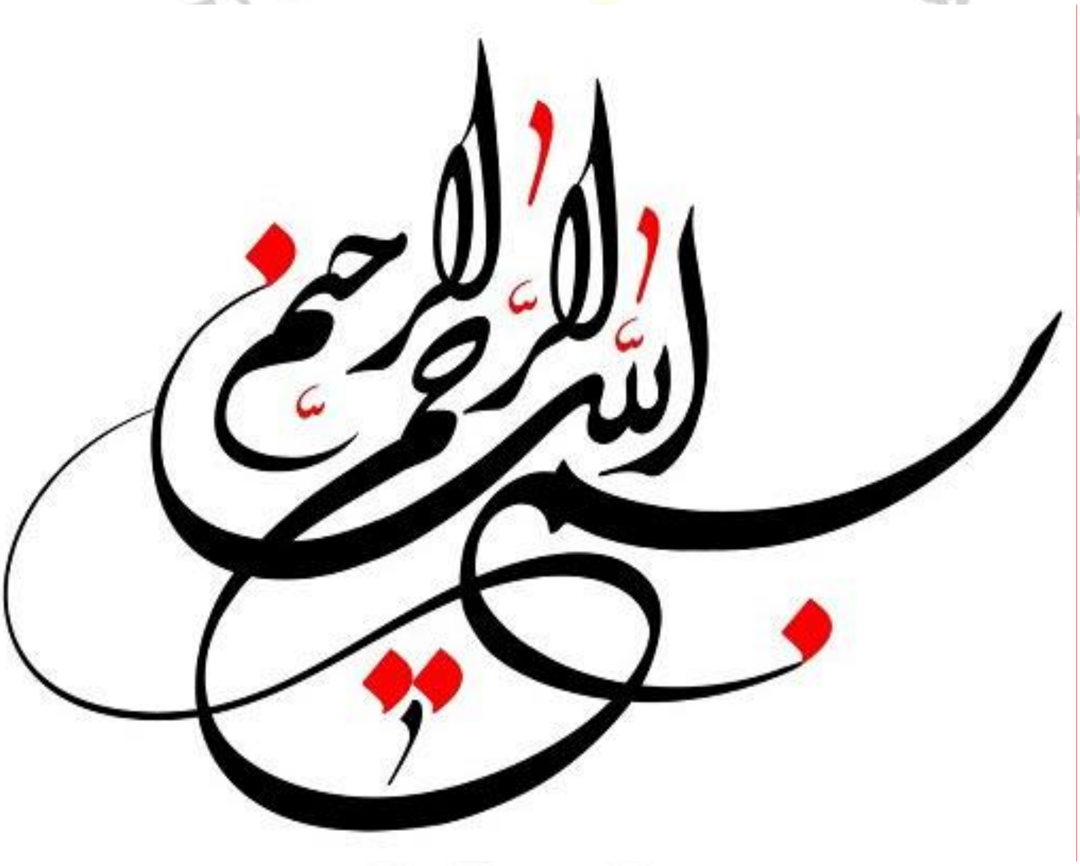
عنوان

مطالعه و کشف دلایل اقدام به خودکشی

در بین ساکنان شهرستان لارستان استان فارس

مهر ۱۳۹۸

جمعیت همیاران سلامت روان اجتماعی
استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس



موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

مطالعه و کشف دلایل اقدام به خودکشی

در بین ساکنان شهرستان لارستان استان فارس

چکیده

پژوهش حا ضر با هدف مطالعه و ک شف دلایل اقدام به خودک شی در بین ساکنان رو ستال لاغران ا ستان فارس انجام شـــده اســـت. رویکرد مورد اســـتفاده در این پژوهش تحلیل محتوای کیفی و روش گردآوری اطلاعات مصاحبه عمیق بوده است. به طور کلی ۱۹ نفر از کسانی که در این روستا اقدام به خودکشی نموده اند مورد مصاحبه قرار گرفته و اطلاعات مستخرج از آنها مورد تحلیل و تفسیر قرار گرفت.
یافته‌های به‌د ست‌آمده در قالب ۴ مقوله اصلی (خشونت، خانواده‌ی از هم گسیخته، انزوای اجتماعی، فقدان تعامل اجتماعی سازنده) ا ستخراج گردید. بر ا ساس یافته‌های به‌د ست‌آمده می‌توان گفت برخی از این افراد برای رهایی از زندگی و برخی برای اعتراض و تغییر و ضعیت موجود اقدام به خودک شی کنند. این و ضعیتی که از آن صحبت می شود به فقر فرهنگی منطقه و فضای بسته اجتماعی، فرهنگی و مردسالاری قدرتمندی بر میگردد که در بستر واقعی این روستا جریان دارد و موجب ایجاد فشارها و تعارضاتی گردیده که این افراد توانمندی لازم برای مقابله و یا حل مساله در آن خصوص را ندارند. تلاش در جهت بهبود و ارتقای وضعیت اقت صادی، فرهنگی و اجتماعی مردم رو ستا و آموزش های مهارتهای زندگی و ت شکیل گروه های اجتماعی حمایتگر در این خصوص، می‌تواند در پیشگیری از مسائلی چون اقدام به خودکشی مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: خودکشی، روستای لاغران، مردسالاری، خشونت، انزوای اجتماعی.

موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

فهرست مطالب

عنوان **صفحه**

فصل اول: کلیات..

۱-۱- مقدمه.. ۹

۱-۲- بیان مسئله.. ۱۰

۱-۳- اهمیت و ارزش تحقیق.. ۱۴

۱-۴-اهداف پژوهش.. ۱۴

۱-۴-۱- هدف کلی.. ۱۴

۱-۴-۲- اهداف جزئی.. ۱۵

۱-۵- پرسش‌های تحقیق.. ۱۵

فصل دوم: تحقیقات پیشین..

۲-۱- مقدمه.. ۱۷

۲-۲- تحقیقات داخلی.. ۱۷

۲-۳- تحقیقات خارجی.. ۳۶

۲-۴- نقد و بررسی تحقیقات پیشین.. ۴۸

فصل سوم: چارچوب مفهومی..

۳-۱- مقدمه.. ۵۰

۳-۲- نظریه‌ی دورکهایم.. ۵۰

۳-۳- نظریه‌ی مرتون.. ۵۳

۳-۴- نظریه‌ی هالبواکس.. ۵۳

۳-۵- نظریه‌ی گریز.. ۵۴

۳-۶-نظریه‌ی سادرلند.. ۵۵

۳-۷-نظریه‌ی روث کاوان.. ۵۵

۳-۸- نظریه‌ی ماریس.. ۵۶

۳-۹- نظریه‌ی ژیرارد.. ۵۶

انجمن حمایت همیاران سلامت روان اجتماعی
استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

عنوان **صفحه**

۳-۱۰-نظریه‌ی دگرگونی پایگاه.. ۵۷
۳-۱۱- نظریه‌ی فمینیستی.. ۵۷
۳-۱۲- نظریه‌ی واکنش اجتماعی.. ۵۹
۳-۱۳- نظریه‌ی داگلاس.. ۵۹
۳-۱۴- نظریه‌ی بیچلر.. ۶۰

فصل چهارم: روش‌شناسی پژوهش

۴-۱- مقدمه.. ۶۲
۴-۲- روش پژوهش.. ۶۲
۴-۳-جمعیت هدف و حجم نمونه.. ۶۳
۴-۴-روش انتخاب نمونه.. ۶۳
۴-۵-ویژگی مشارکت کنندگان.. ۶۵
۴-۶-گردآوری داده ها.. ۶۸
۴-۷- روش تجزیه و تحلیل داده ها.. ۶۸
۴-۸-قابلیت اعتماد.. ۶۹
۴-۹- ملاحظات اخلاقی.. ۷۰

فصل پنجم: یافته‌های پژوهش

۵-۱- مقدمه.. ۷۳
۵-۲- مقولات.. ۷۳
۵-۲-۱-انزوای اجتماعی.. ۷۳
۵-۲-۱-۱-انزوای عینی.. ۷۴
۵-۲-۱-۲-انزوای ذهنی.. ۷۵
۵-۲-۱-۳-افسردگی.. ۷۶
۵-۲-۱-۴-فقدان تاب آوری.. ۷۷
۵-۲-۲- خشونت.. ۷۸
۵-۲-۲-۱-خشونت فیزیکی.. ۷۹
۵-۲-۲-۲-خشونت روانی.. ۸۰
۵-۲-۲-۳-خشونت اجتماعی.. ۸۱
۵-۲-۲-۴-خشونت جنسی.. ۸۲

موسسه همیار سلامت روان اجتماعی
استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
نمای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

۵-۲-۳- خانواده‌ی از هم گسیخته...........۸۳
۵- ۲-۳-۱- تعارضات والد فرزندی...........۸۴
۵-۲-۳-۲-پدر غایب...........۸۶
۵-۲-۳-۳-تعارض و خشونت در محیط خانه...........۸۷
۵-۲-۳-۴-تعارضات زناشویی...........۸۸
۵-۲-۴- فقدان تعامل اجتماعی سازنده...........۹۰
۵-۲-۴-۱-الگوپذیری در خودکشی و خود زنی...........۹۱
۵-۲-۴-۲-الگوهای فراغت فردی و خانه محور...........۹۳

فصل ششم: بحث و نتیجه‌گیری...........۱۰۲
۶-۱- خلاصه و جمع بندی...........۱۰۲
۶-۲- بحث و نتیجه گیری...........۱۰۲
۶-۳-محدودیتهای پژوهش...........۱۰۶
۶-۴- پیشنهادهای تحقیق...........۱۰۷
۶-۴-۱- پیشنهادهای پژوهشی...........۱۰۷
۶-۴-۲- پیشنهادهای کاربردی...........۱۰۷

منابع...........۱۱۲

استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

فهرست جداول

عنوان **صفحه**

جدول ۴-۱- مشخصات مشارکت‌کنندگان.. ۶۵
جدول ۴-۲- مشخصات خانوادگی مشارکت‌کنندگان.. ۶۶
جدول ۴-۳- اطلاعات همسر افراد متأهل.. ۶۷
جدول۵-۱- گزاره ها، مقوله ها و مفاهیم استخراج شده از مصاحبه ها.. ۱۰۰- ۹۶

فهرست نمودارها

عنوان **صفحه**

نمودار۱-۱- بروز اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ سال ۱۳۹۴- ۱۳۸۸............................ ۱۱
نمودار۱-۲- شیوع اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ، به تفکیک جنس سال ۱۳۹۴............ ۱۲
نمودار۴-۱- مراحل انجام تحلیل محتوای کیفی به شیوه عرفی.. ۶۹

فهرست تصاویر

نمودار۱-۱- **موقعیت مکانی منطقه مورد مطالعه...................................۱۳**

جمعیت همیاران سلامت روان اجتماعی
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

جمعیت همیاران سلامت روان اجتماعی

فصل اول

استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

۱- کلیات

۱-۱- مقدمه

واژه خودکشی برای نخستین بار در سال ۱۷۳۷ توسط دفونن[1] فرانسوی به کار برده شد و این اصطلاح ۲۵ سال بعد یعنی در سال ۱۷۶۲ توسط آکادمی علوم فرانسه پذیرفته شد و جزء لغات فرهنگستان آن کشور شد . واژه suicide مرکب از دو لغت لاتین sui به معنی خود و cide به معنای کشتن است. تاریخچه خودکشی را میتوان هم سابقه با تولد انسان دانست بطوری که در برخی جوامع اولیه بشری به عنوان پدیده‌ای مذموم و شایسته مجازات برای جسد فرد کشته شده و خانواده بازمانده شناخته می‌شد. اما بررسی خودکشی به منزله یک پدیده اجتماعی جدی، از دو قرن پیش توسط پژوهشگران اروپایی آغاز شده است. در این کشورها عبور از زندگی سنتی و ورود به زندگی صنعتی بر آمارهای مربوط به خودکشی افزود تا جامعه شناسان و روان‌شناسان غربی در جستجوی عوامل خودکشی برآیند. براساس تعریف مورد توافق جهانی خودکشی تنها راه و آخرین راه از بین بردن خودآگاهی فرد در مورد خود است (براتوند وهمکاران، ۱۳۹۰). از نظر اشنایدمن[2]خودکشی " عمل آگاهانه نابودسازی به دست خود است که در بهترین مفهوم، می‌توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندی دانست که برای رفع مسئله شخصی، خودکشی را بهترین راه‌حل می‌داند"(کاپلان و سادوک[3]، ۱۹۹۸). دورکیم[4] خودکشی را هر نوع مرگی می داند که به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم از عمل مثبت یا منفی فرد خودکش که از نتیجه عمل خود آگاه بوده است، ناشی می‌گردد (سالارزاده امیری، ۱۳۷۸: ۶). دلماس[5] نیز خودکشی را عملی می‌داند که شخص برای معدوم ساختن خود انجام می‌دهد، در حالی که اختیار مرگ و زندگی در حیطه قدرت اوست و از لحاظ اخلاقی موظف به انجام این عمل نمی‌باشد.

---

[1] Defonen
[2] Schnideman
[3] Kaplan & Sadock
[4] Durkheim
[5] Delmas

مین جر[1] روانشناس، میل به مرگ را نزد فرد خودکش آرامشی می‌داند که در اثر تنش‌های جامعه، محدودیت‌های اجتماعی و اخلاقی که توانسته مانع از رها شدن انرژی پرخاشگری و جنسی فرد شود و درنهایت فشار داخلی پدید می‌آورد، به آن دست پیداکرده است (رئیس دانا، ۱۳۸۰: ۱۷۸). خودکشی و اقدام به آن در اجلاس سازمان جهانی بهداشت[2] در سال ۱۹۹۶ یک مسأله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضداجتماعی اعلام شد. این پدیده افزون بر زیان‌های شخصی و خانوادگی یک زیان اجتماعی نیز شمرده می‌شود. اقدام به خودکشی با هدف آسیب رساندن به خود به طور آگاهانه و بیشتر در افراد مضطرب، پرخاشگر و ناتوان در برقراری ارتباطهای اجتماعی انجام می‌شود. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، اقدام به خودکشی عبارت است از عملی که در آن شخص، عمدی و بدون مداخله دیگران رفتاری غیرعادی مثل خود آسیب‌زنی یا خوردن یک ماده به میزان بیشتر از مقدار تجویز شده برای درمان را انجام می‌دهد و هدف وی تحقق تغییرات مورد انتظار خود است. میزان اقدام به خودکشی ۴۰-۱۰ بار بیشتر از خودکشی منجر به مرگ می‌باشد(سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸).

۱-۲- بیان مساله

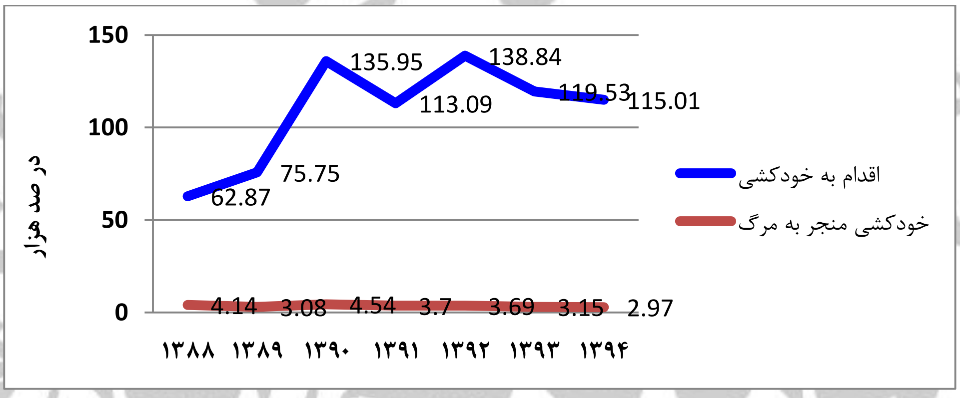
خودکشی یکی از معضلات عصر حاضر شناخته شده که در بیشتر جوامع دیده می‌شود و همواره مورد بحث در علوم مختلف و به ویژه علوم اجتماعی، روان‌شناسی و روان‌پزشکی بوده است. خودکشی پدیده ای نو و تازه نیست و به تعبیری عمری به درازای تاریخ بشر دارد، اما آنچه امروزه آن را مسئله نموده است، افزایش چشمگیر آمار خودکشی است که آن را از یک امر و نابهنجاری فردی به یک معضل اجتماعی مبدل نموده است. خودکشی به عنوان یک آسیب اجتماعی، یکی از موانع عمده توسعه به حساب می‌آید و از جمله مسائل اجتماعی است که به لحاظ اعتقادی، اجتماعی و... جامعه را متضرر می‌کند (ایار،۱۳۸۴: ۴۵). با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در همه جوامع بشری میزان اقدام به خودکشی رو به افزایش است(سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸). در اغلب کشورها، خودکشی در بین ده علت اول مرگ در تمام سال‌های زندگی

[1]. Jera
[2] World health organization

قرار دارد. در برخی کشورها نیز، خودکشی یکی از سه علت اول مرگ در سنین ۱۵ تا ۳۴ سالگی است(حسینی ۱۳۷۸: ۱۳۸).

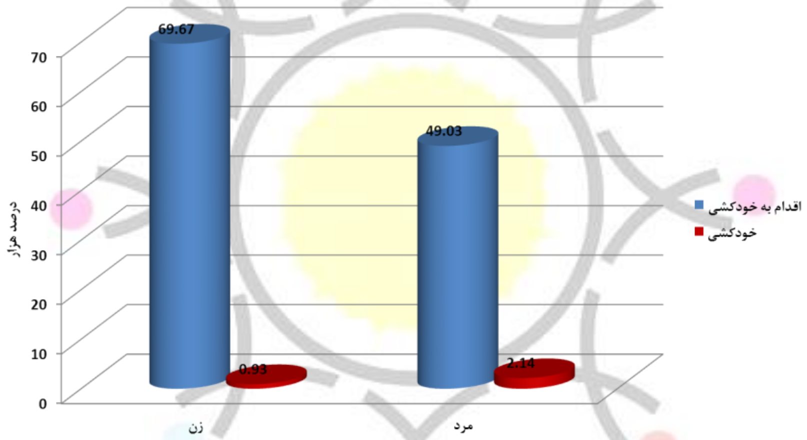
مطابق اطلاعات منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی هر ساله حداقل ۵۰۰ هزار نفر در جهان از طریق خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند. این در حالی است که برآورد واقعی سالانه خودکشی در حدود یک میلیون نفر می‌باشد (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۵) که این میزان بسیار بیشتر از تعداد کشته شدگان جنگ و مقتولان نزاع‌های بین فردی است. براساس این اطلاعات، خودکشی در ایران از بیشتر کشورهای دنیا به‌ویژه جوامع غربی پایین‌تر ولی بالاتر از سایر کشورهای منطقه خاورمیانه است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱). در سال‌های اخیر، جامعه ایران شاهد روند رو به رشد نرخ خودکشی نسبت به بیست سال گذشته، هم در مردان و هم در زنان بوده است.

پراکندگی خودکشی در ایران به صورت یکنواخت نیست و در بعضی مناطق کشور آمار خودکشی بالاتر از سایر نقاط است. استان فارس نیز یکی از مناطقی است که بر اساس آمار موجود، میزان خودکشی بالایی دارد و جزء ۵ استان اول کشور می باشد. نمودار۱-۱، میزان اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ را در فاصله سال‌های ۱۳۹۴- ۱۳۸۸ نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود آمار اقدام به خودکشی از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۴ روند افزایشی داشته است هرچند خودکشی منجر به مرگ روند تقریبا یکنواختی را نشان می‌دهد(عنایت و حسینی، ۱۳۹۶).



نمودار۱-۱- بروز اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ سال ۱۳۹۴- ۱۳۸۸

میزان اقدام به خودکشی در کل کشور ۱۰۶ در صد هزار است در حالی که در استان فارس این میزان ۱۱۵ در صد هزار می باشد که رقم بالاتری را نشان میدهد و بیانگر آن است که خودکشی در ا ستان فارس و ضعیت بدتری دارد. علاوه بر این در ا ستان فارس اقدام به خودک شی در بین زنان بیشتر از مردان است اما خودکشی منجر به مرگ در بین مردان بیشتر از زنان است(نمودار ۱-۲) (عنایت و حسینی،۱۳۹۶).



نمودار۱-۲- شیوع اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ، به تفکیک جنس سال ۱۳۹۴

با توجه به بالا بودن آمار خودکشی در استان فارس این سوال مطرح است که دلایل اقدام به خودکشی چیست؟

افزایش میزان خودکشی، هم در سطح کلان و هم در سطح خود خانواده‌ها، منشأ آسیب‌های روانی، تربیتی، اجتماعی و... می‌باشد (شایگان، ۱۳۸۳: ۱۰). در میان آسیب‌های فردی و اجتماعی، مانند طلاق، بیکاری، اعتیاد، بزهکاری و دیگر آسیب‌ها، خودکشی اهمیت ویژه‌ای دارد. از این جهت که هم نشان دهنده وجود مسائل و مشکلات متعدد و پیچیده فردی و اجتماعی است و هم پیامدهای بلندمدت و کوتاه‌مدت عاطفی، روانی و اجتماعی بر جای می‌گذارد. تحقیقات و آمار و ارقام موجود حاکی از رشد سالانه تعداد اقدام‌کنندگان به خودکشی از یک سو و کاهش سن اقدام‌کنندگان از سوی دیگر است (ساراسون و ساراسون[1]، ۱۳۸۲). لذا روز به روز بر اهمیت خودکشی به مثابه مساله ای اجتماعی افزوده می گردد.

[1] Sarason & Sarason

امروزه مساله خودکشی محدود به شهر ها نبوده و روستاها را نیز به نوعی درگیر کرده است.یکی از این روستاها،در منطقه مورد مطالعه روستای " لاغران " در استان فارس است. که محل استقرار "جمعیت همیاران سلامت روان موسسه ی ندای زندگی بلغان لارستان وتحت نظارت بهزیستی استان فارس "می باشد. این روستا زیر مجموعه فرمانداری لارستان و بخشداری بنارویه است. مردم روستا مسلمان و پیرو مذهب سنی شافعی هستند. روستای لاغران از شمال با روستای چغان، از جنوب با رشته کوه‌های زاگرس، از غرب با روستای جلال‌آباد و از شرق با روستای بلغان همسایه است. جمعیت این روستا بالغ بر ۲۶۹۰ نفر برآورد شده‌است. کسب در آمد اکثریت مردم ازمحل کار در کشورهای حاشیه خلیج فارس از قبیل کشورهای کویت و امارات متحده عربی می باشد.

تصویر ۱-۱ – موقعیت مکانی منطقه مورد مطالعه

تحت نظارت بهزیستی استان فارس

پدیده خودکشی در سال های اخیر در این منطقه افزایش قابل توجهی داشته است به طوری که نگرانی اهالی این منطقه را بر انگیخته است. این پژوهش در صدد است دلایل خودکشی را

در بین ساکنان این منطقه مورد مطالعه قرار دهد تا بتواند به شناخت بیشتری از این پدیده در منطقه دست یابد.

۱-۳- اهمیت و ارزش تحقیق

یکی از دلایل ا صلی مطالعه ی م سائل اجتماعی، بهبود جامعه ا ست. جامعه شنا سان معتقدند بسیاری از مسائل اجتماعی را می‌توان محدود کرد ولو نتوان به‌طور کامل از میان برداشت (مشونیس،۳۱:۱۳۹۵). خودکشی از جنبه‌های مختلف فرهنگی، اقتصادی و ملی صدمات جبران‌ناپذیری را به پیکره‌ی جامعه وارد می‌آورد و به دلیل اهمیت فراوان خودکشی در جامعه، توجه به نظریات، دستاوردهای علمی و تحقیقی در این حوزه و واکاوی علل زمینه‌ساز خودکشی در بین افرادی که به آن اقدام می‌کنند، ضروری است (هولمز و هولمز،۵:۱۳۹۲).

متناسب با تغییرات فزاینده و پیچیده اجتماعی، میزان خودکشی نیز در بیشتر جوامع رو به فزونی نهاده است. افزایش نرخ خودکشی در محیط‌های اجتماعی متفاوت، اقشار و طبقات گوناگون؛ نگرانی عمیقی را در سطح کلان جامعه به وجود آورده است. خسارات و صدمات ناشی از این مسئله اجتماعی بر پیکره جامعه، دارای تنوع و گستردگی چشمگیری است. لذا در صورت شناخت عمیق تر این پدیده می توان تا حدی خسارات ناشی از آن را کاهش داد.

علاوه بر تبعات فردی - روانی، اجتماعی و فرهنگی، پدیده خودکشی، بار هزینه‌های درمانی برای خانواده و سی ستم بهدا شتی- درمانی نیز قابل ملاحظه ا ست. انجام این پژوهش به شناخت و کنترل این پدیده خواهد انجامید لذا می تواند مفید واقع گردد. بی‌شک بدون آگاهی و پژوهش در مورد مسائل و انحرافات اجتماعی هرگز نمی‌توان آن‌ها را کنترل و یا از تکرار آن‌ها پیشگیری نمود؛ بنابراین برای تغییر و بهبود وضعیت خودکشی انجام چنین پژوهش هایی ضروری است.

موسسه همیار سلامت روان استان فارس
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

۱-۴- اهداف پژوهش

۱-۴-۱- هدف کلی

به طور کلی هدف از انجام این پژوهش، کشف دلایل مرتبط با اقدام به خودکشی در بین ساکنان شهرستان لارستان است.

۱-۴-۲- هدف جزئی

- مطالعه شیوه اقدام به خودکشی در بین ساکنان شهرستان لارستان
- مطالعه بستر خانوادگی افراد اقدام کننده به خودکشی در بین ساکنان شهرستان لارستان

۱-۵- پرسش‌های پژوهش

سوال پژوهش در یک مطالعه کیفی، گزاره‌ای است که پدیده‌ای را برای مورد مطالعه قرارگرفتن مشخص و روشن می‌سازد. در این راستا پرسش کلی پژوهش حاضر این است که دلائل اقدام به خودکشی ساکنان شهرستان لارستان چه می‌باشد؟

استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

فصل دوم

جمعیت همیاران سلامت روان اجتماعی
استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

تحقیقات پیشین

۲-۱- مقدمه

مرور پژوهش‌های پیشین یکی از مراحل مقدماتی و در عین حال اساسی در انجام پژوهش‌ها می‌باشد. بهره‌گیری از این تحقیقات بر غنای پژوهش می‌افزاید و به پژوهشگر در فراهم آوردن بنیان‌های نظری طرح خود کمک می‌کند. مطالعه این پژوهش‌ها همچنین از دوباره‌کاری و انجام تحقیقات تکراری جلوگیری می‌کند. در این فصل ابتدا مطالعات داخلی و سپس مطالعات خارجی در باب خودکشی آورده شده است.

۲-۲- تحقیقات داخلی

کاویانی فر (۱۳۹۷)، پایان نامه ای را با عنوان « مطالعه ی دلایل و پیامدهای اقدام به خودکشی در نظام معنایی زنان شهر شیراز» انجام داده است. در این پژوهش از روش کیفی(نظریه‌ی زمینه‌ای) استفاده شده است. مشارکت‌کنندگان این پژوهش ۱۷ نفر از زنانی بودند که سابقه‌ی اقدام به خودکشی داشته‌اند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و نظری انتخاب گردیدند. یافته‌های به‌دست‌آمده شامل ۱۲۰ مفهوم بود که بر اساس این مفاهیم، ۱۷ مقوله‌ی فرعی و ۶ مقوله‌ی اصلی (خشونت، خانواده‌ی نابسامان، خرده‌فرهنگ مصرف مواد، انزوای اجتماعی، فقر و تعارضات زناشویی) استخراج گردید. پس از ترکیب و تلفیق مقولات، «طرد زنان در بستر فقر قابلیتی» به‌عنوان مقوله‌ی هسته و پدیده‌ی مرکزی پژوهش شناسایی گردید. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان گفت طرد زنان در بستر فقر قابلیتی که نتیجه‌ی آن بی‌قدرتی و عدم توانمندی زنان است باعث گردیده است که برخی از این زنان برای رهایی از زندگی و برخی برای اعتراض و تغییر وضعیت موجود اقدام به خودکشی کنند. پیامدهای اقدام به خودکشی شامل پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی بوده است که در بیشتر این زنان منفی گزارش شده است.

سفیری و رضایی نسب (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «مطالعه‌ای کیفی از پدیده‌ی خودسوزی زنان شهر ایلام» با استفاده از روش کیفی و تکنیک مصاحبه‌ی عمیق با ۱۲ نفر از زنان خودسوخته،

به بررسی خودسوزی در بین زنان ایلامی پرداخته‌اند. یافته‌های این مطالعه ضمن بیان عناصر عمومی پدیده‌ی خودسوزی از قبیل کم‌سوادی، بیکاری و نظایر آن، مقوله‌های خاصی مانند الگوهای جنسیتی سنتی (در قالب مردسالاری و تعصب‌گرایی، خشونت خانگی)، برچسب زدن، محرومیت و افسردگی زنان خودسوز را هم شامل می‌شود. به‌طور خلاصه زنان ایلامی به این دلیل دست به خودکشی می‌زنند که با نوعی بن‌بست مواجه‌اند که می‌توان آن را «واقعیت بدقواره» نامید؛ بدین معنا که زنان در یک‌سو تحت تأثیر و فشار واقعیت‌های اجتماعی یا همان هنجارهای الزام‌آور قرار می‌گیرند و از سوی دیگر این هنجارهای الزام‌آور ناشی از سلطه‌ی مردانه است که این امر در جامعه‌ی ایلام قوی‌تر است. نتایج این تحقیق همچنین نشان داده است که ساختار سنتی بسیاری از خانواده‌های ایلامی که بر فرهنگ مردسالاری بنا شده زمینه‌ساز وقوع این نوع خودکشی است. زنان خانه دار در این جوامع، به دلیل نداشتن آزادی و تحرک اجتماعی، دست به خودکشی از نوع خودسوزی می‌زنند. اکثر زنان خانه داری که دارای سطح سواد پایین و شرایط بد اقتصادی می‌باشند فریاد اعتراض خود را با سوزاندن خود به گوش می‌رسانند. خودسوزی در میان زنان متأهل بیش‌تر به دلیل آزار و اذیت از جانب همسران‌شان بوده است. آزار همسر به‌ویژه برای زنانی که در سنین پایین ازدواج می کنند سبب افسردگی می‌شود و می‌تواند عامل مهمی در ایجاد انگیزه‌ی خودکشی باشد، همچنین از دلایل اصلی خودکشی زنان متأهل می‌توان به بی‌پناهی آنها در جامعه اشاره کرد. زشت بودن طلاق در جامعه، عدم حمایت مناسب خانواده در صورت جدایی و ترس از بدتر شدن شرایط در صورت طلاق سبب می‌شود زن در حالتی قرار بگیرد که دیگر نخواهد زنده بماند. در میان دختران جوان نیز همین فرهنگ مردسالاری در قالب تعصبات بی مورد موجب عدم تحمل آنها می‌شود.

کشفی، یزدان‌خواه، خانی‌جیحونی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی با عنوان «بررسی عوامل خطر و زمینه‌ساز اقدام به خودکشی در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز» به مسئله‌ی خودکشی پرداخته‌اند. جامعه‌ی آماری شامل تمام موارد اقدام به خودکشی طی سال ۹۰ بوده است که بدین منظور ۵۴۵ پرونده بررسی شده است. طبق یافته‌ها ۳۶/۷ درصد از افرادی که به خودکشی اقدام کرده بودند مرد و ۶۳/۳ درصد آنها زن بوده‌اند. اکثر اقدام‌کنندگان به خودکشی مجرد و در رده‌ی سنی ۱۴ تا ۲۴ سال و ساکن شهر بوده‌اند. بیشترین میزان خودکشی در فصل زمستان بوده است. همچنین ۷۴ درصد از افراد برای خودکشی از دارو استفاده کرده بودند و شایع‌ترین علل اقدام به خودکشی در افراد متأهل مشکلات زناشویی بوده است. ۱۸ درصد از افراد سابقه‌ی اقدام به خودکشی داشته‌اند و

اکثر آزمودنی‌ها هیچ‌گونه سابقه‌ی بیماری جسمی نداشته‌اند. ۳۴ درصد سابقه‌ی بیماری روانی داشته‌اند که از این تعداد ۹۲ درصد مبتلا به اضطراب و افسردگی بوده‌اند. همچنین بر حسب وضعیت تأهل، بیشترین موارد اقدام به خودکشی در مردان مجرد (۷۴/۵) و زنان متأهل (۵۳/۶) گزارش شده است. در نهایت بر اساس یافته‌های به دست آمده از این مطالعه، عمده‌ترین عامل خطر اقدام به خودکشی، مشکلات زناشویی بوده است.

همچنین عنایت و هاشمی‌کتکی (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای کیفی با عنوان «کشف دلایل و پیامدهای خودسوزی در نظام معنایی زنان خودسوخته» به موضوع خودکشی به روش خودسوزی پرداخته‌اند. مشارکت‌کنندگان این پژوهش ۱۸ نفر از زنان خوسوخته بستری در بیمارستان سوختگی شهر اصفهان بوده‌اند. یافته‌های این مطالعه شامل ۱۵ مفهوم است که بر اساس این مفاهیم ۶ مقوله‌ی عمده‌ی خشونت، ناسازگاری و تعارضات زناشویی، نبود سرمایه اقتصادی-اجتماعی، اختلاف در شبکه‌های خویشاوندی، سوء مصرف مواد مخدر و انزوای اجتماعی به دست آمده است. پس از ترکیب و تلفیق مقولات، «عدم توانمندی زنان» به عنوان مقوله هسته شناسایی گردیده است که در همه‌ی ابعاد آن، پیامدهای منفی بسیاری در حوزه‌های مختلف زندگی زنان به همراه دارد. عدم آگاهی زنان نسبت به شایستگی‌ها و توانایی‌های خود از یک سو و برخوردار نبودن از حمایت‌های اجتماعی کارآمد و مؤثر و عدم دسترسی برابر یا دسترسی محدود به فرصت‌ها و منابع توانمندی از سوی دیگر، زمینه‌های روانشناختی‌ای را برای زنان به وجود می‌آورد که آنان را از تلاش برای حل مسائل و بحران‌های پیش رویشان بازمی‌دارد؛ در چنین شرایطی احساس ناکامی و شکست بر آنها مستولی شده و باعث می‌شود در برابر مسائلی که برآمده از زمینه‌های خانوادگی و اجتماعی هستند، سر تسلیم فرود بیاورند. رابطه عدم توانمندی زنان با مقولات ذکر شده رابطه‌ای دوسویه، تنگاتنگ و چرخه‌ای است.

حکمت، مرتضوی، حقیقی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی شیوع و شدت افکار خودکشی در زنان تحت همسر آزاری مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی اهواز در سال ۹۱» به بررسی خودکشی در بین زنان آزاردیده پرداخته‌اند. این مطالعه به روش توصیفی-تحلیلی و مقطعی بر روی ۱۰۳ نفر از زنانی که با شکایت همسر آزاری به پزشکی قانونی اهواز مراجعه کرده بودند، انجام‌شده است. نتایج نشان داده است که از میان افراد مورد بررسی ۴۹/۵۲ درصد این زنان دارای افکار خودکشی، ۲۱/۳۵ درصد از زنان دارای افکار خودکشی متوسط و ۲۸/۱۵ درصد از آنان داری افکار خودکشی شدید بوده‌اند. این مطالعه همچنین نشان داده است که بین سن زوجین و اختلاف سنس بین زوجین با افکار خودکشی همبستگی معنی‌دار معکوس وجود دارد؛

به طوری که هر چه سن و سن زمان ازدواج زن و همسرش پایین‌تر بود، افکار خودکشی بالاتر بود. هم‌چنین افکار خودکشی با سوء رفتار جنسی تفاوت معناداری داشته و بین سن، سن ازدواج، فاصله سنی و تحصیلات زن و همسرش، میزان درآمد، تعداد فرزندان، شغل و دیدگاه زن ازنظر وضعیت اقتصادی با افکار خودکشی تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است.

ریاضی و نجفیان پور (۱۳۹۴) در پژوهش دیگری با عنوان «مقایسه‌ی عوامل مؤثر فرهنگی-اجتماعی و روان‌شناختی در خودکشی زنان ایران و تاجیکستان» به مطالعه‌ی عوامل مؤثر فرهنگی و اجتماعی و روان‌شناختی در خودکشی و شناسایی آنها به‌صورت بوم‌شناختی و مقایسه‌ی این عوامل در بین زنان اقدام کننده به خودکشی در دو کشور ایران و تاجیکستان، به روش کیفی پرداخته‌اند. نمونه‌ی مورد مطالعه‌ی این تحقیق شامل ۶۰ نفر (از هر کشور ۳۰ نفر) بوده و اطلاعات از طریق مصاحبه عمیق جمع‌آوری شده است. نتایج نشان داده است که عوامل دخیل در خودکشی زنان در هر دو کشور که ریشه در فقر و فقر سنتی دارد، به ترتیب اهمیت عبارت‌اند از: خشونت خانوادگی، القای فرهنگی، روابط سرد خانوادگی، ازدواج اجباری، مسئولیت بیش از اندازه، فقدان حریم خصوصی، چندهمسری، تعصبات نامعقول و فقدان ارتباط مناسب بین نسل‌ها. تفاوت‌ها نیز شامل چندهمسری غیرقانونی مردان تاجیک برخلاف قانون تک‌همسری و امتناع از دفن زنان خودکش مسلمان در گورستان مسلمانان بوده است؛ بنابراین عوامل مؤثر در خودکشی زنان در دو کشور ایران و تاجیکستان عبارتند از: عوامل اجتماعی بیرون از خانواده و عوامل اجتماعی درون خانواده. یافته‌های حاصل از این پژوهش بیانگر متغیرهایی است کارکردهای متفاوت و مشابهی را در دو میدان تحقیق داشته‌اند.

قادرزاده و پیری (۱۳۹۳) در مطالعه ای کیفی با عنوان «مطالعه‌ی پدیدارشناختی اقدام به خودکشی در شهر آبدانان ایلام» با هدف توصیف تجربه و درک از خودکشی و جهان پدیداری و پیامدهای این اقدام جهت شناخت زیست جهان جوانان این منطقه انجام داده‌اند. روش‌شناسی این پژوهش کیفی است و از پدیدارشناسی اگزیستانسیالیستی برای انجام عملیات میدانی تحقیق و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کلایزی استفاده شده است. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۸ نفر از جوانان مرد بوده است که سابقه‌ی اقدام به خودکشی داشته‌اند. جهت گردآوری داده‌ها از تکنیک مصاحبه‌ی عمیق استفاده شده است. یافته‌های به دست آمده از تجربه‌ی زیسته‌ی اقدام‌کنندگان به خودکشی، نشان از درک خودکشی به مثابه‌ی تسهیل‌گری، سنت‌گریزی و واقعیت‌گریزی داشته است. به همین جهت احساس و درک متفاوتی نسبت به این اقدام در افراد مورد بررسی شکل گرفته است که دامنه‌ی آن از پذیرش تا طرد خودکشی در

نوسان است. همچنین تجربه و درک شرکت‌کنندگان از جهان پدیداری بر ناامیدی و تداوم سختی‌ها دلالت دارد. این اقدام پیامدها و آثار متفاوتی بر بدن زیست‌مند آنها بر جای گذاشته است که در ذیل دو مضمون کلی «شکنندگی بدن جسمانی» و «انزوای بدن پدیداری» دسته بندی شده است. در نهایت این مطالعه نتیجه‌گیری کرده است که اقدام‌کنندگان به خودکشی در حال تجربه‌ی زیست‌جهان بسیار پیچیده، ناامن و دشواری هستند که امکان تفهم و درک همه‌ی ابعاد آن وجود ندارد و به سختی قابل دسترسی است.

سهامی و جلیل (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «مقایسه‌ی فرهنگ مردسالاری و طرحواره‌های ناسازگار در دو گروه زنان عادی و خوسوز در استان کهگیلویه و بویراحمد» به بررسی دو دسته از عوامل فرهنگی (فرهنگ مردسالاری) و روانی (طرحواره‌های ناسازگاری) در بین زنان عادی و اقدام‌کننده به خودسوزی استان کهگیلویه و بویراحمد پرداخته‌اند. در انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری ترکیبی و خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. جهت انجام این پژوهش، ۵۰ زن خودسوخته به عنوان نمونه به صورت سرشماری‌شده و ۱۵۰ زن عادی از روش خوشه‌ای انتخاب شده اند. نتایج این مطالعه نشان داده است در مجموع بین طرحواره‌های ناسازگاری زنان اقدام‌کننده به خودسوزی و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ۱۶ خرده مقیاس طرحواره‌های ناسازگار شامل: محرومیت عاطفی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، شرم و نقص، ناخوشایندی اجتماعی، شکست، وابستگی بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، گرفتاری، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق و خویشتن‌داری است. همچنین فرهنگ مردسالاری در بین نمونه‌های اقدام‌کننده به خودسوزی و عادی تفاوت معنی داری داشته است. مؤلفه‌های فرهنگ مردسالاری نیز شامل کلیشه‌های جنسی، نابرابری در تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی، سلطه‌ی مردان و اجبار در نقش بوده است.

