



Suicide Attempt in Women's Meaning System in Shiraz City: A qualitative research

Halimeh Enayat^{✉1}  | Soulmaz Kavianifar² 

¹. Corresponding Author, Professor of Sociology, Department of Social Sciences, Faculty of Economics & Social Science, Shiraz University, Shiraz, Iran; E-mail: henayat@rose.shirazu.ac.ir

². Master of Women Studies, Department of Social Sciences, Faculty of Economics & Social Science, Shiraz University, Shiraz, Iran; E-mail: s.kavianifar90@gmail.com

Article Info

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 2024 - 11 - 14

Received in revised form:
2024 - 12 - 24

Accepted: 2025 - 3 - 17

Published online: 2025-3-19

Keywords:

Suicide Attempt, Women,
Social Exclusion, Capability
Poverty, Grounded Theory.

ABSTRACT

The purpose of this study was to study the Context, reasons and consequences of suicide attempt in the meaning system of women in Shiraz city. For this purpose, the qualitative approach and grounded theory method have been used. The participants of this study were 14 women who had suicidal attempts and were selected using purposive and theoretical sampling. The data were collected through a deep interview. For data analysis, the three-step continuous analysis of Strauss and Corbin was used. The findings included 6 main categories (violence, dysfunctional family, subculture of substance abuse, social isolation, poverty and marital conflicts) were extracted. After combining and categorizing, "the exclusion of women in the context of capability poverty" was identified as the core category and the central phenomenon of research. The consequences of suicide attempt include physical, psychological and social consequences, which have been reported in most of these women negatively. Efforts to improve the economic, cultural and social status of women in society can be effective in preventing suicide attempt.

Cite this article: Enayat, H; Kavianifar, S; (2023) Suicide Attempt in Women's Meaning System in Shiraz City: A qualitative research, *Journal of Social Problems of Iran*, 15 (2), 219-243.

<https://doi.org/10.22059/IJSP.2025.385283.671274>



© The Author(s).

Publisher: University of Tehran Press.

DOI: <https://doi.org/10.22059/IJSP.2025.385283.671274>



اقدام به خودکشی در نظام معنایی زنان شهر شیراز: یک مطالعه کیفی

حلیمه عنایت^۱ | سولماز کاویانی فر^۲

۱. نویسنده مسئول؛ استاد جامعه شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران، رایانامه: henayat@rose.shirazu.ac.ir
 ۲. ارشد مطالعات زنان، گروه علوم اجتماعی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران؛ رایانامه: s.kavianif90@gmail.com

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی	هدف از انجام پژوهش حاضر مطالعه زمینه، دلایل و پیامدهای اقدام به خودکشی در نظام معنایی زنان در شهر شیراز بوده است. به این منظور از رویکرد کیفی و روش نظریه‌ی زمینه‌ای استفاده شده است. مشارکت‌کنندگان این پژوهش ۱۴ نفر از زنانی بودند که سابقه‌ی اقدام به خودکشی داشته‌اند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌ی عمیق جمع‌آوری شدند و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم سه مرحله‌ای استراس و کوربین استفاده شده است. یافته‌های به دست آمده شامل ۶ مقوله‌ی (خشونت، خانواده‌ی نابسامان، خرده فرهنگ مصرف مواد، انزوای اجتماعی، فقر و تعارضات زناشویی) است. پس از ترکیب و تلفیق مقولات، «طرز زنان در بستر فقر قابلیت» به عنوان مقوله‌ی هسته و پدیده‌ی مرکزی پژوهش شناسایی گردید. پیامدهای اقدام به خودکشی شامل پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی بوده است که در بیشتر این زنان منفی گزارش شده است. تلاش در جهت بهبود و ارتقای وضعیت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی زنان در جامعه، می‌تواند در پیشگیری از مسائلی چون اقدام به خودکشی مؤثر باشد.
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۲۶	
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۰/۰۴	
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۶	
تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۲/۲۹	
کلیدواژه‌ها:	
اقدام به خودکشی، زنان، طرد	
اجتماعی، فقر قابلیت، نظریه‌ی	
زمینه‌ای..	

استناد: عنایت، حلیمه و کاویانی فر، سولماز (۱۴۰۳) اقدام به خودکشی در نظام معنایی زنان شهر شیراز: یک مطالعه کیفی، بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۱۵(۲)، ۲۱۹-۲۴۳. <https://doi.org/10.22059/IJSP.2025.385283.671274>



ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران. © نویسندگان.

DOI: <https://doi.org/10.22059/IJSP.2025.385283.671274>

مقدمه و بیان مسأله

یکی از علل عمده‌ی مرگ غیرطبیعی در جهان، خودکشی است و هیچ دوره‌ای از تاریخ را نمی‌توان یافت که مواردی خودکشی^۱ در آن ثبت نشده باشد، اما برخورد علمی با این پدیده به نسبت تاریخ زندگی بشری پیشینه‌ای ندارد. اولین نگرش علمی به خودکشی در سال ۱۷۳۷ به همت دی فانتن^۲ بوده است. وی برای اولین بار کلمه Suicide را در فرانسه به کار برد و در سال ۱۷۶۲ آکادمی علوم فرانسه آن را پذیرفت (اسلامی نسب، ۷۳:۱۳۷۱). امیل دورکهایم^۳ در اثر معروف خود به نام خودکشی آن را پدیده‌ای اجتماعی به شمار آورده و چنین تعریف می‌کند: «خودکشی عبارت است از هر نوع مرگی که نتیجه‌ی مستقیم یا غیرمستقیم کردار منفی یا مثبت خود قربانی است که می‌بایست چنان نتیجه‌ای به بار آورد» (دورکهایم، ۱۳۷۸: ۶).

