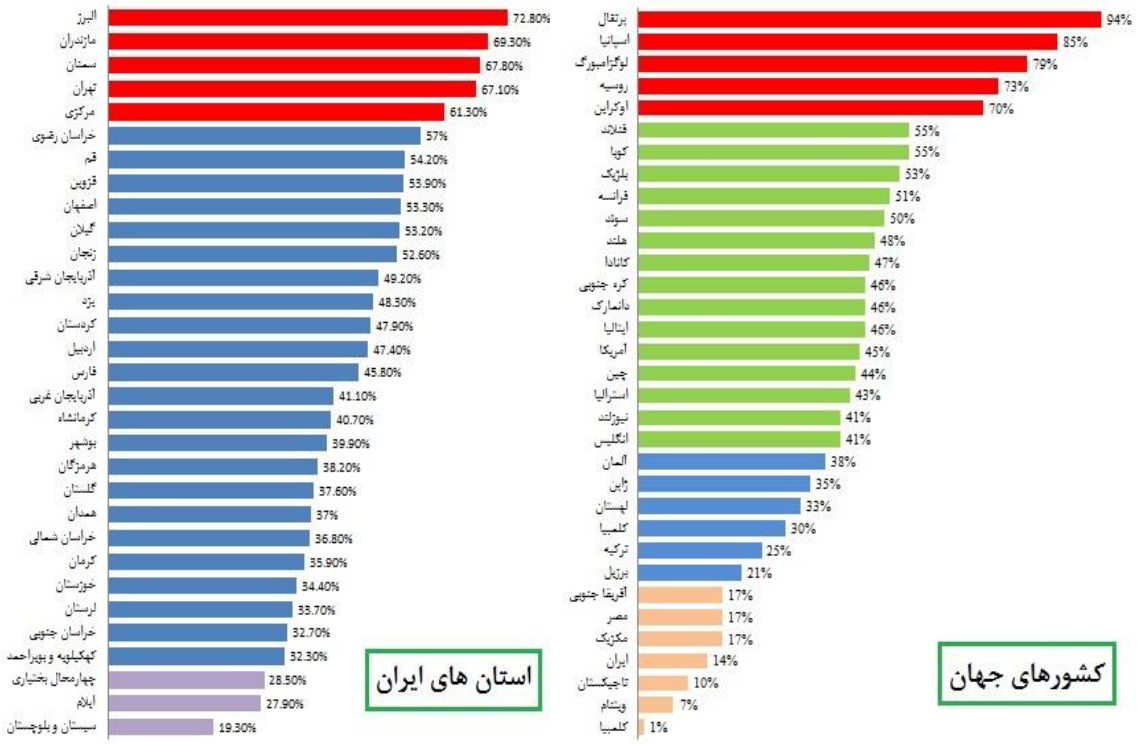
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

مازندران، سمنان، تهران و مرکزی بالای ۶۰ درصد بوده است. درحالی که، کم‌ترین میزان طلاق در ایران مربوط به استان سیستان و بلوچستان با ۱۹/۳ درصد می‌باشد.

نمودار شماره ۷ تغییرات نرخ طلاق و ازدواج در ایران را در سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۴۰۰ نشان می‌دهد(۸۲). نرخ طلاق در این بازه زمانی تغییرات چشمگیری نداشته است درحالی که تغییرات نرخ ازدواج بسیار زیاد بوده است. نرخ ازدواج در ۱۳۵۸ تا ۱۳۹۰ روندی افزایشی را داشته، درحالی که پس از آن جامعه با کاهش نرخ ازدواج مواجه شده است.

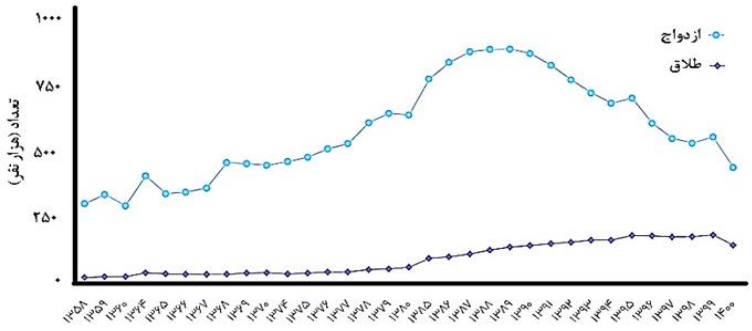
عوامل منجر به طلاق را می‌توان به دو گروه سنتی و جدید (تصویر شماره ۳) تقسیم‌بندی کرد:

از نظر خبرگان، اعتیاد از مهم‌ترین عوامل سنتی طلاق می‌باشد. در حال حاضر، برنامه ملی کنترل و کاهش طلاق اجرا می‌شود، اما مهم‌ترین چالش‌های اجرای این برنامه، ضعف همکاری بین بخشی، ضعف مشارکت مردم، پراکندگی و جزیره‌ای بودن خدمات اجتماعی و تأثیر عوامل کلان سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فناوری، زیست‌محیطی و بین‌المللی بر اقدامات این برنامه ملی است(۸۳). در استان خراسان جنوبی، با توجه به شرایط منطقه‌ای، فرهنگی و مذهبی، اعتیاد، خیانت، مسائل اقتصادی مانند مشکلات مالی، ازدواج‌های اجباری و تحمیلی، پایبندی به فرهنگ سنتی ازدواج و طلاق برخی از عوامل طلاق بودند(۸۴). براساس قرآن کریم مهم‌ترین عوامل طلاق عدم رعایت حقوق متقابل و شناخت ناکافی زوجین، هم‌کفو نبودن، ضعف مبانی اعتقادی، سوءخلق، اضطرار، کراهت داشتن و تهمت زدن می‌باشند(۸۵). قطعاً طلاق اگرچه گاهی بهترین راه‌حل است، اما در خیلی از موارد می‌توان از آن پیشگیری کرد؛ زیرا بر بسیاری از جنبه‌های اجتماعی و روانی هر دو طرف اثر منفی دارد(۸۶). معیارهای همسرگزینی و نگرش به طلاق از ابعاد سنتی به مدرن تغییر کرده و میانگین سن ازدواج و میزان طلاق، افزایش داشته است(۸۷). سوءخلق، اضطرار و افسردگی از دیگر عوامل