سدیدپور و سدیدپور (۱۳۹۲) در پژوهشی جامعه‌شناختی تحت عنوان «بررسی رابطه ابعاد توسعه‌یافتگی با مرگ (خودکشی- دیگرکشی) مطالعه‌ی تطبیقی در سطح کلان» با دنبال کردن رهیافت جامعه‌شناختی پارسونز و نظام‌های چهارگانه‌ی او تلاش کرده‌اند نگاهی نو به خودکشی و دیگرکشی داشته باشند تا به درک بهتری از رابطه‌ی ابعاد توسعه‌یافتگی با مرگ عامدانه دست یابند. جامعه‌ی آماری در این تحقیق ۱۹۶ کشور جهان عضو سازمان ملل هستند که به‌صورت تمام‌شماری در پژوهش بررسی شده‌اند که از آنجا که آمار خودکشی و دیگرکشی برای همه‌ی کشورها وجود نداشته است، تعداد کشورها به کشورهایی که آمار معتبر برای آنها ارائه شده است تقلیل یافته است. نتایج این مطالعه نشان داده است که نرخ خودکشی و دیگرکشی در بیش از

نیمی از کشورها پایین است. بالاترین نرخ خودکشی برای کره و پایین‌ترین نرخ خودکشی برای باربادوس، نپال و هایتی ثبت شده و برای دیگرکشی بالاترین نرخ برای ونزوئلا و پایین‌ترین نرخ از موناکو و پالاو گزارش شده است. بررسی معناداری توسعه‌ی سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با دیگرکشی و خودکشی نشان داده است که در بررسی نرخ خودکشی، تنها رابطه‌ی توسعه‌ی اجتماعی است که با نرخ خودکشی ارتباط معنادار دارد. این مطالعه نشان می‌دهد که توسعه‌ی اجتماعی، لزوماً همراه دارنده‌ی سلامت روان جامعه نیست و با افزایش توسعه‌ی اجتماعی، نرخ خودکشی کاهش نمی‌یابد و علت این امر را به احساس تنهایی افراد در جوامع مدرن نسبت داده است چرا که در نظریه‌های توسعه آمده است با بالا رفتن سطح توسعه، سطح اعتماد متقابل و اعتماد به دیگران دور، کم‌تر و در مقابل لزوم احتیاط بیشتر می‌شود؛ بدین معنی که افراد به دلیل نداشتن اعتماد به دیگران مجبور به احتیاط بیشتری درباره‌ی آنها هستند.

حیدری و رسائی پور (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی عوامل اجتماعی و روان‌شناختی مؤثر بر گرایش به خودکشی: نمونه‌ی موردی زنان ۱۶ تا ۴۰ ساله شهر یاسوج» به روش پیمایشی به بررسی گرایش به خودکشی در بین زنان پرداخته‌اند. جامعه‌ی آماری پژوهش کلیه‌ی زنان ۱۶ تا ۴۰ ساله‌ی ساکن شهر یاسوج بوده اند. تعداد ۳۷۰ نفر بر اساس جدول تعیین حجم نمونه‌ی لین، به منزله‌ی نمونه‌ی پژوهش انتخاب شده‌اند. متغیرهای مستقل و وابسته‌ی پژوهش به ترتیب، دینداری، افسردگی و گرایش به خودکشی بوده‌اند. بر اساس نتایج این پژوهش مجردها نسبت به متأهل‌ها، جوانان نسبت به میانسالان و بیکاران و دانشجویان نسبت به شاغلان و خانه‌داران گرایش بیشتری به خودکشی داشته‌اند. همبستگی متغیرهای دینداری و افسردگی با گرایش به خودکشی، به ترتیب، منفی و مثبت بوده است. مهم‌ترین متغیر تأثیرگذار بر گرایش به خودکشی، افسردگی بوده است. همچنین تأثیر دینداری بر گرایش به خودکشی غیرمستقیم بوده است؛ یعنی از طریق آرامش روانی‌ای که به بار می‌آورد می‌تواند گرایش به خودکشی را تحت تأثیر قرار دهد. در نهایت دو متغیر افسردگی و مجرد بودن توانسته‌اند بیش از نیمی از واریانس گرایش به خودکشی پاسخگویان را تبیین کنند.

کیانی، فاتحی‌زاده و قاسمی (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان «عوامل خانوادگی دخیل در اقدام به خودکشی» به روش کیفی و با استفاده از مصاحبه با ۲۰ نفر از این افراد و خانواده و دوستان آنها به بررسی عوامل خانوادگی دخیل در خودکشی پرداخته‌اند. نتایج نشان داده است که ۱۰ عامل خانوادگی به ترتیب اهمیت، در خودکشی این افراد دخیل بوده‌اند. این عوامل عبارت‌اند از: طلاق واقعی یا عاطفی والدین، آزار و اذیت روانی و جسمانی از سوی والدین، سبک فرزند پروری

مستبدانه و طرد کننده، فقدان تشویق و تقویت از سوی والدین، اعتیاد والدین، سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی والدین، سابقه اقدام به خودکشی والدین، جلب توجه و محبت والدین، فقدان جهت‌گیری مذهبی، نبود سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی و نبود اهداف برای زندگی. در تبیین نتایج این مطالعه ذکر شده است که عوامل خانوادگی مثل دلبستگی سالم، رابطه سالم والدین، سبک فرزندپروری، وجود همبستگی در خانواده و رابطه بین والدین و فرزندان و سلامت روان والدین باعث می‌شود که افراد در بستری از روابط سالم و ایمن و با شیوه‌های درست ابراز هیجانات رشد یابند و الگویی از فرآیندهای حل مسئله را در خود ایجاد کنند که کمتر به راه‌حل‌های هیجان مدار و ناکارآمدی مانند خودکشی در برخورد با تعارضات و مشکلات گریزناپذیر زندگی خانوادگی استفاده کنند.

نصرالهی، لطفی و هنردوست (۱۳۹۲) نیز در پژوهشی به «عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر در اقدام به خودکشی در زنان شهرنشین کشور طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۶» و بررسی شواهد مربوط به خودکشی زنان و شناسایی متغیرهای تأثیرگذار بر خودکشی زنان در ایران پرداخته‌اند. برای این منظور از متغیرهای نرخ بیکاری زنان، نابرابری درآمدی، نرخ طلاق، میزان شهرنشینی و شاخص صنعتی شدن که آمار آنها در سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸ در دسترس بوده، استفاده و به بررسی رابطه‌ی میان متغیرهای مذکور و اقدام به خودکشی زنان در کشور پرداخته شده است. نتایج این مطالعه رابطه‌ی مثبت و معنادار میان متغیر بیکاری و نابرابری درآمدی با اقدام به خودکشی در زنان را نشان داده است. از سوی دیگر بررسی نرخ طلاق بر خودکشی زنان نیز از تأثیر مثبت و معنادار این متغیر بر خودکشی در میان زنان حاکی است. علاوه بر آن، افزایش در صنعتی شدن مناطق کشور به صورت نامتوازن، اقدام به خودکشی را افزایش داده است، زیرا رابطه‌ی مثبت و معنادار میان این دو متغیر مشاهده شده است.

نعیمی و حامدی (۱۳۹۲) در مطالعه‌ی دیگری با عنوان «جامعه‌پذیری و اقدام به خودکشی زنان شهرستان کلاکه» به چگونگی تعامل کارگزاران جامعه‌پذیری یعنی خانواده و رسانه در انتقال الگوها و ارزش‌ها به زنان و دختران ترکمن و تأثیر آنان در بروز پدیده‌ی اقدام به خودکشی پرداخته‌اند. این مطالعه به روش کیفی انجام شده است و نمونه‌ها ۷ نفر از زنان ازدواج کرده‌ی ترکمن ساکن در شهرستان کلاکه بوده‌اند که اقدام به خودکشی کرده بودند. یافته‌های به دست آمده نشان داده است که ازدواج اجباری در سنین پایین و بی‌توجهی به خواست و انتظارات افراد در زمینه‌ی ازدواج، عامل اصلی ارتکاب به خودکشی بوده است. در واقع تعارض خانواده و رسانه به دیدگاهی مربوط می‌گردد که این دو کارگزار به امر ازدواج می‌نگرند؛ خانواده ازدواج را برای

مؤسسه همیار سلامت روان ندای زندگی بنیان ارسبان تحت نظارت بهزیستی استان فارس

دختر یک تکلیف می‌پندارد که در چنین فرآیندی منفعل بوده و بایستی ارزش‌های سنتی را به جا آورد، در حالی که رسانه ازدواج را برای دختر به عنوان حق پنداشته که با محوریت خودش و تکیه بر ارزش‌های مدرن عملیاتی می‌گردد. حال آنکه این دو کارگزار می‌بایست به صورت متوازن هر دو مفهوم را به افراد در زمینه‌های گوناگون منتقل نمایند.

شاکری و جعفری‌زاده (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان «بررسی علل مرتبط با خودکشی‌های موفق در استان فارس» به شناسایی علل و عوامل پیرامونی خودکشی‌های منجر به فوت در استان فارس پرداخته‌اند. این مطالعه به روش توصیفی-مقطعی و طی یک دوره‌ی ۵ ساله در استان فارس (از سال ۱۳۸۶ تا سال ۱۳۹۰) انجام گرفته است. پس از بررسی کلیه‌ی پرونده‌های مربوط به متوفیان مشکوک به خودکشی، تعداد ۹۳۴ مورد به عنوان خودکشی موفق مورد تأیید قرار گرفته است. از این تعداد، ۶۷۹ نفر مرد بوده‌اند که با این مطلب که خودکشی‌های موفق در مردان بیشتر است، مطابقت دارد. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۹-۲۰ سال و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۶۹-۶۰ بوده است. در ۵۳/۳ درصد موارد یعنی تعداد ۵۰۰ مورد علت یا انگیزه‌ی خودکشی توسط والدین یا بستگان معلوم و محرز نبوده است، اما در مواردی که علت یا انگیزه توسط والدین یا بستگان محرز و ابراز شده بود، وجود برخی از اختلالات روانی نظیر افسردگی، گوشه‌گیری، انزواطلبی و غیره با ۳۱/۳ و اختلافات خانوادگی با ۲۹/۷ درصد دارای بیشترین فراوانی و مسائل ناموسی با ۱/۰۴ درصد کم‌ترین فراوانی را در خودکشی‌های منجر به فوت به خود اختصاص داده بودند. این مطالعه پیشنهاد داده است که برای کاهش این آسیب اجتماعی باید از همان ابتدا در نهادهای اجتماعی نظیر خانواده، مراکز آموزشی ابتدایی و مهدهای کودک نسبت به شناسایی کودکانی که در آنها زمینه‌ی بروز اختلالات روحی و روانی وجود دارد، اقدام نمایند.

بنی‌فاطمه، عباس‌زاده و حکمت (۱۳۹۰) در مطالعه‌ی دیگری با «تبیین تأثیر خشونت بر گرایش به خودکشی: مطالعه موردی دختران و زنان ۵۰-۱۵ ساله‌ی پیرانشهر» به روش پیمایشی و تعداد ۳۹۵ نفر نمونه به اثرات خشونت بر خودکشی زنان پرداخته‌اند. نتایج به دست آمده نشان داده است که: حدود ۳۰ درصد زنان و دختران مورد مطالعه گرایش به خودکشی داشته‌اند. مجموع خشونت کل (روانی و فیزیکی) در جامعه‌ی آماری مورد مطالعه نیز حدود ۳۰ درصد بوده است. البته تأثیر خشونت روانی بر خودکشی بیش از خشونت فیزیکی بوده است. تحقیق مورد نظر نشان داده است که خشونت روانی و فیزیکی در بین جامعه‌ی مورد بررسی در حد قابل تأملی بوده است و انواع خشونت‌های مذکور در گرایش زنان و دختران به خودکشی تأثیر معناداری داشته است.

موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی تلفن آزمایش
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

در نهایت پیشنهاد شده است که با اقدامات قضایی، آگاهی‌بخشی به زوجین از طرق مختلف نظیر رسانه‌های دیداری و شنیداری، کتب درسی، جلسات مشاوره‌ای و مواردی مانند آن از این معضل اجتماعی جلوگیری شود.

علیزاده، رامندی، علیرضائی و همکاران (۱۳۹۰) پژوهشی با عنوان «عوامل روان‌شناختی و جامعه‌شناختی مؤثر بر خودکشی در زنان شهرهای شال و دانسفهان استان قزوین» به روش علی-مقایسه‌ای انجام داده‌اند. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل دو گروه بوده است؛ گروه اول کلیه زنان شال و دانسفهان که بین سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۷۲ خودکشی ناموفق داشته‌اند. گروه دوم کلیه زنان جوان شهرهای شال و دانسفهان که در مقطع دبیرستان تحصیل می‌کنند. نمونه مورد نظر در گروه یک ۹۰ نفر و در گروه دوم ۲۶۰ نفر بوده است. یافته‌های این پژوهش نشان داده است که همبستگی و انسجام اجتماعی، منزلت اجتماعی و اعتقادات دینی، انزوا و کناره‌گیری اجتماعی، ناکامی‌های اقتصادی، عاطفی و اجتماعی، افسردگی، سایکوپات و رفتارهای ضداجتماعی با خودکشی و اندیشه خودکشی رابطه معناداری دارد. در مجموع این مطالعه نشان می‌دهد که استراتژی‌ها و برنامه‌های پیشگیری و آموزش باید در اولویت قرار گیرند.

جمشیدیها و قلی‌پور (۱۳۸۹) در مطالعه ای تحت عنوان «مدرنیته و خودکشی زنان و دختران لک» به روش تفسیری به بررسی خودکشی در زنان و دختران لک پرداخته‌اند. برای گردآوری داده‌ها از تکنیک‌های مصاحبه عمیق، تجربه‌ی زیسته و مشاهده استفاده شده است. نتایج پژوهش نشان داده است که مدرنیزاسیون سریع وشتابان با تمام مظاهر خود در طی دو دهه وارد یک سرزمین کاملاً منزوی با آداب و رسوم کهن شده و نسل متقارن با این تغییرات، بر اساس آموزه‌های مدرن پرورش یافته است؛ بنابراین پس از بلوغ، هنگام تصمیم‌گیری برای زندگی آینده، سعی کرده‌اند که بر اساس آموزه‌هایشان عمل کنند اما با مخالفت شدید نسل‌های گذشته که حامل ارزش‌های کهن بودند، رو به رو گشته‌اند. در چنین فضایی متغیر جنسیت نقش مهمی ایفا می‌کند؛ زیرا که زنان و دختران نسبت به مردان و پسران فضای کمتری برای عمل داشته‌اند. آنها که خود را مقهور جبرهای اجتماعی برخاسته از ایل و طایفه و آینده خود را تیره و تار می‌بینند و جایگزین مناسب تری نمی‌یابند، به ناچار مبادرت به خودکشی کرده‌اند. در واقع کنترل ناشی از سنت‌های قدرتمند و احساس بی‌قدرتی در تعیین سرنوشت سبب شده است که تعدادی از زنان و دختران به افراطی‌ترین پناهگاه در مقابل مصیبت‌های زندگی روی آورند.

معیدفر و حسن‌پناه (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان «عوامل اجتماعی مؤثر بر خودکشی جوانان استان کردستان» با رویکردی جامعه‌شناختی به شناسایی عوامل مؤثر بر خودکشی جوانان

کردستان پرداخته اند. این پژوهش از روش پیمایشی و پرسش‌نامه برای گردآوری اطلاعات بهره برده است و تعداد ۱۲۸ نفر از افراد زیر ۲۵ سال که در فاصله سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ اقدام به خودکشی کرده ولی موفق به آن نبوده‌اند، مصاحبه شده است. نتایج این پژوهش نشان داده است که احساس انتظام اجتماعی شدید و نابسامانی اجتماعی عامل مهمی در افزایش خودکشی در بین جوانان استان کردستان است. خودکشی در بین زنان بالاتر از مردان بوده است زیرا فشار و جبر اجتماعی در این استان برای زنان بیش از مردان بوده است. همچنین نابسامانی اجتماعی با سه مؤلفه‌ی پایبندی به مذهب، بی‌سازمانی خانواده و عدم دست‌یابی به اهداف تغییرات خودکشی را در این پژوهش تبیین کرده است و رابطه‌ی مستقیمی با آن دارد. در نهایت میتوان گفت که احساس انتظام اجتماعی شدید در بین زنان و احساس نابسامانی اجتماعی در بین مردان عامل اصلی خودکشی جوانان در کردستان بوده است.

در پژوهش دیگری عنبری و بهرامی (۱۳۸۹) به «بررسی ارتباط باورهای فرهنگی با خودکشی» در شهرستان‌های کوهدشت و پلدختر پرداخته‌اند. پژوهش مذکور تحلیلی بر شرایط رخداد خودکشی‌ها در کوهدشت و پلدختر طی سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۵ است. جامعه‌ی آماری تحقیق، ۱۲۶ مورد اقدام به خودکشی در مناطق روستایی در محدوده‌ی زمانی فوق بوده است. در نمونه‌گیری هدفمند با ۵۰ نفر از اعضای خانواده‌های قربانیان و ۳۰ نفر اقدام‌کننده به خودکشی، مصاحبه‌ی عمیق انجام شده است. بر اساس یافته‌های این پژوهش، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر خودکشی به ترتیب اولویت، فقر اقتصادی خانواده، بیکاری و اعتیاد، اختلاف فرهنگی بین نسل قدیم و جدید، خشونت خانوادگی، ازدواج تحمیلی دختران و مخالفت والدین در ازدواج پسران، اختلافات خانوادگی، طایفه‌گرایی، ناموس‌پرستی و حفظ آبرو و حیثیت خانواده، شکست عشقی و مشکلات روحی- روانی بوده است. همچنین یافته‌ها نشان داده است که زنان و جوانان بیشترین قربانیان خودکشی بوده‌اند. باورهای فرهنگی مردم منطقه از جمله مذمومیت طلاق، نگرش نسبت به عشق قبل از ازدواج، انگ‌ها و برچسب‌های اجتماعی، فهم جنسیتی از کار و نگرش مردانه به تربیت خانوادگی به طور مستقیم و با واسطه با خودکشی ارتباط داشته‌اند.

مرادی، اکبری، چراغی و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه دیگری با عنوان «بررسی تأثیر ساختار خانواده و حمایت اجتماعی در خودکشی دانشجویان»، به مطالعه خودکشی در بین دانشجویان پرداخته‌اند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های عملکرد خانواده و حمایت اجتماعی بوده است. در این تحقیق تعداد ۹۶ نفر دانشجوی اقدام کرده به خودکشی با ۹۶ نفر دانشجوی سالم مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. نتایج نشان داده است که دو گروه در هشت خرده مقیاس عملکرد خانواده

و همه خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی تفاوت معناداری دارند. میزان همبستگی خانواگی، ابراز وجود، جامعه‌پذیری و آرمان خانوادگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی پایین‌تر از افرادی بوده است که اقدام به خودکشی نداشته‌اند. همچنین میزان تعارض، گسستگی، گرایش‌های فرهنگی- عقلانی و درهم تنیدگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی بالاتر از افرادی بوده است که اقدام به خودکشی نداشته‌اند. در نهایت به حمایت‌های اجتماعی به عنوان عوامل محافظت‌کننده در برابر رفتارهای خودکشی‌گرایانه تأکید شده است.

فخاری، صمدی‌راد، شجاعی و همکاران (۱۳۸۸) تحقیقی با عنوان «نقش پیامدهای اجتماعی و بهداشتی مهاجرت در اقدام به خودکشی مهاجرین حاشیه نشین تبریز» در چارچوب گراندد تئوری انجام داده‌اند. جامعه‌ی مورد بررسی این تحقیق گروه‌هایی از مهاجران حاشیه نشین تبریز بوده‌اند. داده‌های پژوهش از تعداد ۳۴ نمونه با استفاده از تکنیک مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شده و در دو عنوان کلی و ۹ طبقه‌ی موضوعی تبیین شده‌اند: فقر، بیکاری و مشاغل کاذب؛ شاخص‌های بهداشت و سلامت اجتماعی، فردی و محیطی نازل و سکونت در محلات پرخطر تحت عنوان کلی مسائل و معضلات ساختاری حاشیه‌نشینی مهاجران دسته‌بندی شده‌اند. تقابلات بین نسلی، پیامدهای ناگوار فرهنگ مردسالاری اقتدارگرایانه بر سلامت جسمی و روحی زنان و تضاد هنجاری میان انتظارات خانواده‌های سنتی گسترده و خانواده‌های هسته‌ای تحت عنوان کلی تضادهای دوگانه در حیات مهاجرین طبقه‌بندی و بیان شده‌اند. یافته‌های این تحقیق نشان داده است که تغذیه از دو منبع فرهنگی متفاوت و تغییر در نقش‌های اجتماعی سنتی همراه با انتظارات نقش دوگانه در خانواده‌های مهاجرین به تضادی دائمی در بین اعضای متعلق به نسل‌های مختلف این خانواده‌ها تبدیل می‌شود که انواع ناهنجاریهای رفتاری، اختلالات روحی و روانی، افسردگی و نهایتاً خودکشی به ویژه در میان جوانان، سالخوردگان و زنان و دختران جوان از پیامدهای بارز این اختلافات است.

قریشی و موسوی‌نسب (۱۳۸۷) پژوهشی به هدف گردآوری و مقایسه پژوهش‌های انجام شده در سطح کشور در ارتباط با خودکشی واقدام به خودکشی با عنوان «مرور سیستماتیک بررسی‌های انجام شده در زمینه‌ی خودکشی و اقدام به خودکشی» انجام داده‌اند؛ و برای نیل به این هدف از اطلاعات موجود در سیستم اینترنتی و پایگاه اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای بررسی مقاله‌های منتشر شده در زمینه‌ی خودکشی و اقدام به خودکشی بهره برده‌اند. در این مطالعه ۳۴۷۷ نفر مورد بررسی قرار گرفته‌اند. دامنه‌ی سنی مردان ۳۹-۳۰ و زنان زیر ۳۰ سال بوده است. این بررسی جنسیت را به عنوان یک عامل مداخله‌گر برای خودکشی

نشان داده است. ۷۱٪ سابقه اختلال خلقی و ۵۳٪ اقدام به سوء مصرف دارو به منظور خودکشی داشته‌اند. شیوع خودکشی در ایران ۹/۴ در ۱۰۰۰۰ نفر به دست آمده است. در نتیجه‌ی این مطالعه آمده است که شیوع خودکشی در ایران نسبت به آمار جهانی پایین‌تر و مهم‌ترین روش برای اقدام به خودکشی مسمومیت با داروها بوده است. زنان دو برابر مردان اقدام به خودکشی می‌کنند و روش شایع‌تر خودکشی در مردان حلق‌آویز کردن و در زنان خودسوزی بوده است.

موسوی و همکاران (۱۳۸۷) در یک پژوهش مورد- شاهدی با عنوان " عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی" به مطالعه برخی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی در شهر اراک پرداختند. در مجموع ۱۳۰ نفر(۵۱ مرد و ۷۹ زن) مورد مطالعه قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد، از هم پاشیدگی خانوادگی رویداد تهدیدکننده‌ای برای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان می‌باشد. اختلاف والدین نیز در این مطالعه یک متغیر تأثیرگذار بر اقدام به خودکشی بوده‌است. همچنین کناره‌جویی از دیگران و کاهش روابط صمیمانه با اقدام به خودکشی در ارتباط می‌باشد. قربانیان خودکشی به گونه‌ای که گزارش شده دارای دوستان کمتری نسبت به افرادی هستند که در اثر حوادث طبیعی فوت شده‌اند و غالبا تنها زندگی می‌کنند. در این پژوهش مسائل روانی خانواده به عنوان یکی از عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی ذکر شده است؛ شکایت روانی هر یک از والدین در اقدام به خودکشی مؤثر بوده و می‌تواند بستر خانواده را دچار اختلال عاطفی سازد و در بهداشت روانی اعضاء خانواده تأثیر منفی بگذارد

فیلی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «بررسی جمعیت‌شناختی خودسوزی زنان بستری در بیمارستان قطب الدین شیراز» با روش گذشته‌نگر به بررسی اقدام به خودسوزی زنان طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱ پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان داده است که طی این ۵ سال ۳۴۲ نفر، یعنی به طور متوسط در هر سال ۶۸ نفر، به دلیل خودسوزی در این بیمارستان بستری شده‌اند که کمترین مقدار در سال ۱۳۷۹ و بیشترین مقدار در سال ۱۳۸۱ بوده است. میانگین سنی مصدومین ۲۷ سال به دست آمده است که ۵۷٪ از اقدام‌کنندگان در دامنه‌ی سنی ۲۵-۱۶ سالگی و ۲۰/۲٪ در دامنه‌ی سنی ۳۵-۲۶ سالگی بوده اند. از نظر اشتغال ۷۶/۶ زنان خانه دار و ۶۷/۵ متأهل بوده اند. نتایج این تحقیق ارتباطی بین خودکشی و فصول سال را نشان نداده است. هم چنین خودسوزی در زنان شهری به طور معناداری، بیشتر از زنان روستایی وخودسوزی و خودسوزی منجر به مرگ در زنان متأهل بیشتر از زنان مجرد بوده است. این مطالعه در پایان افزایش خودسوزی طی این دوره ۵ ساله را با اطمینان ۹۵٪ تایید کرده است.

اسماعیل‌نیا، فرامرزی، موسوی و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهش دیگری با عنوان «اقدام به خودکشی در زنان شهرستان بابل» به موضوع خودکشی در زنان پرداخته‌اند. این مطالعه بر روی ۱۳۶ نفر از زنانی که طی یکسال با اقدام به خودکشی به بیمارستان‌های علوم پزشکی بابل و مرکز سوختگی استان مازندران مراجعه کرده‌اند، انجام شده است. یافته‌ها نشان داده است که میزان خودکشی در سنین زیر ۲۰ سال از سایر گروه های سنی بیشتر بوده است. خودکشی در فصول پاییز و زمستان بیشتر بوده است. میزان خودکشی در متأهل‌ها و مجردها مشابه بوده است. بیشترین روش خودکشی به ترتیب دارو، مسمومیت و خودسوزی بوده است. این مطالعه نتیجه‌گیری کرده است که تساوی میزان خودکشی متأهلین و مجردها و بحران حاد و مشکلات خانوادگی به عنوان علل اصلی خودکشی دلالت بر این دارد که در برنامه‌های پیشگیری باید جوانان گروه هدف باشند. همچنین با توجه به میزان بالای اقدام به خودکشی در متأهلین و اینکه ازدواج و داشتن فرزند نقش محافظتی لازم در پیشگیری از این اقدام را نداشته است، پیشنهاد شده است در خصوص مشکلات زنان متأهل بررسی‌های جامع‌تر صورت گیرد.

امیرمرادی، معماری، رمیم و همکاران (۱۳۸۴) مطالعه‌ای در جهت «علل اقدام به خودسوزی زنان متأهل» انجام داده‌اند. این مطالعه به روش توصیفی بر روی مراجعین مرکز سوانح سوختگی شهید مطهری در شهر تهران و به مدت یک سال (۸۱-۸۰) انجام شده است. نمونه‌ها شامل زنان متأهل بستری در این مرکز در مدت زمان مذکور بوده است. معیارهای لازم برای ورود به مطالعه شامل: مونث بودن، تأهل، عدم سابقه ابتلا به بیماری جسمی، روانی و اعتراف فرد به خودسوزی بوده است. در ۹۱٪ موارد از نفت به عنوان ماده سوختنی استفاده شده بود.۹۴٪ از این زنان خشونت کلامی و فیزیکی شوهر خویش را تجربه کرده بودند.۶۰٪ زنان تحت مطالعه از شوهر خود به عنوان مقصر اصلی یاد نموده و ۹۱٪ از آنان از منابع حمایتی در جامعه اطلاع نداشتند. تمامی زنان مورد پژوهش به علت عوارض ناشی از سوختگی فوت کرده‌اند. یافته‌های این مطالعه نشان داده است که بیشترین علل اقدام به خودسوزی در زنان متأهل، خشونت خانوادگی و مشکلات زناشویی بوده است و اغلب زنان مورد مطالعه جوان، کم‌سواد، خانه‌دار و دارای درآمد اندک بوده‌اند.

کیوان‌آرا (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای با عنوان «اقدام به خودکشی به عنوان یک ابزار ارتباطی برای زنان» به روش کیفی به اقدام به خودکشی زنان پرداخته است. این مطالعه بر روی ۳ مورد از بیمارانی که از بیشینه داروئی جهت اقدام به خودکشی استفاده نموده و به اورژانس مسمومین بیمارستان خورشید اصفهان در سال ۱۳۸۴ مراجعه نموده بودند، انجام شده است. در نتیجه

محقق اذعان داشته است افرادی که از بیشینه داروئی استفاده می‌کنند از یک گروه فاقد قدرت می‌آیند و می‌کوشند به وسیله‌ی این سیستم ارتباطی، بر دیگران کنترل پیدا کنند و ایفای نقش بیماری، شیوه‌ی کنترل بر دیگران است. آنها فاقد مهارت‌های زبانی بوده و بنابراین ارتباط موثری از این طریق نمی‌توانند داشته باشند و شاید ارتباط زبانی آنها قادر نیست که توجه گیرنده را به خود جلب نماید و یا تأثیرات موثر را در او ایجاد کند. در نهایت ایفای نقش بیمار و بیشینه داروئی، وسیله‌ای ارتباطی است برای بعضی زنان تا بدینوسیله بر مردان برای تأمین نیازهای خود اعمال فشار نمایند.

حسین‌پور، غفاری و مهرابی‌زاده (۱۳۸۳) در تحقیقی با عنوان «بررسی علل اقدام به خودکشی نوجوانان ارجاع شده به بیمارستان گلستان اهواز در سال ۸۰-۷۹» به روش پیمایش علل اقدام به خودکشی نوجوانان را مورد مطالعه قرار داده‌اند. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش شامل تمام موارد اقدام به خودکشی نوجوانان در طیف سنی ۱۱ تا ۱۹ سالگی که در فاصله‌ی زمانی اول اسفندماه ۱۳۷۹ تا پایان مردادماه سال ۱۳۸۰ به اورژانس یا درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان گلستان اهواز ارجاع شده‌اند، بوده است. نتایج این بررسی نشان داده است که علت خودکشی در نمونه‌ی مورد تحقیق مشکلات عاطفی-ارتباطی و جنسی-جسمانی-روانی هستند. علت ۴۶٪ خودکشی نوجوانان عامل ارتباطی-عاطفی و علت ۱۲٪ خودکشی در این گروه سنی عامل جنسی-جسمانی-روانی بوده است.

خسروی و خاقانی‌فرد (۱۳۸۳) نیز مطالعه ای با عنوان «بررسی رابطه همسرآزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر در زنان شهر تهران» به روش توصیفی بر روی ۹۷ زن مورد خشونت قرارگرفته انجام داده‌اند. نمونه‌گیری به صورت نمونه در دسترس در دادگاه‌های خانواده انجام گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق پرسش‌نامه‌ی سنجش خشونت و پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته است که تمایل به افکار خودکشی و آسیب رساندن به همسر و حمایت‌های خانوادگی را در زنان مورد خشونت قرارگرفته می‌سنجد. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که از بین خشونت‌ها، خشونت روانی بیشترین همبستگی را با تمایل به افکار خودکشی و آسیب رساندن به همسر داشته است. همچنین درزنانی که دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر از لیسانس بوده‌اند تمایل به افکار خودکشی و آسیب رساندن به همسر نسبت به زنانی که دارای تحصیلات زیر دیپلم بوده‌اند، کم‌تر است. نتیجه‌گیری این مطالعه حاکی از آن است که اگرچه خشونت فیزیکی به نوبه‌ی خود باعث آسیب‌ها و ناراحتی های جدی در زنان می‌شود، اما شدت اثرگذاری خشونت روانی بر زنان بررسی شده بیشتر بوده است.

هم‌چنین مهران، بوالهری، اصغرنژاد و همکاران (۱۳۸۳) به بررسی «ویژگی‌های روانی- اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در مقایسه با افراد عادی در بیرجند» پرداخته‌اند. در این مطالعه با استفاده از روش مورد-شاهدی ۵۰ نفر (۳۵ زن و ۱۵ مرد) از مراجعه‌کنندگان به دو مرکز اورژانس شهرستان بیرجند (به علت اقدام به خودکشی) مورد بررسی قرار گرفتند و با ۵۰ فرد عادی (۳۵ زن و ۱۵ مرد) که سابقه‌ی اقدام به خودکشی نداشتند، مقایسه شدند. یافته‌ها نشان داد که از نظر روش اقدام به خودکشی به کار گرفتن مواد دارویی (۳۶ نفر،۷۲٪)، مواد سمی و مسموم‌کننده (۶-نفر،۱۲٪) و خودسوزی (۵ نفر،۱۰٪) به ترتیب از بالاترین فراوانی برخوردار بودند. بیشتر زنان مسائل خانوادگی و درگیری با همسر، اختلافات فامیلی و دوستان و ناراحتی روانی را علت اقدام به خودکشی ذکر کرده بودند و مهم‌ترین دلایل در مردان مشکلات مربوط به سربازی و ناراحتی روانی بوده است. هم‌چنین در گروه اقدام‌کننده به خودکشی، میزان افسردگی، یأس و خشم به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد عادی گزارش شده است. علاوه بر آن گروه اقدام‌کننده از سلامت روان کمتری نیز برخوردار بوده‌اند. اقدام به خودکشی در گروه سنی زیر ۳۰ سال و در زنان به‌ویژه زنان متأهل بیشتر بوده است؛ هم‌چنین افسردگی به‌عنوان یک اختلال روانی سبب بروز اقدام به خودکشی در میان افراد بوده است.

محمدی و سعادتی (۱۳۸۳) در مطالعه‌ای تحت عنوان «بررسی همه‌گیرشناسی و علت‌شناسی اقدام به خودکشی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی در بین مراجعین اورژانس بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور» به روش توصیفی تحلیلی به بررسی خودکشی پرداخته‌اند. این مطالعه در یک دوره زمانی ۶ ماهه و بر روی ۲۰۷ مورد اقدام به خودکشی در سال ۱۳۸۲ انجام گرفته است. نتایج این مطالعه نشان داده است که ۶۹٪ اقدام‌کنندگان زن، ۶۲٪ شهرنشین و ۵۴٪ متأهل بوده‌اند و بیشترین میزان خودکشی در محدوده‌ی سنی ۲۵-۱۶ سال بوده است. از نظر تحصیلات نیز، ۵۲٪ دارای تحصیلات ابتدایی بوده‌اند. از نظر شغل بیشترین مورد زنان خانه‌دار و سپس افراد بیکار و کمترین میزان در افراد کارمند بوده است. بیشترین روش خودکشی استفاده از دارو و سپس سموم بوده و بیشترین علت اقدام به خودکشی اختلاف با همسر و خاواده همسر و سپس هشدار به اطرافیان و کمترین علت شکست تحصیلی و آزار جسمی بوده است. این مطالعه ارتباط معنی دار بین متغیرهای سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، علت و روش خودکشی با اقدام به خودکشی را تأیید کرده است.

جمشیدزاده و همکاران (۱۳۸۲) در تحقیقی با عنوان" روند خودکشی و اقدام به خودکشی" به انجام یک بررسی توصیفی- تحلیلی در بین ۲۵۱۸زن و مرد در شهر ایلام پرداخته‌اند. نتایج

حاکی از آن است که خودکشی در همه سال‌ها به جز سال ۱۳۷۵ روند افزایشی تدریجی داشته است. درصد خودکشی در بین زنان همواره بیشتر از مردان بوده است با این حال روند خودکشی مردان نیز افزایشی است. این در حالی است که اکثر مطالعات مشابه خودکشی در مردان را بیش از زنان و اقدام به خودکشی را در زنان بیش از مردان گزارش کرده‌اند. همچنین میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در بین افراد مجرد بیش از افراد متأهل است و در بین افراد خانه دار و افراد بیکار در مقایسه با سایر گروه‌های شغلی بیشتر است. در نتیجه یافته‌های پژوهش، شرایط نامناسب زندگی و بیماری روانی علل اظهار شده بیشتر خودکشی‌ها و اقدام به خودکشی‌ها است. براساس این پژوهش، خودسوزی شایع‌ترین روش خودکشی و استفاده از قرص و سم شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی بوده است.

خزایی و پرویزی فرد (۱۳۸۲) پژوهشی با عنوان «بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ارزیابی وضعیت روانی اقدام‌کنندگان به خودکشی» در سال ۱۳۸۲ در تبریز به روش توصیفی– مقطعی انجام داده‌اند. نمونه‌ی مورد مطالعه این تحقیق شامل ۳۰۱ نفر (۱۷۰ زن و ۱۳۱ مرد) می‌باشد که به دلیل اقدام به خودکشی به مراکز بیمارستانی عمومی (سینا و امام خمینی تبریز) ارجاع شده بودند. نتایج نشان‌دهنده‌ی این است که بالاترین میزان اقدام به خودکشی در هر دو جنس در سنین ۲۶-۱۷ سال بوده است.۸۴٪ افراد اختلالات روان‌پزشکی داشتند. شایع‌ترین روش‌های اقدام به خودکشی در هر دو جنس مصرف بیش از حد دارو (۷۱٪) و مسمومیت با مواد سمی (۶۰٪) بوده است. بالاترین میزان اقدام به خودکشی در افراد مجرد، زنان خانه‌دار، افراد بیکار و افراد با تحصیلات مقطع تحصیلی راهنمایی بوده است. در پژوهش مورد نظر مشاجره و درگیری با خانواده، تعارضات زناشویی و نیز مشکلات تحصیلی و عدم موفقیت در کنکور به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز بیش از سایر عوامل استرس‌آور روانی_اجتماعی در میان افراد خودکشی‌کننده نقش داشته است.

در پژوهشی دیگر، عارفی (۱۳۸۱) به «بررسی میزان خودکشی در سطح استان آذربایجان غربی بین سال‌های ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ و دستیابی به برخی از متغیرهای اثرگذار بر آن» با روش گذشته‌نگر پرداخته است. جمعیت مورد بررسی این مطالعه ۲۷۹۳ نفر بوده است. در این مطالعه سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان سواد، شغل و روش خودکشی به عنوان عوامل اثرگذار بر رفتار خودکشی شناسایی شده است. یافته‌های این پژوهش نشان داده است که میزان خودکشی در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد است، خودکشی در زنان بیشتر از مردان و در زنان متأهل بیش از زنان مجرد است. همچنین درصد خودکشی در میان افرادی که دارای تحصیلات دبیرستانی

هستند بیش از موارد دیگربوده است و شهرنشینان بیش از روستاییها خودکشی کرده‌اند. بالاترین درصد خودکشی در استان مذکور به روش مسمومیت دارویی و خوردن سموم کشاورزی بوده است و از نظر شغلی نیز بالاترین میزان خودکشی مربوط به زنان خانه‌دار و افراد محصل بوده است.

مرادی و خادمی (۱۳۸۱) در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی» به موضوع خودکشی پرداخته‌اند. یافته‌های این مطالعه نشان داده است که از لحاظ آماری مردان و زنان در به کار بردن شیوه‌های خودکشی با یکدیگر متفاوت هستند. مردان بیشتر از شیوه حلق‌آویز و زنان بیشتر از روش خودسوزی استفاده کرده‌اند. در بین مردان، استان‌های همدان، لرستان، ایلام و در بین زنان، استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان بالاترین نرخ خودکشی را دارا هستند. بر اساس آمارهای جهانی نیز در بین مردان، کشورهای لیتوانی، روسیه و بلاروس و دربین زنان، کشورهای سریلانکا، چین و مجارستان بالاترین نرخ خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند. در پایان این مطالعه نتیجه‌گیری شده است که نرخ خودکشی در مردان و زنان در ایران از اکثر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین‌تر است ولی درمنطقه‌ی خاورمیانه در رده بالایی قرار گرفته است. پژوهشگران موردنظر، این وضعیت را به گذار اجتماعی در جامعه‌ی ایران که با اغتشاش ارزش‌ها و آنومی همراه خواهد بود، نسبت داده‌اند و با اشاره به حالت بحرانی وضعیت خودکشی در برخی استان‌های غربی کشور به لزوم بررسی بیشتر علل و عوامل دخیل دراین مسئله تأکید کرده اند.

