

An Overview of the Social Health Problems in Iran and Solutions

Yunes Panahi¹
Maryam Sadat Mirinezhad²
Ali Aminifard³
Fatemeh Beiraghdar⁴
Sajad Sahab-Negah⁵

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)

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 سبحان نگاه^۵

چکیده

جامعه سالم و شاداب وابسته به حضور شهروندانی با روحیه ای شاد و با انگیزه بالا می باشد که به منظور نائل شدن به آن می بایست 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 شاخص های 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 می تواند شمائی کلی از شرایط اجتماعی حاکم بر جامعه را ترسیم کرده و شاخص و ابزار تحلیلی خوبی برای اندیشمندان این حوزه و سیاست گذاران آن باشد. اختلال در سلامت اجتماعی و بروز ناهنجاری هایی از قبیل اضطراب و افسردگی، اعتیاد، طلاق و خودکشی از مسائل بسیار حائز اهمیت در جامعه کنونی است که می بایست به طور گسترده مورد مطالعه قرار گیرد و با واکاوی علل و پیامدهای آن ها، راهکارهایی جهت پیشگیری و کاهش آن ها ارائه گردد. در این مطالعه پس از تعریف مفاهیم اصلی و کلیدی سلامت اجتماعی و ناهنجاری های حاصل از بروز اختلال در آن، به ارائه آماری از این اختلالات در جهان و ایران با استفاده از کلمات کلیدی سلامت اجتماعی، ناهنجاری های اجتماعی، افسردگی و اضطراب، اعتیاد، طلاق و خودکشی در کتب و مقالات انتشار یافته در چند سال اخیر پرداخته، مؤلفه ها و شاخص های بروز آسیب های اجتماعی را مرور کرده و در نهایت راهکارهایی در جهت پیشگیری و کاهش هر یک از آسیب های اجتماعی ارائه شده است.

نتایج بررسی ها نشان داد که در میان عوامل مرگ و میر و ناتوانی ها 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. هم چنین بر طبق آمار جهانی، ۲ درصد از جمعیت جهان دارای اختلال مصرف مواد می باشند 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 بیش ترین مقادیر مربوط به استان های البرز، مازندران، سمنان، تهران و مرکزی می باشد. آمار خودکشی نیز در ایران نشان می دهد که استان های ایلام، همدان و کرمانشاه بیش ترین 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 می دهد. نتایج نشان داد که این آسیب های اجتماعی در بسیاری از مؤلفه ها با یکدیگر همپوشانی داشته و بروز یکی می تواند زمینه ساز بروز دیگری باشد. پس می توان نتیجه گرفت که پیشگیری از آسیب هایی چون اضطراب و افسردگی می تواند به طور موثری در جلوگیری از سایر آسیب های اجتماعی مانند اعتیاد، طلاق و خودکشی در یک جامعه و بهبود سلامت اجتماعی نقش به سزایی داشته باشد. بنابراین، انجام پیمایش های ملی در این زمینه و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد تا حد امکان می توانند در پیشگیری از آسیب های اجتماعی کمک کننده باشند.

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

E-mail: sahabnegahs@mums.ac.ir

E-mail: rada.beirghdar@gmail.com

مؤلفین مسئول: سجاد سبحان نگاه - مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد

و فاطمه بیرقدار - تهران: دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشکده پزشکی

۱. استاد، گروه فارماکوتراپی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه 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 بقیه 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

مقدمه

مورد بحث قرار گیرند. با توجه 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 در کلان 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 هر یک 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 در کشورها، جوامع و فرهنگ‌های مختلف مورد توجه قرار گرفته‌اند.

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 (۷-۹). 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).

بر اساس 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). بر اساس این تعریف، واضح است که سلامت جسمی و

از شروط اساسی در ایفای نقش‌های اجتماعی، سلامت افراد و جامعه می‌باشد، به طوری که 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 به همراه 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 در بهبود 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 (۶،۱-۳). 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