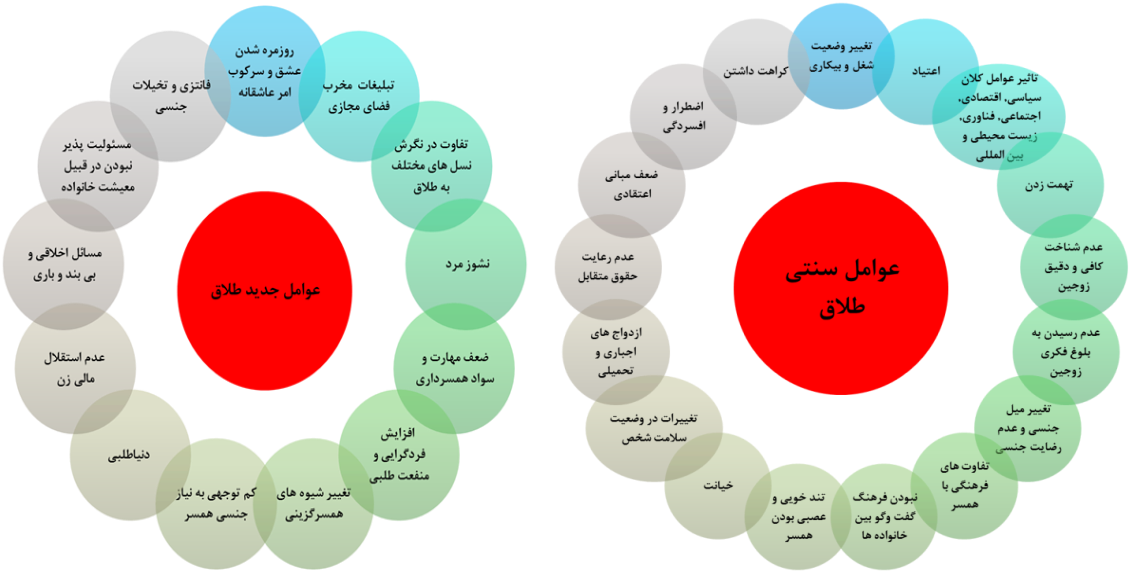
نمودار شماره ۶: نمودار مقایسه نرخ طلاق در کشورهای جهان (بالا) (۸۰) و نمودار نسبت طلاق به ازدواج در سه ماه ابتدایی سال ۱۴۰۲ در استان‌های ایران (پایین) (۸۱).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]



سال	آمار طلاق
۱۳۹۷	۱۷۵۶۱۴
۱۳۹۸	۱۷۶۸۱۴
۱۳۹۹	۱۸۳۱۹۳
بهار۱۴۰۰	۴۴۰۴۳
تابستان۱۴۰۰	۴۹۸۰۷
پاییز۱۴۰۰	۵۰۳۵۷

نمودار شماره ۷: نمودار نرخ طلاق و ازدواج در بازه زمانی ۱۳۵۸ الی ۱۴۰۰ در ایران (چپ) و جدول تغییرات آمار طلاق در ۵ سال گذشته (راست)(۸۲)



تصویر شماره ۳: عوامل سنتی (راست) و جدید (چپ) طلاق

طلاق می‌باشد که روان‌درمانی مثبت‌گرا با موفقیت به درمان اختلالات روانی شدید مانند افسردگی و اختلالات خلقی پرداخته است(۸۸). از نظر متقاضیان طلاق، عامل خشونت و پس از آن عامل فرهنگی اجتماعی بیشترین اثر و عامل بی‌بند و باری کم‌ترین اثر را در تقاضای طلاق داشتند. در عامل فرهنگی اجتماعی، تفاوت‌های فرهنگی و نبودن فرهنگ گفتگو بین خانواده‌ها و در عامل خشونت، تندخویی همسر نقش بیش‌تری داشتند(۸۹).

اگر بین زوجین مشکلاتی مانند اختلالات جنسی وجود داشته باشد، ممکن است به دلیل شرایط فرهنگی و اجتماعی همچنان با هم زندگی کنند. با این حال، آن‌ها ممکن است طلاق عاطفی را تجربه کنند(۹۰). بین زوجین متقاضی طلاق و زوجین عادی از لحاظ تمامی مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مؤلفه‌های کیفیت رابطه زناشویی پیش‌بینی قوی برای اقدام به طلاق و متقاضی بودن آن هستند(۹۱). بنابراین لزوم طراحی مداخلات عاطفی و جنسی در ارتباط با کاهش مشکلات زناشویی زوجین ضروری است(۹۳،۹۲). تغییرات در زندگی مشترک مانند تغییرات در سلامت شخص، وضعیت شغلی، روابط شبکه‌ای، روابط جنسی، سبک زندگی، محیط، اتفاق‌های غیرمترقبه، تغییر ناگهانی در منزلت و استحاله ارزشی به‌عنوان بسترهای اصلی طلاق شناسایی شدند(۹۴). به نظر می‌رسد که طلاق در ازدواج‌هایی که مبتنی بر عشق است فرایند

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

پیچیده‌ای دارد و دفعتاً بوقوع نمی‌پیوندد(۹۵). تدوین سناریوهای محوری وضعیت طلاق در نسل‌های آینده خانواده ایرانی می‌تواند بر وضعیت طلاق تأثیرگذار باشد. هم‌چنین باورها و زمینه‌های فرهنگی- اجتماعی مساعد درباره اهمیت خانواده در جامعه ایران می‌توانند نقش تعیین‌کننده‌ای در سیاست‌گذاری‌های معطوف به مدیریت و کنترل شدت آسیب‌های خانواده و میزان طلاق به‌ویژه در نسل‌های آینده ایفا کنند(۹۶). از عوامل جدید طلاق بیش‌ترین مسئله‌ای که امروز جامعه با آن سروکار دارد مسائل اخلاقی است. طلاق در زندگی‌هایی که زن و مرد تنها اعضای آن نیستند و دارای فرزند یا فرزندانی هستند، تبعات بسیاری دارد. به‌طوری‌که فرزندان طلاق بندرت ممکن است انسان‌های موفق و با اعتماد به نفس باشند(۹۷). نتایج الگوهای چندسطحی نشان داد هرچند بخشی از تفاوت‌های موجود در نگرش افراد به طلاق، در ویژگی‌های فردی آن‌ها ریشه دارد، ویژگی‌های نسل‌ها دربارهٔ تحصیلات دانشگاهی، ارزش‌های سکولار، برابری جنسیتی و ارزش‌های مدرن خانواده بر نگرش آنان به طلاق تأثیر می‌گذارد. با ادامهٔ روند جایگزینی نسلی و شتابی که در پدیده‌هایی همچون شهرنشینی، جهانی شدن فرهنگی، گسترش آموزش، توسعهٔ فناوری‌های جدید ارتباطی، گسترش رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی وجود دارد، باید انتظار داشت روند رو به رشد نگرش مثبت به طلاق همچنان تداوم یابد(۹۹،۹۸).