ضرغامی و خلیلیان (۱۳۸۱) در تحقیق دیگری با عنوان «خودسوزی در استان مازندران» به بررسی ویژگی‌ها و همبستگی‌های جمعیت شناختی، انگیزه‌ها و موقعیت‌های افراد اقدام‌کننده خودسوزی پرداخته‌اند. در این مطالعه ۳۱۸ مورد خودسوزی که طی ۳ سال به تنها مرکز سوختگی استان مازندران ارجاع شده‌اند، مورد بررسی قرار گرفته اند. یافته ها نشان داده است که میانگین سنی اقدام‌کنندگان ۲۷ سال و ۸۳٪ آنها زنان بوده‌اند. بیشتر آنها متأهل، خانه دارو با تحصیلات دبیرستانی بوده‌اند و علت اصلی این اقدامات، کشمکش‌های زناشویی و خانوادگی و بعد از آن به ترتیب شکست عشقی، کشمکش با بستگان همسر و بیماری بیشترین علت های اقدام به خودسوزی بوده است. بیشتر در ساعات روز اقدام به خودسوزی کرده و در فصل بهار شایع‌تر بوده است. همچنین در این مطالعه یک سوم افراد مورد بررسی سابقه اقدام به خودکشی در گذشته خود را یادآور شده‌اند. در پیگیری موارد تنها یک مورد ۶ سال بعد با حلق‌آویز کردن خود فوت کرده بود و باقی موارد پس از ۱۰-۸ سال پیگیری موردی از تکرار خودسوزی دیده نشده بود.

ظهور و افلاطونیان (۱۳۸۰) به انجام پژوهشی با عنوان «همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به اورژانس جیرفت» به روش مقطعی پرداخته‌اند. این مطالعه در پاییز ۱۳۸۰ به مدت شش هفته انجام شده است. جامعه‌ی پژوهش شامل تمام افرادی بوده است که به دنبال اقدام به خودکشی به اورژانس جیرفت مراجعه کرده بودند. بر اساس نتایج به دست آمده از این تحقیق حدود ۳٪ کل مراجعه‌کنندگان به اورژانس جیرفت، آسیب‌دیدگی به دنبال اقدام به خودکشی بوده است. از این تعداد ۷۵٪ با استفاده از دارو، ۲۰٪ با استفاده از سم و ۴٪ به دلیل پارگی عروق با ابزار برنده بوده است. هم‌چنین حدود ۶۴٪ از اقدام‌کنندگان زن و بقیه مرد بوده‌اند. به‌طورکلی مهم‌ترین علل اقدام به خودکشی اختلاف بین والدین، بیماری فرد، اختلاف با همسر و مشکلات اقتصادی بوده است. این مطالعه هم‌چنین نشان داده است که احساس بدبختی‌ها، تحقیر، کمبود عاطفی و نابرابری از عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی است.

یوسفی و همکاران (۱۳۸۰) تحقیقی با عنوان" تعیین عوامل مؤثر احتمالی اقدام به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به اورژانس بیمارستان شهید محمدی بندرعباس" با استفاده از روش مقطعی و بر روی یک نمونه ۳۹۰ نفری از مددجویانی که از اول مهرماه تا آخر اسفندماه ۱۳۸۰ به دلیل اقدام به خودکشی به بخش اورژانس مراجعه کرده بودند، انجام دادند. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که میانگین سن نمونه‌های پژوهش ۲۳/۸۵ با انحراف معیار ۶/۳۵ بود و بیشترین درصد آنها در گروه سنی ۳۰-۲۰ سال قرار داشتند. بیشترین درصد زنان خانه‌دار، متأهل با تحصیلات متوسطه، ساکن شهر و با وضعیت اقتصادی متوسط بودند همچنین بیشترین زمان اقدام به خودکشی هنگام عصر و زمان مراجعه هنگام شب بود. از نظر درگیری عاطفی و خانوادگی قبل از اقدام، بیشترین تعداد، ۳۲۴ نفر(۸۳/۱ درصد) پاسخ مثبت دادند و بیشترین روش اقدام به خودکشی قرص خوراکی دارویی بود و بالاترین آمار مراجعه در اسفندماه بود. از نظر ارتباط جنس با روش اقدام به خودکشی با درگیری عاطفی و خانوادگی، از نظر ارتباط محل سکونت با علت مراجعه و ارتباط علت مراجعه با ماه مراجعه ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید.

کیخاونی (۱۳۷۹) تحقیقی با عنوان «بررسی شیوع خودکشی موفق و ناموفق در استان ایلام» با هدف توصیف و شناخت پاره‌ای از متغیرهای مرتبط با خودکشی موفق و ناموفق در سال ۱۳۷۶ در استان ایلام انجام داده است. جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی این تحقیق ۲۶۶ نفر با سابقه‌ی خودکشی موفق و ناموفق بوده‌اند که اطلاعات لازم در مورد آنها به وسیله پرسش‌نامه جمع‌آوری شده است.۶۴٪ این افراد زن و ۳۶٪ مرد با میانگین سنی ۲۵ سال به بالا بوده‌اند. تحصیلات اکثر آنها

دبیرستانی و دیپلم بوده است. نتایج این تحقیق نشان داده است که از کل جامعه‌ی مورد مطالعه ۱۹۵ نفر خودکشی ناموفق و ۷۱ نفر خودکشی منجر به مرگ داشته‌اند. بیشترین علل خودکشی مشکلات خانوادگی و سپس ناراحتی روحی و روانی بوده است. بین تحصیلات و خودکشی رابطه معنی‌دار وجود داشته است. از مجموع خودکشی‌های موفق، ۵۳ نفر از خودسوزی استفاده کرده بودند. بیشترین روش مورد استفاده در خودکشی‌های موفق و ناموفق مصرف دارو بوده است. در پایان این مطالعه متذکر شده است که سن پایین، تجرد، مشکلات ناشی از شهرنشینی و روش خودسوزی در رابطه با خودکشی از اهمیت خاصی برخوردار است.

صولتی (۱۳۷۹) در پژوهشی با عنوان «بررسی باورهای غیرمنطقی در اقدام کنندگان به خودکشی (به روش خودسوزی) و افراد بهنجار»، با استفاده از روش مقطعی-مقایسه‌ای، رابطه بین باورهای غیرمنطقی و اقدام به خودکشی را مورد بررسی قرار داده است. نتایج این پژوهش نشان داده است که از کل نمونه اقدام کننده به خودکشی (۵۰ نفر)، تعداد ۳۴ نفر زن و ۱۶ نفر مرد بوده‌اند. محدوده سنی زنان ۲۰ تا ۲۹ سال و مردان ۳۰ تا ۳۹ سال بوده‌است. از گروه مذکور ۶۲٪ متأهل و ۲۸٪ مجرد بوده‌اند. همچنین تنها ۱۶٪ از گروه موردنظر سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند.۷۶٪ از اقدام‌کنندگان سابقه مراجعه به روانپزشک و روانشناس را گزارش کرده بودند. تجزیه و تحلیل داده ها در این پژوهش نشان داده است که بین باورهای غیرمنطقی در اقدام کنندگان به خودکشی و افراد بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در این رابطه بین دو گروه در باورهای غیرمنطقی «تأیید و حمایت از جانب دیگران»، «انتظار بیش از حد از خود»، «تمایل به سرزنش»، «واکنش به ناکامی»، «بی‌مسئولیتی عاطفی»، «نگرانی بیش از حد توأم با اضطراب» و «درماندگی نسبت به تغییر» تفاوت معنی‌داری به دست آمده است اما این تفاوت در باورهای غیرمنطقی «اجتناب از مشکلات»، «وابستگی» و «کمال‌گرایی» معنی‌دار نبوده است. به طور کلی این پژوهش نشان داده است که سطح بالایی از باورهای غیرمنطقی در اقدام‌کنندگان به خودکشی نسبت به افراد بهنجار وجود دارد که شناخت این باورها در گروه مذکور و روش‌های درمانی خاص می‌تواند تا حد زیادی در پیشگیری از خودکشی مؤثر باشد.

مطالعه دیگری توسط عطاری و همکاران (۱۳۷۹) با عنوان «بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی در استان آذربایجان شرقی طی سال‌های ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸» با استفاده از روش توصیفی انجام شد. نتایج نشان داد که بروز خودکشی در مناطق شهری سه برابر میزان آن در مناطق روستایی بود و در جنس مرد ۴۱ در صدهزار بیش از جنس زن بود و از نظر توزیع سنی بیشترین درصد در گروه

سنی فعال جامعه یعنی ۲۹-۲۰ سال دیده شد. ۵۳ درصد موارد خودکشی در شب انجام شده بود و از نظر فصلی بیشترین موارد با بیش از ۳۰ درصد مربوط به فصل بهار بود و کمترین نسبت خودکشی با ۴/۸ درصد در دارندگان تحصیلات دانشگاهی بود. حلق آویز کردن در۴۹/۶ درصد کل موارد و بیشتر در نقاط شهری و مورد انتخاب آقایان بود. در مناطق روستایی بیشترین درصد روش خودسوزی (۷۸/۲ درصد) بود و بیشترین درصد در خانم‌ها اتفاق افتاده بود. بیشترین درصد موارد در این گروه سابقه اختلالات روانی، اعتیاد، اقدام قبلی به خودکشی داشتند و بیشترین دلایل و علل خودکشی‌ها هم مشکلات روانی با ۱۵/۹ درصد، مسائل زناشوئی با ۵ /۷ درصد و مسائل خانوادگی با ۸/۳ درصد گزارش گردید. با توجه به نتایج ذکر شده فوق چنین به نظر می رسد که اختلالات روانی و عوامل اجتماعی از مهم‌ترین عوامل خودکشی محسوب می‌شوند.

کلدی و گراوند (۱۳۷۸)، مطالعه‌ای با عنوان «بررسی علل خودکشی در شهرستان کوهدشت» با استفاده از روش پیمایش بر روی نمونه‌ای از افراد که خودکشی منجر به فوت داشته‌اند، انجام داده‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که خودکشی بین زنان بیش از مردان، بین جوانان بیش از بزرگسالان، بین باسوادها بیش از بی‌سوادها، در شهر بیش از روستا، بین زنان خانه‌دار بیش از بقیه افراد و در طبقات پایین بیشتر بوده است. همچنین خودکشی‌های ناشی از اختلافات خانوادگی بیش از علل دیگر و خودکشی با آتش بیش از سایر وسایل بوده است.

۲-۳- تحقیقات خارجی

کاواک، آکتورک، ازدمیر[1] و همکاران (۲۰۱۸) پژوهشی تحت عنوان «رابطه‌ی بین خشونت خانگی علیه زنان و خطر خودکشی» به روش پیمایش باهدف بررسی رابطه‌ی میان خشونت خانگی و خودکشی در ترکیه انجام داده‌اند. جمعیت این پژوهش شامل ۱۰۲۵ نفر از زنان متأهل ۱۸ سال به بالایی بوده است که از طریق ۱۰ مرکز سلامت خانواده شهر یشیلیورت[2] و از بین لیست ۱۰۰۰۰ نفری زنان متأهل این مراکز به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه محقق ساخته بوده است. نتایج این پژوهش نشان داده است که میزان بروز خشونت در زنان بالا و احتمال خودکشی آنها متوسط بوده است. به‌گونه‌ای که با افزایش نرخ بروز خشونت در زنان، خطر خودکشی در آنها نیز افزایش می‌یابد. در پایان توصیه

[1]. Kavak, Aktürk, Özdemir
[2]. Yeşilyurt

شده است که مراکزی جهت برگزاری آموزش‌ها به‌منظور جلوگیری از خشونت خانگی و خطر خودکشی برای زنان برقرار شود.

سوک، سنگسوب، سنگجین[1] و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی تحلیلی با عنوان «یکپارچگی وضعیت زناشویی و خودکشی: یک متاآنالیز و متارگرسیون»، وضعیت زناشویی را به‌عنوان یکی از شاخص‌های مهم پدیده‌ی یکپارچگی اجتماعی درون ساختارهای اجتماعی موردتوجه قرار داده اند. وضعیت زناشویی مدت‌هاست که به‌عنوان یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های خودکشی شناخته می‌شود. این پژوهش اشاره می‌کند که مطالعات گذشته تنها بر روی وضعیت زناشویی به‌طور خاص تمرکز کرده‌اند و به‌اندازه‌ی کافی تعدیل‌کننده‌های دیگر را بررسی نکرده‌اند. این مطالعه یک متاآنالیز از مطالعات مشاهده‌ای که برای کشف رابطه‌ی بین وضعیت زناشویی و خودکشی انجام شده بود، به عمل آورده است با این هدف که عوامل تعدیل‌کننده‌ی مهم در این رابطه را بازشناسد. به این منظور پایگاه‌های داده‌های الکترونیکی برای شناسایی مطالعات انجام شده بین ژانویه ۲۰۰۰ تا ژوئن ۲۰۱۶ بررسی و جستجو شده است؛ و یک متاآنالیز، تجزیه‌وتحلیل زیرگروه‌ها و متارگرسیون بر روی ۱۷۰ ارزیابی خطر خودکشی از ۳۶ نشریه انجام شده است. نتایج این مطالعه نشان داده است که خطر خودکشی در افراد مجرد در گروه سنی زیر ۶۵ سال بیشتر از گروه سنی ۶۵ سال به بالا و در مردان نسبت به زنان بالاتر است. بر طبق نتایج تجزیه‌وتحلیل‌های طبقه‌بندی‌شده بر اساس جنس، مردان مجرد خطر خودکشی بیشتری را نسبت به همتایان متأهل خود در تمام خرده تحلیل‌ها نشان داده‌اند، اما زنان ۶۵ سال و بالاتر ارتباط معنی‌داری بین وضعیت تأهل و خودکشی را نشان نداده‌اند. هم‌چنین خطر خودکشی در افراد طلاق گرفته در هردو جنس نسبت به افراد ازدواج‌نکرده بالاتر بوده است. نتایج حاکی از آن است که درمجموع خطر خودکشی در افراد ازدواج‌نکرده نسبت به کسانی که متأهل هستند، بیشتر است. در این مطالعه جنسیت و سن به‌عنوان مهم‌ترین عوامل تعدیل‌کننده در رابطه‌ی بین وضعیت زناشویی و خودکشی مورد تأیید قرارگرفته است یعنی جنسیت و سن می‌تواند الگوی رابطه را مشخص کند ازاین‌رو پیشگیری مؤثر از خودکشی به رویکردی جامع نیازمند است که جنسیت و سن را همراه با وضعیت زناشویی در نظر بگیرد.

کولز، مکدونا، کرامتن[2] و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی توصیفی- تحلیلی با عنوان «انتخاب روش خودکشی: گرایش و مشخصات» به بررسی گرایش خودکشی با شایع‌ترین روش‌ها در طی

---

1. Sook, SangSoob, SangJin
2. Kõlves, McDonough, Crompton

سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ و همچنین مشخصات افراد با انتخاب روش خودکشی در طی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ در کوئینزلند[1] استرالیا پرداخته‌اند. داده‌های این پژوهش از ثبت آمار خودکشی کوئینزلند که شامل گزارش‌های پلیس و سم‌شناسی، کالبدشکافی و یافته‌های پزشکی قانونی است، گردآوری شده است. نتیجه حاکی از آن است که در مورد گرایش به روش خودکشی، حلق‌آویز کردن برای هر دو جنس و مسمومیت با دارو برای زنان افزایش قابل‌توجهی را نشان داده است؛ درحالی‌که برای هر دو جنس مسمومیت با دیگر روش‌ها (به‌جز دارو) کاهش را نشان داده است و به‌طور کل روش‌های دیگر خودکشی برای مردان کاهش را نشان داده است. این مطالعه نشان می‌دهد که پذیرش اجتماعی- فرهنگی و در دسترس بودن، محرک‌های اصلی انتخاب روش‌های خودکشی هستند و تداوم افزایش در روش حلق‌آویز کردن به دلیل کشنده بودن، تحقق آسان این روش و زیادشدن مقبولیت آن به‌ویژه در میان مردان جوان و میان‌سال، بزرگ‌ترین چالش برای پیشگیری از خودکشی در سال‌های آینده خواهد بود چراکه کنترل آن دشوار است. این روش هم‌چنین در بین زنان هم محبوب شده است و به نظر می‌رسد در بحران‌های موقتی در کنار مسمومیت با الکل به کار برده شود. این مطالعه همچنین نشان داده است که مسمومیت با دارو در زنان بسیار بالا بوده است به‌علاوه اینکه این روش دومین روش مکرر در بین مردان بوده است. هم‌چنین اشاره می‌کند که کنترل داروها در سطوح فردی به‌ویژه در افراد مبتلا به بیماری‌های ذهنی و جسمی، موردنیاز است زیرا احتمال دارد داروها را با توجه به آشنایی با آنها مورد استفاده قرار دهند.

گرو، آنتونی و گاش[2] (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای با عنوان «پیامدهای خودکشی: یک تحقیق کیفی با خانواده‌های گویانی» به بررسی نگرش‌ها، تجارب و دیدگاه های ده خانواده‌ی گویانی (کشوری در آمریکای جنوبی) که یکی از اعضای خانواده‌ی خود را در اثر خودکشی از دست داده‌اند، پرداخته‌اند. هدف این مطالعه کشف نحوه‌ی برخورد اعضای خانواده و چگونگی کنارآمدن آنها باخودکشی عزیزان‌شان و همچنین تعیین اینکه چه منابعی برای کمک به آنها برای عبور از این بحران موجود بوده، است. نتایج این مطالعه چهار مقوله‌ی عمده از داده‌ها را به دست داده است که شامل علل درک‌شده‌ی خودکشی، راه‌حل‌های درک شده از خودکشی، موانع کمک به افرادی که در معرض خودکشی هستند و واکنش‌های فردی و اجتماعی نسبت به خودکشی می‌شود. این مطالعه پیشنهاد داده است که پرستاران در گویان موقعیت مناسبی دارند تا نقش رهبری را در ایجاد و اجرای برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در بازماندگان خودکشی، بر عهده بگیرند.

---

[1]. Queensland
[2]. Groh, Anthony & Gash

گرسی‌یر، گیلارد، کازاز[1] و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان «عوامل خطر اقدام به خودکشی در دوران بارداری و بعد از زایمان در زنان مبتلا به بیماری‌های وخیم روانی» به مسئله خودکشی پرداخته‌اند. این تحقیق به هدف تشخیص عوامل خطر اقدام به خودکشی در دوره‌ی بارداری و بعد از زایمان زنان مبتلا به اختلالات روانی و بر روی یک نمونه‌ی ۱۴۳۹ نفری زنان فرانسوی و نوزادان آنها انجام شده است. نتایج نشان داده است که اقدام به خودکشی در دوره‌ی بارداری با مصرف الکل و سیگار در طی بارداری و سابقه‌ی سقط‌جنین وابسته بوده است، درحالی‌که در دوران بعد از زایمان با افسردگی شدید دوره‌ای یا افسردگی بازگشت‌کننده و سن جوان‌تر مرتبط بوده است. اقدام به خودکشی‌ها در دوره‌ی بارداری و پس از زایمان، عوامل خطر متفاوتی داشته است و توجه ویژه به خطر خودکشی در دوره‌ی بارداری در زنان مبتلا به بیماری‌های شدید روانی با سابقه‌ی سقط‌جنین، استعمال سیگار یا الکل، سن پایین و افسردگی در دوران پرینتال[2] را می‌طلبد.

سان و ژانگ[3] (۲۰۱۷) در پژوهشی تحت عنوان «تفاوت‌های جنسیتی در میان اقدام کنندگان به خودکشی وخیم پزشکی در مناطق روستایی چین» به روش پیمایش به بررسی تفاوت‌های جنسیتی اقدام کنندگان ۱۵ تا ۵۴ ساله در مناطق روستایی چین پرداخته‌اند. محققان موردنظر اشاره کرده‌اند که چین یکی از معدود کشورهایی است که نرخ بالای خودکشی زنان در سراسر دنیا را گزارش کرده است، بااین‌حال در مورد تفاوت‌های جنسیتی در اقدام‌کنندگان (به خودکشی) روستایی چینی اطلاعات کمی وجود دارد و هدف این پژوهش را تجزیه‌وتحلیل موارد وخیم اقدام به خودکشی در رده‌ی سنی مذکور در میان گروه موردنظر اعلام کرده‌اند. نمونه‌ها ۷۹۱ نفر از اقدام کنندگان به خودکشی وخیم پزشکی با ۷۹۱ نفر گروه کنترل سنین ۱۵ تا ۵۴ سال در مناطق روستایی چین بوده‌اند که عوامل مرتبط با خودکشی زنان و مردان اقدام کننده با زنان و مردان گروه کنترل مقایسه شده است. علاوه بر این محققان مذکور زنان و مردان اقدام کننده به خودکشی را برای فهم تفاوت‌هایشان باهم مورد مقایسه قرار داده‌اند. نتایج این مطالعه نشان داده است که همه‌ی عوامل من‌جمله سال‌های تحصیلی، سابقه‌ی خودکشی در خانواده، حوادث منفی زندگی، حمایت اجتماعی و اختلالات روانی و تکانشی با اقدام به خودکشی در مردان مرتبط بوده است هرچند در زنان هم یافت شده است. بیماری جسمی، اختلال روانی و خوردن آفت‌کش‌ها نقش بیشتری در اقدام به خودکشی مردانه داشته است درحالی‌که تأهل، زندگی دهقانی، باورهای

---

[1]. Gressier, Guillard, Cazas

[2]. perinatal

[3]. Sun & Zhang

مذهبی و حمایت اجتماعی کم، بیشترین نقش را در اقدام به خودکشی زنان داشته است. در مقایسه با مردان اقدام کننده به خودکشی، زنان به‌طور عمده تحت تأثیر عوامل اجتماعی بوده‌اند و عوامل اجتماعی به‌طور بالقوه نقش مستحکمی در اقدام به خودکشی زنان چینی ساکن روستا ایفا کرده‌اند؛ بنابراین رویکرد جنسیتی خاص باید در برنامه‌های آتی پیشگیری از خودکشی مورد تأکید قرار بگیرد.

مطالعه دیگری توسط سائیک و اشرف[1] (۲۰۱۴) با عنوان "همه‌گیرشناسی و پیامدهای خودسوزی در مؤسسه علوم‌پزشکی اسلام‌آباد پاکستان" با استفاده از روش نمونه‌گیری ساده انجام شد. افراد مورد مطالعه این پژوهش همه بیماران بزرگسال بالای ۱۴ سال بودند که طی یک دوره دو ساله (از ژوئن ۲۰۱۰ تا می ۲۰۱۲) اقدام به خودسوزی کرده بودند. در این تحقیق نیم‌رخ قوم‌نگاری بیماران، انگیزه‌های پنهان در اقدام به خودسوزی، ابتلا به هر نوع بیماری روانی، سوءاستفاده از الکل، سطح سوختگی بدن و عمق جراحات، مدت اقامت در بیمارستان و مرگ و میر همگی ثبت شدند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۷۵ نفر از بیماران (۸۰/۶۵ درصد) زن و ۱۸ نفر (۱۹/۳۵ درصد) مرد بودند. میانگین کلی سن ۲۶/۸۹ سال بود. سطح سوختگی بدن از ۱۵ تا ۱۰۰ درصد با میانگین ۶۹/۳۰ درصد بود. مدت اقامت در بیمارستان از ۱ تا ۳۷ روز با میانگین ۷/۱۶ روز بود. تعارض‌های خانوادگی بیشترین انگیزه برای اقدام به خودکشی بود. میزان مرگ و میر کلی ۸۴/۹۵ درصد بود. بیشترین آسیب‌دیدگان خودکشی جوانان، متأهل‌ها، زنان خانه‌دار و بی‌سواد بودند که در مناطق روستایی زندگی می‌کردند. در این پژوهش تأهل مهم‌ترین عامل تشدیدکننده خودکشی بود.

اسمیت و کاواچی[2] (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان «سرمایه‌ی اجتماعی در سطح ایالت‌ها و مرگ‌ومیر براثر خودکشی در ۵۰ ایالت آمریکا» به بررسی چگونگی ارتباط بین سرمایه‌ی اجتماعی ایالت‌ها و نرخ خودکشی‌های کامل (منجر به مرگ) پرداخته‌اند. برای این منظور پژوهشگران نرخ‌های خودکشی ایالتی را همراه با متغیرهای دیگری که به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر نرخ خودکشی شناخته شده‌اند مانند مالکیت اسلحه، نابرابری درآمد، وابستگی یا سوءمصرف الکل و مواد مخدر، بیماری‌های وخیم روانی، بیکاری، درصد جمعیت ساکن در مناطق شهری، فقر، بی‌ثباتی جمعیت و زندگی در ایالت «کمربند خودکشی»، بر شاخص سرمایه اجتماعی قرار داده‌اند. نتایج این پژوهش نشان داده است که زنان و مردان سفیدپوست در ایالت‌ها که سطوح بالایی از

[1]Saaiq & Ashraf
[2]. Smith & Kawachi

سرمایه‌ی اجتماعی را دارا بودند، به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای نرخ‌های پایین‌تر خودکشی را به خود اختصاص داده بودند. همچنین زمانی که خرده ابعاد سرمایه‌ی اجتماعی مورد آزمون قرار گرفته است، یافته‌ها نشان داده است که به‌طور خاص تشکیلات اجتماعی برای زنان سفیدپوست و عضویت گروهی برای مردان سفیدپوست به‌شدت با میزان پایین‌تر خطر خودکشی مرتبط بوده است. در پایان این پژوهش به انجام تحقیقات بعدی برای تأیید این یافته‌ها و توسعه‌ی تحقیقات به‌گونه‌ای که اقلیت‌های قومی و نژادی و زنان و همچنین دسته‌بندی‌های کوچک‌تر جغرافیایی را شامل بشود، اشاره شده است.

روجاس و استکلی[1] (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای با عنوان «سرمایه‌ی اجتماعی غیررسمی در دوران کودکی و خودکشی در میان زنان نوجوان و جوان» به روش تجزیه و تحلیل مقطعی به مطالعه‌ی ۳۰ کشور پرداخته‌اند. این مطالعه با استفاده از اطلاعات رفتارهای سلامت کودکان در سن مدرسه و سازمان جهانی بهداشت، رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی غیررسمی دختران و نرخ خودکشی زنان نوجوان و جوان در ۳۰ کشور اروپایی و آمریکای شمالی را مورد آزمون قرار داده است. نتایج این مطالعه نشان داده است فقدان سرمایه‌ی اجتماعی غیررسمی (مشارکت با دوستان بعد از مدرسه) همواره با افزایش نرخ خودکشی زنان جوان در اروپا و آمریکای شمالی معاصر مرتبط بوده است. علاوه بر آن، در میان دختران دانش‌آموز ۱۵ ساله، ارتباط با دوستان بعد از مدرسه تقریباً به‌عنوان یک متغیر کلی نرخ خودکشی در زنان جوان و نوجوان بیان شده است همان‌طور که نرخ خودکشی مردان نیز این‌گونه بوده است. ازاین‌رو اگرچه نتایج این مطالعه می‌تواند یک فهم مشترک از خودکشی مردان و زنان ارائه دهد، اما سرمایه‌ی اجتماعی غیررسمی برای فهم خودکشی زنان مهم‌تر و مافوق خودکشی مردان اهمیت دارد

لیو، ژانگ، چو[2] و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای با عنوان «تفاوت‌های جنسیتی خودکشی در ژاپن در سال‌های ۲۰۱۰-۱۹۷۴» به روش کمّی به بررسی تأثیر عوامل اقتصادی-اجتماعی بر خودکشی وابسته به جنسیت پرداخته‌اند. طبق گزارش این مطالعه نرخ جنسیتی مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی ژاپنی‌ها به تدریج در طول قرن بیستم افزایش یافته است. نتایج این مطالعه نشان داده است که نرخ مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی در بین مردان به‌صورت U شکل همواره بالاتر از نرخ مرگ‌ومیر زنان به‌صورت J شکل بوده است. هم‌چنین نتایج این مطالعه نشان داده است که نرخ بیکاری می‌تواند به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی مثبت خودکشی در مردان استفاده شود

[1]. Rojas & Stickley
[2]. Lio,Zhang, Cho

درحالی‌که نرخ باروری کل به‌صورت مثبت و طلاق به‌صورت منفی به طور چشمگیری با خودکشی زنان مرتبط بوده است.

ژانگ، ویکزرک، کانول[1] و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای با عنوان «فشارهای روانی و خودکشی جوانان در مناطق روستایی چین» به بررسی خودکشی در بین زنان و مردان (۳۴-۱۵) ساکن در مناطق روستایی چین به روش پیمایش پرداخته‌اند. نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان داد که فشارهای روانی، محرومیت نسبی، آرزوهای تحقق‌نیافته و فقدان مهارت‌های مقابله‌ای به طور چشمگیری با خودکشی در ارتباط بوده است. هم‌چنین شایع‌ترین روش‌های خودکشی به ترتیب خوردن آفت‌کش‌ها، سم و خوردن بیش از اندازه قرص‌های خواب‌آور (۷۶٪)، خودکشی با حلق‌آویز کردن خود (۱۱٪)، فوت بر اثر غرق شدن (۵٪) و پریدن از ارتفاع (۲٪) بوده است.

دوریس، واتس، یاشیهاما[2] و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی به‌عنوان «خشونت علیه زنان به‌شدت با اقدام به خودکشی مرتبط است: شواهد سازمان جهانی بهداشت حاصل از تحقیق چند کشور در مورد سلامت زنان و خشونت خانگی علیه زنان» به مسئله‌ی خودکشی زنان پرداخته‌اند. این پژوهش به این نکته اشاره کرده است که باوجوداینکه شناخت رفتارهای خودکشی خصوصاً در بین زنان یکی از مهم‌ترین مسئولیت‌های جهانی است اما در کشورهای با درآمد میانه یا پایین، شیوع و عوامل خطر قابل‌تغییر خودکشی کمتر شناخته شده است. لذا با استفاده از داده‌های سازمان جهانی بهداشت چند کشور در مورد سلامت زنان و خشونت خانگی علیه زنان به بررسی شیوع افکار و اقدام به خودکشی، رابطه‌ی بین اقدام به خودکشی و وضعیت سلامت روان، کودک‌آزاری جنسی، خشونت شریک و سایر متغیرها پرداخته است. کشورهای مورد مطالعه در این پژوهش ۱۳ استان (بیشتر روستایی) و شهر (شهرنشین) در برزیل، اتیوپی، ژاپن، نامیبیا، پرو، ساموآ، صربستان، تایلند و تانزانیا در سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۳ بوده است و تعداد ۲۰۹۶۷ نفر از زنان ۱۵ تا ۴۹ سال در این نظرسنجی شرکت کرده‌اند. نتایج این پژوهش نشان داده است که بعد از احتمال اختلالات روان‌شناختی رایج، خشونت شریک (پارتنر[3])، خشونت فیزیکی از جانب غیر پارتنر، مطلقه بودن، جدا شدن یا بیوه شدن، سابقه‌ی کودک‌آزاری جنسی و داشتن مادری که از جانب شریک صمیمی خود مورد خشونت قرار گرفته، ثابت‌ترین عوامل خطر اقدام به خودکشی بوده‌اند. همچنین این پژوهش به دلیل شیوع بالای افکار خودکشی و اقدام به خودکشی و ارتباط

---

1. Zhang, Wieczorek, Conwell
2. Devries, Watts, Yoshihamam
3. Partner

قوی آن با خشونت علیه زنان، اولویت دادن به مسئله‌ی خشونت در راهبردهای کاهش خودکشی برای زنان را ضروری دانسته است.

لین[1] و همکاران (۲۰۱۰) پژوهشی با عنوان "روش‌های عمده خودکشی در تایوان بین سالهای ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۸" با استفاده از روش توصیفی- تحلیلی بر روی نمونه‌هایی از افرادی که بین این سال‌ها اقدام به خودکشی کرده‌اند، انجام دادند. نتایج نشان داد که حلق آویز کردن عمده‌ترین روش خودکشی در ۱۸ شهر از بین ۲۲ شهر بین سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴ بود اما در سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ به ده شهر کاهش یافت. همچنین اقدام به خودکشی به وسیله خودسوزی در سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ افزایش یافت. در این سال‌ها خودسوزی غالب‌ترین روش خودکشی در دامنه سنی ۴۴-۱۵ سال بود. اما به هر حال حلق آویز کردن متناوب‌ترین روش برای افراد بالای ۴۵ سال بود. در سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ خودکشی به وسیله حشره‌کش‌ها (سموم) روش عمده خودکشی سالخوردگان در پنج شهرستان با درصد بالایی از جمعیت کشاورزان بود. یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که روش عمده خودکشی برای هر گروه سنی متفاوت است و در سالهای ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۴ و ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ در تایوان تغییر کرده است. این امر اساسا به دلیل تغییرات در پذیرش اجتماعی- فرهنگی استفاده از خودسوزی به عنوان روشی برای خودکشی در بین جوانان بود.

چن، پارک و لو[2] (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای تحت عنوان «روش‌های خودکشی استفاده‌شده توسط زنان در کره، سوئد، تایوان و ایالات‌متحده» به مقایسه‌ی روش‌های خودکشی در بین زنان این کشورها پرداخته‌اند. در این تحقیق سن و روش‌های خودکشی در زنان در این چهار کشور محاسبه و مقایسه شده است. دار زدن، سلاح گرم و پریدن از ارتفاع به عنوان روش‌های خودکشی خشونت‌بار و شدید طبقه‌بندی شده است و خودکشی با مسمومیت که شامل خودکشی با دارو، گاز، آفت‌کش‌ها و سایر عوامل می‌شود، در طبقه‌بندی بعدی قرار گرفته است. نتایج این مطالعه نشان داده است که نیمی از زنان تایوانی و آمریکایی از روش‌های خشن استفاده کرده بودند، در حالی که تنها یک‌سوم زنان کره جنوبی و سوئد از این روش‌ها استفاده کرده بودند. هم‌چنین در هر چهار کشور اغلب مسمومیت بیشترین روش خودکشی در زنان بوده است. حدود ۹۰٪ از زنان آمریکایی و سوئدی از داروها برای خودکشی استفاده کرده بودند و در مقابل تقریباً نیمی از زنان کره‌ای و تایوانی از آفت‌کش‌ها استفاده کرده بودند. این مطالعه هم‌چنین نشان داده است که

---

[1] Lin
[2]. Chen, Park & Lu

بالاترین نرخ خودکشی در بین این چهار کشور متعلق به کره جنوبی (۱۳/۵ در هر صد هزار نفر) و کمترین آن متعلق به آمریکا (۶/۱ در هر صد هزار نفر) بوده است.

پیرکیس، برجس، فرانسس[1] و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش «رابطه‌ی بین گزارش رسانه‌ای خودکشی و خودکشی واقعی در استرالیا» درصدد مشخص کردن این بوده‌اند که آیا آیتم‌های (قطعه خبری) رسانه‌ای در مورد خودکشی با افزایش خودکشی در واقعیت مرتبط بوده است؟ داده‌ها از ۴۶۳۵ آیتم‌های مربوط به خودکشی در روزنامه‌های استرالیا و اخبار رادیو و تلویزیون در دسترس بوده است و امور جاری که بین مارس ۲۰۰۰ تا فوریه ۲۰۰۱ ارائه شده بودند. این داده‌ها با داده‌های ملی در مورد خودکشی‌های انجام‌یافته در طی همان دوره با یک فرآیندی که شامل تشخیص داده و دسترسی جغرافیایی به آیتم‌های رسانه‌ای و مشخص کردن تعداد خودکشی‌های رخداده در همان مکان در هفته‌های انتخاب‌شده قبل و بعد از آیتم، تلفیق شده است. تجزیه‌وتحلیل رگرسیون به‌منظور تعیین اینکه آیا امکان افزایش خودکشی پس از آیتم‌ها را می‌توان با مشخصات آیتم‌های خاص توضیح داد، انجام شده است. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که ۳۹٪ از آیتم‌های رسانه‌ای افزایشی در خودکشی مردان و ۳۱٪ از آن افزایشی در خودکشی زنان را به دنبال داشته است. در عین حال محتوای آیتم‌های رسانه در مورد خودکشی با افزایش خودکشی مردان و زنان به‌طور خاص مرتبط بوده است بدین معنا که مواردی مثل تجربه‌های شخصی خودکشی یا عقاید فردی با افزایش خودکشی مردان و مواردی مثل خودکشی-قتل یا قتل‌عام با افزایش خودکشی در زنان مرتبط بوده است. پژوهشگران موردنظر تحقیقات بعدی در رابطه با این موضوع و درعین‌حال هوشیاری نسبت به نحوه‌ی گزارش دهی خودکشی را ضروری دانسته‌اند و در انتها پیشنهاد شده است که متخصصان بهداشت روان و کارشناسان خودکشی باید با متخصصان رسانه در جهت حفظ تعادل در «منافع عمومی» در برابر خطر آسیب همکاری کنند.

کمپل[2] (۲۰۰۵) پژوهشی با عنوان " چشم‌اندازهای تجارب خودسوزی بین زنان ازبکستانی" با استفاده از روش کیفی (مطالعه موردی) انجام داده است. افراد مورد مطالعه این پژوهش ۹ نفر از زنانی بودند که اقدام به خودسوزی کرده و زنده مانده بودند. نتایج این پژوهش نشان داد که تمام زنانی که اقدام به خودسوزی کرده بودند قصد خودکشی داشتند و هیچ کدام از آنها از آتش به عنوان روشی نمادین استفاده نکرده بودند. یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که دین

---

[1]. Pirkisa, Burgess, Francis
[2] Campbell

و فرهنگ اسلام را نمی‌توان به عنوان عوامل خودسوزی زنان فرض کرد. در این تحقیق خشونت خانگی و سبک زندگی خشن روستایی عوامل اصلی ایجاد انگیزه خودکشی در نمونه‌های مورد مطالعه بود.

کنکران[1] و همکاران (۲۰۰۳) پژوهشی با عنوان" خودکشی و اقدام به خودکشی در جنوب غربی ایرلند طی سالهای ۱۹۹۵-۱۹۹۷"بر روی نمونه ۲۸۳ نفری از زنان و مردانی که اقدام به خودکشی کردند انجام دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که سالانه حدود ۱۲۹ نفر از زنان و ۱۵۴ نفر از مردان و به طور متوسط، ۱۴۲ نفر از زنان و مردان در هر ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت اقدام به خودکشی می‌کنند. همچنین حدود ۲۳ نفر از مردان و ۶ نفر از زنان و به طور متوسط ۱۴ نفر از هر دو جنس در هر ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت خودکشی کرده‌اند. همچنین بین اقدام به خودکشی و خودکشی با متغیرهای سن، جنس، منطقه جغرافیایی و وضعیت تأهل به طور برجسته‌ای، ارتباط وجودداشت. همین‌طور بین شهرنشینی و اقدام به خودکشی در جوانان هر دو جنس ارتباط وجود داشته است.

اگربو[2]و همکاران (۲۰۰۲) در دانمارک، در یک مطالعه مورد-شاهدی به بررسی فاکتورهای خطر خانوادگی، روانی و اقتصادی در خودکشی پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد که به طور کلی ۴۹۶ فرد جوان در دانمارک در طی سال های ۱۹۸۱-۱۹۷۷ مرتکب خودکشی شده بودند. مردان سه و نیم برابر بیشتر از زنان مرتکب خودکشی شده بودند و خطر خودکشی در بین افراد جوان با سابقه خانوادگی خودکشی، سابقه بیماری روانی، مجرد بودن، بیکار شدن، جدایی از والدین، والدین دارای تحصیلات پایین و یا درآمد کم، افزایش بیشتری داشت.