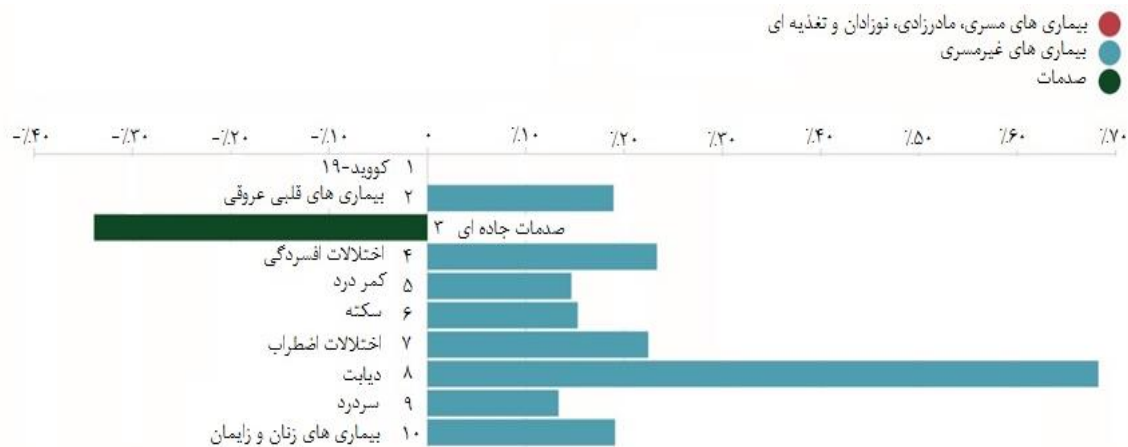
اختلال در سلامت اجتماعی و آسیب ها

بر خورداری از سلامت اجتماعی یعنی تأمین و حفظ سلامت روانی، فردی و اجتماعی به طوری که فرد فعالیت های روزمره خود را به خوبی انجام دهد، با افراد خانواده و محیط ارتباطی مناسب داشته باشد و رفتار نامناسب از منظر فرهنگ و جامعه بروز ندهد. هرگونه اختلال در این موارد موجب آسیب های اجتماعی می گردد. آسیب های اجتماعی به دسته ای از نابسامانی ها رفتاری افراد یک جامعه چه به صورت فردی و یا جمعی اطلاق می شوند که ریشه در بی نظمی، کژکارکردی پدیده های اجتماعی و پیامدهای نامطلوب در ابعاد اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی دارد. برخی از مهم ترین آسیب های اجتماعی شامل افسردگی و اضطراب، طلاق، اعتیاد، خودکشی، فقر و بیکاری می باشند و نیاز به راهکارهایی کارآمد برای پیشگیری و حل آن ها است (۴۶). در ادامه به آسیب های اجتماعی شامل اضطراب و افسردگی، اعتیاد، طلاق و خودکشی و مقایسه وضعیت جهان و ایران پرداخته شده است.

افسردگی و اضطراب

یکی از حوزه های مورد مطالعه در چند دهه اخیر، اضطراب، افسردگی و حوزه های وابسته بوده است. اضطراب احساسی ناخوشایند و مبهم و غالباً به شکل دلواپسی همراه با تردید به عاملی ناشناخته می باشد (۴۸،۴۷). در صورت تشدید این حس ناخوشایند می تواند منجر به نتایج نامطلوبی گردد و همراه با علائم فیزیولوژیک، عاطفی و روحی باشد. افسردگی نیز از جمله اختلالات خلقی است که موجب آسیب به سلامت روان شده و متعاقباً سلامت جسمانی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می دهد. در حال حاضر در میان عوامل ناتوانی ها در ایران افسردگی رتبه ۴ و اضطراب رتبه ۷ را دارند (نمودار شماره ۱) (۴۹). بین افسردگی، استرس و اضطراب ارتباط نزدیکی وجود دارد و افراد با زمینه استرس و اضطراب بیش تر در معرض خطر ابتلا به افسردگی می باشند.

روانی به تنهایی گویای سلامت کامل نبوده و بعد اجتماعی سلامت نیز باید مدنظر قرار گیرد (۳). در سال ۱۹۷۲ بلوک و برسلو سلامت اجتماعی را مطابق با درجه عملکرد افراد جامعه و در سال ۱۹۷۸ دونالد و همکارانش سلامت را امری فراتر از بیماری ها و قابلیت کارکردی افراد معرفی کردند. گلد اسمیت و راسل در سال ۱۹۷۳ و لارسون در سال ۱۹۹۳ بر بعد اجتماعی سلامت افراد و نحوه ارتباط با دیگران و جامعه تأکید داشتند. کینز اثرگذارترین نظریه در حوزه سلامت اجتماعی را داشته و آن را نحوه ارزیابی افراد از عملکرد خود در برابر اجتماع تعریف می کند (۱). جامعه ای سالم است که در آن آسیب های اجتماعی وجود نداشته و در راستای توسعه گام بردارد. حمایت، مشارکت، پذیرش، شکوفایی، اعتماد، سازگاری، مسئولیت پذیری و رفاه اجتماعی و نیز کیفیت زندگی در قلمرو سلامت اجتماعی قرار می گیرند (۳). مطالعات متعددی نشان داده اند که میان سلامت اجتماعی و سلامت جسمانی و روان شناختی رابطه تنگاتنگی وجود دارد. ارتباط عوامل مختلفی با سلامت اجتماعی مورد بحث قرار گرفته است از جمله: مهارت های ارتباطی و حمایت اجتماعی (۱۱-۱۳، ۶۵)، سرمایه های اجتماعی (۱۶-۱۴)، سلامت جنسی (۱۷، ۱۸)، مدیریت شهری (۱۹)، رسانه (۲۴-۲۰)، باورهای دینی (۲۹-۲۵)، رضایت شغلی (۳۱، ۳۰)، خودآگاهی و سلامت روانی (۳۲، ۳۳)، رفتار شهروندی (۳۶-۳۴)، باورهای غیرمنطقی (۳۷-۳۹)، جهت گیری اخلاقی (۴۱، ۴۰)، کیفیت زندگی افراد از جمله دانشجویان (۴۲) و فردگرایی و جمع گرایی (۴۳، ۴۴). متخصصان حوزه سلامت بر این باورند که جلوگیری از بیماری های جسمانی و روان شناختی می تواند با توجه و به کارگیری شاخص های سلامت اجتماعی حاصل گردد و مطالعات رابطه معناداری میان سلامت روانی و سلامت اجتماعی نشان داده اند (۳). نشانگرهای سلامت اجتماعی در ایران می توانند در ۷ بعد معیشتی - اقتصادی، اجتماعی، آسیب های اجتماعی، سلامت، جمعیتی، آموزشی و محیط زیست تقسیم بندی شوند که هر یک محورهای اختصاصی خود را دارند (۴۵).