خودکشی سومین علت مرگ و میر در جمعیت ۱۵ تا ۲۹ سال است و سازمان بهداشت جهانی^۴ تخمین زده است که هر ساله بیش از ۷۰۰ هزار نفر بر اثر خودکشی می‌میرند (۲۰۲۴، سازمان بهداشت جهانی). اهمیت این مسئله همچنین باعث شده است که روز دهم سپتامبر به عنوان روز جهانی پیشگیری از خودکشی^۵ نامگذاری شود.

در نظر بسیاری از صاحب‌نظران علوم اجتماعی، خودکشی امری اجتماعی است که برای بررسی آن باید به پدیده‌های اجتماعی دیگر رجوع کرد (احمدی و ابوترابی، ۶۴:۱۳۹۱). زیرا فرد، خانواده و جامعه یک مثلث را تشکیل می‌دهند که اختلالات رفتاری در هریک از آن‌ها سبب ایجاد آسیب‌ها و پیدایش مسائل بسیاری در جامعه می‌گردد (ستوده، ۵۴:۱۳۸۶). یکی از دلایل اصلی مطالعه‌ی مسائل اجتماعی، بهبود جامعه است. جامعه‌شناسان معتقدند بسیاری از مسائل اجتماعی را می‌توان محدود کرد ولو نتوان به‌طور کامل از میان برداشت (مشونیس، ۳۱:۱۳۹۵).

وجود خودکشی در جامعه نشانگر نابسامانی، انحراف و ناپه‌نجاری و مشکلات اجتماعی است (براتوند و مهری، ۹:۱۳۹۰). هرچه میزان خودکشی در جامعه افزایش یابد، نابسامانی‌های اجتماعی هم بیشتر می‌شود و حتی ممکن است به بحران اجتماعی هم منتهی گردد. خودکشی جوانان باعث از بین رفتن سرمایه‌های انسانی جامعه می‌شود، با خودکشی سرپرست یا مادر خانواده تعداد افراد بی‌سرپرست جامعه افزایش می‌یابد که همین مسئله، نرخ انحرافات و بزهکاری‌ها را در جامعه افزایش می‌دهد (شایگان، ۱۳۸۲: ۹۰-۸۹).

رئیس گروه دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی سازمان بهزیستی درباره وضعیت آمار خودکشی در ایران بیان کرده است طبق خلاصه سالنامه پزشکی قانونی در سال ۹۸، ۵۱۴۳ نفر خودکشی کامل داشتند که از این تعداد ۳۶۲۶ نفر از آنها مرد و ۱۵۱۷ نفر از آنها زن بودند، این درحالیست که در سال ۹۷ طبق این گزارش، ۵۱۰۱ نفر بر اثر خودکشی کامل فوت کردند (ایسنا، ۱۳۹۹).

در ایران، استان فارس یکی از استان‌هایی است که به لحاظ اقدام به خودکشی جزء پنج استان اول کشور محسوب می‌شود. میزان اقدام به خودکشی در کل کشور ۱۰۶ در صد هزار نفر است، درحالی‌که در استان فارس این میزان ۱۱۵ در صد هزار نفر است که رقم بالاتری را نسبت به نرخ کشوری نشان می‌دهد و نشانگر این است که خودکشی در استان فارس وضعیت نگران‌کننده‌ای دارد (عنایت و حسینی: ۳۹۶: ۳۱۹). در شهر شیراز نرخ اقدام به خودکشی میزانی بالاتر از میانگین استانی را نشان می‌دهد. آمارها نشان می‌دهد

1. Suicide

2. De Funten

3. Durkheim

4. World Health Organization

۵. World Suicide Prevention Day

که میزان خودکشی در شهر شیراز در سال ۱۳۹۱ زیر حد میانگین استان بوده است اما در سال ۱۳۹۴ بالاتر از حد میانگین استانی را نشان می‌دهد. این بدان معنا است که در فاصله‌ی سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۴ خودکشی در این شهر افزایش داشته است (عنایت و حسینی: ۱۳۹۶: ۳۲۱).