مک هولوم[3] و همکاران (۲۰۰۲) در آنتاریو در یک مطالعه توصیفی به بررسی تعیین‌کننده‌های افکار خودکشی و قصد خودکشی در یک نمونه از زنان با اختلال افسردگی اساسی پرداختند. متغیرهای مورد بررسی شامل سوءاستفاده‌های فیزیکی در دوران کودکی، سابقه خانوادگی و فردی خودکشی بود. نتایج یافته‌ها نشان داد سوءاستفاده فیزیکی در دوران کودکی توسط بیشتر از ۴۰ درصد از پاسخ دهنده‌ها گزارش شده بود. در مورد سابقه روان‌پزشکی والدین، ۴۱/۱ درصد گزارش کرده بودند که حداقل یکی از والدین بیولوژیکی آن‌ها نشانه افسردگی را نشان داده‌اند. هم چنین در بعضی موارد از بین نمونه‌ها ۱۰/۵ درصد از پاسخ دهنده‌ها گزارش کرده بودند که حداقل یک

[1] Concoran
[2] Agerbo
[3] Mcholom

والد بیولوژیک آن‌ها قصد خودکشی داشته است و بیشتر از نیمی (۵۵/۶ درصد) افکار خودکشی را تجربه کرده بودند.

پیرسون و فیلیپس[1] (۲۰۰۲) در پژوهشی با عنوان «اقدام به خودکشی در میان زنان روستایی چین» به بررسی ۱۴۷ زن روستایی زیر ۳۵ سال که به خودکشی اقدام کرده بودند، پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش نشان داده است که ۷۵٪ آنها متأهل و میانگین سنی آنها ۲۶ سال بوده است. متوسط سال‌های تحصیلی آنها ۵ سال بوده است و ۸۷٪ آنها در فعالیت‌های تولیدی فعال بوده‌اند. بیشترین روش اقدام به خودکشی مسمومیت و مربوط به اختلافات خانوادگی، مشکلات اقتصادی و بیماری حاد بوده است. این پژوهش اشاره می‌کند که زنان جوان روستایی مقید و محصور هستند و فرهنگ آنها صحبت‌کردن در مورد مشکلات فردی با افراد بیرون از خانواده را تشویق نمی‌کند.

راسول[2] و همکاران (۲۰۰۲) در یک مطالعه کمی با عنوان" تفاوت‌های جنسیتی در خودمعرفی بیماری‌های روحی روانی جزئی و ارتباط آن با خودکشی" در انگلستان به بررسی تفاوت‌های جنسیتی در خودمعرفی بیماری‌های روحی روانی و ارتباط آن با خودکشی در یک نمونه ۸۴۶۶ نفری از زنان و مردان که طی سال های ۱۹۷۲ تا ۱۹۷۶ اقدام به خودکشی کرده‌اند پرداختند. نتایج یافته‌ها در دراز مدت نشان داد که احتمال خودکشی در اثر اختلالات روحی روانی جزئی در مردان بیش از زنان است. نسبت تصادفی این مورد در مردان ۶/۷۸ درصد ودر زنان ۱/۶۶ درصد بوده است. دراین مقاله متغیرهای مستقل دیگری از قبیل سازگاری، طبقه اجتماعی، سن، وضعیت تأهل، سیگار کشیدن و دیگر موارد که در بزهکاری مؤثر هستند را نیز مورد بررسی قرار داده و نتایج حاکی از آن نشان می‌دهد که خودکشی بر اثر این موارد در مردان بیش از زنان است.

کانتو و لستر[3] (۲۰۰۲) تحقیقی با عنوان" انگیزه پیشرفت و عشق در موارد خودکشی زنان و مردان در آمریکا" انجام داده‌اند. این پژوهش به بررسی نقش دو متغیر عشق و انگیزه پیشرفت در اقدام به خودکشی می‌پردازد. در این تحقیق یک نمونه ۵۶ نفری حدود ۴۲ مرد و ۱۴ زن مورد بررسی قرار گرفته‌اند. این تحقیق به عوامل مؤثر بر خودکشی در زنان و مردان نیز پرداخته است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین موارد خودکشی در نمونه ۵۶ نفری با متغیر عشق ۵/۲۷ درصد و برای انگیزه کاری ۲/۳۸ درصد بوده است. همچنین رابطه معناداری بین پیشرفت و عشق در ۶ مورد خودکشی وجود نداشته است. نتایج این تحقیق همچنین نشان داد که در

---

1. Pearson & Phillips
2 Rasul
3 Canetto & Lester

مردان و زنان بزرگسال آمریکا که اقدام به خودکشی کرده‌اند در انگیزه‌های پیشرفت و عشق هیچ گونه تفاوتی وجود ندارد. مشکلات رمانتیکی هم در مردان و هم در زنان اغلب باعث بروز مشکلات درسی و کاری می‌شوند. بعلاوه تفاوت گروه سنی با توجه به عشق و پیشرفت در موارد خودکشی مشاهده نشده است.

برنت، بوئر، بریج[1] و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای توصیفی با عنوان «عوامل خطر وابسته به جنس و سن در خودکشی نوجوانان» به بررسی تأثیر سن و جنس در خطر خودکشی نوجوانان پرداخته‌اند. به این منظور از پروتکل کالبدشکافی روانشناختی استاندارد استفاده شده است و تعداد ۱۴۰ نفر قربانی خودکشی با ۱۳۱ نفر جمعیت کنترل مقایسه شده است. عوامل خطر ساز برای بزرگسالان و نوجوانان و زنان و مردان مقایسه شده است. نتایج مطالعه نشان داده است اختلال خلقی، آسیب روانی والدین، سابقه‌ی طولانی مدت سوءاستفاده، در دسترس بودن اسلحه و سابقه‌ی اقدام به خودکشی در گذشته، عامل خطر دریافت شده از ۴ گروه جمعیت‌شناختی بوده است. آسیب روانی و به‌ویژه سوءمصرف مواد از شایع‌ترین خطر برای خودکشی در بزرگسالان نسبت به نوجوانان بوده است. قربانیان نوجوان قصد خودکشی کمتری را نشان داده‌اند و مردان روش‌های غیرقابل بازگشت بیشتری را انتخاب کرده بودند.

وندیورت و لاک[2] (۱۹۷۹) در پژوهشی با عنوان «افکار خودکشی: ارتباط آن با افسردگی، خودکشی و اقدام به خودکشی» به روش پیمایش به مسئله‌ی افکار و اقدام به خودکشی و ارتباط آن با افسردگی در کانزاس و واشنگتن پرداخته‌اند. جمعیت نمونه شامل ۳۹۳۵ نفر از جمعیت ۱۸ سال به بالا است که به‌صورت تصادفی انتخاب‌شده‌اند. پرسش‌نامه ساخت‌یافته و شامل دو پرسش بوده است. پرسش اول اینکه در ماه گذشته چقدر به خودکشی فکر کرده‌اید و پرسش دوم اینکه به نظر شما اغلب مردم چقدر به خودکشی فکر می‌کنند؟ که پرسش دوم به‌عنوان یک مقیاس از تجسم خودکشی بر روی دیگران است. نتایج این مطالعه افسردگی را هم در گزارش افکار خودکشی در خود پاسخگویان و هم در گزارش‌هایشان در مورد افکار خودکشی در دیگران نشان داده است. درمجموع ۵/۴ درصد از پاسخ‌دهندگان درجاتی از افکار خودکشی را در ماه گذشته گزارش کرده بودند و تعداد ۹/۱ درصد نیز اذعان کرده بودند که دیگران در ماه یک‌بار یا بیشتر به خودکشی فکر می‌کنند.

---

1. Brent, Baugher, Bridge
2. Vandivort & Locke

۲-۴- نقد و بررسی تحقیقات پیشین

نتایج تحقیقات صورت گرفته نشان داده است که اغلب تحقیقات انجام‌شده به روش کمّی و توصیفی بوده است و موارد انگشت‌شماری از این مطالعات از رویکرد کیفی برای درک علت و پیامدهای خودکشی بهره برده‌اند، درحالی‌که با توجه به اهمیت موضوع و در دسترس نبودن افرادی که بر اثر خودکشی، فوت کرده‌اند، می‌بایست به افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند اما به دلایلی این اقدام ناموفق بوده و به مرگ منجر نشده است، مراجعه کرد تا به درک بهتر و عمیق‌تری از دلایل خودکشی دست یافت.

در بیشتر تحقیقات انجام‌شده در زمینه‌ی خودکشی تأثیر عوامل مختلف اعم از روانی، اجتماعی، اقتصادی و جمعیتی بر این پدیده مورد سنجش قرارگرفته است، اما غالباً این مسئله از دیدگاه بهداشت روان و در ارتباط با عوامل روانی و توسط روان‌شناسان سنجیده شده است، درحالی‌که خودکشی بیش از اینکه مسئله‌ای فردی و ناشی از اختلالات روانی باشد، مسئله‌ای اجتماعی و محصول تعامل فرد و نیروهای اجتماعی است به‌طوری که اختلالات روانی می‌تواند نتیجه‌ی اختلال در نظام اجتماعی جامعه باشد، بنابراین بررسی جامعه‌شناختی در مورد این مسئله مفید خواهد بود.

استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

فصل سوم

جمعیت همیاران سلامت روان اجتماعی
استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

چارچوب مفهومی

۳-۱- مقدمه

در این پژوهش از رویکرد استقرایی استفاده شده است لذا چارچوب نظری هدایتگر این پژوهش نبوده بلکه هدف کشف نظریه از داده‌هاست و مفاهیم حساسیت‌زا، هدایتگر تحقیق به شمار می‌آیند. مفاهیم حساسیت‌زا از نظریه‌های موجود به دست می‌آیند (بلومر[1]، ۱۹۶۹، به نقل از ایمان، ۱۳۹۱: ۸۷-۸۶). بنابراین در این روش، بعد از جمع‌آوری اطلاعات در مرحله ی تحلیل از نظریه استفاده می گردد. تفسیر و تحلیل دقیق داده‌ها نقش مهمی را در آن ایفا می‌کند و در صورت طی‌شدن تمامی مراحل می‌تواند به تبیین نظریه‌ای منتهی شود (آریان، ۱۳۸۹: ۸۸). در این بخش به برخی دیدگاه‌ها و نظریه‌های مرتبط با موضوع پژوهش اشاره می‌شود.

۳-۲-نظریه‌ی دورکهایم

نظریه خودکشی دورکیم در وهله اول بدین طریق شکل گرفت که نشان داد متغیرهایی که ماهیت فرااجتماعی دارند و پیش از این به عنوان تبیین‌هایی از خودکشی مطرح شده بودند، نمی‌توانند علت خودکشی باشند. با توجه به نارسا بودن این گونه تبیین‌ها، دورکیم به تدوین آنچه امروزه به عنوان برجسته‌ترین نظریه جامعه‌شناختی در زمینه تغییرات میزان خودکشی تلقی می‌شود، اقدام نمود. به نظر دورکهایم استمرار میزان خودکشی واقعیتی است اجتماعی؛ یعنی آن را می‌توان صرفاً بر اساس شکل‌های متفاوت زندگی اجتماعی گروه‌های مختلف جامعه تبیین کرد. نظریه‌ی خودکشی دورکهایم بر پیامدهای انسجام و انتظام مبتنی است؛ انسجام بالا پیوندهای اجتماعی و ارزش‌های اجتماعی رایج را تقویت و تشویق می‌کند تا جایی که جامعه به فرد انتظام بخشیده، هدف او را از زندگی تعیین می‌کند (بسنارد[2]، ۱۹۹۸: ۹۵-۹۱).

دورکهایم استدلال می‌کرد که بدون یکپارچگی و تنظیم افراد توسط جامعه، زندگی بشری دچار بی‌نظمی خواهد شد و درواقع وی بر این عقیده بود که روندهای انحرافی و آسیب‌شناختی

---

[1]. Blumer
[2]. Besnard

در جامعه‌ی امروزی (مانند افزایش یکنواخت میزان‌های خودکشی) را باید برحسب عدم پیوستگی افراد با جامعه و تنظیم خواسته‌هایشان، تبیین کرد. وی با توجه به تصورش از نظم اخلاقی و اجتماعی، چهار شکل از خودکشی را متمایز کرد (تایلر[1]،۱۳۷۶: ۱۶)؛ که دو جفت در دوسویه‌ی یک طیف می‌باشد. در یک‌سو خودکشی نتیجه‌ی فقدان نسبی انسجام اجتماعی است؛ یعنی موقعیتی که مردم نمی‌دانند که چه کنند زیرا که قواعد قدیم دیگر به کار نمی‌آیند و قوانین جدید روشنی وجود ندارد. در سویه‌ی مقابل این طیف موقعیتی را داریم که قواعد اجتماعی و یا هنجارها بسیار قوی هستند و به شدّت اعمال می‌شوند (کرایب[2]، ۱۳۹۴: ۷۵-۷۴). خودکشی خودخواهانه با میزان یکپارچگی پایین و خودکشی نوع‌دوستانه با میزان یکپارچگی بالا پیوند دارد اما خودکشی تقدیرگرایانه با میزان نظارت بالا و خودکشی ناهنجارانه با میزان نظارت پایین پیوند دارد (دیلینی[3]، ۱۳۹۴: ۱۵۰).

در تحلیل دورکهایم از خودکشی و انواع آن، الگوهای اجتماعی نهفته در سطح فردی آشکار و تأکید اصلی بر روابط اجتماعی فرد با دیگران و تعلقات وی نسبت به گروه و جامعه گذاشته‌شده است (صدیق سروستانی،۱۳۸۵: ۱۴۱). درواقع هرگاه انسان «از جامعه‌اش برکنار افتد» و به امیال شخصی‌اش واگذار شود و پیوندهایی که پیش‌ازاین او را به همگنانش وابسته می‌ساختند سست گردند، او برای خودکشی خودخواهانه یا فردگرایانه آمادگی می‌یابد. اگر تنظیم‌های هنجار بخش رفتار فردی سستی گیرند و از همین روی نتوانند تمایلات انسان‌ها را مهار و راهنمایی کنند، آنها برای خودکشی نابهنجار آمادگی پیدا می‌کنند؛ به‌بیان‌دیگر، اگر بازدارنده‌های ملازم با یکپارچگی ساختاری که در عملکرد همبستگی ارگانیک نمودارند از عملکرد باز ایستند، انسان‌ها مستعد خودکشی خودخواهانه می‌شوند. هرگاه وجدان جمعی سستی گیرد، انسان‌ها در معرض خودکشی نابهنجار قرار می‌گیرند (کوزر، ۱۳۸۸: ۱۹۴-۱۹۳).

در خودکشی دگرخواهانه فرد به منافع خودش فکر نمی‌کند بلکه اهداف گروهی که متعلق به آن است برایش مهم‌تر می‌باشد. یکپارچگی فرد با گروه به‌قدری قوی است که زندگی فردی مهم به نظر نمی‌رسد (هولمز و هولمز،۱۳۹۲: ۴۶). این نوع خودکشی معلول پیوستگی مفرط فرد با گروه اجتماعی است. در خودکشی دگرخواهانه «خود» فرد، در مقابل تقاضاهای جامعه، بجای آنکه قوی شود، آن‌چنان ضعیف می‌شود که فرد به‌ناچار اقدام به خودکشی می‌کند (تایلر، ۱۳۷۶: ۱۸).

---

1. Taylor
2. Craib
3. Delaney

برخلاف خودکشی دگرخواهانه، در خودکشی خودخواهانه علت و داشتن دلیل برای انتخاب مرگ مهم نیست بلکه فرد خودش را مرکز توجه دنیا قلمداد می‌کند. این خودکشی ناشی از سست شدن یا تضعیف قیودی است که فرد را با گروه‌های اجتماعی پیوند می‌زند. هرگاه اشخاص از ارزش‌ها و انتظارات افراد پیرامونشان بریده شوند، در معرض ابتلا به یک فردگرایی افراطی قرارگرفته و بیشتر مستعد خودکشی می‌شوند (هولمز و هولمز،۱۳۹۲:۴۶؛ تایلر، ۱۳۷۶:۱۶).

خودکشی تقدیرگرایانه زمانی روی می‌دهد که افراد احساس کنند گروهی را که به آن تعلق داشته و با افراد آن کنش‌های متقابل معنادار داشته‌اند (مانند یک گروه مذهبی) رو به نابودی است و ازاین‌رو دلیلی برای ادامه حیات خود نمی‌یابند و دست به خودکشی می‌زنند (صدیق سروستانی،۱۳۸۵:۱۴۰). کسی که مرتکب خودکشی تقدیرگرایانه می‌شود در جامعه‌ای زندگی می‌کند که ساختار آن قوانین دست‌وپا گیر زیادی دارد. فردی که در چنین موقعیتی زندگی می‌کند اعتقاد دارد که هیچ راه فراری برای او وجود ندارد (هولمز و هولمز،۱۳۹۲:۴۷). به‌احتمال‌زیاد این نوع خودکشی در شرایطی اتفاق می‌افتد که نظارت شدید اجتماعی، با میزان بالایی از محدودیت‌های بیرونی همراه است. وقتی این محدودیت‌ها بر جامعه فشار می‌آورد، مردم احساس خفقان و بی‌قراری می‌کنند، آنان به این باور می‌رسند که زندگی‌شان بهتر نمی‌شود و اوضاع دائم وخیم‌تر خواهد شد و همین باورها آنان را به سمت خودکشی سوق می‌دهد (دیلینی، ۱۳۹۴:۱۵۲).

دورکهایم در نتیجه‌گیری خود از خودکشی به مفهوم بی‌هنجاری[1] اشاره می‌کند و بر این عقیده است که در دوران بحران‌های شدید اقتصادی و اجتماعی و زمانی که فشار تورم در جامعه شدید است، احتمال خودکشی بیشتر می‌شود، زیرا در چنین موقعیت‌هایی هنجارهای اجتماعی بیشتر تضعیف می‌شوند (ستوده، ۱۳۸۶: ۲۲۴).

خودکشی ناشی از بی‌هنجاری درست در برابر خودکشی‌های سنتی که از نوع خودخواهانه است، قرار می‌گیرد. در این نوع خودکشی، فرد به حیاتش نه ازآن‌رو پایان می‌دهد که هنجاری را شکسته، یا به قانون مورد پذیرش گردن ننهاده، بلکه بدین سبب دست به خودکشی می‌زند که بعد از تلاش بسیار، زندگی را سراب، پیروزی‌ها را بی‌فرجام و حیات را پوچ یافته است (ساروخانی،۱۳۷۰:۲۸). زمانی که فرد درخطر روزافزون تحرک اجتماعی قرار می‌گیرد و تغییرات سریع و ناگهانی اوضاع اجتماعی سبب بروز فاصله‌ی زیاد بین عادات و نظام اجتماعی قبلی و جدید می‌شود، دستیابی به هدف‌های شخص با موانع و مشکلاتی مواجه می‌گردد و این مشکلات

[1]. Anomie

به‌نوبه‌ی خود به خودکشی منجر می‌شود. به نظر می‌رسد این نوع خودکشی از دیدگاه دورکهایم بارزترین خصیصه‌ی جامعه‌ی جدید است، زیرا از طریق همبستگی موجود میان فراوانی خودکشی و مراحل ادواری اقتصادی می‌توان به وجود آن پی برد (ستوده، ۱۳۸۶: ۲۲۵).

۳-۳- نظریه مرتون

پس از دورکیم، رابرت مرتون[1] (۱۹۶۸) جامعه‌شناس آمریکایی، نظریه خود را برپایه نظریه او تعمیم داد. از دیدگاه او نه تنها خودکشی، بلکه انواع رفتارهای انحرافی نیز حاصل بی‌هنجاری است (ستوده، ۱۳۷۶: ۱۲۸). مرتون شکاف بین آرمان و واقعیت را آسیب‌زا می‌داند. در چنین وضعیتی جامعه قادر به ارائه ابزارها و راهکارهای مناسب برای دستیابی به اهداف گروه‌های خاص نمی‌باشد. از آنجا که این اهداف در شیوه‌های زندگی جاری مردم پذیرفته شده و در نتیجه اجتماعی شدن (جامعه پذیری)، هدف‌های مهم فرهنگی و نیز راه‌های دستیابی به این هدف‌ها فراگرفته می‌شوند، عدم امکان دستیابی به آن‌ها، موجب بروز یأس، طغیان و سایر شیوه‌های انحرافی و اختلالات روانی و اجتماعی خواهد گردید.

در واقع مرتون از مفهوم بی‌هنجاری دورکیم برای پروراندن یک نظریه پرنفوذ درباره کجروی بهره‌گرفته و ضمن تعدیل مفهوم بی‌هنجاری به فشار حاصل از ستیز هنجارهای پذیرفته شده با واقعیت اجتماعی توجه نموده است. به نظر او بیشتر افرادی که در وضعیت‌های نامساعدی قرار گرفته‌اند، فرصت‌های بسیار محدودی برای پیشرفت، کسب درآمد و غیره دارند و خود را به خاطر ناتوانی آشکارشان در پیشرفت مادی محکوم می‌یابند. در این وضعیت فشار زیادی برای سعی در موفق شدن به هر وسیله‌ای، مشروع یا غیرمشروع، وجود دارد که واکنش‌های مختلفی را به دنبال خواهد داشت (گیدنز[2]، ۱۳۷۹: ۱۵۹).

۳-۴- نظریه‌ی هالبواکس

یکی از نخستین مطالعات جامعه‌شناختی قابل‌توجه درباره‌ی میزان‌های خودکشی، توسط یکی از شاگردان دورکهایم یعنی موریس هالبواکس (علل خودکشی،۱۹۳۰)، به پیروی از کار خود او، انجام شده است. وی تبیین نسبتاً ساده‌تری را از خودکشی ارائه داد. او معتقد بود هرچه از

---
[1] Merton
[2] Giddens

شهرهای دارای جمعیت متراکم به‌سوی مناطق روستایی حرکت کنیم میزان خودکشی کاهش می‌یابد. هالبواکس، مدعی بود که بسیاری از همبستگی‌های مورد مشاهده دورکهایم را می‌توان به صورتی مؤثرتر، بر اساس روش‌های متفاوت زندگی شهری و خرده‌فرهنگ‌های روستایی تبیین کرد. به عنوان مثال، اینکه میزان خودکشی جمعیت‌های کاتولیک به‌طور نسبی، پایین‌تر از میزان خودکشی جمعیت‌های پروتستان است، دلیل مذهبی ندارد، بلکه این امر ناشی از این واقعیت است که جماعت‌های کاتولیک، به‌طور عمده در مناطق روستایی سکونت دارند (تایلر،۱۳۷۶:۲۳).

هالبواکس، بر این عقیده بود که خودکشی در مناطق شهری، به‌طور نسبی بالاتر است. بدین خاطر که روش زندگی شهری، ثبات کمتری داشته و غیر مشخص است و از نظر اجتماعی، تعداد بیشتری از افراد، بی‌ارتباط با همنوعان خود در انزوا زندگی می‌کنند و به این ترتیب بیشتر برای خودکشی آمادگی می‌یابند (تایلر،۱۳۷۶:۲۴).

به اعتقاد او تنها عامل ایجادکننده‌ی خودکشی، «خلأ اجتماعی» است که فرد را احاطه می‌کند. هر جامعه حاوی جریان‌های جمعی خودکشی‌زا می‌باشد که به سه نحو متفاوت عمل می‌کنند: جدا شدن فرد از گروه اجتماعی (فردگرایی افراطی)؛ وابستگی بیش از حد فرد به گروه اجتماعی (کمبود فردگرایی)؛ و انهدام توأم با هرج‌ومرج گروه اجتماعی (کمبود انسجام اجتماعی) (محسنی، ۱۳۶۶:۳۲).

۳-۵- نظریه گریز

نظریه گریز[1] یک نظریه جدید در حیطه خودکشی به شمار می‌رود. براساس این نظریه، خودکشی آخرین پیامد یک سری از وقایعی است که در طی آن‌ها فرد به این اعتقاد می‌رسد که هیچ راه گریزی وجود ندارد. نظریه گریز هم در مورد افراد جوان و هم افراد مسن صدق می‌کند. آنچه که این نظریه را از بقیه متمایز می‌کند این است که فرد زندگی خود را مورد بررسی قرار می‌دهد و درمی‌یابد که این نوع زندگی متناسب با انتظاراتش نیست. این موضوع می‌تواند به خصوص در مورد سالمندان درست باشد، زیرا ممکن است افراد جوان و میانسال چنین احساسی داشته باشند که هنوز هم برای رسیدن به آرزوها و انتظاراتشان فرصت دارند در حالی‌که شاید افراد مسن این‌طور تصور کنند که زمان کمی در اختیار آن‌ها است (هولمز و هولمز، ۱۳۹۲: ۵۲).

[1] Escape Theory

۳-۶- نظریه‌ی سادرلند

فرآیند مدل‌سازی[1] در کانون توجه این نظریه قرار دارد که در آن شخص رفتار اجتماعی دیگران را به وسیله‌ی مشاهده و تقلید یاد می‌گیرد و آموختنی‌ها از طریق پاداش و تنبیه تقویت می‌شود (احمدی، ۱۳۸۴: ۹۵-۹۴). سادرلند اصطلاح همنشینی افتراقی[2] را به کار برده است که بر یادگیری اجتماعی از طریق همنشینی با الگوهای رفتار انحرافی تأکید می‌کند. به اعتقاد سادرلند رفتار انحرافی یادگرفتنی است و نه ارثی و ذاتی و در فرآیند ارتباطات که شامل اداها و تعامل کلامی است، یاد گرفته می‌شود. همچنین به اعتقاد وی بخش عمده‌ای از یادگیری انحرافی در درون گروه های صمیمی صورت می‌گیرد. در نظریه‌ی سادرلند مفهوم بی‌سازمانی اجتماعی کنار گذاشته می‌شود و مسئله‌ی یادگیری در محیط اجتماعی آلوده به فساد مطرح می‌شود (ممتاز،۱۳۸۷: ۹۰).

۳-۷- نظریه‌ی روث کاوان[3]

به نظر کاوان خودکشی، معلول فقدان کامل روحیه و نتیجه‌ی یک نابسامانی و بی‌سازمانی شخصیتی، فردی و اجتماعی است. وی عوامل فردی و اجتماعی را توأماً و در یک کنش متقابل با یکدیگر می‌بیند (محسنی تبریزی، ۱۳۹۶: ۲۱۱). کاوان خودکشی را واکنشی از سوی فرد به بحران‌هایی می‌داند که معلول نابسامانی، بی‌سازمانی و عدم انتظام و انسجام اجتماعی و فردی است. (محسنی تبریزی، ۱۳۹۶: ۲۱۲).

کاوان هفت علت عمده را در بروز خودکشی در نظر می‌گیرد که عبارت‌اند از: آرزوهای مبهم بدون موضوع مشخص، درماندگی در تحقق آرزوهای خاص چون گرفتن شغل معین، ازدواج با فردی دلخواه و ...، کشمکش و ستیز ممتد و طولانی با پدیده‌ها، اشیاء و اشخاص موردعلاقه ولی سلطه‌گر و ناسازگار، فروپاشی و شکست و اختلال در زندگی نظم اجتماعی فرد و از دست دادن زندگی رضایت‌بخش گذشته، اتفاقات و تجارب نامطلوب در زندگی نظیر بیکاری، بیماری، قطع ارتباط عاطفی و...، دارا بودن روحیه‌ی خاص و دشوار بودن سازگاری و انطباق فرد در برخی

---

[1]. Modeling
[2]. Differential Association
[3]. R.Cavan

وضعیت‌ها و حذف برخی قوانین و ضوابط مدنی و کیفری که بازدارنده‌های اجتماعی و اخلاقی خودکشی محسوب می‌شوند (محسنی تبریزی، ۱۳۹۶: ۲۱۲-۲۱۱).

۳-۸- نظریه‌ی ماریس[1]

رونالد ماریس ماریس بر این باور است که خودکشی را نمی‌توان به‌عنوان عملی فردی که آگاهانه و با میل و اراده‌ی فردی صورت گرفته، به‌حساب آورد و نه می‌توان آن را محصول نیروهای اجتماعی دانست، بلکه می‌توان باور داشت که خودکشی محصول جمع شدن همه‌ی عوامل اجتماعی و روانی و حاصل تعامل بین فرد و زمینه‌ی اجتماعی است. به عقیده‌ی ماریس دلیل آنکه نرخ خودکشی زنان در بسیاری از کشورها کمتر از مردان است به‌این‌علت است که زنان از وسایل خطرناک و نابودکننده و خشن جهت کشتن خود استفاده نمی‌کنند و ازاین‌رو پس از اقدام به خودکشی نجات می‌یابند و دیگر اینکه زنان کم‌تر از مردان در عمل خود مصمم‌اند و رفتار خودکشنده در آنها نوعی استمداد و طلب کمک و خودنمایی و جلب‌توجه دیگران است (محسنی تبریزی، ۱۳۹۶: ۲۱۶-۲۱۲).

۳-۹- نظریه‌ی ژیرارد[2]

ژیرارد بر این باور است که اندیشه‌ی خودکشی و متعاقباً اقدام به خودکشی، اساساً معلول احساس هویت تهدید شده است. به نظر وی خودکشی پاسخی به حوادث تغییردهنده‌ی زندگی است که مفهوم «از خود»[3] فرد را به مخاطره می‌اندازد (محسنی تبریزی،۱۳۹۶: ۲۱۹-۲۱۸). ازنظر وی هویت تهدید شده با عوامل بیرونی، زمینه‌های اجتماعی و شرایط خارجی به‌مثابه‌ی مجموعه حوادث و اوضاع اجتماعی و بیرونی مرتبط است. ژیرارد در این میان به نقش متغیرهای اقتصادی به‌عنوان عوامل بیرونی در تبیین «هویت تهدید شده»، خود بیزاری و آرزوی مرگ تأکید دارد، چراکه ازنظر او تغییرات اقتصادی، نهادهای خویشاوندی و تطابق نظام نقش‌های محول را متأثر ساخته و در بسیاری از موارد آن‌ها را نابود می‌سازد. چنین تحولی درعین‌حال الگوهای اقتصادی و اجتماعی جدیدی را جایگزین می‌کند. پیدایش الگوهای جدید سبب شکنندگی و تزلزل زندگی و موقعیت‌های تثبیت‌شده‌ی قبلی افراد گروه می‌شود و ضمن ایجاد شرایط آنومیک، مفهوم «از

---
1. Maris
2. Girard
3. Ego

خود» را تضعیف، هویت شخصی را تهدید، خود بیزاری را تشدید و افکار خودکشی را در فرد تقویت می‌کند. ازاین‌رو ژیرارد مدعی است که زمانی که «از خود» تهدید و به چالش کشیده می‌شود، خودکشی راه‌حلی است جهت رهایی نهایی از تضادهای بالقوه برای فرد، در وضعیتی که مجموعه‌ی رخدادها هویت شخص را تهدید و اصلی‌ترین بعد آن را که فرد اصیل و حقیقی است، انکار می‌کند؛ بنابراین تأکید بر اهمیت و ضرورت حیاتی بعد انکارشده‌ی هویت به‌مثابه‌ی بخش معرف، رابط و پیونددهنده‌ی فرد با دیگران پیرامون، بخشی که بدون آن زندگی نمی‌تواند تداوم و استمرار یابد، حائز اهمیت است (محسنی تبریزی،۱۳۹۶: ۲۱۹).

۳-۱۰- نظریه‌ی دگرگونی پایگاه

هنری و شورت[1] بر این باورند که میزان خودکشی در دوره‌های کساد اقتصادی افزایش می‌یابد. آنها همچنین دریافتند که خودکشی در میان گروه‌های متعلق به پایگاه‌های بالا، نسبتاً شایع‌تر است. دوره‌های سختی و کساد اقتصادی موجب ناکامی بیشتر در افراد می‌شود که این امر در بیشتر حالات با واکنش‌های پرخاشگرانه همراه است. به نظر هنری و شورت، افزایش میزان‌های خودکشی در میان جمعیت‌های متعلق به پایگاه بالاتر در دوره‌های کساد اقتصادی، به صورتی عمده به افزایش میزان کلی خودکشی می‌انجامد (تایلر، ۱۳۷۶: ۲۷-۲۶). نظریه‌ی هنری و شورت مبتنی بر سه اصل است: اول اینکه میزان خودکشی در یک جامعه، رابطه‌ی معکوسی با استحکام نظام رابطه‌ای اعضاء آن دارد. دوم، استحکام نظام رابطه‌ای اعضاء یک جمعیت رابطه‌ی مستقیمی با محدودیت‌های خارجی ناظر بر رفتار آنها دارد و در آخر محدودیت‌های خارجی ناظر بر رفتار اعضای یک جمعیت، رابطه‌ی معکوسی با پایگاه آنها در جامعه دارد (محسنی، ۱۳۶۶: ۳۳).

۳-۱۱- نظریه‌های فمینیستی

فمینیست‌های لیبرال ارزش ویژه‌ای برای عرصه‌ی خصوصی زنان قائل نمی‌شوند. از نظر آنها پاداش‌های راستین زندگی اجتماعی مانند پول، قدرت، منزلت، آزادی، فرصت‌های رشد و بالا بردن ارزش شخصی را باید در عرصه‌ی عمومی جستجو کرد (ریتزر، ۱۳۷۹: ۴۷۴-۴۷۵). از زاویه

[1].Henry & Short

دید این نظریه، زنان، قشری وابسته، محروم و از عرصه عمومی جامعه به حاشیه رانده شده هستند. زنان در این میان، از خلال شرایط مذکور، فشار روانی- اجتماعی بیشتری متحمل می‌شوند. نتایج همه این‌ها را باید در داده‌هایی پیدا کرد که درجه تنش آنها را مشخص می‌سازد. زنان ازدواج کرده با وجود داعیه‌های برخورداری از مواهب زندگی خانوادگی، و مردان ازدواج نکرده با وجود داعیه های برخورداری از آزادیشان، از جهت همه شاخص‌های تنش؛ مانند تپش‌های قلب، سرگیجه، سردرد، غش و ضعف، کابوس‌ها، بی‌خوابی و هراس از فروریختگی عصبی، در مرتبه بالایی قرار دارند. حال آنکه زنان ازدواج نکرده با وجود داغ اجتماعی بی‌شوهری، و مردان ازدواج کرده از نظر همه شاخص‌های تنش، در مرتبه پایینی قرار می‌گیرند (همان،۴۷۶) یعنی این‌که زنان از نهاد خانواده، عایداتی کمتر داشته و زنان متأهل، بیشتر در معرض آسیب قرار دارند.

فمنیست‌های مارکسیست بر این باورند که آنچه سبب نابرابری جنسیتی شده است، نابرابری قدرت مردان و زنان در جامعه سرمایه‌داری است. با توسعه نظام سرمایه‌داری، زنان به کار داخل خانه محدود شده و مسئول تولید کارگران حال و آینده برای نیروی کار می‌گردند. این کار خانگی برای نظام سرمایه‌داری برای زن سرکوب‌گرانه است. زنان مورد استثمار دوگانه قرار می‌گیرند. مارکسیست‌های فمنیست، رفتارهای انحرافی در بین دو جنس را به تضادهای میان دو جنسیت مربوط می‌سازد. سیستم سرمایه‌داری، زنان را از نظر اقتصادی و جنسی کنترل می‌کند و به علت محدود بودن زنان در فضای خصوصی، جرائم آنان کمتر است. مردان مرتکب جرائم مهمی می‌شوند. زنان معمولا مرتکب جرائم جزئی و کمتر خشونت‌آمیز و خودآسیبی، مانند مصرف الکل و مواد مخدر می‌گردند (ممتاز، ۱۳۸۱: ۱۷۸). مزید بر این شرایط، نابرابری جنسیت و نگاه درجه دومی به زن در نظام سرمایه‌داری اهمیت کارکردی دارد زیرا زنان متناسب با پایگاه فروتر اجتماعی خود، دستمزد کمتری دریافت کرده و برای نظام سرمایه‌داری" سپاه ذخیره‌ای" علیه نیروی کار مردان محسوب می‌شود. " حاشیه‌نشینی زنان در بخش مزد بگیران، بخش مهمی از نیری کار ذخیره را تأمین می‌کند و به صورت ذخیره‌ای از کارگران جانشین، از آنها به عنوان عامل تهدید و ترمز تقاضاهای افزایش دستمزد مردان متشکل در اتحادیه، استفاده می‌شود" (ریتزر، ۱۳۷۹: ۴۸۳). شرایط موجب می‌شود که مرد در چارچوب نظام سرمایه‌داری از فرصت‌های اقتصادی محروم شده؛ میل به ابراز وجود آن‌ها در این سیستم سرکوب می‌شود. " این وجود سرکوب شده در خانواده قد علم می‌کند. این امر شامل تعداد زیادی از زنان و مردان می‌گردد که در همه جوامع، مورد حمله‌های خشونت‌آمیز مردان در درون خانواده قرار می‌گیرد. مردان کوشش می-کنند تا تصویر مردانه خود را، که در جامعه سرکوب شده است، از این طریق بازسازی کنند؛ یعنی

رفتاری مقتدرانه و زورگویانه در خانه تجلی پیدا می‌کند" (ممتاز،۱۳۸۱: ۱۷۹). از زاویه دید این تئوری، خودکشی یک واکنش به فضای مقتدرانه و خشن موجود در خانواده است که خود زاییده محرومیت اقتصادی ناشی از نظام سرمایه‌داری است. در قالب همین تئوری، جان هنگن[1] عقیده دارد: " جهان کار و جهان جنسیت، از نظر جنس طبقه‌بندی شده‌اند (همان،۱۸۲). زنان بیش از مردان، تحت نظارت غیررسمی واقع می‌شوند و دختران، بیش از پسران مورد نظارت غیررسمی واقع می‌شوند (همان، ۱۸۳) و این وضعیت می‌تواند منجر به خودکشی تقدیرگرایانه در طول زمان شود.

۳-۱۲- نظریه‌ی واکنش اجتماعی

در این دیدگاه، واکنش دیگران نسبت به شخص بالقوه منتحر، عامل کلیدی در علّیت خودکشی به شمار می‌رود؛ بنابراین در این نظریه تأکید بر روابط غیرشخصی در موقعیت‌هاست. یک خودکشی، یا اقدام به خودکشی، اغلب مسبوق به رفتارهای انحرافی‌ای همچون اعتیاد به الکل، استفاده از دارو و شکست اجتماعی یا اقتصادی است. برای شخصی که برچسب منحرف بر او زده می‌شود احتمال مواجه‌شدن با عکس‌العمل‌های منفی و به دور از نزاکت دیگران، بیشتر است. این امر، هم احساس عزت‌نفس او را کاهش می‌دهد و هم موجب تضعیف روابط اجتماعی او با دیگران می‌شود و درنتیجه موجب افزایش احتمال خودکشی می‌گردد (تایلر،۱۳۷۶:۵۳). رویکرد واکنش اجتماعی با تأکید بر اهمیت واکنش دیگران نسبت به فرد بالقوه منتحر، برای عنصر مهم و نسبتاً فراموش‌شده‌ی فرآیند خودکشی، ارزش خاصی قائل است؛ اما این رویکرد، یک راه‌حل کمکی برای شناخت خودکشی است نه یک روش جایگزین. چرا که اولاً باید تبیین شود که چرا برخی اشخاص، نومید و درمانده می‌شوند و به‌صورت بالقوه در شرایط انتحاری قرار می‌گیرند و ثانیاً باید توضیح داد که چرا برچسب زدن منفی، سبب ایجاد انگیزه‌ی انتحاری در برخی از افراد می‌شود، حال آن که در دیگر افراد، این انگیزه را ایجاد نمی‌کند (تایلر،۱۳۷۶:۵۴).

۳-۱۳- نظریه‌ی داگلاس[2]

داگلاس یکی از مدعیان بزرگ رهیافت تفسیری در مطالعه‌ی خودکشی است. داگلاس بر این باور است که جامعه‌شناسان باید از منابع اطلاعاتی استفاده کنند که حتی‌الامکان آنها را به دنیای

---

[1] John hengen
[2]. Douglas

درونی شخصی که خود را کشته است، نزدیک کند. این منابع شامل داده‌هایی از قبیل یادداشت‌های مربوط به خودکشی، گزارش‌های مربوط به زندگی شخصی افرادی که خود را می‌کشند، یادداشت‌های روزانه و شرح‌حال و مصاحبه‌های موردی با افرادی است که اقدام به خودکشی کرده‌اند (محسنی تبریزی، ۱۳۹۶: ۲۱۶). او مدعی است که مواردی مثل انتقام، استمداد، گریز، ندامت و سماجت از عمومی‌ترین معانی خودکشی هستند. همچنین استدلال می‌کند که مفاهیم اجتماعی و فرهنگ در مورد خودکشی، می‌تواند بر مفهومی که یک فرد برای عمل خودانتخاری قائل است، تأثیری عمده گذارد (داگلاس، ۱۹۶۷: ۸۹). به‌عنوان‌مثال این عقیده که در دنیای غربی امروزی، خودکشی به معنای وجود نقصانی آشکار در افراد بوده و مردم باید از این وضعیت آشفته، به دور باشند؛ بدین معناست که یک شخص می‌تواند از خودکشی، جهت نشان دادن اینکه دیگران در رابطه با شرایط موجود مقصرند، استفاده کند (محسنی تبریزی، ۱۳۹۶: ۲۱۶).