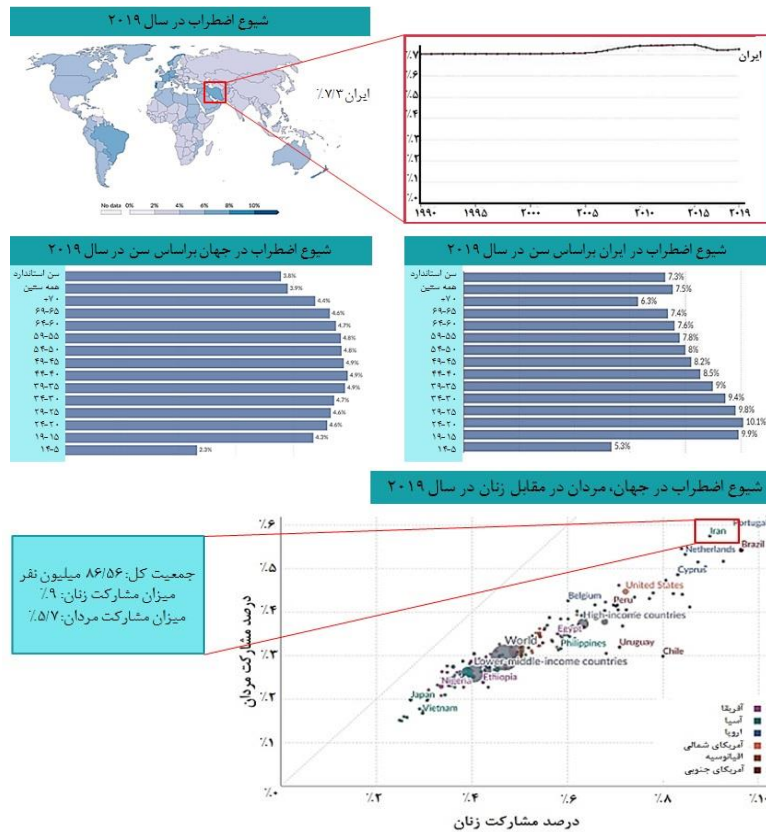


نمودار شماره ۱: ۱۰ عامل مرگ و ناتوانی در سال ۲۰۲۱ در ایران و تغییر درصد در ۲۰۲۱-۲۰۱۱ در همه سنین (۴۹)

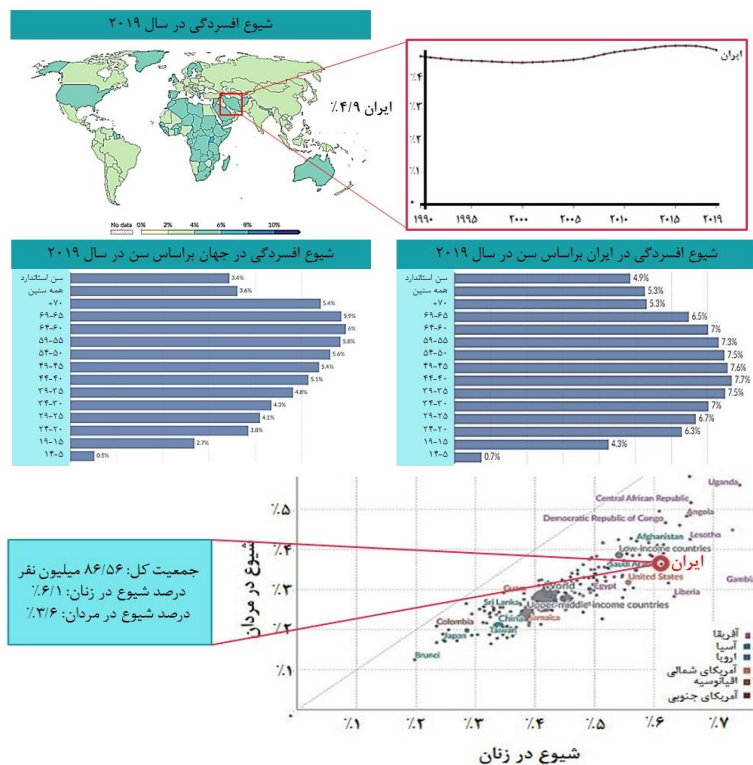
مطالعات نشان داده اند که بیش تر اختلالات روانی برای اولین بار در سن دانشگاه بروز می کنند که به دلیل جدایی از خانواده، محیط پرتنش دانشگاه و خوابگاه و مشکلات اقتصادی است (۵۳). مقایسه شیوع براساس جنسیت میزان بالای شیوع اضطراب در زنان نسبت به مردان را نشان می دهد که به دلیل شرایط فیزیولوژیک و تفاوت در بروز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