در سالیان اخیر نسبت طلاق به ازدواج رو به افزایش بوده و در سال ۱۳۹۵ به بیش‌ترین میزان خود، یعنی ۳/۲۵ در هر ۱۰۰ ازدواج رسیده است. ضعف مهارت و سواد همسرداری، تغییر شیوه‌های همسرگزینی، افزایش فردگرایی و منفعت طلبی و مسئولیت پذیر نبودن در قبل معیشت خانواده(۸۹)، بیکاری و تبلیغات فضای مجازی مهم‌ترین علل طلاق بود(۸۳). خطر روزمره شدن عشق و سرکوب امر عاشقانه فانتزی و تخیلات جنسی و تغییر میل جنسی از دیگر عوامل جدید طلاق هستند. وقوع طلاق ناگهانی نیست و تجربه مشارکت‌کنندگان نشاندهنده نظام‌مند بودن ابعاد طلاق، چرخشی بودن بسترهای طلاق و شکل‌گیری فرایند ازدواج است(۱۰۰). تصور از پیامدهای خوشایند بعد از طلاق بیشترین تأثیرگذاری مستقیم را بر طلاق توافقی داشته و استقلال مالی زن بیش‌ترین تاثیرگذاری غیرمستقیم بر طلاق توافقی را دارد(۱۰۱).

با توجه به مطالعات انجام شده می‌توان راهکارهایی برای کاهش طلاق ارائه داد:

- فراهم‌کردن خدمات اجتماعی در قالب واحدهای جامع مراقبت از سلامت اجتماعی به ازای جمعیتی معین در سراسر کشور
- تقویت ظرفیت‌سازی و برنامه‌های ملی در دستگاه‌های مسئول
- ارائه تسهیلات و کمک مالی مناسب برای ازدواج
- فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی مناسب از صدا و سیما و شهرداری
- تغییر مؤلفه‌های سبک زندگی در مسائل فرهنگی
- توجه به مدت آشنایی کافی زوجین
- برگزاری مشاوره قبل از ازدواج و مراجعه به مشاور و روانشناس قبل از طلاق و ارائه تسهیلات مناسب به زوجین
- روان‌درمانی مثبت

خودکشی

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، خودکشی اقدامی است که در آن فرد آگاهانه و بدون دخالت دیگران (به دلایل روانی، اجتماعی یا شخصی) خود را آزار داده و به زندگی خود پایان می‌دهد. امروزه یکی از دغدغه‌های همه جوامع، کنترل نرخ خودکشی و کاهش آن است. افرادی که در معرض خودکشی قرار دارند، ممکن است با بروز علائمی مانند ایجاد وصیت‌نامه، انزوا، تغییرات در عادات غذایی و خواب، اظهارات در مورد بی‌ارزشی زندگی و غیره به زندگی خود پایان دهند. از مهم‌ترین عوامل خودکشی می‌توان به عوامل اجتماعی و اقتصادی (بیکاری، تورم، نابرابری، درآمد، شکاف تولید)، اختلالات روانی (افسردگی،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

اضطراب، تروما) و تخریب عزت نفس (از عوامل اصلی در سـربازان غیربـومی) اشـاره کـرد(۱۰۶-۱۰۲). یکـی از مهم‌ترین پارامترهـای سـلامت اجتمـاعی و روانـی یـک جامعه آمار خودکشی است که تقریباً ۱/۵درصد از کـل مرگ ومیرها در سراسر جهان را به خود اختصـاص داده است. میزان خودکشـی موفـق عمومـاً در میـان مـردان از ۱/۵ برابر در کشورهای در حال توسعه تـا ۳/۵ برابـر در کشورهای توسعه یافتـه بـیش‌تـر از زنـان اسـت. سـازمان بهداشت جهانی اعلام کرد سالانه ۷۰۳ هزار نفـر در جهـان، جان خود را با خودکشـی از دسـت می‌دهنـد(۱۰۶-۱۰۲). همـواره مشـکلات اقتصـادی و فقـر یکـی از شـایع‌ترین دلایل اقـدام بـه خودکشـی مطـرح می‌شـوند(۱۰۴،۱۰۳) و بالاترین نرخ خودکشی در جهان هم به کشور آفریقـایی لسوتو اختصاص دارد (۷۲/۴ در ۱۰۰ هزار نفر). همچنین کره جنوبی به عنـوان یکـی از ثروتمنـدترین کشـورهای جهان در رتبه چهارم کشورهای با بیش‌تـرین خودکشـی (۲۸/۶ در ۱۰۰هزار نفر) قرار دارد.

میانگین خودکشی در جهان براساس آخرین اعـلام WHO (۲۰۱۹۰-۲۰۰۰ میلادی) ۹ مرگ از ۱۰۰هزار نفر است. همچنین، کشور ژاپـن بعنـوان یکـی از پـائین‌ترین نرخ‌هـای افسـردگی در جهـان، دارای یکـی از بـالاترین نرخ‌های خودکشی به‌ویژه درکودکان و نوجوانـان ۱۰تـا ۱۹ سال است. نمودار شماره ۸ رتبه‌بندی کشـورهای توسـعه یافته و ثروتمند در فهرست ۵۰ کشور با بـیش‌تـرین نـرخ خودکشی را در ۲۰۱۹ نشان می‌دهد(۱۰۷).