۳-۱۴- نظریه‌ی بیچلر[1]

بیچلر مدعی است که رفتار خودکشی، بیش از آنکه صرفاً یک هدف باشد، وسیله یا شیوه‌ای است که افراد از طریق آن، درصدد دستیابی به اهداف خاصی هستند؛ بنابراین سؤال مهم این است که مردم، به هنگام توسل به خودکشی، درصدد حل چه مسائلی‌اند؟ (تایلر، ۱۳۷۶: ۵۷). بیچلر با توجه به تحلیلش از دامنه‌ی وسیع اسناد موردی، چهار نوع مفهوم کلی از رفتار خودکشی را ارائه داده است که عبارت‌اند از: گریزنده، پرخاشجو، ایثارگرانه و مضحک (بیچلر، ۱۹۷۹: ۶۷). خودکشی گریزنده برای فرار از وضعیتی تحمل ناشدنی است، خودکشی نوع دوم زمانی است که فرد قصد آزار یا جلب‌توجه دیگران را دارد. خودکشی ایثارگرانه معطوف به عقاید سیاسی و اخلاقی و خودکشی مضحک هنگامی است که فرد با زندگی و مرگ به قمار می‌پردازد (تایلر، ۱۳۷۶: ۵۸-۵۷).

[1]. Baechler

جمعیت همیاران سلامت روان اجتماعی
استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

جمعیت همیاران سلامت روان اجتماعی

فصل چهارم

استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

روش‌شناسی پژوهش

۴-۱- مقدمه

در این فصل مباحث مربوط به روش شناسی پژوهش از جمله، روش پژوهش، جامعه هدف، حجم نمونه، چگونگی انتخاب نمونه، ویژگی های مشارکت کنندگان، روش گردآوری اطلاعات و چگونگی تحلیل و تفسیر آن، قابلیت اعتماد و ملاحظات اخلاقی آورده شده است.

۴-۲- روش پژوهش

این پژوهش با استفاده از رویکرد تحقیق کیفی و روش تحلیل محتوای کیفی انجام گردیده است. پژوهش کیفی، هر نوع پژوهشی است که یافته‌هایی تولید کند که با توسل به عملیات آماری یا سایر روش‌های شمارشی حاصل نیامده باشد. بخش عمده‌ی تحلیل در پژوهش کیفی، تفسیری است (استراوس و کربین، ۱۳۹۵: ۳۳-۳۲). پژوهش کیفی انواع مختلف دارد و می‌توان آن را به شیوه‌های متعدد انجام داد؛ یکی از این روش‌ها، روش تحلیل محتوای کیفی است. تحلیل محتوا روشی است که به گونۀ عینی و براساس قواعد معین، مشخصاتی ویژه از یک پیام را کشف می کند. تحلیل محتوای کیفی را می توان روش تحقیقی برای تفسیر ذهنی محتوایی داده های متنی از طریق فرایندهای طبقه بندی نظام مند، کدبندی و تم سازی یا طراحی الگوهای شناخته شده دانست.

بر اساس نظریۀ *شی یه* و *شانون* می توان رهیافت های موجود در زمینۀ تحلیل محتوا را به سه دسته تقسیم کرد که عبارت اند از: ۱-تحلیل محتوای عرفی و قراردادی ؛ ۲- تحلیل محتوای تلخیصی یا تجمعی، ۳- تحلیل محتوای جهت دار(ایمان و نوشادی، ۱۳۹۰).

با توجه به هدف و مساله پژوهش در مطالعه حاضر از "روش تحلیل محتوای عرفی" استفاده گردیده است. تحلیل محتوای عرفی معمولاً در طرحی مطالعاتی به کار می رود که هدف آن شرح یک پدیده است. این نوع طرح، اغلب هنگامی مناسب است که نظریه های موجود یا ادبیات تحقیق دربارۀ پدیدۀ مورد مطالعه محدود باشد. در این حالت پژوهشگران از به کار گرفتن مقوله های پیش پنداشته می پرهیزند و در عوض ترتیبی می دهند که مقوله ها از داده ها ناشی شوند. در

موسسه همیار سلامت روان ندای زندگی بلای لارستان تحت نظارت بهزیستی استان فارس

این حالت، محققان خودشان را بر امواج داده ها شناور می کنند تا شناختی بدیع برایشان حاصل شود. بنابراین از طریق استقرا، مقوله ها از داده ها ظهور می یابند. این حالت را *مایرینگ* مقولهٔ استقرایی نامیده است.(ایمان و نوشادی،۱۳۹۰)

۴-۳-جمعیت هدف و حجم نمونه

جامعه‌ی هدف این پژوهش ساکنان روستای لاغران بوده که اقدام به خودکشی کرده اند.

حجم نمونه در روش کیفی از قبل مشخص شده نیست و جمع آوری اطلاعات و انجام مصاحبه‌ها تا اشباع نظری ادامه پیدا می‌کند. معمولاً در روش کیفی مصاحبه با حدود ۲۰ نفر توصیه می‌شود.

۴-۴- روش انتخاب نمونه

در پژوهش حاضر نیز به منظور انتخاب نمونه از شیوه نمونه گیری هدفمند استفاده گردید. نمونه گیری هدفمند به معنی این است که محقق، افرادی را برای مطالعه انتخاب کند که بتواند آگاهی هدفمندی در زمینه مساله تحقیق و پدیده مورد مطالعه در اختیار او قرار دهند (فلیک،۱۳۹۱). سه نوع استراتژی نمونه‌گیری هدفمند در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته‌اند: نمونه گیری معیار[1]، نمونه گیری با حداکثر تنوع[2] و نمونه‌گیری نظری[3]. بر اساس نمونه‌گیری معیار، موردهایی که معیارهای خاص محقق را دارا بودند انتخاب گردیدند. در نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، محقق در انتخاب نمونه‌ها سعی نمود حداکثر تنوع را هم در انتخاب موردها درنظر گیرد(محمدپور و ایمان، ۱۳۸۷: ۱۹۸). نمونه گیری نظری بر اساس مفاهیمی صورت می گیرد که در خلال تحلیل ظهور و تکوین می یابند. این نوع نمونه گیری دارای خصوصیت انباشتی بوده، مبتنی بر نمونه های قبلی و بر مبنای مفهوم "مقایسه" استوار است (استراوس و کُربین،۱۳۹۴؛ کربین و استراس،۲۰۱۵). نمونه‌گیری تا جایی ادامه پیدا کرد که اشباع اطلاعاتی حاصل گردید یعنی تا زمانی که محقق به این نتیجه رسید که انجام بیشتر مصاحبه و مشاهده، اطلاعات بیشتری در اختیار وی نمی‌گذارد و صرفاً تکرار اطلاعات قبلی است، در این حالت محقق گردآوری اطلاعات را متوقف نمود.

[1] Criterion
[2] Maximum Variation
[3] Theoretical Sampling

۴-۵- ویژگی های مشارکت کنندگان

نمونه‌ی این پژوهش ساکنان روستای لاغران هستند که اقدام به خودکشی کرده‌اند اما اقدام آنها به مرگ منتهی نشده است و در قید حیات می باشند. جهت دسترسی به افراد نمونه از یکی از افراد محلی که در این خصوص اطلاعاتی داشت استفاده گردید و توسط وی، افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند شناسایی گردیده و پس از تماس با آنها و اعلام رضایت از سوی آنها، قرار ملاقات برای مصاحبه گذاشته می‌شد. در مجموع مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۹ نفر بودند که به‌دلیل اشباع اطلاعات، کافی به نظر رسید. در جدول شماره ۴-۱ مشخصات مشارکت کنندگان و شیوه خودکشی توسط آنها آورده شده است.

جدول ۴-۱- مشخصات مشارکت‌کنندگان

ردیف	نام	ملیت	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل	سن ازدواج		شغل	سطح درآمد	روش خودکشی
						اول	دوم			
۱	فریبا	افغانستانی	۱۸	ابتدایی	متأهل	۱۷	-	خانه دار	-	قرص.خودزنی با تیغ
۲	شیرین	افغانستانی	۲۴	ابتدایی	متأهل	۱۲	-	خانه دار	-	قرص
۳	زیور	ایرانی	۳۷	راهنمایی	متأهل	۱۷	-	خانه دار	-	قرص
۴	حنا	ایرانی	۴۰	دیپلم	متأهل	۲۸	-	خانه دار	-	قرص
۵	ندا	ایرانی	۱۶	دانش‌آموز	مجرد	-	-	-	-	قرص
۶	نسترن	ایرانی	۱۷	دانش‌آموز	مجرد	-	-	-	-	خودزنی با تیغ
۷	سحر	ایرانی	۱۸	دانش‌آموز	مجرد	-	-	-	-	خودزنی با تیغ
۸	حمید	ایرانی	۴۷	سیکل	متأهل	۲۰	-	کارگر	ضعیف	رگ زنی
۹	هانیه	ایرانی	۱۴	دانش‌آموز	مجرد	-	-	-	-	قرص
۱۰	فائزه	ایرانی	۳۷	دبیرستان	متأهل	۱۹	-	خانه دار	خوب	قرص
۱۱	راضیه	افغانستانی	۴۵	بیسواد	طلاق گرفته	۱۵	-	خانه دار	-	طناب
۱۲	داوود	ایرانی	۳۴	ابتدایی	طلاق گرفته	۲۲	-	کارگر	ضعیف	طناب، بنزین، قرص، برق
۱۳	سنا	ایرانی	۱۳	دانش‌آموز	مجرد	-	-	-	-	خودزنی با تیغ
۱۴	مریم	ایرانی	۲۷	دبیرستان	متأهل	۲۴	-	-	-	خودسوزی
۱۵	مائده	ایرانی	۱۵	دانش‌آموز	مجرد	-	-	-	-	خودزنی با تیغ
۱۶	دنیا	ایرانی	۱۶	دانش‌آموز	مجرد	-	-	-	-	قرص.خودزنی با تیغ
۱۷	سیمین	ایرانی	۱۵	دانش‌آموز	مجرد	-	-	-	-	قرص
۱۸	بیتا	ایرانی	۱۶	دانش‌آموز	مجرد	-	-	-	-	قرص
۱۹	نادیا	ایرانی	۱۶	دانش‌آموز	مجرد	-	-	-	-	خودزنی

بر اساس اطلاعات جدول ۴-۱ افراد مورد مطالعه‌ی این پژوهش ۱۹ نفر از افرادی هستند که با روش‌های مختلف اقدام به خودکشی کرده‌اند. بر طبق اطلاعات به‌دست‌آمده، مشارکت‌کنندگان در گروه سنی ۴۷-۱۳ سال قرار دارند و میانگین سنی آنها ۲۴ سال است. به لحاظ ملیت تنها ۳ نفر مهاجر افغانستانی و مابقی ملیت ایرانی داشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۱ نفر بیسواد، ۳ نفر تحصیلات ابتدایی، ۱نفر راهنمایی، ۲ نفر تحصیلات دبیرستان، ۱ نفر دارای سیکل، ۱ نفر دارای دیپلم و ۱۰ نفر دانش‌آموز و در حال تحصیل بودند. در بین مشارکت‌کنندگان۷ نفر متأهل، ۱۰نفر مجرد و ۲ نفر طلاق گرفته بودند. میانگین سن ازدواج در بین مشارکت‌کنندگان ۱۹سال بود. کمترین سن ازدواج در بین آنها ۱۲ سال و بیش‌ترین سن ازدواج ۲۸ سال بود. تنها ۲ نفر از مشارکت‌کنندگان دارای شغل ثابت و مابقی خانه دار یا محصل بودند. بیش‌ترین روش خودکشی در بین افراد مورد مطالعه به ترتیب مسمومیت با دارو و سپس خودزنی با تیغ بوده است.

جدول ۴-۲- مشخصات خانوادگی مشارکت‌کنندگان

ردیف	نام	تحصیلات پدر	تحصیلات مادر	شغل پدر	شغل مادر	درآمد خانواده	روابط خانواده	تعداد اعضاء خانواده	
								خواهر	برادر
۱	فریبا	بیسواد	بیسواد	کارگر	خانه دار	ضعیف	مشکل دار	۵	۲
۲	شیرین	بیسواد	بیسواد	فوت	خانه دار	ضعیف	مشکل دار	۵	۲
۳	زیور	بیسواد	بیسواد	کارگر	خانه دار	ضعیف	مشکل دار	۷	۱
۴	حنا	بیسواد	بیسواد	قناد	خانه دار	متوسط	مشکل دار	۶	۳
۵	ندا	بیسواد	بیسواد	آزاد	خانه دار	خوب	مشکل دار	۳	۵
۶	نسترن	راهنمایی	ابتدایی	آزاد	خانه دار	خوب	مشکل دار	-	۱
۷	سحر	ابتدایی	ابتدایی	فوت	خانه دار	ضعیف	مشکل دار	۲	۶
۸	حمید	بیسواد	بیسواد	فوت	فوت	ضعیف	مشکل دار	۱	۴
۹	هانیه	دیپلم	ابتدایی	آزاد	خانه دار	خوب	عادی	۱	-
۱۰	فائزه	بیسواد	بیسواد	کارگر	خانه دار	ضعیف	مشکل دار	۷	۱
۱۱	راضیه	بیسواد	بیسواد	کارگر	خانه دار	ضعیف	مشکل دار	۱	۲
۱۲	داوود	بیسواد	بیسواد	کارگر	خانه دار	ضعیف	عادی	۱	۳
۱۳	سنا	ابتدایی	ابتدایی	خادم	آشپز	متوسط	مشکل دار	۲	۳
۱۴	مریم	بیسواد	بیسواد	کارگر	خانه دار	ضعیف	مشکل دار	۲	۳
۱۵	مائده	ابتدایی	ابتدایی	آزاد	خانه دار	خوب	مشکل دار	۱	۲
۱۶	دنیا	سیکل	بیسواد	آزاد	خانه دار	متوسط	عادی	-	۱
۱۷	سیمین	راهنمایی	ابتدایی	آزاد	خانه دار	متوسط	عادی	-	۳
۱۸	بیتا	سیکل	سیکل	حسابدار	خانه دار	خوب	عادی	-	۳
۱۹	نادیا	بیسواد	ابتدایی	آزاد	خانه دار	متوسط	عادی	-	-

مطابق جدول بالا تحصیلات پدر مشارکت‌کنندگان به ترتیب فراوانی، ۱۱ نفر بیسواد، ۳ نفر ابتدایی، ۲ نفر راهنمایی، ۲ نفر سیکل و ۱ نفر دیپلم است. تحصیلات مادر مشارکت‌کنندگان نیز، ۱۱ نفر بیسواد، ۷ نفر ابتدایی و ۱ نفر سیکل بودند. همان‌طور که اطلاعات جدول نشان می‌دهد شغل بیشتر پدرها مشاغل آزاد یا کارگری بوده است و اکثریت مادرها خانه‌دار و تنها۱ نفر شاغل بوده‌اند. به لحاظ اقتصادی اکثریت خانواده‌ها یعنی ۹ خانواده ضعیف، ۵ خانواده متوسط و ۵ خانواده وضعیت خوبی داشتند. روابط خانواده در بیشتر مشارکت‌کنندگان مشکل‌دار گزارش شده است. کمترین تعداد اعضای خانواده یک مورد بود که شخص تک فرزند بود و بیش‌ترین تعداد ۹ نفر با میانگین ۴ نفر بود.

جدول ۴-۳- اطلاعات همسر افراد متأهل

ردیف	نام	سن همسر	ملیت	تحصیلات همسر	شغل همسر	درآمد همسر	ازدواج سابق یا مجدد	تعداد فرزندان	
								دختر	پسر
۱	فریبا	۲۳	افغانستانی	راهنمایی	کارگر (کاشی کار)	متوسط	ندارد	-	-
۲	شیرین	۳۰	افغانستانی	ابتدایی	فروشنده سیار	متوسط	ندارد	۱	۲
۳	زیور	۳۷	ایرانی	دیپلم	پارچه فروشی(کویت)	خوب	دارد	-	۲
۴	حنا	۳۶	ایرانی	دیپلم	کارگر قنادی	متوسط	ندارد	۲	-
۵	حمید	۴۱	ایرانی	دیپلم	خانه دار	-	ندارد	۱	۱
۶	فائزه	۴۹	ایرانی	ابتدایی	مکانیک خودرو	خوب	ندارد	۱	۱
۷	مریم	۲۴	ایرانی	راهنمایی	کارگر	ضعیف	ندارد	-	-
۸	*راضیه	۵۵	افغانستانی	ابتدایی	تاجر	خوب	دارد	-	۳

بر اساس اطلاعات جدول بالا، همسران افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۵۵- ۲۳ قرار داشتند و میانگین سنی آنها ۳۶ سال بود. لازم به ذکر است که یک نفر از مشارکت‌کنندگان (راضیه) طلاق گرفته است ولی به دلایلی ازجمله داشتن فرزند از ازدواج سابق و عدم ازدواج مجدد و همچنین تأثیر شرایط زندگی سابق بر شرایط فعلی، اطلاعات همسر سابق وی نیز در جدول ارائه شده است. به لحاظ تحصیلات ۳ نفر دارای دیپلم، ۲ نفر تحصیلات راهنمایی، ۳نفر دارای تحصیلات ابتدایی بودند. به لحاظ شغلی تقریباً همه در بخش آزاد مشغول به کار بودند. سطح درآمد بیشتر آنها (۳ مورد) متوسط، ۳ مورد خوب و تنها ۱ مورد نسبتاً ضعیف بود. به‌استثنای ۲ مورد، بقیه همسرها سابقه‌ی ازدواج قبلی یا مجدد نداشتند. تعداد فرزندان از ۰ تا ۳ فرزند متغیر بود.

۴-۶-روش گردآوری داده ها

به‌منظور گردآوری داده‌ها از تکنیک مصاحبه‌ی عمیق استفاده شده است که در این شیوه به آزمودنی مورد مصاحبه، آزادی بیشتری برای هدایت جریان گفتگو داده می‌شود (ببی[1]،۱۳۸۵:۵۸۷-۵۸۴). با توجه به اینکه هدف مطالعه ورود به نظام معنایی مشارکت‌کنندگان در مورد مسئله‌ی اقدام به خودکشی و شناسایی دلایل آن است، از تکنیک مصاحبه‌ی عمیق استفاده شده است. محقق علاوه بر هدایت جریان مصاحبه و طرح سوال در اثنای گفت‌وگو، از مهارت گوش دادن که از ملزومات مصاحبه‌ی رو در رو است، بهره گرفته است.

۴-۷- روش تجزیه و تحلیل داده ها

در این روش تجزیه و تحلیل اطلاعات بعد از انجام اولین مصـــاحبه آغاز گردید و مصـــاحبه ها بارها و بارها مرور شـد. در واقع تحلیل داده ها با خواندن آنها به صـورت مکرر آغاز گردید تا درکی کامل دربارۀ آنها به د ست آید. محقق برا ساس ادراک و فهم خود از متن مورد مطالعه، نوشـتن تحلیل اولیه را آغاز کرد و این کار ادامه یافت تا پیش زمینه هایی برای ظهور رمزها آغاز گردید. سپس رمزها براساس شباهت ها و تفاوت هایشان مقوله بندی شدند. این مقوله بندی از سازماندهی و گروه بندی کردن رمزها به صورت خو شه های معنادار د سته بندی گردید. بسته به کیفیت ارتباط بین زیرمقوله ها، محقق توانست با ترکیب و سازمان دهی این زیرمقوله ها، آنها را به شـــمار کمتری از دســـته بندی(مقوله) تبدیل کند. در مرحلۀ بعدی تعاریفی برای هر مقوله و زیرمقوله و رمز صورت گرفت.

رمزگذاری و در نتیجه مقوله بندی مطالب در تحلیل محتوای عرفی بدون در نظر داشتن هیچ پیشینۀ تئوریکی، همزمان با مطالعۀ متن یا مصاحبه آغاز می شود .با توجه به موضوع، مرحله به مرحله به تعیین واحد معنا و فشرده ساختن آن تا تعیین رمز پرداخته شد و در صورت داشتن زمینه ای مشترک، رمزها ادغام شدند تا مقوله ها تعیین گردند و سپس مفهوم کلی که حاصل جمع بندی این مقوله هاست(تم) حاصل آمد.

در مجموع میتوان گفت که همۀ رویکردهای تحلیل محتوای کیفی از یک فرایند مشابه پیروی میکنند که هفت مرحله را دربرمی گیرد:

۱-تنظیم کردن پرسش های تحقیقی که باید پاسخ داده شوند

---

[1]. Babbie

۲-برگزیدن نمونهٔ مورد نظر که باید تحلیل شود

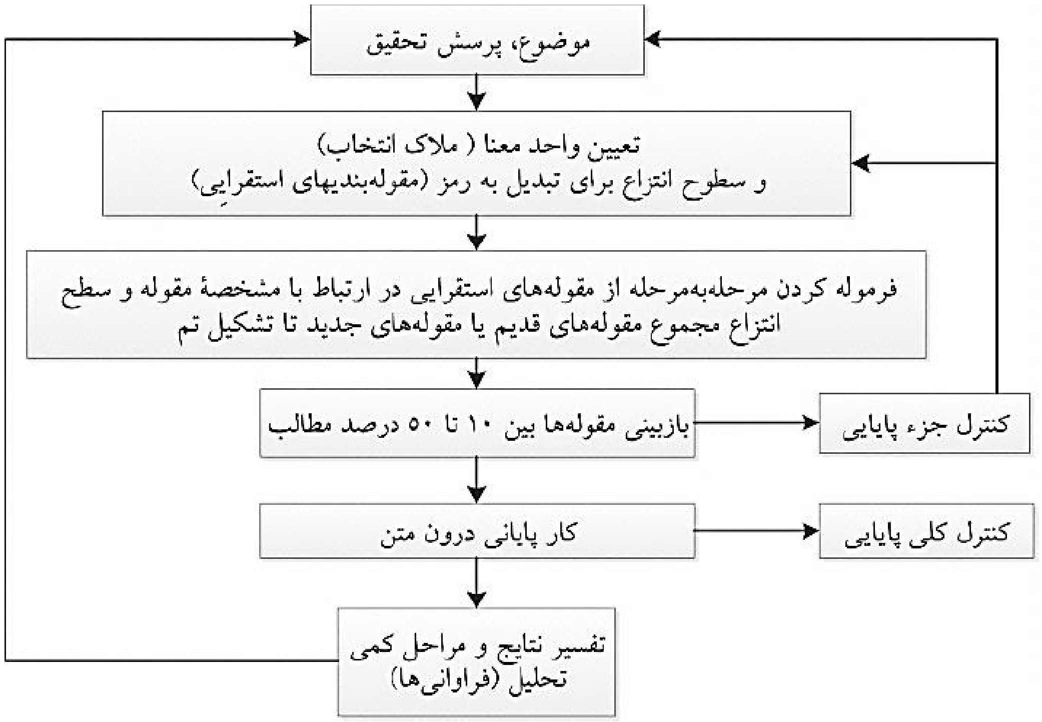
۳-مشخص کردن رویکرد تحلیل محتوایی که باید اعمال شود

۴-طرح ریزی کردن فرایند رمزگذاری

۵- اجرا کردن فرایند رمزگذاری

۶- تعیین اعتبار و پایایی

۷-تحلیل کردن نتایج حاصل از فرایند رمزگذاری



نمودار۴-۱- مراحل انجام تحلیل محتوای کیفی به شیوه عرفی

۴-۸-قابلیت اعتماد[1]

اعتبار و قابلیت اعتماد در روش های کیفی به اثبات اعتبار یک مطالعه از دیدگاه خواننده، مشارکت کننده و محقق مربوط می‌شود (کرسول،۲۰۰۳). از نظر کرسول(۱۳۹۱: ۲۱۵-۲۱۳) یک محقق کیفی باید حداقل دو استراتژی را برای ارزیابی اعتبار تحقیق خود بکار گیرد. در این پژوهش، محقق، از سه استراتژی، توصیفات غنی و عمیق، بررسی همکاران و چک‌کردن توسط مشارکت‌کنندگان استفاده نموده است.

موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

1. Condition

محقق نتایج تحقیق خود را به دو نفر از متخصصان که آنها نیز تجربهٔ کار میدانی و تحقیقاتی به شیوهٔ کیفی داشته‌اند، ارائه کرده و از آن‌ها در رابطه با اعتباربخشی داده‌هایش سؤال پرسیده است. در این فرایند، تعدادی از مقوله‌ها و مفاهیم بازبینی شد. در شیوه بررسی توسط اعضاء، مفاهیم و مقوله‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها (نتایج تحقیق) به چند نفر از مشارکت‌کنندگان عرضه شد و از آنها خواسته شد تا مضامین و مقوله‌ها را ارزیابی کنند و در مورد صحت آنها نظر بدهند که نهایتا نتایج مورد تاییدشان قرار گرفت. درنهایت، محقق تلاش کرده است تا در بخش یافته ها، همهٔ مفاهیم، مقولات تحقیق را با توضیح جزئیات کار و شواهدی از متن سخنان مشارکت‌کنندگان بررسی و تحلیل و تفسیر کند و بدین طریق بر غنای اثر بیفزاید.

۴-۹- ملاحظات اخلاقی

چهار حوزه به طور سنتی در رهنمودهای اخلاقی برای پژوهشگران مطرح شده است که عبارتند از: رضایت آگاهانه، رازداری و بی‌نامی، پیامدها و نقش پژوهشگر. معمولاً این چهار حوزه به عنوان حوزه‌های نامعین خوانده می‌شوند (ابوالمعالی، ۱۳۹۰: ۱۴۳-۱۴۲).

اصل رضایت آگاهانه به‌منزله‌ی پیش‌شرط مشارکت افراد شرکت‌کننده در پژوهش است. معیارهای رضایت آگاهانه شامل اخذ رضایت از افراد واجد صلاحیت، اطلاعات کافی داشتن شخص رضایت دهنده و رضایت داوطلبانه و به دور از اجبار است (آلمارک[1]، ۲۰۰۲: ۱۳). همچنین مستلزم آگاهی شخص از هرگونه خطر و سودمندی احتمالی که ممکن است با شرکت در پژوهش شامل حال آنان شود. توافق آگاهانه شامل مشارکت داوطلبانه افراد و آگاه کردن آنها از حقوقشان برای کنار رفتن از مطالعه در هر زمان است. علاوه بر این ایجاد اطمینان در مشارکت‌کنندگان درباره‌ی محرمانه نگه‌داشتن ویژگی‌ها و اطلاعاتی که افراد در اختیار پژوهشگر قرار می‌دهند، است (ابوالمعالی،۱۳۹۰: ۱۴۳).

گمنام بودن به این معناست که به نام افراد اشاره‌ای نشود و از اسامی ساختگی استفاده شود. در حالی که رازداری گونه‌ای حمایت اخلاقی از افراد مورد مطالعه است که اطلاعات آنان نزد پژوهشگر نگهداری می‌شود و یا برای اطلاع به عموم مردم افشا نمی‌شود (نیومن، ۱۳۹۳: ۲۸۳-۲۸۲).

---

1. Allmark

پیامدها در ارتباط با احتمال آسیب به شرکت‌کنندگان است. پژوهشگر در مورد پیامدهای احتمالی مطالعه برای شرکت‌کنندگان مسئولیت دارد؛ و در آخر نقش پژوهشگر به‌عنوان ابزار مهم کسب دانش علمی در پژوهش کیفی تلقی می‌شود و نقش مهمی در تصمیمات اخلاقی دارد؛ بنابراین التزام اخلاقی پژوهشگر و حساسیت و تعهد او نسبت به موضوعات و عمل اخلاقی از اهمیت زیادی برخوردار است. بهتر است در بسیاری از موارد یک توافق نوشتاری تنظیم شود که به امضای شرکت‌کننده و پژوهشگر رسیده باشد (ابوالمعالی،۱۳۹۰: ۱۴۹-۱۴۸).

ملاحظات اخلاقی که در انجام این پژوهش رعایت شده است به‌قرار زیر است:

محقق در ابتدای هر مصاحبه با کسب رضایت و ضمن معرفی خود و موضوع موردمطالعه، اطلاعات لازم را در اختیار مشارکت‌کننده قرار داده است. محقق در طی مصاحبه تمام دقت و تلاش خود را به کار گرفته است تا مصاحبه برای شرکت‌کننده موجب آسیب روحی جدی نشود. همچنین هرگونه ابهام و پرسشی که برای شرکت‌کننده در مورد تحقیق وجود داشته است را برطرف نموده است. مکان‌هایی برای مصاحبه انتخاب شد که مشارکت کننده احساس راحتی داشته باشد، سپس مصاحبه آغاز شده است. درحین مصاحبه، محقق هر زمان که متوجه خستگی یا عدم تمایل به ادامه‌ی مصاحبه از جانب شرکت کننده شده است، مصاحبه را متوقف کرده است. همچنین در این پژوهش از اسامی مستعار استفاده شده و اطلاعاتی که مشارکت‌کنندگان تمایل به فاش شدن آن نداشتند، محرمانه باقی مانده است.

استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

فصل پنجم

جمعیت همیاران سلامت روان اجتماعی
استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

۵- یافته های پژوهش

۵-۱- مقدمه

در این بخش مقولات مستخرج از مصاحبه های انجام شده با افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند آورده شده است. ابتدا در خصوص مقوله های اصلی و سپس در باب مقولات فرعی توضیحاتی ارائه می گردد:

۵-۲- مقولات

۵-۲-۱- انزوای اجتماعی

در تمامی مراحل رشد، برقرار ساختن روابط اجتماعی و وجود پیوندهای اجتماعی دارای اهمیت است. نتایج پژوهش‌های اخیر نشان داده است که با کاهش روابط اجتماعی و بروز احساس تنهایی، مشکلاتی جدی در سلامت جسم و روان افراد پدید می‌آید (سیف،۱۳۹۱: ۴۶). انزوای اجتماعی افراد را از مشارکت غیررسمی و رسمی در جامعه محروم می‌کند؛ مبادله‌ی اجتماعی و دل‌بستگی اجتماعی را کاهش می‌دهد؛ از تبادل پایدار و دائمی با افکار و احساسات از کل به فرد و از فرد به‌کل جلوگیری می‌کند؛ موجب تضعیف یا قطع روابط و مبادلات نامتقارن گرم و روابط گفتمانی می‌شود؛ از احساس مشارکت در روابط صمیمی و انسانی جلوگیری می‌کند؛ فرصت‌های مناسب را برای باهم زندگی کردن، باهم کار کردن، باهم تجربه کردن و باهم بودن سلب می‌کند و روابط طولانی، پایدار و عمیق را غیرممکن می‌سازد. موارد ذکر شده می‌توانند پیامدهای مختلفی ازجمله احساس تنهایی، احساس عجز، یأس اجتماعی و کاهش تحمل را به دنبال داشته باشند (چلبی و امیر کافی، ۱۳۸۳: ۴-۱۰).

موسسه همیاران سلامت روان اجتماعی استان فارس
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

با وجود اینکه تاکنون تعریف جامع و قابل قبولی از انزوای اجتماعی به دست نیامده است، این اتفاق نظر وجود دارد که فقدان روابط اجتماعی معنادار، ویژگی مهم انزوای اجتماعی است(هورتولانوس، مشیلز و میوسن[1] ،۱۳۹۴: ۳۳۷).

نتایج مصاحبه‌های عمیق با افرادی که خودکشی کرده بودند نشان می‌دهد که این افراد انزوا را هم در سطوح عینی آن (کاهش تماس و ارتباطات اجتماعی با دیگران) و هم به‌صورت ذهنی (احساس تنهایی، بی‌اعتمادی و ناامیدی) تجربه کرده بودند که به‌صورت اختلال افسردگی و کاهش تحمل و فقدان تاب‌آوری بروز کرده بود.

۵-۲-۱-۱- انزوای عینی

از نظر گاتمن[2]، انزوای اجتماعی ساختار واحدی ندارد. وی انزوای اجتماعی را فقدان روابط معنادار با دیگران می‌داند که منشأ آن یا به خود فرد بازمی‌گردد و یا به دیگرانی که در اطراف او قرار دارند و رفتارهایی بروز می‌دهند که نشانه‌هایی از طرد را در خود دارد (الیوت[3] و همکاران، ۲۰۰۵: ۱۶۷۲).

مریم به انزوا و تنهایی خود در دوره‌ی کودکی اشاره می‌کند که در بزرگسالی انفصال عاطفی او از خانواده را رقم زده است. او می‌گوید:

«من همیشه توی خونه تنها بودم، تنها بازی می‌کردم با دیوار حرف می‌زدم».

راضیه نیز به انزوای خود اشاره می‌کند:

«خانه‌ی هیچکس نمی‌روم، دوست ندارم بروم».

فریبا نیز بیان می‌کند که به دلیل خشونت و بدرفتاری اعضای خانواده‌اش ترجیح می‌دهد که از آنان کناره‌گیری کند.

«توی تابستون داخل گرما می‌رفتم داخل پشت بام. گرما می‌نشستم و می‌خوابیدم که کسی بهم فحش نده، چیزی نگه».

داوود نیز به شدت منزوی و دچار انزوا است. وی می‌گوید:

«عاشق تاریکی هستم و تنهایی».

---

[1]. Hortulanus, Machielse & Meeuwsen
[2]. Gottman
[3]. Elliott

۵-۲-۱-۲- انزوای ذهنی

نوع دیگر انزوا، انزوای ذهنی است. کانول و ویت معتقدند که هرچند قطع ارتباطات اجتماعی (همان انزوای عینی) و انزوای ادارک شده به هم مرتبط هستند ولی می‌توانند متمایز هم باشند. همانطور که برخی از مطالعات نشان داده است که احساس تنهایی واکنش فرد است در مقابل تغییر در اندازه‌ی شبکه، مطالعات دیگری همبستگی نسبتاً کمی بین انزوای ادراک شده و قطع ارتباطات افراد نشان داده‌اند. اگرچه ممکن است برای برخی از افراد جدایی فیزیکی از دیگران و احساس تنهایی ارتباط مستقیمی داشته باشند. در عین حال نیز امکان می‌رود که تعاملات اجتماعی کم و محدود برای دیگری منجر به احساس تنهایی نشود. درعوض افرادی که به لحاظ اجتماعی فعال هستند و در شبکه‌های اجتماعی توسعه‌یافته جاسازی شده‌اند، ممکن است احساس انزوای اجتماعی کنند اگر روابط‌شان فاقد حمایت و صمیمیت عاطفی باشد (کانول و ویت[1]، ۲۰۰۹: ۳۹).

انزوای ذهنی بیشتر به کیفیت ارتباط فرد با دیگران اشاره دارد به این معنا که فرد روابط خود را فاقد کیفیت لازم می‌داند و اصولاً ارتباط خود با دیگران را نامطلوب ارزیابی می‌کند. در این حالت ممکن است فرد دارای دوستان و روابط متعددی باشد ولی به لحاظ ذهنی احساس تنهایی کند. فردی که دچار انزوای ذهنی است لزوماً گوشه‌گیر نیست.

حنا یکی از مشارکت‌کنندگانی است که دچار انزوای ذهنی شدید است. او در بخشی از مصاحبه عنوان می‌کند که «داغونم» و در جای دیگری می‌گوید که وی را به عنوان زنی شاد و سرحال می‌شناسند. مجموع صحبت‌های وی نشان می‌دهد که او دچار انزوای ذهنی شدید است.

«من خیلی داغونم، به‌خاطر بچه‌هام طاقت میارم. دوستام میگن خیلی شادی. دلم می‌خواهد کسی نفهمد خودم هم هیچ زجری نکشم. دیگه همه چیز تموم میشه. هرکی منو میبینه میگه خیلی خوش برخورد و شادی، ولی به کسی نمیگم».

ندا به این دلیل که روابط خود را فاقد حمایت و درک متقابل دیده است دچار انزوای ذهنی شده است. انزوای ذهنی که به تدریج انزوای عینی او از اعضای خانواده و به ویژه خواهرها و مادرش را رقم زده است.

[1]. Cornwell & Waite

«هیچکس من رو درک نمیکنه. خواهرام به من که هیچ‌کاری نکردم تهمت می‌زنن. به‌خاطر همین هیچ چیز بهشون نمیگم. از خانواده‌ام فاصله می‌گیرم چون مرا درک نمی‌کنند و طرز فکرشون پایین هست. به‌خاطر همین فاصله می‌گیرم و حرف دلم را نمی‌زنم».

نادیا که ارتباط خوبی با والدین و به ویژه مادر خود ندارد، علاوه بر این تک فرزند است و خواهر و برادری ندارد و همچنین نشانه‌هایی از افسردگی شدید را نشان می‌دهد می‌گوید:

«خیلی احساس تنهایی میکنم».

۵-۲-۱-۳- افسردگی

احساس افسردگی در تعریف معمول و نه در تعریف پزشکی، به تجربه‌ی احساسی و اندوه‌باری گفته می‌شود که شخص در واکنش به تنش‌های شدید، ناملایمات و یا زیان‌های عمده به آن دچار می‌شود. افسردگی در معنای پزشکی به حالت شدید ناامیدی گفته می‌شود که در آن شخص به لحاظ عاطفی و احساسی بهت‌زده است و معمولاً احساس صدمه دیدن، بیچارگی، عصبانیت و پوچی می‌کند. بدون آنکه انرژی یا انگیزه‌ای برای ایجاد تغییر مثبت در خود داشته باشد (پیکهارت[1]،۱۳۸۳: ۹۹-۱۰۰).

در کتاب راهنمای تشخیص و آمار اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکان آمریکا افسردگی حداقل پنج نشانه دارد که شامل: داشتن اخلاق افسرده، نداشتن علاقه و احساس لذت، کاهش یا افزایش وزن، بی‌خوابی، پرخوری، تحریک یا کندی روان - حرکتی، احساس خستگی و نداشتن انرژی و نیرو، احساس بی‌ارزش بودن یا گناه، کاهش توانایی تفکر یا تمرکز و افکاری درباره‌ی مرگ در مدت دو هفته است که نشان‌دهنده‌ی تغییر در حالات و روحیات قبلی است. حداقل یکی از علائم افسردگی، داشتن خلق افسرده یا فقدان احساس لذت و علاقه است (کاپلان و سادوک[2]، ۱۳۷۰: ۱۴۶).

حنا که پیشتر اشاره شد دچار انزوای ذهنی شدید است خود نیز اشاره می‌کند که احساس افسردگی و ناامیدی از زندگی می‌کند:

«یه جورایی انگار احساس افسردگی خفیف داشتم، زمستان‌ها بدتر می‌شوم، دلم می‌خواهد نباشم».

---

1. Pickhardt
2. Kaplan & Sadock

حمید در توضیح شرایط خود پیش از اقدام به خودکشی می‌گوید:

«زیاد اضطراب و استرس و دلشوره میومد سراغم. تپش قلب می‌گرفتم. حوصله نداشتم و کم حوصله شده بودم. حرص و جوش زیاد باعث شد مریضی بیاد سراغم. یکی از دلایلش فکر زیاد و تنهایی فکر کردن بود».

داوود نیز بیان می‌کند که دشتی گوش می‌دهد و گریه می‌کند. لازم به ذکر است آوای دشتی نوعی از موسیقی ایرانی است که به طور سنتی بسیار غم‌انگیز است.

«دشتی گوش میدم، اشک میریزم و خودکشی میکنم...».

مائده می‌گوید:

«استرس دارم، از خودم بدم میاد».

ازخودبیزاری می‌تواند نشانه‌ای از افسردگی باشد که در نهایت فرد را به خودزنی و خودکشی کشانیده است. علاوه بر آن می‌تواند از کمبود عزت نفس در فرد خبر دهد.

دنیا به افکار خودکشی خود اشاره می‌کند:

«افکار خودکشی داشتم و دارم. گریه می‌کردم و خودزنی می‌کردم».

راضیه که خلق به شدت افسرده‌ای دارد می‌گوید: «افسردگی دارم. اشتها ندارم، هیچی نمی‌خورم».

فائزه که به گفته‌ی خودش کلاس چهارم دبستان به خواسته‌ی پدرش برای پسرعمویش نامزد شده است، بیان می‌کند:

«افسردگی من از همون موقع شروع شد. بعد از اولین زایمان هم دچار افسردگی شدم. دلم از دنیا سیر بود، فکر خودکشی دارم».