هم چنین 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 بیش ترین نرخ مربوط به اوگاندا ۶/۶ درصد و کم ترین مربوط به برونی ۱/۶ درصد می باشد. بیش ترین نرخ افسردگی در سنین بین ۶۰ تا ۶۴ سال (۶ درصد) می باشد، در حالی که در ایران بیش ترین شیوع اضطراب در سنین ۴۰ الی ۴۴ سال (۷/۷ درصد) است. مقایسه شیوع براساس جنسیت نیز شیوع بالای افسردگی در زنان (۶/۱ درصد) نسبت به مردان (۳/۶ درصد) را نشان می دهد که می تواند به دلیل شیوع بالای اضطراب در زنان باشد.

افسردگی در زنان ۱/۷ برابر بیش تر از مردان است و شیوع افسردگی در ایران بین ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد متغیر بود که در جمعیت روستایی و شهرهای کوچک بیش تر مشاهده شد. افراد بیوه بیش ترین میزان افسردگی و سپس به ترتیب افراد مطلقه و متأهل بیش ترین نرخ افسردگی و افراد مجرد کم ترین میزان را داشتند (۵۰). با افزایش سن میزان افسردگی افزایش می یابد؛ به طوری که نرخ افسردگی در سالمندان بیش ترین میزان را داشته و معمولاً همراه با نشانه های جسمانی یا تغییرات شناختی است (۵۰). همچنین بخش عمده ای 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 سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹ از ۷ به ۷/۳ درصد تغییر کرده است. با توجه به نمودار شماره ۲ در نقشه پراکندگی در ۲۰۱۹، ایران سومین کشور با بالاترین شیوع اضطراب بعد از پرتغال (۸ درصد) و برزیل (۷/۴ درصد) می باشد. هم چنین مقایسه شیوع اضطراب در جهان براساس سن (نمودار شماره ۲ ب) نشان می دهد که بیش ترین نرخ اضطراب در سنین بین ۳۵ تا ۴۹ سال می باشد، در حالی که در ایران در سنین ۲۰ الی ۲۴ سال مشاهده می شود (۴۹).



نمودار شماره ۲: آمار شیوع اضطراب در جهان و ایران. الف-نقشه پراکندگی نرخ شیوع اضطراب در جهان و تغییرات آن در ایران در سال های 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 سال های 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)

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، بی تفاوتی به جامعه و زیان آور 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، هیچ یک از این نظریه‌ها نمی‌توانند به تنهایی علت مصرف مواد مخدر را در افراد مشخص نمایند (۶۶، ۶۷). 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 ۲ درصد 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 آمریکا شمالی با ۴۵/۶ درصد و کم‌ترین 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

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 به ترتیب ۴۵/۸، 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 و ترس از بیماری کرونا در میان دانشجویان بجنورد را به ترتیب ۱۵/۵، ۱۲/۸، ۱۴/۲ درصد اعلام کرد (۶۴). یکی دیگر از عوامل شایع شیوع افسردگی و اضطراب فرزندآوری، بارداری و زایمان می‌باشد؛ بطوریکه نرخ این آسیب‌های اجتماعی در زنان بیش‌تر از مردان می‌باشد (۵۱، ۵۲). 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 ذهن آگاهی، و مداخلات پیشگیرانه درمانی.

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 و سوسه مصرف مواد با استفاده از خانواده درمانی رفتاری را نشان داد (۷۸).