آمار خودکشی در آمریکا برابـر بـا ۱۶ و در کانـادا برابر با ۱۱ نفر در ۱۰۰ هزار نفر بوده است. رتبه ایران در میان کشورها از نظـر خودکشـی در گزارش‌هـا متفـاوت است و از ۵۸ تا ۱۲۸ گزارش شده، اما آخرین رتبه ایران در فهرست سازمان جهـانی بهداشـت WHO ۱۲۸ اسـت (پس از شیوع کرونا آمار خودکشی در کشورهای جهان به‌روزرسـانی نشـده اسـت). در ایـران اسـتان‌هـای ایـلام، همدان و کرمانشاه بیش‌تـرین میـزان آمـار خودکشـی را دارند. استان ایلام از مناطق پرخطر در ایران است که در صدهزار مورد مرگ، ۲۸/۹۴ مـورد بـه دلیـل خودکشـی رخ می‌دهد. خودسوزی به‌عنوان روشی برای خودکشـی با اشتعال مواد آتش‌زا انجام می‌شود و مرگ ومیر آن در ایران (بخصوص در جنوب کشـور) بـیش از ۷۰ درصـد است، هم‌چنین کم‌ترین میانگین میزان خودکشی در بازه ۱۹ ساله مربوط به اسـتان سیسـتان و بلوچسـتان بـا ۲/۳ و خراسان جنوبی با ۲/۷ و یزد است(۱۰۲،۱۱۰-۱۰۸).

در ایران از بین افرادی کـه بـر اثـر خودکشـی جـان خود را از دست می‌دهند، تقریباً ۴۵ درصد آن‌ها ماه قبل ازمرگ به PHC (Primary health care) مراجعه داشتند، در حالی‌کـه تنهـا ۲۰ درصـد در آن دوره بـه متخصـص سلامت روان مراجعه کرده‌اند. بیش از ۳۸درصد از افراد یک هفتـه قبـل از اقـدام بـه خودکشـی بـه مراقبـت‌هـای بهداشتی (مراقبت‌های اولیه، بخش اورژانـس، مراقبـت‌هـای تخصصی) مراجعـه کرده‌انـد و ۹۵ درصـد در سـال قبـل ویزیـت مراقبـت‌هـای بهداشـتی داشـته‌انـد. بسـیاری از خودکشی‌ها با برنامه‌ریزی انجام می‌گیرنـد کـه در طـول یک بحران کوتاه‌مدت اتفاق می‌افتد. ۹۰ درصد از اقدام کننـدگانی کـه زنـده مـی‌ماننـد، بعـداً براثـر خودکشـی نمی‌میرند(۱۱۱).

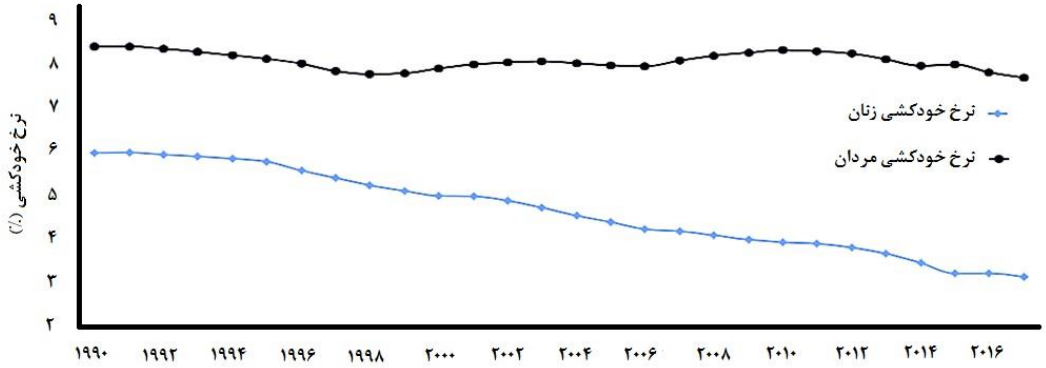
آمار نرخ خودکشـی مـردان در مقایسـه بـا زنـان در ایران برای اولین بار در ۱۹۹۰ ثبت شد کـه در ایـن سـال بیش از ۸/۴۱ درصد از مردان و ۵/۹۸ درصد از زنـان در ایران، خودکشی کرده‌اند. این آمار برای آخرین بـار در سال ۲۰۱۷ به ثبت رسیده اسـت کـه نـرخ خودکشـی در بین مردان به ۷/۷ درصد و در بین زنـان بـه ۳/۱۵ درصـد رسـیده اسـت. همچنـین طـی سـال‌های ۱۹۹۰ تـا ۲۰۱۷ همواره نرخ خودکشی مردان در مقایسه با زنان در ایـران بالاتر بوده است (نمودار شماره ۹)(۱۱۲).

بیش‌ترین میزان خودکشی در زنان مربوط به ایلام با ۱۵/۵ و کرمانشاه با ۱۳/۱ در صدهزار نفر است. بر اساس داده‌های آماری موجود، ۶۵۷ نفر از ۳۵۳۰ بیمـار سـوختگی با میانگین سنی ۳۱ سال بـه عنـوان اقـدام بـه خودکشـی، اکثریت زنان و متاهل بودند و اکثراً از مناطق روستایی با

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]



نمودار شماره ۸: رتبه‌بندی کشورهای توسعه یافته و ثروتمند در فهرست ۵۰ کشور با بیش‌ترین نرخ خودکشی در سال ۲۰۱۹. نرخ خودکشی به‌صورت درصد برروی ستون‌ها نمایش داده شده است(۱۰۷)



نمودار شماره ۹: نرخ خودکشی مردان و زنان در ایران (۱۱۳).

تحصیلات زیر دیپلم و اکثراً با اختلالات روانپزشکی بودند. از هر ۱۰ زن در دوره پس از زایمان، یک زن ممکن است افکار خودکشی را گزارش کند که نشان دهنده افزایش خطر در این جمعیت است. در مقابل، بیش‌ترین میزان خودکشی در مردان مربوط به همدان با ۱۳/۵ خودکشی در صدهزار نفر است. براساس داده‌ها سربازان غیربومی به‌صورت معنی‌داری افکار خودکشی بیش‌تری نسبت به سربازان بومی دارند(۱۰۸).