نسترن نیز به افکار خودکشی و افسردگی خود اشاره می‌کند:

«افکار خودکشی داشتم، افسرده شده بودم».

نادیا که بسیار منزوی و ساکت است نیز می‌گوید:

«زیاد حرف نمی‌زنم».

موسسه همیار سلامت روان ندای زندگی بلغان لارستان تحت نظارت بهزیستی استان فارس

۵-۲-۱-۴- فقدان تاب آوری

تاب آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی هایش برای غلبه بر تنیدگی، داشتن توانایی های مقابله ای، عزت نفس، ثبات عاطفی و ویژگی های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می دهد، تعریف شده است.تاب آوری از جمله فاکتورهایی است که از بروز مشکلات روانی در میان جوانان و نوجوانان جلوگیری به عمل می آورد و آنها را از بروز اثرات روانی رویدادهای

مشکل‌زا در امان نگاه می دارد (پکوارت، ۲۰۰۸). تاب آوری به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آنها تعریف شده است (سیکچنی و گرامری، ۱۹۹۳).

تاب آوری نقش مهمی در تضمین سلامت روان افراد دارد. در پژوهشی که بر روی ۴۱ بیمار با سابقه‌ی اقدام به خودکشی، پژوهشگران به این نتایج رسیدند که بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند به صورت قابل ملاحظه ای نمره پایینی را در خود تاب آوری در مقایسه با بیمارانی که هرگز اقدام به خود کشی نکرده اند را به دست آورده اند. این پژوهشگران همچنین بیان کرده اند که وجود تاب آوری پایین با بروز افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه ارتباط دارد(روی و همکاران ۲۰۰۷ به نقل از پورحسین و همکاران،۱۳۹۴: ۲۶).

داوود می‌گوید:

«اعصابم خیلی خراب است، دشتی گوش می‌دهم و اشک می‌ریزم و دعوا می‌کنم».

مائده بیان می‌کند:

«عصبی هستم، استرس دارم، نمیتونم خودم رو کنترل کنم».

دنیا می‌گوید :«خیلی عصبی هستم، داد می‌زنم، گریه می‌کردم و خودزنی می‌کردم».

سیمین :«عصبی هستم از رفتراهای برادر کوچیکم، جیغ و داد می‌کشم».

بیتا:«عصبی میشدم، کتک می‌زدم».

سنا:«عصبی هستم، فحش میدم به خودم به دیگری».

نادیا:«گاهی که عصبانی میشم، کنترل ندارم».

نسترن می‌گوید:«وقتی از دوستم جدا شدم، بیشتر روزها توی خودم بودم و گریه می‌کردم. چون روزهای خوبی داشتیم، خیلی وقتا دوست داشتم خودم را بکشم، واسم سخت بود».

سحر نیز از رفتارهای خود روایت می‌کند که همانند موارد قبلی فقدان تاب آوری را در وی به تصویر می‌کشد:

«زود عصبانی میشم و از کوره در میرم و کارای الکی میکنم. با تیغ خودم رو میزنم وقتی ناراحتم».

۵-۲-۲-خشونت

در متون تخصصی خشونت معادل واژه‌ی Violence به کار می‌رود که به معنی زور، تعدی، شدت و سختی است. فرهنگ آکسفورد نیز این کلمه را به معنای تجاوز، زیان، آسیب و اعمال زور به‌کاربرده است (سالاری فر، ۱۳۸۹: ۹۵).

موسسه همیاران سلامت روان نوای زندگی بلغان لارستان تحت نظارت بهزیستی استان فارس

خشونت در روابط انسانی مشکلی اساسی و دیرینه است. معمولاً خشونت با مفهوم پرخاشگری به کار برده می‌شود. پرخاشگری عمل خصمانه‌ای است که به‌عمد صورت می‌گیرد و به افراد و وسایل آسیب می‌رساند. آسیب زدن به دیگران انواع مختلفی دارد، می‌توان کسی را تحقیر کرد یا به او توهین کرد و ناسزا گفت و یا برای نابودی وی تلاش کرد. در هر دو مورد، هدف صدمه زدن یعنی تحمیل نوعی درد و رنج است (مولاوردی، ۱۳۸۵: ۳۱). در این تعریف سه عنصر کلیدی وجود دارد: اقدام، قصد و آسیب. رفتار همراه با حالت درونی خشم و متضمن نوعی تعرض و هم‌چنین رفتار آسیب‌زننده و ضداجتماعی است. هرچند برخی خشونت را شکل افراطی رفتار پرخاشگرانه تعریف می‌کنند (سالاری‌فر، ۱۳۸۹: ۹۶).

فروید[1] معتقد است زمانی که فرد مورد پرخاشگری قرار می‌گیرد و توانایی پاسخ ندارد، خشم خود را فروخورده و به دو شکل بروز می‌دهد: حالت اول خشم به خود فرد بازمی‌گردد و فرد گرایش‌های خودآزارانه (مانند خودزنی و خودکشی) پیدا می‌کند. حالت دوم حالتی است که فرد خشم را متوجه بیرون و دیگران می‌کند و در صورت امکان به دیگران آسیب می‌زند؛ بنابراین می‌توان گفت افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند خشم فروخورده‌ی خود را متوجه خود کرده‌اند.

۵-۲-۲-۱-خشونت فیزیکی

آشکارترین و شناخته‌شده ترین خشونت، خشونت فیزیکی است. خشونت فیزیکی یا بدنی، شامل انواع بدرفتاری‌ها مانند هل دادن، لگدزدن، ضربه زدن، کشیدن موی سر، سوزاندن، شلاق زدن، صدمه زدن به اشیاء و لوازم زندگی، به‌خصوص وسایلی که زن به آن‌ها دل‌بستگی خاص داشته، اذیت و آزار رساندن مثل بیدار کردن‌های مکرر زن در نیمه‌ی شب، تلفن‌های مکرر، جاسوسی و تعقیب زن، انواع تهدیدها مثل نامه‌های تهدیدآمیز نوشتن، تهدید کلامی یا با اسلحه، تهدید به آزار و اذیت افراد وابسته زن مثل کودکان یا خویشاوندان، کشتن حیوانات خانگی و سرانجام تظاهر به کشتن است. تجربه نشان داده است که رفتار خشونت‌آمیز از نمونه‌های ساده مثل هل دادن و ضربه زدن شروع‌شده و به‌تدریج تعداد دفعات آن زیاد و خشن‌تر می‌شود (اعزازی، ۱۳۸۶: ۲۰۹).
تعداد سه نفر از مشارکت‌کنندگان خشونت فیزیکی را از جانب همسر و یا پدر خود تجربه کرده بودند.

راضیه بیان کرده است که:

---
[1]. Freud

«توی دوره‌ی بارداری به خاطر خشونت و کتک همسرم بچه‌ام سقط شد».
مریم خشونت فیزیکی از جانب پدرش را یکی از دلایل خود برای خودسوزی ذکر کرد:
«بابام قبلش خیلی کتک زده بود..».
فریبا نیز از خشونت فیزیکی پدرش روایت می‌کند:
«بابام اخلاقش مثل سگ هست. وقتی از بیرون می‌آید عصبانیتش را روی ما خالی می‌کند. یکبار با نامزدم یواشکی رفتم بیرون، بابام فهمید، اینقد بهم زد، پاشو روی سرم گذاشته بود و وایساده بود و با لگد و چوب من رو میزد. چوب نون پزی رو روی بدنم خورد کرد. همین جور میزد. چاقو رو برداشت من رو بزنه خواهرم اجازه نداد. از ساعت ۱ تا ۲ شب بیمارستان بودم. از بس زده بود، تخمدان و کلیه‌هام باد کرده بودند.
شب نامزدیم رفتم دست بابام رو بوسیدم، با لگد زد. لگدی که زده بود تا مدت‌ها جاش کبود بود، دیگه از شب نامزدیم ازش سرد شدم، شبی که هر دختری بهترین شب زندگیش است، زهرم کرد. فرداش هم کتکم زد که زنای همسایه اومدن کمکم».
شیرین نیز می‌گوید:
«شوهرم موقع دعوا کتکم می‌زد».

۵-۲-۲-۲- خشونت روانی

نوع دیگری از خشونت، خشونت روانی یا عاطفی است. لازم به ذکر است که خشونت فیزیکی همواره با درجاتی از خشونت روانی همراه است و در واقع می‌توان گفت که همه‌ی انواع خشونت بعد روانی دارند. و اثرات روانی خشونت همواره با فرد باقی مانده و به کاهش عزت نفس، افسردگی و گاهی اقدام به خودکشی می‌انجامد.
خشونت روانی شامل بدرفتاری کلامی و عاطفی مثل تمسخر در جمع، تحقیر وضعیت جسمانی و ظاهری، دشنام و ناسزا است که نتیجه‌ی آن از بین رفتن اعتمادبه‌نفس و به‌هم خوردن تعادل روانی و پیدایش تصورات واهی و تمایل به خودکشی می‌شود (اعزازی، ۱۳۸۶: ۲۰۹).
خشونت روانی رفتار خشونت‌آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه‌دار می‌کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، بدزبانی، تحقیر، توهین، تمسخر، فحاشی، متلک، تهدیدهای مداوم به طلاق دادن یا ازدواج مجدد کردن اعمال می‌شود (کار،۱۳۷۹: ۳۵۳).
زیور از ازدواج مجدد همسرش می‌گوید:

«شوهرم توی کویت یه زن دیگه گرفته. سر وقت ما نمی‌آید. محل نمی‌زاره بهمون. نه به من نه به بچه‌هام. نه محبتی، نه زنگی، همش بهانه‌های الکی میگیره، اعصابم خورده».

شیرین از تهدید همسرش به ازدواج مجدد می‌گوید:

«شوهرم می‌گفت میخوام زن بگیرم، می‌گفتم هرکاری می‌خوای بکن. اونوقت من توی زندگی خودم رو می‌کشم. می‌گفت برو بکش نه، هر وقت مردی زن می‌گیرم».

ندا از خشونت و بدرفتاری خانواده و به‌خصوص خواهرانش می‌گوید:

«من مریض نیستم ولی برچسب بهم می‌زنند. خواهرام به من که هیچ‌کاری نکردم برچسب جنده بودن می‌زنند».

فریبا نیز علاوه بر خشونت فیزیکی از خشونت‌های روانی که تجربه کرده است روایت می‌کند:

«یه بار به خاطر اینکه دایی‌ها و خاله‌ها و همسایه و ... بهمون تهمت زده بودند که ما اون رو لخت گیر آوردیم دعوای بزرگی شد، رفتم پزشکی قانونی همه چیز درست بود، آنها حرف درآورده بودند. دیگر سرم فشار آمده بود بابام باور کرده بود و می‌گفت تو این کار رو کردی، تو آبروی من رو بردی...داخل کوچه که می‌رفتم حس می‌کردم پشت سرم حرف می‌زنن، خجالت می‌کشیدم. فکر میکنم آنها هنوز من رو به این چشم می‌بینن».

در ادامه می‌گوید:

«بابام اخلاقش باهام خوب نیست، هر راهی می‌آید بهم تهمت می‌زنه، حرف و فحش‌های خیلی زشت میزنه، چایی چیزی براش می‌برم پرت می‌کنه اونطرف. بابام هرچی نامزدم برام خریده، خرد کرده. هیچی واسم نمونده. به خانواده‌ی شوهرم حرف بد می‌زنن».

۵-۲-۲-۳- خشونت اجتماعی

نوع دیگری از خشونت، خشونت اجتماعی است که مواردی همچون ممنوعیت ملاقات با دوستان و خویشاوندان، حبس کردن زن در خانه، قطع کردن تلفن و موارد مشابه را شامل می‌شود (اعزازی، ۱۳۸۶: ۲۰۹). خشونت اجتماعی همچنین می‌تواند جلوگیری از ادامه‌ی تحصیل و کار کردن زن باشد.

دنیا از مخالفت برادرش با کار کردن خود می‌گوید:

«با برادرم دعوا دارم، دوست ندارد برم سر کار».

سنا می‌گوید:

«با یکی(پسر) دوست شدم. دایی‌ام شنید گوشی‌ام را گرفت. نه اینترنت دارم نه گوشی...»

موسسه همیاران سلامت روان اجتماعی
استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
نوای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

نادیا از سخت‌گیری در فرهنگ خود می‌گوید:

«سخت‌گیری روی دخترا زیاد هست، روی پوشش، حجاب و...»

مریم که در اثر اقدام به خودسوزی تقریبا تمام انگشتان دست خود را از دست داده است از ممنوعیت ادامه تحصیل و حبس در خانه روایت می‌کند:

«توی دوره دبیرستان با یه پسری دوست شدم، بابام فهمید. خیلی بد برخورد کرد. از مدرسه گرفت من رو، توی خونه حبسم کرد. کامپیوتر، تلفن همه چی رو جمع کرد. داداشم رو کرد نگهبان جلوی در حیاط می‌نشست که من نروم بیرون».

فریبا که در دوره‌ی نامزدی(عقد) به سر می‌برد از سخت‌گیری پدرش برای رفت و آمد خود می‌گوید:

«دلم برای نامزدم تنگ میشه، بابام نمیذاره باهاش برم بیرون. نمیذاره اونم بیاد خونه‌مون. اصلاً نمی‌گذاره ببینمش. دیگه گاهی وقتا که بابام جای دوری رفته باشه، چند روزی نباشه یواشکی میرم بیرون. وقتی که میام خاله، داداش و... که ببینند به بابام میگن که دخترت رفته بیرون...بابام هم من رو میزنه. بابام اصلاً نمیذاره برم خونه‌ی مادرشوهرم، تا حالا ندیدیم که خونه‌شون چه جوری هست».

ازدواج اجباری و زودهنگام در عین حال که می‌تواند شکلی از خشونت اجتماعی باشد چرا که فرد را از طبیعی‌ترین حق خود یعنی انتخاب همسر بازداشته است، ابعاد روانی بسیاری دارد زیرا فرد را از دنیای کودکی بیرون کشیده و وارد مرحله بزرگسالی می‌کند و مانع از شکل‌گیری مناسب هویت وی در طی مراحل رشد می‌شود. علاوه بر این خشونت جنسی نیز محسوب می‌شود. چرا که فرد ناآگاهانه و ناخواسته به این عمل تن می‌دهد.

فائزه می‌گوید:

«همسرم پسرعموم هست، کلاس چهارم نامزد کردیم، او کویت بود. بابام انتخاب کرد و من هیچ علاقه‌ای به او نداشتم. همیشه گریه می‌کردم ولی جرأت گفتن نداشتم».

راضیه در ۱۲ سالگی ازدواج کرده است و شیرین می‌گوید:

«۱۲ سالم بود ازدواج کردم. کوچیک بودم، اون موقع نمی‌دونستم. مادرم شوهرم داد».

موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بنیان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

۴-۲-۲-۵- خشونت جنسی

خشونت جنسی نیز نوع دیگری از اشکال خشونت است. خشونت جنسی به هرنوع رفتار غیراجتماعی گفته می‌شود که از لمس کردن تا تجاوز را در برمی‌گیرد. این نوع خشونت ممکن

است در حیطه‌ی زندگی خصوصی، زناشویی و خانوادگی اتفاق بیفتد و به‌صورت الزام به تمکین از همسر یا رابطه‌ی محارم با یکدیگر در حلقه‌ی خویشاوندی علیه زن اعمال گردد. در حیطه‌ی زندگی اجتماعی نیز از سوی فرد ناشناس تحقق می‌یابد (کار، ۱۳۷۹: ۳۴۶).

تنها ۱ نفر از مشارکت‌کنندگان در این پژوهش خشونت جنسی را گزارش کرده است. ندا می‌گوید: «داداشم معتاده. یک شب ماری کشیده بود اومد خونه. من خواب بودم، اومد کنارم. من خواب بودم وقتی که بیدار شدم دیدم دستش توی شلوار منه. تنها کاری که کردم ازش جدا شدم، دیگه هیچ کاری ازم برنمی‌آمد. نمیشد داد بزنم یا به مادرم بگم. این موضوع روی زندگی من خیلی تأثیر گذاشت، به خواهرم و نامزدش گفتم، نامزدش اومد سراغ من..».

۵-۲-۳-خانواده از هم گسیخته

هنگامی‌که یک یا چند تن از اعضای خانواده نتوانند وظایف و نقش خود را به‌طور مناسب و شایسته انجام دهند، گسیختگی خانواده به وجود می‌آید. ازنظر گود گسیختگی خانوادگی می‌تواند معلول عواملی ازاین‌دست باشد: فقدان پدر در اثر مرگ، طلاق یا اشتغال بیش‌ازحد که در این حالت وظایف پدر بر دوش مادر یا شخص دیگری افکنده می‌شود؛ فقدان یا غیبت مادر به علت اشتغال خارج از خانه، مرگ یا طلاق که در این شرایط اجرای نقش‌های مادران دچار اختلال می‌شود؛ وجود روابط عاطفی ضعیف و حتی متعارض بین اعضای خانواده که نسبت به یکدیگر از همدلی برخوردار نیستند (خانواده توخالی) و نقص عضو جسمی و یا ابتلای والدین به بیماری‌های جسمی و روانی (گود، ۱۳۵۲: ۲۵۰). گسیختگی و عدم ایفای نقش کامل توسط والدین باعث می‌شود تا والدین نتوانند به مسائل و مشکلات درون خانواده بپردازند و در چنین شرایطی خانواده جایگاه و نقش اصلی خود را از دست می‌دهد. همچنین گسیختگی خانواده و وجود روابط سرد در خانواده، محیط خانواده را برای اعضای آن سرد و بی‌روح و غیرقابل‌تحمل می‌سازد. این شرایط می‌تواند زمینه‌ساز انواع آسیب‌های اجتماعی از جمله اقدام به خودکشی شود (افراسیابی و همکاران، ۱۳۹۶: ۲۱۷).

در زندگی اکثر کودکان و نوجوانان، خانواده همواره یک تکیه‌گاه محسوب می‌شود و نخستین مدرسه‌ی سلامت روان است ازاین‌رو شناخت به‌موقع و آگاهی از مشکلات عاطفی و روانی خانواده

می‌تواند به کاهش خودکشی کمک کند. اهمیت خانواده در این است که وظیفه‌ی جامعه‌پذیری و تربیت نسل‌های آتی را نیز بر عهده دارد. در حال حاضر خانواده‌ها دچار انواع آسیب‌پذیری و بحران هستند که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از طلاق، اختلاف و تضادهای زناشویی، خودکشی، کودک‌آزاری، فرار دختران و اعتیاد. این بحران‌ها موجب می‌شود که خانواده نتواند به عملکرد اساسی خویش یعنی رشد عاطفه و وجدان اخلاقی عمل کند و هرگاه بنیان عاطفی و اخلاقی خانواده که از همبستگی اعضایش نشأت می‌گیرد، متزلزل شود تصور سایر انحراف‌های اجتماعی نیز دور از ذهن نخواهد بود (مشکاتی، ۱۳۸۱، به نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۸۶: ۵۵).

از گزاره‌های به دست آمده از مصاحبه‌ها، مفاهیم تعارضات والد-فرزندی، پدر غایب، تعارض و خشونت در محیط خانه و تعارضات زناشویی استخراج گردید که همه‌ی این مفاهیم نشان از اختلال و گسیختگی در نظام خانواده داشت و در مقوله‌ی خانواده‌ی از هم گسیخته تجمیع گردیده است.

۵-۲-۳-۱- تعارضات والد- فرزندی

تعارض والد- فرزند به معنای چالش‌های ارتباطی و تعارضی است که در حین رشد و تغییر اعضای خانواده (به طور خاص بین والد و فرزند) ایجاد می‌شود. این تعارض وقتی فرزند در سنین نوجوانی است اهمیت خاص‌تری دارد. همچنین تعارض حالت یا کنشی است که در معارضه بین افکار و منافع با اشخاص گوناگون رخ می دهد . اولسن معتقد است که تعارض، اختلاف بین دو یا چند نفر است. همچنین تعارض به عنوان بخشی از مشکلات ارتباطی که به طور بالقوه می تواند بر روی روابط والدین با فرزندان و سلامت نوجوانان تاثیر منفی بگذارد تلقی می گردد (ریسچ و همکاران، ۲۰۰۳). بعضی از این تعارضها به عنوان بخشی معمولی از روابط خانوادگی در دوره نوجوانی تلقی می شود که در توسعه استقلال و فردیت نوجوان موثر است. با این حال بسیاری از تعارض های ایجاد شده در دوره نوجوانی ممکن است به آسیب‌های جدی بر سازگاری روانی و سلامتی نوجوانان منجر گردد(کرمی و همکاران، ۱۳۹۲: ۷۸).

بیشتر تعارض هایی که در خانواده بین نوجوان و والدین بوجود می آید ناشی از مهارتهای ناکافی در امر مذاکره و گفتگو بین اعضای خانواده، عدم توافق بر قواعد و مسئولیت ها، ارزش‌ها و مهارت‌های ضعیف در حل مساله، مهارت‌های ارتباطی ضعیف، دریافت های شناختی تحریف شده، ضعف در توانایی درک دیدگاه دیگران، عدم مهارت کافی در کنترل خشم، ضعف در مهارت‌های تصمیم گیری و جرات ورزی است(زارب،۱۹۹۲).

تحت نظارت بهزیستی استان فارس

تعارض بین والدین با فرزندان همچنین می تواند نتیجه تفاوت درک و تصور والدین و فرزندان باشد؛ زیرا بین آنها حدود بیست سال تفاوت سنی وجود دارد. با توجه به تغییرات سریعی که در عصر ما رخ می‌دهد و جامعه در طول آن تغییر کرده است، فرزندان در شرایط متفاوت اجتماعی واقع شده‌اند و تصور آنها از خودشان به عنوان جوان و انتظارات‌شان از والدین و دیگران به صورت دیگری شکل گرفته، ولی والدین از جوان همان تصور جوانی دوران خود را دارند. این تصورات و انتظارات متفاوت منجر به عدم تفاهم والدین و فرزندان جوان می‌شود (مرادی ،۱۳۸۵).

همانطور که پیشتر اشاره شده است تعداد بسیاری از مشارکت‌کنندگان در این پژوهش دختران نوجوانی بوده‌اند که به خودزنی یا خودکشی اقدام کرده بودند. از نتایج مصاحبه عمیق با این افراد مقوله‌ی تعارض والد-فرزندی به دست آمده است که به بحث تعارض بین والدین با فرزندان در زمینه‌های مختلف اشاره دارد.

ندا می‌گوید:

«زیاد با مادرم صمیمی نیستم، از اون لحاظ هیچ‌وقت حرف نمیزنم، طرز فکر مادرا رو که می‌دونید، طرز فکرشون قدیمی هست. با پدرم هم همین‌طور، حرفای دلم را نمی‌زنم».

هانیه نیز به اختلاف خود با مادرش اشاره کند:

«مادرم جلوی جمع حرف بد می‌زند، هرکاری بکنم در جمع برای همه تعریف می‌کند. خردم می‌کند، له‌ام می‌کند. مادرم مرا نمی‌بوسد، روم نمی‌شود، نمی‌تونم با مادرم حرف بزنم، اگر با مادرم حرف بزنم یا سوالی بپرسم، زود میگه تو کار بزرگترا فضولی نکن».

نادیا هم می‌گوید:

«رابطه با مادرم زیاد نیست، زیاد حرف نمی‌زنم، احساس می‌کنم خیلی به من اهمیت نمی‌دهند، حوصله‌ام رو ندارند، فکر میکنم دغدغه‌ی آنها زیاد است.کار خرج زندگی، من هستم».

فائزه که از رابطه‌ی خود با فرزندانش ناراضی است، می‌گوید:

«با بچه‌هام رابطه‌ای ندارم، منو دوست ندارند، پسرم نماز نمی‌خواند، دخترم نماز نمی‌خواند، من عذاب می‌کشم».

سنا نیز از اختلاف خود با مادرش می‌گوید:

«رابطه‌ام با مادرم زیاد خوب نیست، پدرم داروی اعصاب میخوره و عصبی هست، چیزی ندارم به پدر و مادرم بگویم. اصلاً ارتباطی ندارم، حرفی ندارم، به مامان دوستم وابسته‌ام. همه چیز را به او می‌گویم. اصلاً با پدر و مادرم حرفی ندارم، ارتباطی ندارم».

موسسه همیاران سلامت روان
ندای زندگی بلمان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

همانطور که از گفته‌های سنا مشهود است او که نتوانسته است با والدین خود ارتباط مناسبی برقرار کند با مادر دوست خود رابطه‌ی صمیمانه برقرار کرده است، رابطه‌ای که به لحاظ عاطفی جایگزین رابطه‌ی والد-فرزندی نخواهد بود و خلاء عاطفی به وجود آمده را برای وی پرنخواهد کرد. مائده هم به فقدان صمیمیت با مادر خود و اینکه این موضوع باعث ناراحتی وی شده است، اشاره می‌کند:

«با مامانم راحت نیستم، هیچ وقت راحت نبودم، ناراحتم که نمی‌تونم با مامانم ارتباط برقرار کنم».

سحر نیز از اختلاف با مادر خود می‌گوید. پدر وی ۷ سال پیش فوت کرده است و در زمان مرگ ۸۰ سال سن داشته است. مادر وی همسر دوم بوده است و اختلاف سنی سحر با مادر زیاد است. اختلاف سنی زیاد می‌تواند یکی از دلایل عدم برقراری رابطه صمیمانه و ایجاد تعارض با والدین باشد.

«هرکاری میکنم میزنن توی ذوقم، میخوام برم کلاس نقاشی میگن نقاشی خودت خوبه که. ولی تکنیک نقاشی یه چیز دیگه‌س. مامانم توی ذوقم میزنه. به موسیقی علاقه دارم، میخوام گیتار یاد بگیرم، میگه این چیه برو یه چیز دیگه یاد بگیر، طرز فکر مادرم قدیمی هست، می‌گوید موسیقی بد است. به کلاس نیازی نیست، تو با چیزای آموزشی نقاشی می‌تونی بکشی».

نسترن هم از دخالت خانواده در انتخاب شخصی خود می‌گوید و اینکه دخالت و اعمال محدودیت آنان منجر شده است که در رشته‌ای ادامه‌ی تحصیل بدهد که علاقه‌ای به آن نداشته است:

«به عکاسی علاقه داشتم، ولی خانواده اجازه ندادن برم. گفتن یا روستای خودمون یا کنار برو که عکاسی نداشت که مجبور شدم یه رشته‌ی دیگه بخونم».

بیتا نیز از عدم درک خانواده‌ها و عکس‌العمل‌های آنان در برابر صمیمیت با جنس مخالف می‌گوید:

«مشکل ما صمیمیت با جنس مخالف است. خانواده‌ها عکس‌العمل نشان می‌دهند».

فریبا نیز از تعارض و اختلاف دائمی با اعضای خانواده‌اش روایت می‌کند. که این تعارض به طور عمیقی ریشه در خشونت پدر و مادر در کانون خانواده دارد:

«مامانم بهم حرفای بد میزنه، همیشه با پدرم، مادرم، خواهرم دعوا دارم».

۵-۲-۳-۲- پدر غایب

یکی از موارد دیگری که می‌تواند منجر به ایجاد تعارض در فرزندان و آسیب به خانواده شود فقدان و یا عدم حضور یکی از والدین در کانون خانواده است. در منطقه‌ی مورد بررسی تعداد بسیاری از مردان خانواده برای کار به کشورهای همسایه مهاجرت می‌کنند و زمان کمتری را در

تحت نظارت بهزیستی استان فارس

کنار خانواده، همسر و فرزندان خود هستند. این مسئله علاوه بر آنکه سلامت روان خود این مردان را به خطر می‌اندازد، اثرات منفی آن تمام خانواده را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. غیبت پدر علاوه بر اینکه تمام بار مسئولیت خانه و خانواده و تربیت فرزندان را به دوش مادر انداخته و فشار مضاعفی بر وی وارد میکند گاهی اوقات به دلیل دوری و فاصله بین زوجین باعث ایجاد تعارضات زناشویی و دلسردی و طلاق عاطفی در بین آنان نیز می‌شود که در بحث تعارضات زناشویی به طور تفصیلی به آن پرداخته شده است.

سیمین می‌گوید:

«پدرم راننده‌ی ماشین سنگین است، پدرم را نمی‌بینم، کار می‌کند».

ندا می‌گوید:

«پدرم توی کویت کار می‌کند، شش ماهی یکبار می‌آید».

نسترن:«پدرم توی کویت کار می‌کند».

مائده می‌گوید:

«پدرم خونه نیست، توی دبی کار می‌کند».

یکی از آسیب‌های حوزه خانواده می‌تواند محدود کردن نقش مرد و پدر به عنوان تامین‌کننده‌ی صرف اقتصاد خانواده باشد. چنین خانواده‌هایی مقدار بیشتری از انفصال و تعارض را نشان می‌دهند چرا که نقش حمایتی و عاطفی مرد در خانواده چه بسا مهم تر از تأمین اقتصادی باشد.

۵-۲-۳-۳- تعارض و خشونت در محیط خانه

والدینی که دچار تعارضات با یکدیگر و با فرزندانشان می‌شوند، فرصت آن را ندارند که توانایی‌ها، شایستگی، ترس ها، علایق و مانند آنها را در هر سن معینی در فرزندان خود تشخیص دهند. این ناتوانی موجب می‌شود که به نوعی نتوانند باعث توسعه‌ی تسلط[1] در فرزندانشان شوند. تسلط بر وظایف و تجربه‌ی موفقیت‌آمیز در دوران کودکی نتیجه‌ی احساس مؤثر بودن و عزت‌نفس است. وایت[2] ریشه‌ی عزت نفس را در تجربه‌ی سودمندی می‌داند (وایت، ۱۹۶۳: ۱۳). لذا افرادی که در خانواده‌های خود شاهد خشونت و تعارض والدین خود بوده‌اند از عزت نفس پایین‌تری نسبت به همتایان خود برخوردارند. عزت نفس پایین به عنوان یک عامل آسیب پذیری برای افسردگی به خوبی شناخته شده است، ولی ممکن است به‌ویژه نقش مهمی در آماده‌سازی فرد برای رفتار

---

[1]. Mastery
[2]. White

خودکشی داشته باشد (ویشار[1]،۱۹۹۹، به نقل از گودرزی، ۱۳۸۰: ۴۴). از سوی دیگر خشونت والدین به هر شکل بر اقدام به خودکشی تأثیر می گذارد.

دنیا از تعارض و اختلاف خود با برادرش می‌گوید:

«ارتباطم با برادرم بد است، همیشه دعوا داریم».

مائده از پرخاشگری مادرش روایت می‌کند:

«مامانم عصبی میشه، داد میزنه».

سنا هم از تعارض و اختلاف در محیط خانه می‌گوید:

«پدرم داروی اعصاب می‌خورد و عصبی است. با خواهرم خیلی دعوا میکنم. پدر و مادرم کاری به کار هم ندارند».

فریبا یکی از مشارکت‌کنندگانی است که بسیار آسیب دیده است و پدر و مادری به شدت خشن دارد وی از رفتار خشن والدینش می‌گوید:

«کوچیک بودم بابام مامانم رو میزد که خونش روی دیوار می‌موند. اصلاً اخلاق نداره...وقتی کارش خوبه و همه چی به روال خودش باشه باهامون خوبه ولی وقتی کارش لنگ باشه و پول نداره روی ما خالی می‌کنه. خونه‌مون دعواست همیشه با پدرم، مادرم و...مامانم کتکم میزنه. دندونامو مامانم و خواهرم خرد کردن».

مریم نیز از خشونت در محیط خانه می‌گوید:

«خونه‌ای پر از آشوب و کتک‌کاری داشتیم. بابام برادرامو از ۱۸ سالگی بیرون انداخت».

۵-۲-۳-۴- تعارضات زناشویی

گریف و براین بر این باورند که فرآیند تعارض زناشویی زمانی به وجود می آید که یکی از طرفین رابطه احساس کند طرف مقابلش بعضی از مسائل مورد علاقه او را سرکوب می کند. بسیاری از مشکلات حادی که برای اعضای خانواده در فرآیند زندگی مشترک پیش می آید از جمله خشونت خانوادگی، طلاق و کودک آزاری از بروز تعارض بین والدین نشات می گیرد، تعارضات که بین همسران به دلایل گوناگون بوجود می آید اگه به موقع و با درایت طرفین حل و فصل نشود، دلیل تضادهای عمده تر شده و روابط بین اعضای خانواده را تاریک می کند(عنایت و همکاران،۱۳۹۱: ۳).

[1]. Weishaar

رضایتمندی و نارضایتی از زندگی زناشویی، نقش مهمی در سلامت و یا بیماری روانی زوج‌ها دارد، برای مثال، نارضایمندی زناشویی معمولاً با افسردگی، اختلالات تغذیه، برخی از انواع الکلیسم و نیز بیماری های جسمانی و روانی همسران همراه است. افسردگی از شایع ترین اختلالات روانی است که رشد آن روز به روز سیر صعودی دارد افسردگی موجب افت کاری و آموزشی، کاهش انگیزه و پیدایش مشکلات خانوادگی می شود. از آن جا که افسردگی تهدید کننده سلامت زندگی فرد، خانواده و جامعه است، می تواند بر روی خلق، رفتار، نگرش و کارایی فرد تأثیر منفی بگذارد و عوارضی نظیر اعتیاد و خودکشی را در پی داشته باشد (شارپ و همکاران،۲۰۰۲).

زیور از نارضایتی خود از همسر و دخالت خانواده‌ی همسرش می‌گوید. همسر وی در کویت ازدواج مجدد کرده است و به گفته‌ی زیور دیر به دیر به ایران می‌آید:

«شوهرم توی کویت کار میکنه. شش ماه بعد از عروسی رفت، یکسال ماند و بعد از یک سال آمد...من نمیرم دوست دارم برم ولی من رو نمی‌بره. حرف مادرشو گوش میده، می‌خواست من رو ببره مادرش نگذاشت. مادرشوهرم همش میگه خوب و بد شوهرم دست اونه. کلاً می‌خوان همه کاره باشن. شوهرم هر حرفی میشه به من نمیگه. کلاً عادتش اینطوریه همش بهانه‌های الکی میاره. مادرش توی گوشش خونده. کاری به من ندراه. هرکاری میخواد بکنه با مشورت خانوادشه. خانواده‌ی شوهرم بهش حرفای دروغ تحویل میدن، مادرشوهرم با من بده، خیلی وقته با هم رفت و آمد نداریم».

زیور همچنین از نارضایتی خود از رابطه با همسرش می‌گوید:

«هیچ ارتباطی با شوهرم ندارم. خیلی دیر به دیر می‌آید ایران. نمیگه زنم جوونم نیاز به شوهر دارم. زنگ نمی‌زنیم. چند وقته اصلاً بهمن محل نمی‌گذاره. نمی‌آید ایران وقتی هم می‌آید دو روز می‌مونه. مشکل داره به من نمیگه. اونوقت زن نیاز داره به محبت از شوهر. لقمه‌ای نان آماده میکنم، نمیخوره. میره خونه‌ی باباش می‌خوره».

شیرین نیز از اختلاف خانواده‌اش با خانواده‌ی همسرش می‌گوید:

«خانواده‌ی شوهرم و مادرم با هم مشکل دارن. اگر پدرشوهرم بیاد خونه‌مون با مادرم دعوا می‌کنند».

حنا نیز از نارضایتی عاطفی و جنسی خود روایت می‌کند:

«رابطه‌ام با شوهرم سرده. خیلی با هم تفاوت داریم. به من نمیگه دوستت دارم یا ازت راضی هستم. بیان نمی‌کند. محبت کلامی اصلاً ندارد. بعضی موقع‌ها بهش میگم میگه روم نمیشه.

شوهرم توی گذشته است. به‌خاطر گذشته با خانوادم مشکل داره. رابطه‌ی جنسی ما سرد سرد است. دو سه ماه یکبار رابطه داریم. در این رابطه صحبت نمی‌کنیم همش توی واتس اپ پیام میدم. اگر صحبت کنم میگه زشته زن در این مورد حرف بزند».

فائزه نیز از فقدان محبت کلامی می‌گوید:

«مردان اینجا ابراز علاقه نمی‌کنند اما هیچ چیزی برایم کم نمی‌گذارد...».

نبود مهارتهای ارتباطی در ایجاد تعارضات خانوادگی نقش مهمی دارد. بسیاری از خانواده ها به درستی نمیدانند که چگونه باید در خانواده اظهار محبت کنند و آموزشی نیز درباره مهارت‌های ارتباطی در خانواده ندیده‌اند. همان گونه که پژوهشگران دیگر مثل کالین و سیوجوک (۲۰۰۹)، چارلز، جونز و جیو (۲۰۱۴)، کالین و سیرجیو (۲۰۰۹) و بهاری و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعات خود نشان داده اند، عدم بیان صمیمیت در خانواده به تنش در رابطه و نهایتاً تعارض منجر می شود. بر این اساس می توان بیان کرد آموزش مهارتهای ارتباطی در بهبود و تقویت پیوند خانواده از جمله رضایت از رابطه، کیفیت رابطه، ارتباطات و حل تعارض در خانواده مؤثر خواهد بود(رازقی و اصلی،۱۳۹۴: ۷۰-۶۹).

۵-۲-۴- فقدان تعامل اجتماعی سازنده

انسان موجودی اجتماعی است و بالطبع برقراری روابط اجتماعی یکی از ویژگی‌های رفتاری انسان است که در خلال آن اجتماعی شدن فرد اتفاق می‌افتد. از نظر وبر رفتار دو جانبه اجتماعی، مهم‌ترین شکل رفتار اجتماعی است.

همانگونه که انزوا چه در بعد عینی و چه ذهنی، یکی از فاکتورهای خطر برای سلامت روان محسوب می‌شود، وجود ارتباط و تعاملات مخرب و فاقد کیفیت نیز باعث به خطر افتادن سلامت روانی افراد و در برخی موارد وقوع رفتارهای انحرافی و بزهکارانه می‌شود. همانگونه که در دو مقوله‌ی بعد می‌آید الگوپذیری در خودکشی و خودزنی در برخی موارد نتیجه ارتباطات و روابط انسانی بیمارگونه است و فرد با تقلیدپذیری از افرادی که با آنان در مراوده و تعامل است و شاید با تقلید از «دیگری مهم» زندگی خویش، به رفتارهای خودآسیبی مانند خودکشی و خودزنی اقدام میکند. مقوله‌ی دیگر الگوهای فراغت فردی و خانه‌محور است که در ادامه به صورت مشروح‌تر به آن پرداخته شده است. این نوع الگوی فراغت به این دلیل که از سلامت کامل برخوردار نیست و عنصر غالب آن فضای مجازی و اینترنت و شبکه‌های اجتماعی است به دلایلی که توضیح داده خواهد شد موجب بروز بحران هویت، افسردگی و در برخی موارد روابطی می‌شود

که فاقد استانداردهای لازم برای رشد و سازندگی روانی افراد در تعاملات انسانی است. در اینجا نیز نقش خانواده پررنگ است، خانواده‌هایی که زمان زیادی را با یکدیگر نمی‌گذارند، گفتگو در بین اعضای خانواده به طور موثر و سازنده دیده نمی‌شود، روابط بین اعضای خانواده متزلزل و فاقد عاطفه و محبت است، تاکید والدین بر ارزش‌های سنتی و فشار فرهنگ سنتی بر نوجوان‌ها و جوان‌ها و بسیاری موارد دیگر فرد را به سمت الگوهایی از رابطه و گذران فراغت می‌کشاند که تبعات نامطلوب آن فرد، خانواده و در نهایت اجتماع را درگیر خود می‌کند.

۵-۲-۴-۱- الگوپذیری در خودکشی و خودزنی

الگوپذیری اگر چه در همه دوران زندگی انسان به چشم می خورد اما در هر دوره‌ی سنی، تحت تاثیر الگوهای خاصی قرار می گیرند که با ویژگی های سنی آنان همخوانی بیشتری دارد، به طوری که مثلاً الگوهایی که یک کودک تحت تاثیر آن قرار می گیرد، با الگوهایی که برای یک جوان به عنوان راهنمای عمل مطرح می شوند، تفاوت دارد و هر یک بر حسب نیاز سنی خود می کوشد تا به این خواسته درونی پاسخ گوید. دوره نوجوانی، از دوران چهارم رشد محسوب می شود که از ۱۲ سالگی شروع و تا ۱۸-۲۰ سالگی ادامه دارد(پوریوسفی وهمکاران،۱۳۸۸: ۱۶۰). این دوره از مهمترین دوران زندگی است، زیرا که نوجوان به لحاظ ویژگی های سنی خود دارای تخیلی قوی است و به همین دلیل نیز آرمانگرایی در او از قوت بیشتری برخوردار است.نوجوانی با نوعی تمایل سرکش به آزادی‌های بی قید و شرط آغاز می شود. جریانی از رشد که حد فاصل میان کودکی و جوانی قرار دارد و بسیار حساس و مهم است که بنابراین پیروی از الگوهای مناسب رفتاری در این دوره سنی حساس، نقش تعیین کننده ای در ارائه‌ی رفتار مطلوب اجتماعی آنان دارد(احمدی،۱۳۶۴: ۳۴).