با برنامه‌های متمرکز بر شخصیت افراد و مشارکت دادن تمام سازمان‌ها و افراد اجتماع بوده و اغلب کشورها مجازات‌های کیفی 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
سادهای اجرایی	- تحول در ساختارهای اقتصادی و کاهش تبعیض و شکاف طبقاتی - امنیت و رفاه اجتماعی، بهبود فضای کسب و کار و اشتغال جوانان - گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع فراگیر
مراکز آموزشی	- 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 و خانواده آن ها - اتخاذ تدابیر لازم برای مشارکت خانواده ها و مردم در پیشگیری و درمان معاندان
	- 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

بر اساس 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 ۱ درصد 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،



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

سیاست‌های مبارزه با مواد مخدر در کشورهای مختلف از طریق برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و فرهنگی و

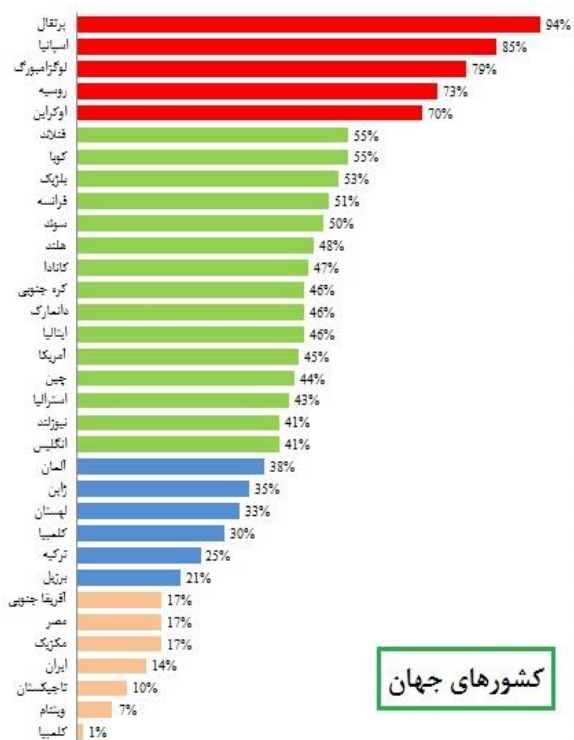
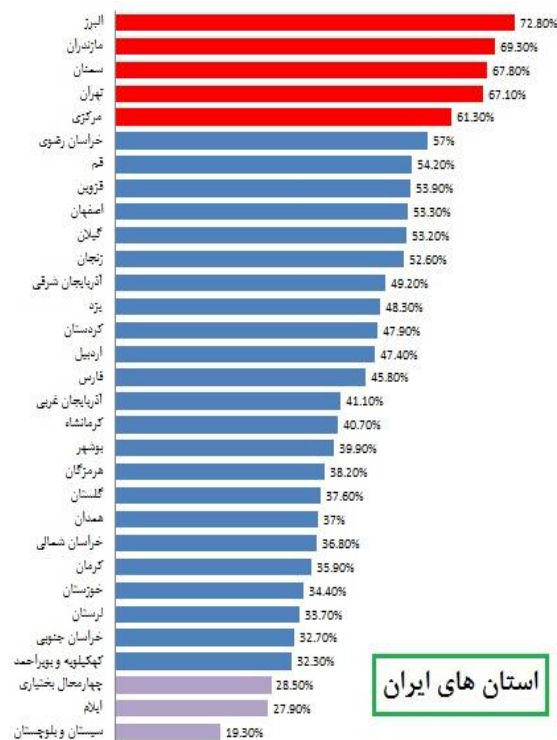
اجتماعی و تأثیر عوامل کلان سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فناوری، زیست محیطی و بین المللی بر اقدامات این برنامه ملی است (۸۳). در استان خراسان جنوبی، با توجه به شرایط منطقه‌ای، فرهنگی و مذهبی، اعتیاد، خیانت، مسائل اقتصادی مانند مشکلات مالی، ازدواج‌های اجباری و تحمیلی، پایبندی به فرهنگ سنتی ازدواج و طلاق برخی از عوامل طلاق بودند (۸۴). براساس قرآن کریم مهم ترین عوامل طلاق عدم رعایت حقوق متقابل و شناخت ناکافی زوجین، هم کفو نبودن، ضعف مبانی اعتقادی، سوء خلق، اضطراب، کراهت داشتن و تهمت زدن می‌باشند (۸۵). قطعاً طلاق اگرچه گاهی بهترین راه حل 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). سوء خلق، اضطراب و افسردگی از دیگر عوامل

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

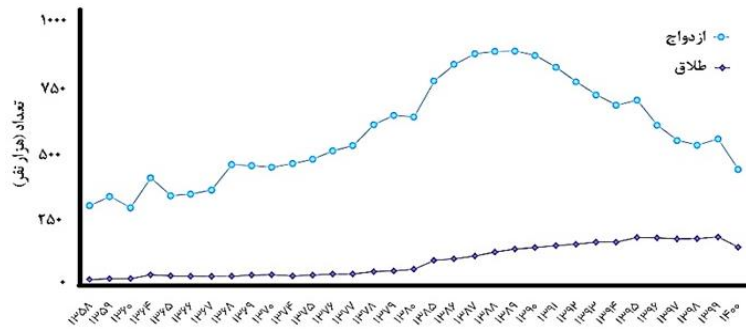
نمودار شماره ۷ تغییرات نرخ طلاق و ازدواج در ایران را در سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۴۰۰ نشان می‌دهد (۸۲). نرخ طلاق در این بازه زمانی تغییرات چشمگیری نداشته است در حالی که تغییرات نرخ ازدواج بسیار زیاد بوده است. نرخ ازدواج در ۱۳۵۸ تا ۱۳۹۰ روندی افزایشی را داشته، در حالی که پس از آن جامعه با کاهش نرخ ازدواج مواجه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