پیشگیری از خودکشی نیازمند حمایت تخصصی و روانی است. هم‌چنین باید دسترسی به افراد مورد اعتماد را فراهم کرد. می‌توان راهکارهایی جهت کاهش میزان خودکشی ارائه داد(۱۱۳):

- حمایت اقتصادی، فقرزدایی و اشتغال‌زایی
- خدمات و آموزش بهداشت روان و تشویق به مراجعه به مشاور روانی یا روانپزشک
- توسعه سازمان‌های حمایت از زنان و نوجوانان
- پشتیبانی نیروهای خدمات سلامت روان برای افراد مایل به خودکشی یا با خودکشی ناموفق
- حذف وسایل خودکشی
- حمایت مسئولان مراکز درمانی و نظامی (جهت پیشگیری از خودکشی سربازان و کادر درمان)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

در این مقاله ضمن تعریف سلامت اجتماعی به‌عنوان ارزیابی فرد از عملکرد خود در برابر جامعه، به بررسی آسیب‌های اجتماعی پرداخته شد. همان‌طور که آمارهای جهان و ایران و نتایج پژوهش‌ها در چند سال اخیر نشان می‌دهد آسیب‌های اجتماعی بررسی شده، یعنی اضطراب و افسردگی، اعتیاد، طلاق و خودکشی در بسیاری از مؤلفه‌ها با یکدیگر همپوشانی داشته و بروز یکی می‌تواند زمینه ساز بروز دیگری باشد. به‌طور مثال بروز اضطراب در افراد می‌تواند زمینه‌ساز افسردگی باشد و افسردگی خود یکی از دلایل گرایش افراد به مصرف مواد مخدر یا سرخوردگی و خودکشی می‌باشد. پس می‌توان نتیجه گرفت که پیشگیری از اضطراب و افسردگی و کمک به افراد جهت بهبود سلامت اجتماعی مهم‌ترین راهکار در جلوگیری از سایر آسیب‌های اجتماعی خواهد بود. بسیاری از عوامل همچون مشکلات اقتصادی، شخصیتی و خانوادگی، سیاسی، فرهنگی و اعتقادی از علل مؤثر بر افسردگی و اضطراب می‌باشند که در ایجاد سایر آسیب‌های اجتماعی نقش بسزایی دارند و بهبود آن‌ها می‌تواند در راستای حل این معضلات راهگشا باشد. بنابراین، انجام پیمایش‌های ملی در این زمینه و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد تا حد امکان می‌تواند بر بروز آسیب‌های اجتماعی کمک‌کننده باشد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این تحقیق یاری رساندند، صمیمانه تشکر می شود.

References

1. Omidi M, Haghighian M, Hashemianfar A. Social health and its functions in urban societies (Study case: Isfahan metropolis). J sociological urban studies 2017; 7(24): 155-186. (Persian)
2. Navabakhsh M, Firoozabadi A. Urban social cohesion and related factors in Kermanshah city. J Sociological Urban Studies 2013; 5(2): 33-58 (Persian).
3. Sepahmansoor M. The role of social health on physical and psychological health. Quarterly Journal of Health Psychology and Social Behavior 2021; 1(3): 103-105 (Persian).
4. Najafi Andaror MN, Gholipour M, Heydarabadi A, Pahlavan M. Investigating the social factors affecting social health among the clients covered by the welfare department of Nowshahr city. Archives of Rehabilitation 2023; 24(2): 234-247 (Persian).
5. Vosoughi M, Mahdavi SM, Rahmani Khalili E. Examining the collective effects of social capital, social vitality and social support on social health. Journal of Social Problems of Iran 2013; 4(2): 235-263 (Persian).
6. Khoshroo Z, Rahmani Khalili E, Torkaman F. A model for Finding Teachers' Social Happiness based on Social Support and Health Through the Mediatory Role of life Satisfaction. Sociology of Education 2023; 9(1): 53-64 (Persian).
7. Keyes CLM, Shapiro AD. Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. In: How healthy are we?: A national study of well-being at midlife. Chicago, IL, US: The University of Chicago Press 2004: 350-372.
8. Larson JS. The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. Soc Indic Res 1996; 38(2): 181-192.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

9. Ustün BT, Jakob R. Calling a spade a spade: meaningful definitions of health conditions. Bull World Health Organ 2005; 83(11):802.
10. Hamblion EL, Burkitt A, Lalor MK, Anderson LF, Thomas HL, Abubakar I, et al. Public health outcome of Tuberculosis Cluster Investigations, England 2010–2013. J Infect 2019; 78(4): 269-274.
11. Mazlooni Moghaddam O, Afshani SA. A Study on the Relationship between Social Support and Social Health (Case Study: Kharazmi University Students). Strategic Studies on Youth and Sports 2017; 16(35): 111-130 (Persian).
12. Ghoncheh S, Golpour R. The Relationship between Resilience and Social Support with Social Health in Students: The Moderating role of Self-compassion. SocialPsychology Research 2022; 12(45): 45-64 (Persian).
13. Reza Doost K, Hossein Zadeh A.H, Rostami A. Measuring Scial Health and Some Social Factors Affecting It. Strategic Studies on Youth and Sports 2019; 18(44): 257-278 (Persian).
14. Zolfaghari A, Ghayumi A. Meta-Analysis of the Relationship between social capital and social health: researches in the period of 2011-2021. A Quartery Journal of Socio-cultural Strategy 2023; 12(2): 423-454 (Persian).
15. Amini Rarani M, Mousavi M, Rafiei H. The relationship between social capital and social health in Iran. Social Welfare Quarterly 2011; 11(42): 203-228 (Persian).
16. Ghiasi M, Sarlak A, Ghafari H. Interaction of social capital and health in Iranian provinces. Journal of Strategic Studies of Public Policy 2019; 9(31): 115-130 (Persian).
17. Samadi F, Dalir M. The role of psychological and social health on sexual health of elderly women. Social Psychology Research 2021; 10(40): 21-42 (Persian).
18. Ebrahimi Z, Azizi Z. Examining the role of mental and social health in the sexual health of young people. Second National Conference on Psychopathology 2022. (Persian).
19. Kaikhavani Sh. Saffarinia M, Alipor A, Farzad V. Development of social dimensions of health from the perspective of urban management. Social Psychology Research 2020; 10(38): 41-64 (Persian).
20. Deldari F. The effect of media and virtual space on women's social health. Rahtoosheh 2022; 3(10): 71-80 (Persian).
21. Taghvaeeyazdi M, Chitsaz Ch. Relationship between social networks and social health of students. Quarterly Journal of Information and Communication Technology in Educational Sciences 2017; 7(2(26):77-97 (Persian).
22. Fadaie Mehrabani M. Urbanization, health and social media. Quarterly Journal of Communication Research 2006; 49: 67-86 (Persian).
23. Atrian N, Omrani Gh, Mahdikhani M. Media literacy and social health: an analysis of the relationships between indicators among students of Islamic azad university of Shahinshahr. Society Culture Media 2020; 9(35): 31-53 (Persian).
24. Hami Kargar F, Niazi M, Sakhaie A, Omidvar A, Khodakaramian Gilan N. Meta-analysis of studies conducted on the relationship between social network and social health in Iran. Iranian Journal of Culture and Health Promotion 2021; 5(2): 205-214 (Persian).
25. Poursatar M, Hekmati E. Prediction of social well-being based on religious beliefs among female students. Journal of Woman and Society of Family 2010; 2(7): 27-40 (Persian).
26. Noorallahi Aghdam Y, Mahjoob R. The role of religion and religious beliefs and their teachings on mental and social health. The

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

First International Conference on Psychology and Religion 2022. (Persian).