نسترن ۱۷ سال دارد . وی می‌گوید:

«دوستام خودزنی کرده بودند، دوستم خودکشی کرده بود و من دل و جرأت پیدا کردم. دوستم با تیغ خودزنی می‌کرد».

ندا ۱۶ ساله و دانش آموز است. هرچند خشونت جنسی تجربه شده در ندا می‌تواند علت اصلی خودکشی وی باشد ولی با این وجود نمی‌توان از الگوبرداری وی از برادرش چشم پوشید. او که به گفته‌ی خودش برای حفاظت از پسری که دوستش دارد، دست به خودکشی زده است. می‌گوید:

«گفتم شاید اینجوری ازش محافظت کنم با محو خودم. برادرم از یک دختر خوشش آمده بود، بابام مخالفت کرد، دست به خودکشی زد».

همانطور که از گفته‌های ندا پیداست وی نیز مانند اکثر هم سن و سالان خود در این مطالعه، مهارت حل مسئله نداشته و ناچار رفتارهای انحرافی افراد خانواده و دوستان خود را الگو برداری کرده و به تقلید از آنان انجام داده است.

مائده ۱۵ ساله می‌گوید:

«دوستام خودزنی می‌کردند، دوستم توی دبی به‌خاطر دوست پسرش خودکشی کرد».

دنیا ۱۵ ساله است. وی نیز از رفتار خودزنی و خودکشی در بین دوستان خود می‌گوید:

«دوستام خودزنی می‌کردند، یکی از دوستام خودکشی کرد و مرد».

سیمین ۱۵ ساله است. او هم از خودکشی و مرگ دوستش می‌گوید:

«دوستم خودش را دار زد و مرد. دوست دیگرم رگ خودش را زد».

بیتا ۱۶ ساله می‌گوید:

«دوستانم خودزنی داشتند، داداشم چند بار کرده بود. دوستم خودکشی کرد و مرد. یکی از دوستامم خودکشی کرد ولی زنده موند. من خیلی ترسیدم، خیلی برام سخت بود که بهم بگن برادرم خودکشی کرد».

سنا ۱۳ ساله می‌گوید:

«رفیقم خودزنی می‌کرد. باهم هماهنگ می‌کردیم برای خودزنی».

نادیا ۱۶ ساله نیز از مرگ دوستش بر اثر خودکشی می‌گوید:

«دوستام خودزنی داشتند، یکی از دوستام خودکشی کرد و مرد».

سحر ۱۸ ساله نیز از خودکشی در فامیل خود می‌گوید:

«فامیل‌مان خودکشی کرده بود، البته روی من تأثیر نداشت، من درد خود را داشتم».

و البته فائزه نیز اشاره می‌کند که کسی را دورادور می‌شناخته که خودکشی کرده است: «یکی رو می‌شناختم که خودکشی کرده بود».

در یک جمع بندی کلی می‌توان گفت خودکشی و خودزنی دوست، آشنا و... می‌تواند در اقدام به خودکشی افرادی که در شرایط آسیب به سر می‌برند مؤثر باشد و به افکار خودکشی آنها دامن بزند. با توجه به اینکه اکثریت مشارکت‌کنندگان این پژوهش از قشر نوجوان بوده‌اند، به نظر آمد که تقلید و الگوپذیری نیز در اقدام به خودکشی این افراد نقش مهمی ایفا کرده است؛ چراکه همان‌طور که در نظریه‌ی یادگیری اجتماعی بندورا آمده است، رفتار انحرافی آموختنی است و

موسسه همیار سلامت روان ندای زندگی بلبان لارستان تحت نظارت بهزیستی استان فارس

در فرآیند رابطه با افراد دیگر آموخته می‌شود. بدین معنی که افرادی که دارای تجربیات مختلف مشترک هستند، با الگوپذیری از یکدیگر تحت تأثیر هم واقع می شوند و از یکدیگر تقلید می‌کنند. اگر فرد دارای پیشینه‌ی مشترک شغلی و یا اجتماعی با افراد خودکشی‌کننده باشد، در برخورد با مشکلات مشابه به احتمال بیشتر خودکشی را راه‌حل انتخاب می‌کند و از افراد خودکش الگو می‌پذیرد(محمدپور، ۱۳۸۳: ۶۸).

ذکر این نکته ضروری به نظر می‌رسد که صرف مشاهده و ارتباط نمی‌تواند به خودکشی و خودزنی افراد منجر شود، بلکه بستر آسیب‌زایی وجود دارد که الگوپذیری و تقلید را منجر می‌شود. بنابراین می‌توان گفت اگر افراد و به‌خصوص نوجوان ها از پیشینه و شرایط خانوادگی خوبی برخوردار باشند، به صورتی که دارای تعامل خوب با والدین و اعضای خانواده خود باشند و در مواقع بحران به راحتی بتوانند با افراد خانواده‌ی خود وارد گفتگو شوند، احتمال رفتار انحرافی در بین آنان به حداقل ممکن می‌رسد. در این مطالعه بیشتر نوجوان‌ها دارای تعارض با والدین خود بودند و روابط خانواده‌ی خود را مطلوب ارزیابی نمی‌کردند. در برخی موارد خانواده آنچنان فضای خلاء برای نوجوان به وجود آورده بود که نسترن یکی از افراد مشارکت‌کننده به دلیل قهر با دوستش به خودزنی با تیغ اقدام کرده بود، چراکه به شدت به دوست خود وابسته بوده است. با دقیق شدن در شرایط خانوادگی وی، محقق به غیبت پدر و برادر پی برد. پدر برای کار در خارج از کشور به سر می‌برد و برادر دانشجوی شهر دیگری بود، نسترن بیشتر زمان خود را با مادرش می‌گذراند. وی می‌گوید:

«اون موقع از مامانم بدم میومد، از رابطم با دوستام بهش نمی‌گفتم».

بنابراین در این مقوله می‌توان از تعاملات مخرب در بسترهای مستعد به رفتار انحرافی صحبت کرد که به رواج و افزایش اقدام به خودکشی دامن زده است.

۵-۲-۴-۲- الگوهای فراغت فردی و خانه محور

مطالعاتی که در حوزه جامعه‌شناسی اوقات فراغت انجام شده است نشان می‌دهد که اساساً اوقات فراغت، مسئله آفرین نیست، بعضی از انواع اجرای اوقات فراغت مسئله آفرین است. یکی از الگوهای مسئله آفرین گذران اوقات فراغت، الگوی اوقات فراغت خانه محور، فردی و خصوصی شده است (ابرکرومبی و دیگران،۲۰۰۰:۳۴۱). اوقات فراغت خانه محور، فردی و خصوصی شده، بر اعتماد بین شخصی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی تأثیرگذاشته و سرمایه اجتماعی را

کاهش می‌دهد (غفاری،۱۳۷۹: ۹۰). و در نتیجه فرد مستعد انزوا و افسردگی شده و سلامت روان وی به خطر می‌افتد.

در این پژوهش نیز گزاره های مستخرج از مصاحبه‌های عمیق انجام گرفته با افرادی که به خودکشی اقدام کرده بودند، نشان داد که الگوهای فراغتی رایج در بین این افراد الگوهای فراغت فردی و خانه محور است.

همچنان که مائده می‌گوید:

«اوقات بیکاری میرم توی اینستاگرام. فیلم می‌بینم. اصلاً ورزش نمیکنم».

و ندا در بیان چگونگی گذران اوقات فراغت خود می گوید:

«تلویزیون نگاه میکنم، سه تا گوشی دارم، چند ساعت در روز چت میکنم».

نسترن می‌گوید:

«ورزش میکنم، کمی تلویزیون نگاه میکنم، توی گوشی در واتساپ و اینستاگرام دنبال آشپزی، لباس و دوست می‌گردم».

نکته جالب توجه در گذاره ی بالا پیدا کردن دوست در شبکه‌های اجتماعی است که علاوه بر مشکلات خانوادگی و عدم وجود ارتباط مناسب والدین با فرزندان تا حد زیادی به دلیل شرایط محیطی در جامعه مورد نظر است که در ادامه به آن پرداخته خواهد شد.

فائزه گفته است:

«وقت بیکاری مجله می‌خونم، کتاب‌های دینی می‌خونم».

شیرین از اینکه هرگز به مسافرت نرفته است می‌گوید:

«هیچ وقت مسافرت نرفتم، قبلاً خیاطی می‌کردم. وقت بیکاری تیکه دوزی می‌کردم ».

هانیه نیز می‌گوید:

«باشگاه بدن سازی میرم. خونه‌ی خودمون تلویزیون و کارتون میبینم ولی خونه‌ی عموم شبکه‌های ترکی و هندی می بینم. با گوشی ویدئو و دابسمش درست میکنم».

حمید بیان می‌کند که بیشتر اوقات فراغت خود را با موبایل و تلویزیون پر کرده است:

«تلویزیون، ماهواره، فیلم‌های ایرانی قبل از انقلاب نگاه میکنم، با گوشی بازی میکنم».

دنیا نیز اوقات فراغت خود را در خانه و با موبایل می‌گذراند:

«با گوشی چت میکنم رمان میخونم».

سیمین می‌گوید:

موسسه همیار سلامت روان ندای زندگی بنیان لارستان تحت نظارت بهزیستی استان فارس

«اوقات بیکاری فیلمای تلویزیون می‌بینم، طنز دانلود میکنم یا با گوشی توی واتساپ با دوستام حرف میزنم. اصلاً مسافرت نمی‌ریم».

سنا نیز فراغتی خانه محور دارد:

«اوقات بیکاری جیغ می‌زنم و می‌خندم، تلویزیون جم می‌بینم. با خواهرم توی خونه ایروبیک تمرین می‌کنیم».

بیتا هم می‌گوید:

«اوقات بیکاری درس می‌خونم، با گوشی بازی میکنم، اصلاً مسافرت نرفته‌ایم تا به حال».

چگونگی گذران اوقات فراغت تأثیر بسزایی در سلامت روان افراد دارد. به گونه ای که فراغت مناسب یکی از فاکتورهای تضمین سلامت روان افراد است. در الگوهای فراغتی فردی و خانه محور فرد تعامل چندانی با افراد دیگر ندارد و همین امر به نوبه‌ی خود موجبات انزوا، افسردگی و در نتیجه افکار خود ویرانگری را در وی فراهم می‌کند. در این الگوی فراغتی فعالیت جمعی و گروهی وجود ندارد. از دلایل غالب بودن این الگوی فراغتی در بین افراد مورد مطالعه علاوه بر فقدان مهارت‌های زندگی و تعارضات بین فردی، می‌توان به آب و هوای منطقه، فرهنگ، سنت و نبود امکانات تفریحی در این منطقه اشاره کرد که این امر خصوصاً برای جوانان و نوجوانان که اوقات فراغت بیشتری در مقایسه با افراد دیگر دارند و علاوه بر آن در شرایط سنی حساسی به سر می‌برند، یک عامل خطر و تهدیدی برای سلامت روانی این افراد محسوب می‌شود. افراد در این شرایط به جای ارتباطات واقعی و مفید گاهاً به ارتباطات مجازی روی می‌آورند که در پاره‌ای موارد نه تنها مفید نیست بلکه ممکن است باعث آسیب‌های روحی و روانی شود. فضای واقعی که می‌تواند فراهم کننده‌ی تعامل مثبت و فضای گفت‌وگو در بین افراد چه در خانواده چه در بیرون از خانواده باشد، به دلیل دلخواه و مطلوب نبودن جای خود را به فضای مجازی و تفریحات و سرگرمی‌های غیرمفید داده است. هرچند در این حالت نیز راهکار در منع و حذف فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی نیست بلکه راهکار مفید و ارزنده مطلوب کردن فضا و محیط واقعی فرد است به گونه‌ای که بستری برای تعاملات هرچه بیشتر، پرورش استعدادها خصوصاً برای جوانان و در نتیجه غنی کردن گذران اوقات فراغت و بهبود وضعیت سلامت روان در بین افراد باشد.

از سوی دیگر علاوه بر شبکه‌های مجازی و تعاملات آنلاین، یکی دیگر از مواردی که افراد برای گذران اوقات فراغت خود به آن اشاره می‌کردند تماشای تلویزیون بود. در این مورد نیز می‌توان گفت که تلویزیون و رسانه ملی نیز در برآورده کردن نیازهای نسل جوان و آموزش مهارت‌های

زندگی به افراد و خانواده‌ها موفق عمل نکرده است و در نتیجه گزینه‌ی مناسبی برای گذران اوقات فراغت محسوب نمی‌شود.

جدول۵-۱- گزاره ها، مقوله ها و مفاهیم استخراج شده از مصاحبه ها

گزاره ها	مفهوم	مقوله
- من همیشه توی خونه تنها بودم، تنها بازی می‌کردم با دیوار حرف می‌زدم. - خانه‌ی هیچکس نمی‌روم، دوست ندارم بروم. - توی تابستون داخل گرما می‌رفتم داخل پشت بام. گرما می‌نشستم و می‌خوابیدم که کسی بهم فحش نده، چیزی نگه. - عاشق تاریکی هستم و تنهایی.	انزوای عینی	انزوای اجتماعی
- من خیلی داغونم، به‌خاطر بچه‌هام طاقت میارم. دوستام میگن خیلی شادی. دلم می‌خواهد کسی نفهمد خودم هم هیچ زجری نکشم. دیگه همه چیز تموم میشه. هرکی منو میبینه میگه خیلی خوش برخورد و شادی، ولی به کسی نمیگم. -هیچکس من رو درک نمیکنه. خواهرام به من که هیچ‌کاری نکردم تهمت می‌زنن. به‌خاطر همین هیچ چیز بهشون نمیگم. از خانواده‌ام فاصله می‌گیرم چون مرا درک نمی‌کنند و طرز فکرشون پایین هست. به‌خاطر همین فاصله می‌گیرم و حرف دلم را نمی‌زنم. - خیلی احساس تنهایی میکنم.	انزوای ذهنی	
- یه جورایی انگار احساس افسردگی خفیف داشتم، زمستان‌ها بدتر می‌شوم، دلم می‌خواهد نباشم. - زیاد اضطراب و استرس و دلشوره میومد سراغم. تپش قلب می‌گرفتم. حوصله نداشتم و کم حوصله شده بودم. حرص و جوش زیاد باعث شد مریضی بیاد سراغم. یکی از دلایلش فکر زیاد و تنهایی فکر کردن بود. - دشتی گوش میدم، اشک میریزم و خودکشی میکنم. - استرس دارم، از خودم بدم میاد. - افکار خودکشی داشتم و دارم. گریه می‌کردم و خودزنی می‌کردم. - افسردگی دارم. اشتها ندارم، هیچی نمی‌خورم. - افسردگی من از همون موقع شروع شد. بعد از اولین زایمان هم دچار افسردگی شدم. دلم از دنیا سیر بود، فکر خودکشی دارم. - افکار خودکشی داشتم، افسرده شده بودم. - زیاد حرف نمی‌زنم.	افسردگی	
- اعصابم خیلی خراب است، دشتی گوش می‌دهم و اشک می‌ریزم و دعوا می‌کنم. - عصبی هستم، استرس دارم، نمیتونم خودم رو کنترل کنم. - خیلی عصبی هستم، داد می‌زنم، گریه می‌کردم و خودزنی می‌کردم.	فقدان تاب آوری	

موسسه همیار سلامت روان ندای زندگی بلغان لارستان تحت نظارت بهزیستی استان فارس

		- عصبی هستم از رفتراهای برادر کوچیکم، جیغ و داد می‌کشم. - عصبی میشدم، کتک می‌زدم. - عصبی هستم، فحش میدم به خودم به دیگری. - گاهی که عصبانی میشم، کنترل ندارم. - وقتی از دوستم جدا شدم، بیشتر روزها توی خودم بودم و گریه می‌کردم. چون روزهای خوبی داشتیم، خیلی وقتا دوست داشتم خودم را بکشم، واسم سخت بود. - زود عصبانی میشم و از کوره در میرم و کارای الکی میکنم. با تیغ خودم رو میزنم وقتی ناراحتم.
خشونت	خشونت فیزیکی	- توی دوره‌ی بارداری به خاطر خشونت و کتک همسرم بچه‌ام سقط شد. - بابام قبلش خیلی کتکم زده بود. - بابام اخلاقش مثل سگ هست. وقتی از بیرون می‌آید عصبانی روی ما خالی می‌کند. یکبار با نامزدم یواشکی رفتم بیرون، بابام فهمید، اینقد بهم زد، پاشو روی سرم گذاشته بود و وایساده بود و با لگد و چوب من رو میزد. چوب نون پزی رو روی بدنم خورد کرد. همین جور میزد. چاقو رو برداشت من رو بزنه خواهرم اجازه نداد. از ساعت ۱ تا ۲ شب بیمارستان بودم. از بس زده بود، تخمدان و کلیه‌هام باد کرده بودند. - شوهرم موقع دعوا کتکم می‌زد.
	خشونت روانی	- شوهرم توی کویت یه زن دیگه گرفته. سر وقت ما نمی‌آید. محل نمی‌گذاره بهمون. نه به من نه به بچه‌هام. نه محبتی، نه زنگی، همش بهانه‌های الکی میگیره، اعصابم خورده. - شوهرم می‌گفت میخوام زن بگیرم، می‌گفتم هرکاری می‌خوای بکن. اونوقت من توی زندگی خودم رو می‌کشم. می‌گفت برو بکش نه، هر وقت مردی زن می‌گیرم. - من مریض نیستم ولی برچسب بهم می‌زنند. خواهرام به من که هیچ‌کاری نکردم برچسب جنده بودن می‌زنند. -بابام اخلاقش باهام خوب نیست، هر راهی می‌آید بهم تهمت می‌زنه، حرف و فحش‌های خیلی زشت میزنه، چایی چیزی براش می‌برم پرت می‌کنه اونطرف. بابام هرچی نامزدم برام خریده، خورد کرده. هیچی واسم نمونده. به خانواده‌ی شوهرم حرف بد می‌زنن.
	خشونت اجتماعی	- با برادرم دعوا دارم، دوست ندارد برم سر کار. - با یکی(پسر) دوست شدم. دایی‌ام شنید گوشی‌ام را گرفت. نه اینترنت دارم نه گوشی.. - سخت‌گیری روی دخترا زیاد هست، روی پوشش، حجاب و. -توی دوره دبیرستان با یه پسری دوست شدم، بابام فهمید. خیلی بد برخورد کرد. از مدرسه گرفت من رو، توی خونه حبسم کرد. کامپیوتر، تلفن همه چی رو جمع کرد. داداشم رو کرد نگهبان جلوی در حیاط می‌نشست که من نروم بیرون. -دلم برای نامزدم تنگ میشه، بابام نمیذاره باهاش برم بیرون. نمیذاره اونم بیاد خونه‌مون. اصلاً نمی‌گذاره ببینمش. دیگه گاهی وقتا که بابام جای دوری رفته باشه، چند روزی نباشه یواشکی میرم بیرون. وقتی که میام خاله، داداش و... که ببینند به بابام میگن که دخترت

		رفته بیرون...بابام هم من رو میزنه. بابام اصلاً نمیذاره برم خونه‌ی مادرشوهرم، تا حالا ندیدیم که خونه‌شون چه جوری هست. - همسرم پسرعموم هست، کلاس چهارم نامزد کردیم، او کویت بود. بابام انتخاب کرد و من هیچ علاقه‌ای به او نداشتم. همیشه گریه می‌کردم ولی جرأت گفتن نداشتم. -۱۲ سالم بود ازدواج کردم. کوچیک بودم، اون موقع نمی‌دونستم. مادرم شوهرم داد.
	خشونت جنسی	- داداشم معتاده. یک شب ماری کشیده بود اومد خونه. من خواب بودم، اومد کنارم. من خواب بودم وقتی که بیدار شدم دیدم دستش توی شلوار منه. تنها کاری که کردم ازش جدا شدم، دیگه هیچ کاری ازم برنمی‌آمد. نمیشد داد بزنم یا به مادرم بگم. این موضوع روی زندگی من خیلی تأثیر گذاشت، به خواهرم و نامزدش گفتم، نامزدش اومد سراغ من..
خانواده از هم گسیخته	تعارضات زناشویی	-شوهرم توی کویت کار میکنه. شش ماه بعد از عروسی رفت، یکسال ماند و بعد از یک سال آمد...من نمیرم دوست دارم برم ولی من رو نمی‌بره. حرف مادرشو گوش میده، می‌خواست من رو ببره مادرش نگذاشت. مادرشوهرم همش میگه خوب و بد شوهرم دست اونه. کلاً می‌خوان همه کاره باشن. شوهرم هر حرفی میشه به من نمیگه. کلاً عادتش اینطوریه همش بهانه‌های الکی میاره. مادرش توی گوشش خونده. کاری به من ندراه. هرکاری میخواد بکنه با مشورت خانوادشه. خانواده‌ی شوهرم بهش حرفای دروغ تحویل میدن، مادرشوهرم با من بده، خیلی وقته با هم رفت و آمد نداریم. - خانواده‌ی شوهرم و مادرم با هم مشکل دارن. اگر پدرشوهرم بیاد خونه‌مون با مادرم دعوا می‌کنند. -رابطه‌ام با شوهرم سرده. خیلی با هم تفاوت داریم. به من نمیگه دوستت دارم یا ازت راضی هستم. بیان نمی‌کند. محبت کلامی اصلاً ندارد. بعضی موقع‌ها بهش میگم میگه روم نمیشه. شوهرم توی گذشته است. به‌خاطر گذشته با خانوادم مشکل داره. رابطه‌ی جنسی ما سرد سرد است. دو سه ماه یکبار رابطه داریم. در این رابطه صحبت نمی‌کنیم همش توی واتس اپ پیام میدم. اگر صحبت کنم میگه زشته زن در این مورد حرف بزند. - مردان اینجا ابراز علاقه نمی‌کنند اما هیچ چیزی برایم کم نمی‌گذارد.

موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

- ارتباطم با برادرم بد است، همیشه دعوا داریم. - مامانم عصبی میشه، داد میزنه. - پدرم داروی اعصاب می‌خورد و عصبی است. با خواهرم خیلی دعوا میکنم. پدر و مادرم کاری به کار هم ندارند. -کوچیک بودم بابام مامانم رو میزد که خونش روی دیوار می‌موند. اصلاً اخلاق نداره...وقتی کارش خوبه و همه چی به روال خودش باشه باهامون خوبه ولی وقتی کارش لنگ باشه و پول نداره روی ما خالی می‌کنه. خونه‌مون دعواست همیشه با پدرم، مادرم و...مامانم کتکم میزنه. دندونامو مامانم و خواهرم خورد کردن. - خونه‌ای پر از آشوب و کتک‌کاری داشتیم. بابام برادرامو از ۱۸ سالگی بیرون انداخت.	تعارض و خشونت در محیط خانه	
- پدرم راننده‌ی ماشین سنگین است، پدرم را نمی‌بینم، کار می‌کند. - پدرم توی کویت کار می‌کند، شش ماهی یکبار می‌آید. - پدرم توی کویت کار می‌کند. - پدرم خونه نیست، توی دبی کار می‌کند.	پدر غایب	خانواده از هم گسیخته
- زیاد با مادرم صمیمی نیستم، از اون لحاظ هیچ‌وقت حرف نمیزنم، طرز فکر مادرا رو که می‌دونید، طرز فکرشون قدیمی هست. با پدرم هم همین‌طور، حرفای دلم را نمی‌زنم. -مادرم جلوی جمع حرف بد می‌زند، هرکاری بکنم در جمع برای همه تعریف می‌کند. خردم می‌کند، له‌ام می‌کند. مادرم مرا نمی‌بوسد، روم نمی‌شود، نمی‌تونم با مادرم حرف بزنم، اگر با مادرم حرف بزنم یا سوالی بپرسم، زود میگه تو کار بزرگترا فضولی نکن. - رابطه با مادرم زیاد نیست، زیاد حرف نمی‌زنم، احساس می‌کنم خیلی به من اهمیت نمی‌دهند، حوصله‌ام رو ندارند، فکر میکنم دغدغه‌ی آنها زیاد است.کار خرج زندگی، من هستم. - با بچه‌هام رابطه‌ای ندارم، منو دوست ندارند، پسرم نماز نمی‌خواند، دخترم نماز نمی‌خواند، من عذاب می‌کشم. -رابطه‌ام با مادرم زیاد خوب نیست، پدرم داروی اعصاب میخوره و عصبی هست، چیزی ندارم به پدر و مادرم بگوید. اصلاً ارتباطی ندارم، حرفی ندارم، به مامان دوستم وابسته‌ام. همه چیز را به او می‌گویم. اصلاً با پدر و مادرم حرفی ندارم، ارتباطی ندارم. - با مامانم راحت نیستم،هیچ وقت راحت نبودم، ناراحتم که نمی‌تونم با مامانم ارتباط برقرار کنم. -هرکاری میکنم میزنن توی ذوقم، میخوام برم کلاس نقاشی میگن نقاش خودت خوبه که. ولی تکنیک نقاشی یه چیز دیگه‌س. مامانم توی ذوقم میزنه. به موسیقی علاقه دارم، میخوام گیتار یاد بگیرم، میگه این چیه برو یه چیز دیگه یاد بگیر، طرز فکر مادرم قدیمی هست، می‌گوید موسیقی بد است. به کلاس نیازی نیست، تو با چیزای آموزشی نقاشی می‌تونی بکشی. - به عکاسی علاقه داشتم، ولی خانواده اجازه ندادن برم. گفتن یا روستای خودمون یا کنار برو که عکاسی نداشت که مجبور شدم یه رشته‌ی دیگه بخونم. - مشکل ما صمیمیت با جنس مخالف است. خانواده‌ها عکس‌العمل نشان می‌دهند.	تعارضات والد- فرزندی	

		- مامانم بهم حرفای بد میزنه، همیشه با پدرم، مادرم، خواهرم دعوا دارم.
فقدان تعامل اجتماعی سازنده	الگوپذیری در خودکشی و خودزنی	- دوستام خودزنی کرده بودند، دوستم خودکشی کرده بود و من دل و جرأت پیدا کردم. دوستم با تیغ خودزنی می‌کرد. - گفتم شاید اینجوری ازش محافظت کنم با محو خودم. برادرم از یک دختر خوشش آمده بود، بابام مخالفت کرد، دست به خودکشی زد. - دوستام خودزنی می‌کردند، دوستم توی دبی به‌خاطر دوست پسرش خودکشی کرد. - دوستام خودزنی می‌کردند، یکی از دوستام خودکشی کرد و مرد. - دوستم خودش را دار زد و مرد. دوست دیگرم رگ خودش را زد. - دوستانم خودزنی داشتند، داداشم چند بار کرده بود. دوستم خودکشی کرد و مرد. یکی از دوستامم خودکشی کرد ولی زنده موند. من خیلی ترسیدم، خیلی برام سخت بود که بهم بگن برادرم خودکشی کرد. - رفیقم خودزنی می‌کرد. باهم هماهنگ می‌کردیم برای خودزنی. - دوستام خودزنی داشتند، یکی از دوستام خودکشی کرد و مرد. - فامیل‌مان خودکشی کرده بود، البته روی من تأثیر نداشت، من درد خود را داشتم. - یکی رو می‌شناختم که خودکشی کرده بود.
	الگوهای فراغتی فردی و خانه محور	-ورزش میکنم، کمی تلویزیون نگاه میکنم، توی گوشی در واتساپ و اینستاگرام دنبال آشپزی، لباس و دوست می‌گردم. -وقت بیکاری مجله می‌خونم، کتاب‌های دینی می‌خونم. -هیچ وقت مسافرت نرفتم، قبلاً خیاطی می‌کردم. وقت بیکاری تیکه دوزی می‌کردم٠ -باشگاه بدن سازی میرم. خونه‌ی خودمون تلویزیون و کارتون میبینم ولی خونه‌ی عموم شبکه‌های ترکی و هندی می بینم. با گوشی ویدئو و دابسمش درست میکنم٠ -تلویزیون، ماهواره، فیلم‌های ایرانی قبل از انقلاب نگاه میکنم، با گوشی بازی میکنم. -تلویزیون نگاه میکنم، سه تا گوشی دارم، چند ساعت در روز چت میکنم. -اوقات بیکاری میرم توی اینستاگرام. فیلم می‌بینم. اصلاً ورزش نمیکنم. -اوقات بیکاری از مدرسه میام میرم سر کار. با گوشی چت میکنم رمان میخونم. -اوقات بیکاری فیلمای تلویزیون می‌بینم، طنز دانلود میکنم یا با گوشی توی واتساپ با دوستام حرف میزنم. اصلاً مسافرت نمی‌ریم٠ -کارتون نگاه میکنم. -اوقات بیکاری جیغ می‌زنم و می‌خندم، تلویزیون جم می‌بینم. با خواهرم ایروبیک تمرین می‌کنیم٠ -اوقات بیکاری درس می‌خونم، با گوشی بازی میکنم، اصلاً مسافرت نرفته‌ایم تا به حال. -تلویزیون میبینم ولی نمی‌فهمم.

جمعیت همیاران سلامت روان اجتماعی
استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بخش لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

فصل ششم

۶- بحث و نتیجه گیری

۶-۱ – خلاصه و جمع بندی

این پژوهش با هدف مطالعه و کشف دلایل اقدام به خودکشی در بین ساکنان روستای لاغران استان فارس انجام گردید. در ابتدا مروری بر پیشینه پژوهش انجام شد و سپس به نظریاتی مطرح گردید که به تبیین خودکشی پرداخته‌اند. از آنجایی که این پژوهش به روش کیفی و تحلیل محتوا انجام گردید لذا چارچوب نظری مشخصی هدایتگر این پژوهش نبود و از نظریات، صرفا برای ایجاد حساسیت نظری و طرح هدفمند سوالات استفاده گردید. اطلاعات از طریق مصاحبه حضوری جمع آوری گردید و به شیوه تحلیل محتوای کیفی مورد تحلیل و تفسیر قرار گرفتند. نتایج حاصل از مصاحبه تحت چهار مقوله اصلی فقدان تعامل اجتماعی سازنده، خانواده از هم گسیخته، خشونت و انزوای اجتماعی استخراج گردیده اند که در قسمت بعد مورد بحث و بررسی قرار می گیرند.

۶-۲-بحث و نتیجه گیری

ا ستان فارس یکی از ا ستان‌هایی ا ست که از نظر اقدام به خودک شی جزء ۵ ا ستان اول ک شور می‌باشد و میزان اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ در دهه گذشته در آن روند افزایشی داشته است. امروزه پدیده خودکشی نه تنها در شهرها که به روستاها نیز سرایت کرده

جمعیت همیاران سلامت روان اجتماعی
استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلعان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

است. روستای لاغران در استان فارس یکی از روستاهایی است که در سالهای اخیر میزان خودکشی در آن رو به افزایش گذاشته است به گونه ای که نگرانی فعالین اجتماعی منطقه را برانگیخته است و این پژوهش در راستای پاسخ به چرایی رشد این پدیده در روستای فوق الذکر انجام شده است. نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه های انجام شده با افرادی که در این روستا اقدام به خودکشی کرده و زنده مانده اند به استخراج چند مقوله اصلی انجامیده است که بحث این پژوهش پیرامون آن مفاهیم صورت بندی شده است. لذا ابتدا به تبیین دلایل خودکشی با استفاده از مقولات استخراج شده پرداخته می شود و سپس تحلیل در یک مقیاس کلان تر ارائه می گردد.

یکی از مقولات استخراج شده در این پژوهش مقوله خشونت است که انواع مختلف آن در روایت های بیان شده توسط مشارکت کنندگان قابل مشاهده و ردیابی است. کسانی که به نوعی تجربه اقدام به خودکشی داشتند، تحت انواع خشونت ها شامل خشونت فیزیکی، روانی، جنسی و اجتماعی قرار گرفته بودند. تقریباً بیشتر خشونت ها توسط مردان خانواده یعنی پدر، همسر، برادر و حتی فرزند پسر اعمال شده بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان خشونت پدر و همسر خود را یکی از دلایل خودکشی خود می‌دانستند. آنها بیان می‌کردند که توانایی ادامه‌ی وضعیت خشونت‌بار زندگی خود را نداشتند و ناچار خودکشی را انتخاب کرده‌اند. می‌توان گفت در صورت عدم‌مداخله در مسئله‌ی خشونت خانگی و به‌طور اخص همسر آزاری و کودک‌آزاری دور باطل خشونت ادامه یافته و تبعات آن سلامت خانواده و جامعه را در معرض خطر قرار خواهد داد.

مقوله‌ی دیگری که در این پژوهش به دست آمد، **خانواده‌ی از هم گسیخته** است. خانواده‌ی از هم گسیخته خانواده‌ای است که کارکرد مثبت خود را از دست داده **و دچار تعارض و خشونت دائمی** است. این خانواده یا تک والد است و یکی از والدین به دلیل فوت، طلاق یا رها کردن خانواده در محیط خانه حضور ندارد یا هر دو والد حضور دارند ولی مشاجره و خشونت و درگیری در بین آنان باعث ایجاد تشنج در فضای خانه و بروز مسائل فراوان شده است. تعارض، خشونت و درگیری در بین پدر و مادر، پدر و مادر و فرزندان و فرزندان با یکدیگر و عدم وجود احساس همدلی و حمایت، از دیگر خصایص چنین خانواده ای است. پیامدهای منفی نابسامانی خانواده بر روی زنان به‌واسطه‌ی جنسیت شان بیشتر است. دختران در این خانواده‌ها به این دلیل که حمایت عاطفی لازم را از والدین خود دریافت نمی‌کنند و روابط عاطفی آنها با والدینشان گسسته است، سعی در جبران آن از طریق روابط دوستی و یا ازدواج دارند؛ بنابراین در صورت شکست دوباره در این روابط، دچار احساس طردشدگی و شکست مضاعفی شده و

چون مهارت‌های لازم برای رویارویی با بحران‌ها را ندارند، اقدام به خودکشـــی می‌کنند. اکثریت مشارکت‌کنندگان روابط خانوادگی خود را دچار اختلال می‌دانستند.

مقوله‌ی **انزوای اجتماعی** دارای ارتباطی تنگاتنگ با تمامی مقوله‌های به‌دســـت‌آمده اســـت. انزوای اجتماعی همان‌قدر که می‌تواند پیامد مسائل زندگی باشد، به همان نسبت هم می‌تواند علت مســـائل دیگر زندگی تلقی شـــود. انزوا از مشـــارکت و همدلی افراد با یکدیگر جلوگیری می‌کند. افرادی که در شـــرایط آســـیب‌زا به ســـر می‌برند اگر مورد حمایت خانواده و اطرافیان و به‌طورکلی جامعه قرار نگیرند، به میزان بیشتری مرتکب اعمال انحرافی می شوند. در اینجا انزوا هم پیامد زندگی در خانواده‌های از هم گسیخته و هم پیامد خشونت است و هم می‌تواند علت باشد، چراکه حمایت و همدلی باعث افزایش سرمایه‌ی اجتماعی و خروج از وضعیت نابسامان و افزایش تاب‌آوری افراد در وضعیت بحرانی می شود. عدم حمایت اجتماعی و درعین‌حال دریافت نشـــانه‌هایی از رانده شـــدن از جانب دیگران، باعث قرار گرفتن افراد در وضـــعیت انزوای عینی و ذهنی و بروز حالت افسردگی و درنهایت افکار و اقدام به خودکشی می‌گردد.

فقدان تعامل اجتماعی سازنده یکی دیگر از مقولات مستخرج از مصاحبه های انجام شده است. تعاملات اجتماعی سازنده می تواند سرمایه اجتماعی، اعتماد و حمایت اجتماعی موثری را برای فرد رقم بزند. مولفه های مذکور می توانند به مثابه عوامل محافظ در برابر خودکشی و انزوا عمل نماید و فقدان آن می تواند گرایش فرد به سمت خودکشی را تسهیل نماید.

به طور کلی روایت های ذکر شـده توسـط افرادی که تجربه خودکشـی داشـتند حاکی از وجود بسترهای اجتماعی و فرهنگی و خانوادگی تسهیلگر خودکشی می باشد. یکی از این بسترهای تسهیلگر، تعارض سنت و مدرنیته در این روستاست. بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی کردند در روایت های خود ذکر کرده اند که بیشتر در تنهایی و انزوا زندگی می کنند و تعاملات اجتماعی سازنده ندارند. بسیاری از آنها اوقات فراغت خود را با فضای مجازی و در شبکه های اجتماعی و در دنیای مجازی خارج از روســتا ســپری می کنند. ذهنیت این افراد در این فضــاها سیر کرده و تعامل برقرار می سازد در حالی که بستر فرهنگی روستای لاغران مملو از سنتهای مرد سالارانه و سنت های فرهنگی قوی بخصوص در باب زنان است که نسل قدیمی تر روستا سعی در حفظ آن دارند در حالی که نسل جدید این سنت ها را به چالش کشیده اند.

در این روستا سنت های محلی و مردسالارانه جایگاه ویژه ای دارد و در مقابل رسانه‌ها بخصوص فضــای مجازی نیز به روســتا ورود کرده و تا حدی ســاختار فکری نســل جوان از جمله زنان را تغییر داده و آنها را دچار نوعی احســاس محرومیت نموده و تعارض با ســاختارهای ســنتی را در

آنها شکل داده است. اما ساختارهای موجود به حدی قوی هستند که شکستن آنها در شرایط فعلی یا محال است و یا اینان توانمندی لازم برای این کار را کسب ننموده اند. فقدان آموزشهای لازم در خصوص چگونگی حل مساله موجب استیصال در برابر حل مسایل و بالاگرفتن اختلافات گردیده و نهایتا منجر به اتخاذ روش نادرست در بیان اعتراض و یا تهدید دیگران برای رسیدن به خواسته هایشان شده است که همانا روش خودکشی است.

با توجه به روایت های ذکر شده توسط مشارکت کنندگان در پژوهش، و از خلال صحبت آنها در باب روابط خانوادگی، زناشویی و تعاملات اجتماعی چنین به نظر می رسد که فقر فرهنگی بسیار شدیدی در روستا حاکم است که توسط اهالی نیز بازتولید می شود. فرهنگ مردسالارانه شدیدی که بر روستا حاکم است و تغییرات ذهنی که بخصوص در بین زنان و جوانان روستا در جریان است، تقابل هایی را در روابط اجتماعی ایجاد می کند که به تنش هایی در تمام حوزه ها منجر می گردد. خشونت، اختلافات زنا شویی، سردی روابط و کاهش انسجام و همچنین تقابل نقش‌ها و هنجارهای سنتی و مردسالارانه تعریف شده برای زنان با هنجارهای ذهنی درحال تغییر آنان می تواند به افزایش خودکشی منجر گردد. در واقع به نظر می رسد شکافی بین دنیای ذهنی و دنیای واقعی افرادی که در این روستا اقدام به خودکشی کرده اند قابل مشاهده است. دنیای واقعی پیچیده در سنتهای مردسالاری در مقابل دنیای ذهنی آزاد و رها، و ناامیدی از تغییر این بستر و ناتوانی از رویارویی با آن، استراتژی های را فرا روی افراد قرار میدهد که شامل تعارض، مقابله و خشونت، مقاومت، طغیان، گوشه گیری و انزوا و البته خودکشی می با شد. خودکشی می تواند پاسخی تهدید کننده برای رسیدن به خواسته ها و یا فریادی برای دیده و شنیده شدن باشد و یا حاکی از اعتراف وی به عدم مقاومت در برابر بستر فرهنگی حاکم باشد. مرتون براین باور است که شکاف بین آرمان و واقعیت آسیب زا است. در چنین وضعیتی جامعه قادر به ارائه ابزارها و راهکارهای مناسب برای دستیابی به اهداف گروه های خاص نمی باشد. از آنجا که این اهداف در شیوه‌های زندگی جاری مردم پذیرفته شده و در نتیجه اجتماعی شدن (جامعه پذیری)، هدف‌های مهم فرهنگی و نیز راه‌های دستیابی به این هدف‌ها فراگرفته می شوند، عدم امکان دستیابی به آن‌ها، موجب بروز یأس، طغیان و سایر شیوه‌های انحرافی و اختلالات روانی و اجتماعی خواهد گردید. محرومیت اقتصادی و فرهنگی روستا و احساس عدم رهایی از آن نتیجه ای را که مرتن پیش بینی کرده را رقم زده که خروجی آن در شرایط فقدان

مهارت های ارتباطی و اجتماعی و فقدان مهارت های قابلیتی، اقدام به خودکشـــی اســـت که روشی انحرافی محسوب می شود.