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

از نظر خبرگان، اعتیاد از مهم ترین عوامل سنتی طلاق می‌باشد. در حال حاضر، برنامه ملی کنترل و کاهش طلاق اجرا می‌شود، اما مهم ترین چالش‌های اجرای این برنامه، ضعف همکاری بین بخشی، ضعف مشارکت مردم، پراکندگی و جزیره‌ای بودن خدمات

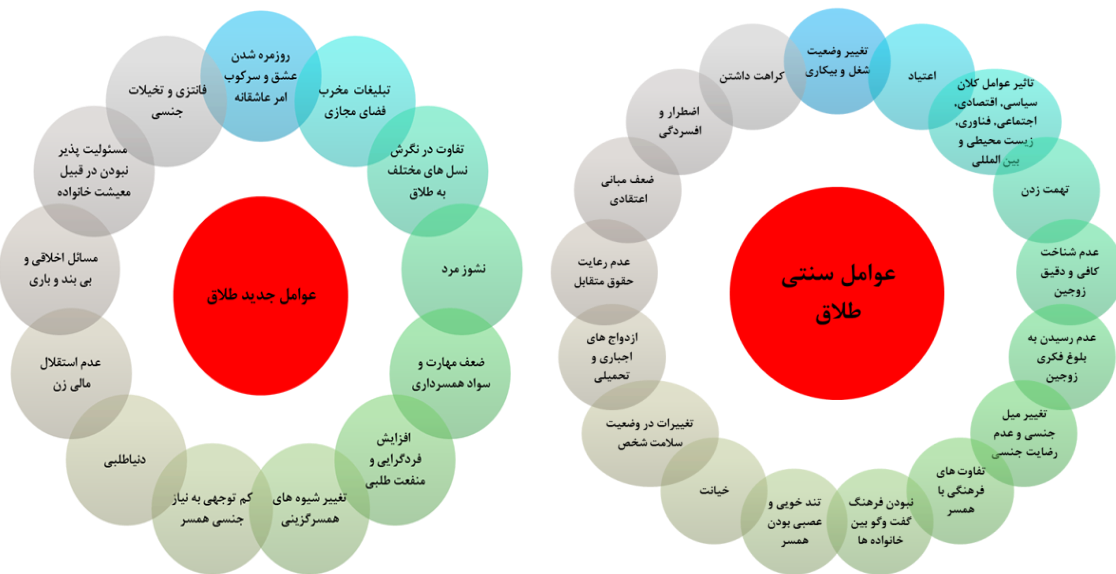


نمودار شماره ۶: نمودار مقایسه نرخ طلاق در کشورهای جهان (بالا) (۸۰) و نمودار نسبت طلاق به ازدواج در سه ماه ابتدایی سال ۱۴۰۲ در استان‌های ایران (پایین) (۸۱).



سال	آمار طلاق
۱۳۹۷	۱۷۵۶۱۴
۱۳۹۸	۱۷۶۸۱۴
۱۳۹۹	۱۸۳۱۹۳
بهار ۱۴۰۰	۴۴۰۴۳
تابستان ۱۴۰۰	۴۹۸۰۷
پاییز ۱۴۰۰	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 (۹۲، ۹۳). 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

پیچیده‌ای دارد و در بعضی موارد (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 می‌تواند 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 فرزندان 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 درباره تحصیلات دانشگاهی، ارزش‌های سکولار، برابری جنسیتی و ارزش‌های مدرن خانواده بر نگرش آنان به طلاق تأثیر می‌گذارد. با ادامه روند جایگزینی نسلی و شتابی که در پدیده‌هایی همچون شهرنشینی، جهانی شدن فرهنگی، گسترش آموزش، توسعه 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 (۹۸، ۹۹).

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 همسررداری، تغییر شیوه‌های همسرگزینی، افزایش فردگرایی و منفعت‌طلبی و مسئولیت‌پذیر 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 تأثیرگذاری غیرمستقیم بر طلاق توافقی را دارد (۱۰۱).

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

- فراهم کردن 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،

صد هزار مورد مرگ، ۲۸/۹۴ مورد به دلیل خودکشی رخ می‌دهد. خودسوزی به‌عنوان روشی برای خودکشی با اشتعال مواد آتش‌زا انجام می‌شود و مرگ و میر آن در ایران (بخصوص در جنوب کشور) بیش از ۷۰ درصد است، هم‌چنین کم‌ترین میانگین میزان خودکشی در بازه ۱۹ ساله مربوط به استان سیستان و بلوچستان با ۲/۳ و خراسان جنوبی با ۲/۷ و یزد است (۱۰۲-۱۱۰-۱۰۸).