27. Adib Y, Soltani A, Nozohouri R, Karimi SB. Relationship between the practice of religious beliefs, social support, mental health and happiness. Journal of modern Psychological Researches 2017; 12(45): 1-18 (Persian).
28. Afshani SA, Rasulinejad SP, Kavyani M, Samiei HR. The investigation into the relationship between Islamic life style and social health among people of Yazd city. Journal of Studies in Islam and Psychology 2014; 8(14): 84-104 (Persian).
29. Jenaabadi H. The study of the relationship between Islamic lifestyle and job satisfaction and social health of high school teachers in Zahedan. Biannual Journal of Applied Counseling 2018; 7(2): 45-54 (Persian).
30. Yahyazadeh pirsaraie H, Poorat Z. The effect of social health on job satisfaction (case study, Sepeh bank employees in Tehran). Journal of Social Work Research 2014; 1(2): 43-61 (Persian).
31. Aghayari Hir T, Vafaieaghdam T. A study of the impact of social health on job satisfaction (the case of Golestan-Baft factory's employees in Tabriz city). Journal of Applied Sociology 2017; 27(4): 171-190 (Persian).
32. Sarafraz MR, Bahrami E, Zarandi AR. Self-awareness process and bioPsychoSocioSpiritual health. Journal of Research in Psychological Health 2011; 4(2): 33-42 (Persian).
33. Seyf D. The relationship between the dimensions of self-awareness and the feeling of loneliness with the mental health of students. Psychological Research 2012; 15(1): 44-63 (Persian).
34. Shams Ghahfarokhi M, Ghasemi M, Shams Ghahfarokhi F. Relationship between Social Well-being and Organizational Citizenship Behavior among Employees of Al-Zahra University Hospital, Isfahan, Iran. J Health Res Commun 2021; 7(1): 13-24 (Persian).
35. Sharbatian MH, Rajaei Z. The relationship between social health and organizational citizenship behavior (case study: elementary teachers in Birjand). Sociology of Life Style 2020; 5(14): 155-200 (Persian).
36. Ebrahimpour D, Abdollahfam R. Investigating the relationship between social health and organizational citizenship behavior of Islamic Azad University employees in Region 13. The Journal of Sociology Studies 2012; 5(16): 105-125 (Persian).
37. Yahyazadeh H, Rashidian Meybodi M. The relationship between irrational beliefs and social health of prisoners (case study of Alborz province). Social Welfare Research 2012; 3(1): 154-180 (Persian).
38. Moosefid M, Mehrmohammadi M. Predicting social well-being based on health-oriented lifestyle and irrational beliefs in women with panic disorder. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing 2022; 8(4): 65-75 (Persian).
39. Narimani M, Samadifard H. The Relationship between Irrational Beliefs, Mindfulness and Cognitive Fusion with Social Health among Elderly in Ardabil, 2016. Journal of Gerontology 2017; 2(1): 20-28 (Persian).
40. Moghaddasi Z. Investigating the relationship between moral intelligence scales and social health among elementary school teachers in Bojnord city. The third international conference and the sixth national conference of management, psychology and behavioral sciences 2023. (Persian).
41. Ghazinejad M, Vahid Fazel F. Youth value orientation and social wellbeing. Strategic Studies on Youth and Sports 2014; 12(22): 115-132 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

42. Kamkar M Z, Agha Goli Zada M, Karamelahi Z. Investigation of Social Health and its Relationship with Quality of Life in Medical Students of Golestan University of Medical Sciences. North Khorasan University of Medical Sciences 2023; 15(3): 55-62 (Persian).
43. Ka'abe N, Khaghani Fard M, Hakami M. Study of the Relationship Between Social Health with Individualism and Collectivism Cultural Values and Gender Socialization of Male and Female Students. Social Psychology Research 2017; 7(25): 117-140 (Persian).
44. Nikogoftar M. Gender Differences in Social Health: the Role of Individualism-Collectivism. Social Welfare Quarterly 2014; 14(53): 111-129.
45. Tavakol M. Social health: dimensions, axes and indicators in global and Iranian studies. Bioethics Journal 2015; 4(14): 115-135 (Persian).
46. Noori A. Analysis and investigation of social harms in the world. 8th International Conference on Education Science, Psychology, Counseling, Education and Research 2024.
47. Modara F, Sarokhani D, Valizadeh R, Sarokhani M. The Average Review Score of Anxiety in Iran: Systematic Review and Meta-Analysis. J Ilam Uni Med Sci 2017; 25(2): 181-210 (Persian).
48. Ghahvechi-Hosseini F, Fathi-Ashtiani A, Satkin M. The effectiveness of metacognitive therapy compared with cognitive therapy in reducing test anxiety. Journal of developmental psychology, Iranian Psychologist 2015; 11(44): 357-366 (Persian)
49. Homepage | Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. Available from: https://www.healthdata.org/.
50. Montazeri A, Mousavi SJ, Omidvari S, Tavousi M, Hashemi A, Rostami T. Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010). Payesh 2013; 12(6): 567-594 (Persian).
51. Bayat F, Ozgoli G, Mahmoodi Z, Nasiri M. A comparative study of depression, stress and anxiety in two groups of women with and without children: a population-based study. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2022; 25(7): 45-58 (Persian).
52. Hosseini Haji Z, Aradmehr M, Irani M, Namazzinia M. The relative risk of stress, anxiety and depression in women after miscarriage, ectopic pregnancy and normal pregnancy: A cross-sectional study. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2023; 26(5): 49-60 (Persian).
53. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008; 43(8): 667-672.
54. Borzoi T, Tafazoli M, Maghsoudi F, Assadi Hovyzian S. Prevalence of Anxiety and Depression in Abadan Nursing Students During the COVID-19 Epidemic. J Prevent Med 2022; 9(1): 28-37 (Persian).
55. Bakhtiari Z, Ramezani-badr F, Amini K. The stress, anxiety and depression of nurses in emergency departments of teaching hospitals affiliated to Zanjan University of Medical Sciences and some related factors during the Covid-19 outbreak. Iran J Nurs Res 2022; 17(4): 13-26.
56. Salari N, Khazaie H, Hosseinian-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Mohammadi M, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. Hum Resour Health 2020; 18(1): 100.
57. Shahed hagh ghadam H, Fathi Ashtiani A, Rahnejat AM, Ahmadi Tahour Soltani M,

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

Taghva A, Ebrahimi MR, et al. Psychological Consequences and Interventions during the COVID-19 Pandemic: Narrative Review. J Mar Med 2020; 2(1): 1-11.