عدم آگاهی افراد و بخصوص زنان نسبت به شایستگی‌ها و توانایی‌های خود از یک سو و برخوردار نبودن از حمایت‌های اجتماعی مؤثر و کارآمد و عدم دسـترسـی برابر و یا دسـترسـی محدود به فرصت‌ها و منابع توانمندی از سوی دیگر زمینه‌های روانشناختی‌ای را برای آن‌ها بوجود می‌آورد که آنان را از تلاش برای حل مسـائل و بحران‌های پیش رویشـان بازمی‌دارد در چنین شـرایطی احساس ناکامی و شکست بر آنان مستولی شده و موجب می‌شود که در برابر مسائل و مشکلاتی که برآمده از زمینه‌های خانوادگی و اجتماعی هســـتند ســـرتســـلیم فرو بیاورند. ارتباط عدم توانمندی زنان با مقوله‌های اســـتخراج شـــده (خشـــونت، انزوا، فقدان روابط اجتماعی کارآمد و انزوای اجتماعی) رابطه ای دوسویه، تنگاتنگ و چرخه‌ای است.

در مورد همخوانی یافته های این پژوهش با نتایج مطالعات داخلی می‌توان به نتایج تحقیقات خســـروی و همکاران (۱۳۸۳)، بنی فاطمه و همکاران (۱۳۹۰)، ریاضـــی و همکاران (۱۳۹۴)، عنایت و همکاران (۱۳۹۴)، حکمت و همکاران (۱۳۹۴)، ضـــر غامی و همکاران (۱۳۸۱)، امیرمرادی و همکاران (۱۳۸۴)، کیوان آرا (۱۳۸۴)، اسماعیل نیا و همکاران (۱۳۸۴)، موسوی و همکاران (۱۳۸۶)، عنبری و همکاران (۱۳۸۹)، کیانی و همکاران (۱۳۹۲)، یوســـفی و همکاران (۱۳۹۲) و قادر زاده و همکاران (۱۳۹۳) و از پژوهش‌های خارجی می‌توان به مطالعات دوریس و همکاران (۲۰۱۱)، وندیورت و همکاران (۱۹۷۹)، پیرســـون و همکاران (۲۰۰۲)، دوریس و همکاران (۲۰۱۱)، هاوتن و همکاران (۲۰۱۳) و کاواک و همکاران (۲۰۱۸) اشاره کرد.

موسسه همیار سلامت روان ندای زندگی بلغان لارستان تحت نظارت بهزیستی استان فارس

۶-۳-محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- حالت افسردگی برخی مشارکت‌کنندگان جریان مصاحبه را دچار اختلال می‌کرد به این صورت که این افراد در جواب سوالات به بله و خیر اکتفا می‌کردند.
- برخی از این مشارکت‌کنندگان از یادآوری برخی از مسائل نامطلوب امتناع می‌کردند که این مسئله در روند گردآوری داده‌ها اختلال ایجاد می‌کرد.

- تداخل توسعه‌ی مفاهیم و در عین حال رعایت ملاحظات اخلاقی به گونه‌ای که موجب ناراحتی و آسیب روحی در مشارکت‌کنندگان نشود، محدودیت دیگر این پژوهش بوده است.

- مشارکت‌کنندگان در برخی از موارد به دلیل شرم درباره‌ی برخی از مسائل خود صحبت نمی‌کردند که این مورد باعث از دست رفتن بسیاری از داده‌ها شده است.

۶-۴- پیشنهادهای تحقیق

۶-۴-۱- پیشنهاد های پژوهشی

- درباره‌ی دلایل اقدام به خودکشی در دختران نوجوان پژوهش صورت بگیرد.
- تأثیر رسانه بر اقدام به خودکشی بررسی شود.
- اقدام به خودکشی در زنان مطلقه بررسی شود.
- دلایل اقدام به خودکشی به طور خاص در مردان مطالعه شود.
- پیامدهای خودکشی برای خانواده های این افراد بررسی شود.

۶-۴-۲- پیشنهادهای کاربردی

۱- با توجه به فقر فرهنگی و مردسالاری حاکم بر روستا به نظر می رسد اولین اقداماتی که باید در خصوص کاهش خودکشی باید انجام داد فعالیت های فرهنگی است. اما مطمئنا هر گونه تغییر و آموزش مسقیم از طریق زنان به مثابه توطئه نگریسته شده و با مقاومت و برخورد شدید همراه خواهد شد. لذا پیشنهاد می شود تغییر و آموزش در این خصوص به شیوه ای غیر مستقیم و توسط خود مردان اعمال شود. فعال شدن سازمان های مردم نهاد در این خصوص و یا استفاده از کانون های فرهنگی مساجد می تواند این فضای فرهنگی مردسالارانه را تعدیل نماید.

۲- با توجه به اینکه نسل جوان پذیرای تغییرات فرهنگی بیشتری است و تغییرات فرهنگی زمان بر هستند پیشنهاد می شود در راستای آموزش های فرهنگی، مردان جوان به عنوان گروه های هدف مدنظر قرار گیرند. دراینجا باید نقش افراد صاحب نفوذ در منطقه را مورد توجه قرار داد.افرادی که درمیان مردم جایگاه خاصی دارند ومردم پذیرای ایده

ها ونقطه نظرات انان هستند .پس لازم است که این معتمدین در این راه فرهنگ سازی کرده وبعنوان عامل انتقال دهنده عمل نمایند.

۳- با توجه به ضعف در تصمیم گیری و حل مساله پیشنهاد می شود آموزش مهارت های زندگی اعم از مهارت‌های ارتباطی، کنترل خشم و حل مسأله در برنامه های اجرایی این منطقه لحاظ شود.

۴- به منظور توانمندسازی زنان و کاهش اختلافات خانوادگی و توانایی مدیریت بهتر خانواده، رهیافتی مورد نیاز است که با ارتقاء آگاهی و سامان‌دهی زنان به بهبود پایگاه، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی زنان ضمن ارتقاء اتکاء به خود و توانمندی آن‌ها کمک کند. لازم به ذکر است که توانمندسازی زنان باید به گونه ای باشد که به تقابل دو جنس نینجامد بلکه به تعامل و همگرایی و درک متقابل دو جنس منجر گردد.

۵- فرهنگ و باورهای سنتی در قالب کلیشه‌های جنسیتی به‌طور غیررسمی از خشونت مردان علیه زنان در خانواده و در جامعه حمایت می‌کنند. به‌منظور تغییر و بازاندیشی در این باورها لازم است که از طریق مراجع رسمی و غیررسمی به برگزاری کارگاه‌های آموزشی و آگاهی‌بخشی به افراد جامعه اقدام شود. سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه‌ی خانواده، زنان و کودکان می‌توانند نقش بسزایی در تغییر کلیشه‌ها و باورهای جنسیتی و بهبود مسائل خانواده داشته باشند.

۶- ا ستفاده از طرح مشاور سیار در منطقه وبخصوص درمناطق رو ستا ئی نیز می تواند به انتقال خدمات مشاوره ای به افراد و خانواده های ساکن در منطقه کمک نموده و در پیشگیری از بروز خودکشی و دیگر رفتارهای انحرافی مفید باشد. بدین صورت که مددکاران و روان شنا سان و مشاوران متخصص در حوزه‌های مسائل خانواده در جهت مداخله و کاهش پیامدهای منفی و بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی خانواده‌ها هفته ای دوبار به رو ستا بیایند و به ارائه خدمات بپردازند. مشاور سیار در حال حاضر به صورت طرح اتوبوس های مشاوره در شهرداری شیراز اجرایی شده که جهت برخورداری شهروندان ساکن در مناطق کم برخوردار از آن ا ستفاده می گردد. م شابه این طرح می تواند برای روستاهایی که در معرض افزایش خودکشی هستند با همکاری سازمانهای رسمی اجرایی گردد. علاوه بر این از طریق کانال های غیر رسمی مانند سازمان های مردم نهاد و گروه های جهادی متخصص نیز می توان چنین طرحی را پایه ریزی کرد.

۷- آموزش مهـارت‌هـای ارتبـاط بین فردی برای بهبود کیفیـت روابط بین زوجین و درعین‌حال آموزش تاب‌آوری می‌تواند در بهبود نسـبی شـرایط خانواده ها مفید باشـد. زمانی که خانواده سالم با شد و حمایت های عاطفی و اجتماعی لازم را از اع ضای خود به عمل آورد قطعا آمار خودکشی تغییر خواهد یافت.

۸- شنا سایی گروه‌های آ سیب‌پذیر و پرخطر با ویژگی‌های خاص ضرورت دارد. گروه‌های مانند افرادی که از آنها سـوء اسـتفاده شـده اسـت، پناهندگان و مهاجران و افرادی که خودشان سوگوار خودکشی یکی از نزدیکان‌شان می‌باشند، کسانی که دچار شکست‌های عاطفی شده‌اند، آنان که دچار مشکلات خانوادگی و زنا شویی حاد هستند باید از طرق درسـت و اصـولی شـناسـایی شـوند و اقدامات لازم برای حمایت از آنها صـورت پذیرد. ت شکیل گروه های خودیار و شکل گیری شبکه اجتماعی حمایتگرانه برای آنها ب سیار حیاتی است.

۹- به‌کارگیری مددکار و روان‌شناس در مدارس برای شناسایی افراد مستعد به خودکشی و مراقبت ویژه از دانش‌آموزان در معرض آسـیب نیز می‌تواند در پیشـگیری از خودکشـی مؤثر باشد. این اقدام را می توان از طریق آموزش و پرورش پیگیری کرد.

۱۰- اشـــتغال زایی زنان گام مهمی در جهت توانمند ســازی زنان (مادران)می باشــد که باتشـــکیل تعاونی ها وحمایت خیرین وورود ســـرمایه انها وتاکید برتولیدات منطقه ای وبومی وحمایت از انها گام مهمی درسلامت روان انان به حساب می اید.

۱۱- گرداوری وتنظیم تقویم ملی – فرهنگی منطقه یکی از برنامه های ا سا سی ا ست که میتواند ف ضای شاد وپر ن شاطی رابرای مردم منطقه فراهم نماید ودر قالب منا سبتهای مختلف میتوان تورهای گردشـــگری برای خانواده ها ، نوجوانان وجوانان تدارک دید. علاوه بر این با برگزاری جشـــنواره ها به مناســـبت های مختلف وفعال نمودن اقشـــار مختلف بخصـوص زنان واختصـاص غرفه هایی به انان جهت ارائه دسـت اوردهای انان نقش خیلی مهمی هم در گذران اوقات فراغت انان دارد وهم در توانمند سـازی انان که درهردوحال سلامت روان انان را به ارمغان خواهد اورد..

۱۲- طراحی برنامه های تفریحی، فرهنگی، هنری و ورزشی شاد و مفرح، ویژه‌ی گروه های سنی و جنسی مختلف ساکن در مناطق شهری وروستایی می‌تواند راهکار دیگری برای پیشگیری از انزوا ، افسردگی و در نتیجه اقدام به خودکشی در آنها باشد. این برنامه ها می تواند اوقات فراغت سـاکنین منطقه را نیز پر کرده و از سـیر در فضـای مجازی به

دنیای واقعی و پیوندهای اجتماعی واقعی بکشـــاند و ســـرمایه های اجتماعی آنها را افزایش دهد. افزایش ســـرمایه اجتماعی، پیوند ها و همبســـتگی اجتماعی می تواند به کاهش تعداد خودکشی منجر گردد.

۱۳- اجرای برنامه هایی که تعامل و همکاری بین نســـلی را در بین افراد خانواده افزایش دهد. مانند برگزاری مسابقه های مختص مادران و پسران و یا پدران و دختران و ... .

۱۴- تشکیل کانون ها و گروه های اجتماعی واقعی و حتی موسسات خیریه و جذب مردم جهت مشارکت در آن و حل مشکلات خود و دیگران می تواند حمایت اجتماعی را در منطقه افزایش دهد و حس مفید بودن و تعلق خاطر به افراد دهد. این حمایت های روحی و روانی و چه بســا اقتصــادی و اجتماعی می تواند به بهبود وضــعیت آنها کمک کند.

عنصر کلیدی که در توسعه راهبرد پیشگیری از خودکشی باید در نظر گرفته شود در اولویت قرار دادن پیشگیری چندبخشی است که نه تنها بخش بهداشت و درمان بلکه باید سایر نهادها و سازمان های اجتماعی مانند آموزش و پرورش، دانشگاهها، اشتغال، رفاه اجتماعی، قوه قضاییه و دیگر بخش ها را نیز درگیر کند. همچین باید توجه داشت که بسیاری از مسایل اجتماعی در هم تنیده هستند و بر هم تاثیر دارند لذا نمی‌توان به افزایش مشکلات زناشویی و خانوادگی، مشکلات اقتصادی، مشکلات فرهنگی و تقابل سنت و مدرنیته، تنش های دنیای امروز بی توجه بود و انتظار داشت آمار خودکشی کاهش یابد. همانطور که مطرح شد علل بیشتر خودکشی‌ها مسایل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و خانوادگی است و تا زمانی که برای بهبود وضعیت آنها اقدامی صورت نگیرد نمی توان به طور قابل توجهی به کنترل خودکشی پرداخت لذا در تدوین یک برنامه جامع برای پیشگیری از خودکشی نباید فقط به برنامه‌های مداخله‌ای کوتاه مدت و میان مدت توجه داشت بلکه باید چشم‌انداز وسیع‌تر و اهداف بلند مدت‌تری را مد نظر داشت. باید برنامه‌ریزی موثری در این خصوص انجام شود و اقدامات انجام شده به صورت منظم مورد ارزیابی قرار گیرد و از یافته‌های این ارزیابی برای اصلاح برنامه تدوین شده در آینده استفاده کرد. در تدوین برنامه‌ی دراز مدت، کاهش عوامل خطر باید تنها بخشی از برنامه کاهش خودکشی باشد و تقویت عوامل محافظ نیز در برنامه گنجانده شود. زیرا این امر می تواند هم به کاهش و هم به پایداری آمار

خودکشی در طولانی مدت و نهایتاً ساختن آینده‌ای بهتر کمک نماید. عوامل محافظ، احتمال درگیر شدن افراد در خودکشی را تا حد زیادی کاهش می دهد.

جمعیت همیاران سلامت روان اجتماعی
استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس

فهرست منابع

منابع فارسی

ابوالمعالی، خ.(۱۳۹۱). *پژوهش کیفی از نظریه تا عمل*، تهران: نشر علم.

احمدی، ح. (۱۳۸۴). *جامعه‌شناسی انحرافات*، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).

احمدی، ح. و ابوترابی زارچی، ف. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و میزان خودکشی در استان‌های کشور، *فصلنامه‌ی راهبرد اجتماعی و فرهنگی*، سال ۱، ۲، ۷۹-۶۳.

احمدی، علیرضا (۱۳۸۴). فراوانی اقدام به خودسوزی در اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان اسلام‌آباد غرب (۱۳۸۱-۱۳۷۶) ، *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، سال نهم، شماره اول، صص ۳۶-۲۶.

استراس، ا. و کوربین، ج. (۱۳۹۵). *مبانی پژوهش کیفی، فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای*، ترجمه ا. افشار. تهران: نشر نی.

استراس، ا. و کوربین، جی. (۱۳۹۴). *اصول روش تحقیق کیفی، نظریه مبنایی، رویه‌ها و شیوه‌ها*. ترجمه ب. محمدی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

اسماعیل‌نیا، طاهره؛ فرامرزی، محبوبه؛ موسوی، شکوفه و گلفام شمسی (۱۳۸۴). بررسی اقدام به خودکشی در زنان شهرستان بابل، مجله دانشگاه علوم‌پزشکی بابل، سال هفتم، شماره ۲، صص ۶۲-۵۸.

اعزازی، ش. (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی خانواده*. تهران: نشر روشنگران مطالعات زنان.

افراسیابی، ح. و دهقانی امرود، ر. (۱۳۹۶). بازنمایی خانواده‌ی نابسامان از نگاه زنان درگیر طلاق در شهر یزد، *جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی*، شماره‌ی ۱۰، ۲۱۱- ۲۳۰.

ایار، علی (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر خودکشی در شهرستان دره‌شهر، مجموعه *مقالات همایش ملی خودکشی، علل، پیامدها و راهکارها*، صص ۵۸-۴۵.

ایمان، م. (۱۳۹۱). *روش‌شناسی تحقیقات کیفی*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

ایمان، م. (۱۳۹۱). *فلسفه روش تحقیق در علوم انسانی*، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

ایمان، محمدتقی (۱۳۹۱). *روش شناسی تحقیقات کیفی*. چاپ اول. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

آریان، عاطفه (۱۳۸۹). معرفی روش تحقیق کیفی- نظریه‌ی مبنایی، *کتاب ماه علوم اجتماعی*، شماره‌ی ۲۵، ۹۵-۸۶.

ایمان، محمدتقی؛ نوشادی، محمدرضا(۱۳۹۰). تحلیل محتوای کیفی. *عیار پژوهش در علوم انسانی*. شماره ۶، ۱۵-۴۴.

ببی، ا. (۱۳۸۱). *روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی (نظری-عملی)*، ترجمه ر.فاضل، تهران: انتشارات سمت.

براتوند، فرشته و شهلا مهری‌بابادی (۱۳۹۰). خودکشی یک معضل اجتماعی و پرخطر روبه‌رشد، *مجله اصلاح و تربیت*، سال دهم، شماره ۱۱۷، صص ۱۳-۷.

بنی‌فاطمه، ح.، عباس‌زاده، م. و حکمت، ع. (۱۳۹۰). تبیین تأثیر خشونت بر گرایش به خودکشی: مطالعه موردی دختران و زنان ۵۰-۱۵ ساله‌ی پیرانشهر، *نشریه‌ی دانشکده‌ی علوم انسانی و اجتماعی*، سال ۱۴، شماره‌ی ۳۵-۳۴، ۵۴-۲۷.

پیکهارت، ک. (۱۳۸۳). *کلیدهای پیشگیری و مقابله با اعتیاد در نوجوان و جوان*، ترجمه‌ی م. هومان، تهران: انتشارات صابرین.

تایلر، اس (۱۳۷۶). *جامعه‌شناسی خودکشی*. ترجمه علی موسی‌نژاد. چاپ اول. انتشارات اصفهان.

جمشیدزاده، فرخ‌لقا؛ رفیعی، حسن؛ یاسمی، محمدتقی؛ رحیمی، سید علی‌سینا و کمال اعظم (۱۳۸۲). "روند خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام"، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال سوم، شماره ۱۲، صص ۳۴۶-۳۲۶.

جمشیدیها، غ. و قلی‌پور، س. (۱۳۸۹). مدرنیته و خودکشی زنان و دختران لک، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، شماره‌ی ۱، ۱۰۶-۷۹.

چلبی، مسعود و مهدی امیرکافی (۱۳۸۳). تحلیل چند سطحی انزوای اجتماعی، *مجله جامعه‌شناسی*، دوره پنجم، شماره ۲. صص ۳-۳۱.

حسین‌پور، م.، غفاری، م. و مهرابی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۸۳). بررسی علل اقدام به خودکشی نوجوانان ارجاع شده به بیمارستان گلستان اهواز در سال ۸۰-۷۹، *مجله‌ی علمی پزشکی اهواز*، ۴۱، ۳۰-۲۴.

حکمت، خ.، مرتضوی، ا.، حقیقی، م. و حسینی، ف. (۱۳۹۴). بررسی شیوع و شدت افکار خودکشی در زنان تحت همسر آزاری مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی اهواز در سال ۹۱، *فصلنامه‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل* ۱، ۸، ۱۱-۱.

حیدری، ا. و رسائی‌پور، ک. (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی و روان‌شناختی مؤثر بر گرایش به خودکشی: نمونه‌ی موردی زنان ۱۶ تا ۴۰ ساله شهر یاسوج، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، دوره‌ی ۴، شماره‌ی ۲، ۲۳۳-۲۰۹.

خزایی، ح. و پرویزی‌فرد، ع. (۱۳۸۲). بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ارزیابی وضعیت روانی اقدام‌کنندگان به خودکشی، *بهبود فصلنامه‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۷، ۳، ۵۱-۴۲.

خسروی، ز. و خاقانی‌فرد، م. (۱۳۸۳). بررسی رابطه همسرآزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر در زنان شهر تهران، *مطالعات زنان*، سال ۲، شماره‌ی ۶، ۱۱۳-۹۹.

دورکیم، امیل (۱۳۷۸). خودکشی. ترجمه نادر سالارزاده امیری. تهران: انتشارات علامه طباطبایی.

دیلینی، ت.(۱۳۹۴). *نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی*، ترجمه‌ی صدیقی، ب. و طلوعی و، تهران: نشر نی.

ریتزر، جرج (۱۳۷۹). *نظریه‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر*. ترجمه محسن ثلاثی. تهران: انتشارات علمی.

رئیس دانا، ف. (۱۳۸۰) *بررسی‌هایی در آسیب‌شناسی اجتماعی ایران*، تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.

ساراسون، ایرون‌جی و باربار ساراسون (۱۳۸۲). *روان‌شناسی مرضی*. ترجمه بهمن بخاریان. تهران: انتشارات رشد.

ساروخانی، ب. (۱۳۷۰). *دایره المعارف علوم اجتماعی*. چاپ اول، تهران: انتشارات کیهان.

سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۵)، *طرح پیشگیری از خودکشی در استان ایلام*. تهران: سازمان بهزیستی کشور.

سالاری‌فر، محمدرضا (۱۳۸۹). *خشونت خانگی علیه زنان: بررسی، علل و درمان*. تهران: دفتر مطالعات و تحقیقات زنان.

ستوده، ه. (۱۳۸۶). *آسیب‌شناسی اجتماعی*. چاپ هجدهم، تهران: انتشارات آوای نور.

سدیدپور، س. و سدیدپور، س. (۱۳۹۲). بررسی رابطه ابعاد توسعه‌یافتگی با مرگ (خودکشی-دیگرکشی) مطالعه تطبیقی در سطح کلان، *دوفصلنامه‌ی جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه*، سال ۲، ۹۶-۷۱.

سفیری، خ. و رضایی‌نسب، ز. (۱۳۹۵). مطالعه‌ای کیفی از پدیده خودسوزی زنان شهر ایلام، *فصلنامه‌ی علمی-پژوهشی زن و جامعه*، ۷، ۱، ۱۴۲-۱۲۳.

سهامی، س. و جلیل، س. (۱۳۹۳). مقایسه‌ی فرهنگ مردسالاری و طرحواره‌های ناسازگار در دو گروه زنان عادی و خوسوز در استان کهگیلویه و بویراحمد، *فصلنامه‌ی علمی-پژوهشی زن و جامعه*، سال ۵، شماره‌ی ۴، ۱۵۲-۱۳۱.

سیف، د. (۱۳۹۱). رابطه‌ی ابعاد خودآگاهی و احساس تنهایی با سلامت روانی دانشجویان، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره‌ی ۱۵، شماره‌ی ۱، ۴۴- ۶۳.

شاکری، ا. و جعفری‌زاده، ف. (۱۳۹۱). بررسی علل مرتبط با خودکشی‌های موفق در استان فارس، *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره ۲۲، شماره‌ی ۹۷، ۲۷۵-۲۷۱.

شایگان، فریبا (۱۳۸۳). خودکشی جرمی خاموش علیه زنان، *فصلنامه شورای فرهنگی و اجتماعی زنان*، تهران، شماره ۱۹. ۹۷-۶۹.

صدیق‌سروستانی، ر. (۱۳۸۵). *آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی)*. چاپ دوم، تهران: انتشارات آن.

صولتی، ک.(۱۳۷۹). بررسی باورهای غیرمنطقی در اقدام کنندگان به خودکشی (به روش خودسوزی) و افراد بهنجار، *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، دوره ۲، شماره‌ی ۱، ۶۰-۵۲.

ضرغامی، مهران و علیرضا خلیلیان (۱۳۸۱). خودسوزی در استان مازندران، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۴، صص ۲۴-۱۳.

ظهور، ع. و افلاطونیان، م. (۱۳۸۰). همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به اورژانس جیرفت، *فصلنامه‌ی اصول بهداشت روانی*، سال چهارم، شماره سیزدهم و چهاردهم، ۳۸-۳۱.

عارفی، م. (۱۳۸۱). بررسی میزان خودکشی در سطح استان آذربایجان غربی بین سال‌های ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ و دستیابی به برخی از متغیرهای اثرگذار بر آن، *مجله‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی*، سال ۳۲، شماره‌ی ۱، ۱۶۲-۱۴۱.

عطاری، محمدرضا و فریده حیدرلو (۱۳۷۹). بررسی اپیدمولوژیک خودکشی در استان آذربایجان شرقی طی سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۷۷، ارائه در اولین کنگره ملی بهداشت عمومی و طب پیشگیری، ۳-۱ آذرماه، کرمانشاه ۱۳۷۹.

علیزاده اصلی، ا.، فرقانی رامندی، ف.، علیرضائی، ن.، علیخانی، ح. و قدیری، ح. (۱۳۹۰). عوامل روان‌شناختی و جامعه‌شناختی مؤثر بر خودکشی در زنان شهرهای شال و دانسفهان استان قزوین، *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، دوره ۱، شماره‌ی ۳، ۹۱-۷۱.

عنایت، ح. و حسینی، م. (۱۳۹۶). *بررسی پدیده‌ی خودکشی در استان فارس، تحلیل مسائل و آسیب‌های اجتماعی کشور*، تهران: پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.

عنایت، ح. و هاشمی کتکی، ک. (۱۳۹۴). *کشف دلایل و پیامدهای خودسوزی در نظام معنایی زنان خودسوخته (مطالعه‌ی موردی زنان خودسوخته‌ی بستری در بیمارستان سوختگی شهرستان اصفهان)*، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، شیراز: دانشگاه شیراز.

عنایت، حلیمه؛ دسترنج، منصوره و فائزه سلمانی (۱۳۹۰). بررسی عوامل مرتبط با اختلافات خانوادگی، *فصلنامه علمی- پژوهشی جامعه شناسی زنان*، سال دوم، شماره ۱.

عنبری، م. و بهرامی، ا. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط باورهای فرهنگی با خودکشی در شهرستان‌های کوهدشت و پلدختر، *مطالعات امنیت اجتماعی*، شماره‌ی *۲۱، ۱۵۴-۱۲۱.*

فخاری، ع.، صمدی‌راد، ب.، اخباری‌شجاعی، م. و الفتی، ن. (۱۳۸۸). نقش پیامدهای اجتماعی و بهداشتی مهاجرت در اقدام به خودکشی مهاجرین حاشیه نشین تبریز، *مجله‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، دوره ۳۱، شماره‌ی ۲، ۷۲-۶۵.

فلیک، ا. (۱۳۹۱). *درآمدی بر تحقیق کیفی*، ترجمه‌ی ه، جلیلی، تهران: نشر نی.

فیلی، ع. (۱۳۸۳). بررسی جمعیت شناختی خودسوزی زنان بستری در بیمارستان قطب‌الدین شیراز، *پیک نور علوم*، شماره‌ی ۱۷، ۵۶-۶۸.

قادرزاده، ا. و پیری، ک. (۱۳۹۳). برساخت اجتماعی خودکشی: ارائه یک نظریه‌ی مبنایی، *پژوهش‌نامه‌ی مددکاری اجتماعی*، شماره‌ی ۲، ۱۱۴-۹۳.

قادرزاده، ا. و پیری، ک. (۱۳۹۳). مطالعه‌ی پدیدارشناختی اقدام به خودکشی در شهر آبدانان ایلام، *مجله‌ی جامعه‌شناسی ایران*، دوره‌ی ۱۴، شماره‌ی ۱، ۲۹-۳.

قریشی، ا. و موسوی‌نسب، ن. (۱۳۸۷). مرور سیستماتیک بررسی‌های انجام شده در زمینه‌ی خودکشی و اقدام به خودکشی، *مجله‌ی روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال ۴، ۱۲۱-۱۱۵.

کاپلان، هارولد و بنیامین سادوک (۱۳۷۰). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه نصرت الله پورافکاری. جلد ۳. تهران: انتشارات ذوقی.

کار، مهرانگیز (۱۳۷۹). *پژوهشی درباره خشونت علیه زنان در ایران*. چاپ دوم. تهران: انتشارات روشنفکران و مطالعات زنان.

کرایب، ی. (۱۳۹۴). *نظریه‌ی اجتماعی کلاسیک*، ترجمه‌ی ش.مسمی پرست. تهران: نشر آگه.

کریمی، یوسف (۱۳۷۵). *روان‌شناسی اجتماعی*، تهران: انتشارات ارسباران.

کشفی، م.، یزدان‌خواه، م.، خانی‌جیحونی، ع.، معتمدی، م.، بابایی‌حیدرآبادی، ا. و وجدانی، م. (۱۳۹۵). بررسی عوامل خطر و زمینه‌ساز اقدام به خودکشی در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز، *مجله‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۳(۴): ۶۴۳-۶۳۴.

کلدی، علیرضا و اردشیر گراوند (۱۳۷۸). "بررسی علل خودکشی در شهرستان کوهدشت"، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال دوم، شماره ۶، صص ۲۹۳-۲۷۵.

کوزر، ل. (۱۳۸۸). *زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی*، ترجمه م.ثلاثی، تهران: انتشارات علمی.

کیانی، ا.، فاتحی‌زاده، م. و قاسمی، ن. (۱۳۹۲). بررسی کیفی عوامل خانوادگی دخیل در اقدام به خودکشی، *مجله‌ی تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۱۱، ۴، ۲۵۱-۲۴۱.

کیخاونی، س.(۱۳۷۹)، بررسی شیوع خودکشی موفق و ناموفق در استان ایلام، *مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، سال ۸، ۲۸، ۱۲-۷.

کیوان‌آرا، م. (۱۳۸۴). اقدام به خودکشی به عنوان یک ابزار ارتباطی برای زنان، *تحقیقات علوم رفتاری*، شماره‌ی ۵، ۳۸-۲۹.

گود و. (۱۳۸۲). *خانواده و جامعه*، ترجمه‌ی و. ناصحی، تهران: بنگاه ترجمه و نشر کتاب.

گودرزی، م. (۱۳۸۰). تحولات جدید در فهم و درمان رفتار خودکشی، *تازه‌های روان‌درمانی*، شماره ی ۱۹ و ۲۰، ۳۵-۵۴..

گیدنز، آنتونی (۱۳۷۹). *جامعه شناسی*. ترجمه منوچهر صبوری. تهران: نشرنی.

محسنی تبریزی، ع. (۱۳۹۶). *جامعه‌شناسی بالینی، حیطه‌های مداخلاتی*، جلد دوم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

محسنی، منوچهر (۱۳۶۶). *انحرافات اجتماعی*: انگیزه‌ها و علل خودکشی. تهران: نشر مؤلف.

محمدپور، احمد(۱۳۸۳). " خودکشی پدیده‌ای اجتماعی و چند بعدی"، در: *خودکشی، مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران*، جلد چهارم، تهران: آگه.

محمدی، غ. و سعادتی، ا. (۱۳۸۳). بررسی همه‌گیرشناسی و علت‌شناسی اقدام به خودکشی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی در بین مراجعین اورژانس بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور در سال ۱۳۸۲، *فصلنامه‌ی اصول بهداشت روانی*، شماره‌ی ۲۴-۲۳، ۱۲۵-۱۱۷.

مرادی، س. و خادمی، ع. (۱۳۸۱). بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی، *نشریه‌ی پزشکی قانونی*، شماره‌ی ۲۷، ۲۱-۱۶.

مرادی، ع.، اکبری زردخانه، س.، چراغی، ف. و فولادوند، خ. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر ساختار خانواده و حمایت اجتماعی در خودکشی دانشجویان، *فصلنامه‌ی خانواده‌پژوهی*، سال ۵، شماره‌ی ۲۰، ۵۰۲-۴۸۷.

مرادی، علیرضا؛ مرادی، رحیم و احسان مصطفوی (۱۳۹۱). "بررسی میزان و عوامل مرتبط با خودکشی در شهرستان بهار"، مجله *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۱۰، شماره ۱، صص ۵۸-۵۰

مرتون، ر. (۱۳۷۶). *مشکلات اجتماعی و نظریه جامعه‌شناختی*، ترجمه ن.تولایی، تهران، امیرکبیر.

مشونیس، ج. (۱۳۹۵). *مسائل اجتماعی ۱*، ترجمه‌ی ه.نایبی، تهران: پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.

معیدفر، س. و حسن پناه، ح. (۱۳۸۹). عوامل اجتماعی مؤثر بر خودکشی جوانان استان کردستان، *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، شماره‌ی ۳، ۱۲۳- ۱۴۴

ممتاز، فریده (۱۳۸۱). *انحرافات اجتماعی*. تهران: شرکت سهامی انتشار.

موسوی، فریبا؛ سجادی، حمیرا؛ رفیعی، حسن و آوات فیضی (۱۳۸۶). "برخی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی"، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال هفتم، شماره ۲۷، صص ۷۲- ۵۳.

مولاوردی، ش. (۱۳۸۵). *کالبدشکافی خشونت علیه زنان*، تهران: حقوقدان.

مهران، ن.، بوالهری، ج.، اصغرنژادفرید، ع. و میری، م. (۱۳۸۳). ویژگی‌های روانی-اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در مقایسه با افراد عادی در بیرجند، *مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی* بیرجند، دوره ۱۱، ۳،۲۸-۲۲.

نصرالهی، ز.، لطفی، ع. و هنردوست، ع. (۱۳۹۲). عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر در اقدام به خودکشی در زنان شهرنشین کشور طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۶، *نشریه‌ی زن در توسعه و سیاست*، دوره‌ی ۱۱، شماره‌ی ۳، ۳۹۲-۳۷۷.

نعیمی، م. و حامدی، ر. (۱۳۹۲). جامعه‌پذیری و اقدام به خودکشی زنان شهرستان کلاکه در سال ۱۳۸۷، *دوفصلنامه‌ی مطالعات پلیس زن*، شماره‌ی ۱۸، ۶۹-۵۳.

نیومن و. (۱۳۹۳). *روش‌های پژوهش اجتماعی*، ترجمه‌ی فقیهی، ا. و آغاز، ع، جلد اول، تهران: انتشارات ترمه با همکاری انجمن علوم مدیریت ایران.

هورتولانوس،ر.، مشیلز، ا. و میوسن، ل. (۱۳۹۴). *انزوای اجتماعی در جامعه‌ی مدرن*، ترجمه‌ی ل. سرابی و ص. پیوسته، تهران: جامعه‌شناسان.

هولمز، رونالد.ام و استیفن‌تی. هولمز (۱۳۹۲). خودکشی، *نظریه، عمل و تحقیق*. ترجمه ضیاءافراز کنجین. چاپ اول. تهران: انتشارات جامعه شناسان.

یوسفی، هادی؛ سبحانی، قاسم و فریبا اسدی نوقابی (۱۳۸۱)." تعیین عوامل مؤثر احتمالی اقدام به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به اورژانس بیمارستان شهید محمدی بندرعباس"، *مجله پزشکی هرمزگان*، سال ششم، شماره دوم، صص ۲۰-۱۳.

منابع انگلیسی.

Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *", British Medical Journal*, 325(7355), 74.

Allmark, P. (2002). The ethics of research with children. *Nurse Researcher*:10: 7-19.

Besnard, Ph. (19۹8). "*The True Nature of Anomi*". Sociological Theory 6: pp: 91-95.

Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age-and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497-150

Campbell, E.A. (2005). "Perspectives on Self-immolation Experiences Among Uzbek Women" phd diss, *University of Tennessee*. http:// trace. Tennessee edu/utk- gradiss.

Canetto, S., D. Lester. (2002). "Love and Achievement Motives in Women's and Men's suicide Notes". *Journal of Psychology*. 136(5). pp: 573-576.

Chen, Y. Y., Park, N. S., & Lu, T. H. (2009). Suicide methods used by women in Korea, Sweden, Taiwan and the United States. *Journal of the Formosan Medical Association*, 108(6), 452-459.

Concoran, P., H.S.O. Keeley, M. Salivan, I.J. Perry. (2003). "Parasuicide and suicide in the South- west of Ireland Ir", *j-Medsci-Iui-*, 172(3).

Corbin, J., A. Strauss. (۲۰۱۵). *Grounded theory method*: Procedures, canons and evaluative procedures. Qualitative Sociology, 13-21.

Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., ... & Berhane, Y. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women. *Social science & medicine*, 73(1), 79-86.

Douglas,Jack.D(1967),"*The social meaning of suicide*",Princeton University.

Gressier, F., Guillard, V., Cazas, O., Falissard, B., Glangeaud-Freudenthal, N. M., & Sutter-Dallay, A. L. (2017). Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *Journal of psychiatric research*, 84, 284-291.

Groh, C. J., Anthony, M., & Gash, J. (2018). The aftermath of suicide: a qualitative study with Guyanese families. *Archives of psychiatric nursing*.

Kavak, F., Aktürk, Ü., Özdemir, A., & Gültekin, A. (2018). The relationship between domestic violence against women and suicide risk. *Archives of Psychiatric Nursing*.

Kõlves, K., McDonough, M., Crompton, D., & De Leo, D. (2018). Choice of a suicide method: Trends and characteristics. *Psychiatry research*, 260, 67-74.

Lin, L.J., S.S. chang, H. Tsung. (2010). BMC Public Health 2010. http:/www biomed central. com. 1471-2458.

Liu, Y., Zhang, Y., Cho, Y. T., Obayashi, Y., Arai, A. & Tamashiro, H. (2013). Gender differences of suicide in Japan, 1947–2010. *Journal of affective disorders*, 151(1), 325-330.

Mcholom, A.E., H. Macmillan, E. Jamieson. (2003). "The Relationship Between Childhood Physical Abuse & Suicidality Among Depressed Women: Results From a Community Sample", The *American Journal of Psychiatry*, Washington, Vol. 160.

Pearson, V., Phillips, M. R., He, F., & Ji, H. (2002). Attempted suicide among young rural women in the People's Republic of China: possibilities for prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), 359-369.

Pirkis, J. E., Burgess, P. M., Francis, C., Blood, R. W., & Jolley, D. J. (2006). The relationship between media reporting of suicide and actual suicide in Australia, *Social science & medicine*, 62(11), 2874-2886.

Rasul, F., D. Gunnell, S.A. Stansfeld, C.L. Hart, G. davey Smith. (2002). "Gender differences in self-reported minor mental disorder and its association with suicide". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2003) 37: pp: 457-459

Rojas, Y., & Stickley, A. (2014, February). Informal social capital in childhood and suicide among adolescent and young adult women: A cross-sectional analysis with 30 countries. *In Women's Studies International Forum*, 42, 1-8, Pergamon.

Saaiq, M., B. Ashraf. (2014). w ww. Wjps. ir/ Vol.5/ No.2/ July 2014.

Sarafino, E.P. (1998). "*Health Psychology*". Third Edition, New York, John Wiley & Sons.

Smith, N. D. L., & Kawachi, I. (2014). State-level social capital and suicide mortality in the 50 US states. *Social Science & Medicine*, 120, 269-277..

Sun, L., & Zhang, J. (2017). Gender differences among medically serious suicide attempters aged 15–54 years in rural China. *Psychiatry research*, 252, 57-62.

Vandivort, D. S., & Locke, B. Z. (1979). Suicide ideation: its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide and life-threatening Behavior*, 9(4), 205-218.

White, R. (1963). Ego and reality in psychoanalytic theory: A proposal regarding independent ego energies. *Psychological Issues*, 3, 125-150.

Word Health Organisation. Suicide Preven on(SUPRE). [cited 2008 Oct 25]. Available from: URL: http:// www. WHO. int/ mental- health/ prevention/ Suicide/ Suicide prevent/ en./

Zhang, J., Wieczorek, W. F., Conwell, Y., & Tu, X. M. (2011).Psychological strains and youth suicide in rural China. *Social science & medicine*, 72(12), 2003-20١٠

استان فارس
موسسه همیار سلامت روان
ندای زندگی بلغان لارستان
تحت نظارت بهزیستی استان فارس