در ایران از بین افرادی که بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند، تقریباً ۴۵ درصد آن‌ها ماه قبل از مرگ به PHC (Primary health care) مراجعه داشتند، در حالی که تنها ۲۰ درصد در آن دوره به متخصص سلامت روان مراجعه کرده‌اند. بیش از ۳۸ درصد از افراد یک هفته قبل از اقدام به خودکشی به مراقبت‌های بهداشتی (مراقبت‌های اولیه، بخش اورژانس، مراقبت‌های تخصصی) مراجعه کرده‌اند و ۹۵ درصد در سال قبل ویزیت مراقبت‌های بهداشتی داشته‌اند. بسیاری از خودکشی‌ها با برنامه‌ریزی انجام می‌گیرند که در طول یک بحران کوتاه‌مدت اتفاق می‌افتد. ۹۰ درصد از اقدام کنندگانی که زنده می‌مانند، بعداً بر اثر خودکشی نمی‌میرند (۱۱۱).

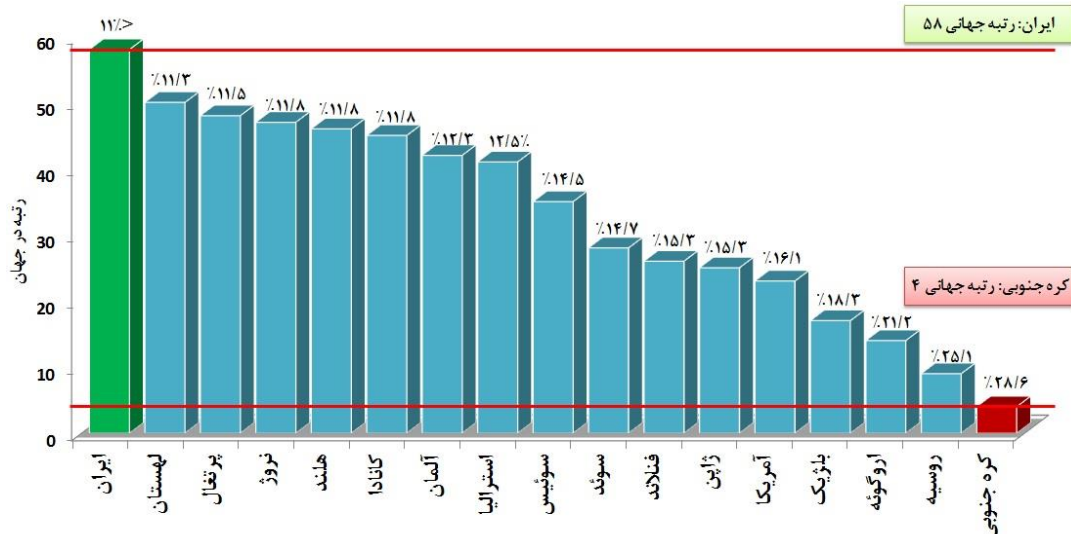
آمار نرخ خودکشی مردان در مقایسه با زنان در ایران برای اولین بار در ۱۹۹۰ ثبت شد که در این سال بیش از ۸/۴۱ درصد از مردان و ۵/۹۸ درصد از زنان در ایران، خودکشی کرده‌اند. این آمار برای آخرین بار در سال ۲۰۱۷ به ثبت رسیده است که نرخ خودکشی در بین مردان به ۷/۷ درصد و در بین زنان به ۳/۱۵ درصد رسیده است. هم‌چنین طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۷ همواره نرخ خودکشی مردان در مقایسه با زنان در ایران بالاتر بوده است (نمودار شماره ۹) (۱۱۲).

بیش‌ترین میزان خودکشی در زنان مربوط به ایلام با ۱۵/۵ و کرمانشاه با ۱۳/۱ در صد هزار نفر است. بر اساس داده‌های آماری موجود، ۶۵۷ نفر از ۳۵۳۰ بیمار سوختگی با میانگین سنی ۳۱ سال به‌عنوان اقدام به خودکشی، اکثریت زنان و متاهل بودند و اکثراً از مناطق روستایی با