58. Xing L qun, Xu M ling, Sun J, Wang QX, Ge D dan, Jiang M ming, et al. Anxiety and depression in frontline health care workers during the outbreak of Covid-19. Int J Soc Psychiatry 2021; 67(6): 656-663.
59. Nadeem F, Sadiq A, Raziq A, Iqbal Q, Haider S, Saleem F, et al. Depression, Anxiety, and Stress Among Nurses During the COVID-19 Wave III: Results of a Cross-Sectional Assessment. J Multidiscip Healthc 2021; 14: 3093-3101.
60. Rahmani F, Firouzbakht M, Rahmani N, Alipour AH. Investigating the relationship between anxiety of covid-19 and general health of nursing students of babol azad university in 2020-2021: a descriptive-correlational study. Nursing and Midwifery Journal 2022; 20(3): 210-219.
61. Carolan C, Davies CL, Crookes P, McGhee S, Roxburgh M. COVID 19: Disruptive impacts and transformative opportunities in undergraduate nurse education. Nurse Educ Pract 2020; 46: 102807.
62. Islam MA, Barna SD, Raihan H, Khan MNA, Hossain MT. Depression and anxiety among university students during the COVID-19 pandemic in Bangladesh: A web-based cross-sectional survey. PLOS ONE 2020; 15(8): e0238162.
63. Kalantari E, Zarei M, Abdolahi F. Negative Consequences Affecting the Lifestyle of Students During Covid-19 Pandemic. Refah J 2023; 22(87): 10.
64. Alavi K. Prevalence of Depression, Anxiety, Stress, and Fear of COVID-19 Among the Students of the University of Bojnord in Iran. Qom Univ Med Sci J 2022; 16(5): 390-401 (Persian).
65. Moghdam MH. Exploring the Family Contexts and the Consequences of the Addiction Phenomenon among Men in the City of Ahvaz. Etiadpajohi 2023; 16(66): 145-170 (Persian).
66. Fartookzadeh H, Moazzez H, Rajabi Nohouji M. Strategies and Policies of Drug Abuse Control in Iran. Refah J 2013; 13(48): 171-199 (Persian).
67. Alahdadi N, Mirzaei E, Salimipour N. Qualitative Analysis of the Substrates of Tendency to Substance Use. Etiadpajohi 2023; 17(68): 69-94 (Persian).
68. Chen YL, Lee TC, Chen YT, Lo LC, Hsu WY, Ouyang WC. Efficacy of Electroacupuncture Combined with Methadone Maintenance Therapy: A Case-Control Study. Evid Based Complement Altern Med 2019; 2019: 7032581.
69. Gholizadeh M, Ahmadi L, Gholizadeh Z. The Causal Relationship of Insecure Attachment and Moral Intelligence with Addiction Potential with the Mediating Role of Sensation Seeking in Male Students. Etiadpajohi 2018; 12(45): 265-280 (Persian).
70. Aas CF, Vold JH, Gjestad R, Skurtveit S, Lim AG, Gjerde KV, et al. Substance use and symptoms of mental health disorders: a prospective cohort of patients with severe substance use disorders in Norway. Subst Abuse Treat Prev Policy 2021;16(1):20.
71. Tobacco Viz [Internet]. Available from: https://vizhub.healthdata.org/tobacco/.
72. Meredith LS, Ewing BA, Stein BD, Shadel WG, Brooks Holliday S, Parast L, et al. Influence of mental health and alcohol or other drug use risk on adolescent reported care received in primary care settings. BMC Fam Pract 2018; 19: 10.
73. Bakhshi Jeghnab G, Ashayeri T, Ahmadi Milasi

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

M. Systematic Review and Meta-Synthesis of Research Studies Related to Factors Affecting Substance Use in Iran from 2002 to 2021. Etiadpajohi 2023; 17(69): 7-38 (Persian).

74. Hajiha Z, Bahrami Ehsan H, Rostami R. Familial, Social, and Environmental Factors Detecting Craving in Substance-Dependent Women in Tehran: A Grounded Theory Study. Etiadpajohi 2021; 15(59): 11-42 (Persian).
75. Gharehchahi F, Rahmati A, Hajkarami P. Family Factors Affecting Youth Attitudes toward Substance Use: A Qualitative Study. Etiadpajohi 2024; 17(70): 129-148 (Persian).
76. Ostad Rahimi A, Fathi A. The Role of Family Communication Patterns and School Culture in Addiction Tendency in Students. Etiadpajohi 2021; 15(59): 275-292 (Persian).
77. Basharpoor S, Mohamadnezhad devin A. The Relationships of Family Communication Patterns and Psychopathic Traits with Addiction Readiness: By Testing the Mediating Role of Moral Disengagement. Etiadpajohi 2022; 16(65): 97-120 (Persian).
78. Kainersi S, Abbaspour Z, Aslani K. The Effectiveness of Behavioral Family Therapy on Substance Use Craving in Substance Abuse Quitting Adolescents. Etiadpajohi 2022; 16(64): 61-80 (Persian).
79. Ahang F, Imani AM, Yaghoubi NM. Exploring the Antecedents and Consequences of Community-Based Drug Fight: A Mixed Approach. Etiadpajohi 2021; 15(60): 33-66 (Persian).
80. TABNAK [cited 2024 Jul 3]. Divorce rates in different countries of the world. Available from: https://www.tabnak.ir/fa/news/1186419.
81. Didbaniran [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 3]. Divorce is overtaking marriage; Both marriages are a divorce. Available from: https://www.didbaniran.ir/fa/tiny/news-158457.
82. Statistics of the number of marriages and divorces in Iran [Internet]. 1401 [2024 Jul 3]. Available from: https://amarfact.com/statistics/%d8%a2%d9%85%d8%a7%d8%b1-%d8%a7%d8%b2%d8%af%d9%88%d8%a7%d8%ac-%d9%88-%d8%b7%d9%84%d8%a7%d9%82-%d8%a7%db%8c%d8%b1%d8%a7%d9%86/.
83. Damari B, Masoodi Farid H, Hajebi A, Derakhshannia F, Ehsani Chimeh E. Divorce indice, causes, and implemented interventions in Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2022; 28(1): 76-89 (Persian).
84. Talebi MA, Ounagh NM, Dusti E. Identifying the social, cultural and economic causes affecting divorce among experts and informants ("Tasmim" divorce application system) in Birjand city. The Socio-Cultural Research Journal of Rahbord 2022; 11(4): 615-642 (Persian).
85. Feli F, Examining the factors of divorce from the perspective of the Holy Quran and providing solutions to reduce it. Journal of Modern Approaches in Islamic Studies 2023; 14(5): 473-502 (Persian).
86. Rajaee Z, Kamari Yekdanegi A, Karim pour S. Causes of early divorces in young Iranian couples. The first national conference of the ideal family 2023. (Persian).
87. Kazemipour Sh. Changes in the family in contemporary Iran with an emphasis on marriage and divorce. Research on Iran's social issues 2022; 2(4): 95-126. (Persian)
88. Khalili D, Khalili N, Jafari E. Effectiveness of Positive Psychotherapy on Depression and Alexithymia in Women Applying for a Divorce. Depress Res Treat 2022; 2022: 8446611.
89. Sotodeh Asl N, Ghorbani R, Darini A L, Sori Z. A cross sectional study of divorce causes in divorce applicants in the Iranian population. Koomesh 2022; 24(3): 327-337 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