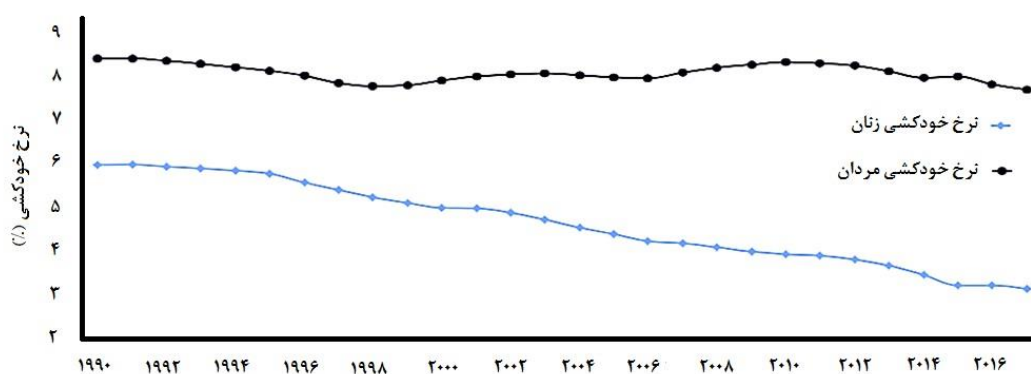
اضطراب، تروما) و تخریب عزت نفس (از عوامل اصلی در سربازان غیربومی) اشاره کرد (۱۰۶-۱۰۲). یکی از مهم‌ترین پارامترهای سلامت اجتماعی و روانی یک جامعه آمار خودکشی است که تقریباً ۱/۵ درصد از کل مرگ و میرها در سراسر جهان را به خود اختصاص داده است. میزان خودکشی موفق عموماً در میان مردان از ۱/۵ برابر در کشورهای در حال توسعه تا ۳/۵ برابر در کشورهای توسعه یافته بیش‌تر از زنان است. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد سالانه ۷۰۳ هزار نفر در جهان، جان خود را با خودکشی از دست می‌دهند (۱۰۶-۱۰۲). همواره مشکلات اقتصادی و فقر یکی از شایع‌ترین دلایل اقدام به خودکشی مطرح می‌شوند (۱۰۳-۱۰۴) و بالاترین نرخ خودکشی در جهان هم به کشور آفریقای لسوتو اختصاص دارد (۷۲/۴ در ۱۰۰ هزار نفر). هم‌چنین کره جنوبی به‌عنوان یکی از ثروتمندترین کشورهای جهان در رتبه چهارم کشورهای با بیش‌ترین خودکشی (۲۸/۶ در ۱۰۰ هزار نفر) قرار دارد.

میانگین خودکشی در جهان براساس آخرین اعلام WHO (۲۰۱۹-۲۰۲۰ میلادی) ۹ مرگ از ۱۰۰ هزار نفر است. هم‌چنین، کشور ژاپن به‌عنوان یکی از پائین‌ترین نرخ‌های افسردگی در جهان، دارای یکی از بالاترین نرخ‌های خودکشی به‌ویژه در کودکان و نوجوانان ۱۰ تا ۱۹ سال است. نمودار شماره ۸ رتبه‌بندی کشورهای توسعه یافته و ثروتمند در فهرست ۵۰ کشور با بیش‌ترین نرخ خودکشی را در ۲۰۱۹ نشان می‌دهد (۱۰۷).

آمار خودکشی در آمریکا برابر با ۱۶ و در کانادا برابر با ۱۱ نفر در ۱۰۰ هزار نفر بوده است. رتبه ایران در میان کشورها از نظر خودکشی در گزارش‌ها متفاوت است و از ۵۸ تا ۱۲۸ گزارش شده، اما آخرین رتبه ایران در فهرست سازمان جهانی بهداشت WHO ۱۲۸ است (پس از شیوع کرونا آمار خودکشی در کشورهای جهان به‌روزرسانی نشده است). در ایران استان‌های ایلام، همدان و کرمانشاه بیش‌ترین میزان آمار خودکشی را دارند. استان ایلام از مناطق پرخطر در ایران است که در



نمودار شماره ۸: رتبه بندی کشورهای توسعه یافته و ثروتمند در فهرست ۵۰ کشور با بیش ترین نرخ خودکشی در سال ۲۰۱۹. نرخ خودکشی به صورت درصد بر روی ستون ها نمایش داده شده است (۱۰۷).



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

را فراهم کرد. می توان راهکارهایی جهت کاهش میزان خودکشی ارائه داد (۱۱۳):

- حمایت اقتصادی، فقرزدایی و اشتغال زایی
- خدمات و آموزش بهداشت روان و تشویق به مراجعه به مشاور روانی یا روانپزشک
- توسعه سازمان های 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)

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، بیش ترین میزان خودکشی در مردان مربوط به همدمان با ۱۳/۵ خودکشی در صدهزار نفر است. براساس داده ها سربازان غیربومی به صورت معنی داری افکار خودکشی بیش تری نسبت به سربازان بومی دارند (۱۰۸).

پیشگیری از خودکشی نیازمند حمایت تخصصی و روانی است. هم چنین باید دسترسی به افراد مورد اعتماد

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 می‌شود.

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 زمینه‌ساز 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،

References

1. Omidi M, Haghghian 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.

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. *Social Psychology Research* 2022; 12(45): 45-64 (Persian).
13. Reza Doost K, Hossein Zadeh A.H, Rostami A. Measuring Social 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 Quarterly 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. *Rahtosheh* 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*

- 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).

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,

- 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

- 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. Basharpour 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. Rajae 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).

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, Madadzadeh 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. Mirahmadzadeh 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.

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/suicide>.