90. Daneshfar F, Keramat A. Sexual dysfunction and divorce in Iran: A systematic review. J Fam Med Prim Care 2023; 12(3): 430-439.
91. Pirmardvand Chegini B, Karami M. Examining and comparing the components of marital relationship quality in couples applying for divorce and normal couples. Assessment and research in applied counseling 2022; 3(4): 67-79 (Persian).
92. Eslami P, Sheibani F. Comparing Sexual Satisfaction and Emotional Divorce Between Couples Going Through Divorce and Normal Couples Living in Bandar Abbas, Iran. MEJDS 2022; 12: 101 (Persian).
93. Jaberi S, Etemadi O, Fatehizade M, Rabbani Khorasgani A. Iranian Women's Divorce Style: A Qualitative Study. Fam Process 2022; 61(1): 436-450.
94. Moradi A, Mirzaei M. The Lived Experience of Couples Applying for Divorce: (with an Emphasis on the Typology the Meaning of Divorce and the Role of Life Changes in the Occurrence of Divorce). Journal of Family Research 2023; 19(3):415-436. (Persian)
95. Teimuri Sangani N, Nouroozi F, Edrisi A. Factors affecting the divorce process based on Mark Knapp's theory. Medical journal of Mashhad University of Medical Sciences 2021; 64(6): 3082-3101 (Persian).
96. Sadat Kolahi M, Amirfakhraei A, Zarei E. Favorable Scenario of Divorce Situation in Future Generations of Iranian Family in 20 Years Perspective. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences 2021; 64(6): 4148-4160 (Persian).
97. Daneshvar E. Examining the moral factors of divorce. International Conference on Management and Human Sciences Research in Iran 2022. (Persian)
98. Bagi M, Hosseini H. Investigating Generational Differences in the Attitudes towards Divorce in Iran Using Multi-Level Modeling. Strategic Research on Social Problems 2021; 10(3): 23-44 (Persian).
99. Tavakolian N, Hassan Lotfi M, Taheri Soodejani M, Madadizadeh F, Kalantari F. The trend of marriage, childbearing, and divorce and its determinants of socio-economic factors on divorce in Yazd province 2016-2021: A cross-sectional study. Int J Reprod Biomed 2023; 21(8): 657-666.
100. Shahryari M, Navash A. Lived experience of women seeking separation from divorce proceedings. Journal of Iranian Cultural Research 2022; 15(1): 97-120 (Persian).
101. Khatibi A, Alikhanypor A. A Survey on the Effect of Social Factors and the Perception of Positive Consequences after Divorce on Consensual Divorce (from the Perspective of Divorce Applicants in Hamadan). Journal of Family Research 2022; 18(1): 75-96 (Persian).
102. Emamgholipour S, Arab M, Shirani R. Socioeconomic Determinants of Suicide in Iran: Panel Data Study. Iran J Public Health 2021; 50(11): 2309-2316.
103. Asadiyun M, Daliri S. Suicide Attempt and Suicide Death in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. Iran J Psychiatry 2023; 18(2): 191-212.
104. Mirahmadizadeh A, Rezaei F, Mokhtari AM, Gholamzadeh S, Baseri A. Epidemiology of suicide attempts and deaths: a population-based study in Fars, Iran (2011–16). J Public Health 2020; 42(1): e1-e11.
105. Hajizadeh Asl A, Jafari J, Khodamoradi H. Investigating the Impact of Economy on Suicide Rate in Iran. Journals of Hamedan Police Science 2021; 8(2(29)): 1-14.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]

106. Rostami M, Rahmati F, Salesi M. Factors Related to Suicidal Ideation in Iranian Soldiers. Journal of Military Medicine 2022; 24(8): 1539-1546.
107. KhabarOnline [Internet]. KhabarOnline News Agency. Available from: https://english. khabaronline.ir (Persian).
108. Iran's suicide statistics and comparison with other countries-statistical review [Internet]. 2023. Available from: https://amarfact.com/ analysis/suicide-statistics-in-iran-and-the-world/.
109. https://fararu.com/fa/news.
110. Mohammadi AA, Karoobi M, Erfani A, Shahriarirad R, Ranjbar K, Zardosht M, et al. Suicide by self-immolation in southern Iran: an epidemiological study. BMC Public Health 2020; 20(1): 1646.
111. ISNA [Internet]. ISNA News Agency; ISNA News Agency. Available from: https://en.isna.ir.
112. Iran's suicide statistics in males and females-statistical review [Internet]. 2023. Available from: https://amarfact.com/statistics/male-vs-female-suicide-rate-statistics-in-iran/.
113. Suicide [Internet]. Available from: https:// www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/s uicide.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04]