مدیرکل امور اجتماعی وزارت کشور نیز با اشاره به تحقیقات کشور اعلام کرده است که زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی کرده‌اند و علت اصلی آن را اختلافات خانوادگی و باورهای متضاد زنان و مردان در زندگی مشترک دانسته است (خسروی و خاقانی‌فر، ۱۳۸۳: ۱۱۱-۱۰۹). پرداختن به مسائل زنان و وضعیت آنان در جامعه از اهمیت بالایی برخوردار است. چراکه از طرفی تقریباً نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند و از طرف دیگر نقش غیر قابل انکاری در ثبات خانواده و حفظ بهداشت روانی افراد جامعه دارند (فیلی، ۱۳۸۶: ۵۷). بنابراین برای تقلیل میزان خودکشی و کاستن از آثار نامطلوب آن، شناخت مسائلی که منجر به اقدام به خودکشی می‌شود، دارای اهمیت و ارزش فراوان است.

با توجه به آمارهای منتشر شده، خودکشی و اقدام به خودکشی در جامعه‌ی ایران در حال افزایش است. مطابق نظر صاحب‌نظران علوم اجتماعی خودکشی و اقدام به آن بیش از اینکه مسئله‌ای فردی باشد، مسئله اجتماعی محسوب می‌شود و بیانگر نابسامانی در نظام اجتماعی جامعه است. از آنجا که ایران کشوری در حال گذار معرفی می‌شود، تغییرات رو به رشد و تضادهای شدید بین باورهای سنتی و واقعیت‌های اجتماعی انگیزه‌ی خودکشی را در افراد بالا برده است و به‌نوبه‌ی خود به افزایش آسیب‌های اجتماعی در جامعه دامن زده است. اکثر مطالعات انجام‌شده در زمینه‌ی خودکشی بیانگر این است که هرچند آمار خودکشی منجر به فوت در بین مردان بیش تر است اما زنان همواره بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند؛ بنابراین با توجه به این واقعیت و نقش مهم و تأثیرگذار زنان در حیات اجتماعی جامعه، مطالعه‌ی اقدام به خودکشی در نظام معنایی زنان، برای کشف واقعیت‌ها، دلایل و پیامدهای آن ضروری به نظر می‌رسد. 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 موقعیت زنان و افزایش آگاهی و توانمندی آنان در جامعه‌ی ایران نیاز است که با دیدگاهی علمی به بررسی وضعیت و مسائل آنان در اجتماع پرداخت. حال سوال اساسی این است که زنان تحت چه شرایطی اقدام به خودکشی می‌کنند؟ اقدام به خودکشی چه پیامدهایی برای زنان دارد؟ بسترهای مشترک در بین زنان اقدام‌کننده به خودکشی کدامند؟ عوامل مداخله‌گر کدامند؟ و زنان از چه روش‌هایی برای اقدام به خودکشی استفاده می‌کنند؟

پیشینه پژوهش

هنری و شورت^۱ در یکی از مطالعات خود درباره‌ی میزان‌های خودکشی، متوجه شدند که میزان خودکشی و قتل عمد در دوره‌های کساد اقتصادی افزایش می‌یابد. آنها مسئله را چنین تبیین می‌کنند که خودکشی و قتل عمد، هر دو اعمالی پرخاشگرانه‌اند؛ پرخاش در خودکشی متوجه خود فرد است، حال آنکه در قتل عمد متوجه فرد یا افراد دیگر (تایلر، ۱۳۷۶: ۲۷-۲۶).

پژوهش پیرسون و فیلیس (۲۰۰۲) در مورد اقدام به خودکشی در میان زنان روستایی چین نشان داده است بیشتر آنها متأهل، کم سواد و مقید و محصور هستند و فرهنگ آنها صحبت کردن در مورد مشکلات فردی با افراد بیرون از خانواده را تشویق نمی‌کند. دوریس و همکاران (۲۰۱۱) اولویت دادن به مسئله‌ی خشونت در راهبردهای کاهش خودکشی برای زنان را به دلیل شیوع بالای

افکار خودکشی و اقدام به خودکشی و ارتباط قوی آن با خشونت علیه زنان ضروری دانسته اند. نتایج پژوهش کاواک و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داده است که با افزایش نرخ بروز خشونت در زنان، خطر خودکشی در آنها نیز افزایش می‌یابد.

چین یکی از معدود کشورهایی است که نرخ بالای خودکشی زنان در سراسر دنیا را گزارش کرده است. نتایج مطالعه سان و ژانگ (۲۰۱۷) نشان داده است اقدام به خودکشی زنان در مقایسه با مردان، به‌طور عمده تحت تأثیر عوامل اجتماعی بوده است و عوامل اجتماعی به‌طور بالقوه نقش محکمی در اقدام به خودکشی زنان چینی ساکن روستا ایفا کرده‌اند. همچنین مطالعه روجاس و استکلی (۲۰۱۴) نیز نشان داده است فقدان سرمایه‌های اجتماعی غیررسمی همواره با افزایش نرخ خودکشی زنان جوان در اروپا و آمریکای شمالی معاصر مرتبط بوده است.

وایس و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه ای بر روی افکار خودکشی و اقدام به خودکشی زنان در معرض خطر دریافتند بیشترین عوامل مرتبط به افکار خودکشی مربوط به افسردگی و استرس است و فراوانی افکار خودکشی، سابقه خانوادگی افسردگی و تجربه خشونت با اقدام به خودکشی در ارتباط است؛ همچنین آسیب دوران کودکی و خشونت خانگی/اجتماعی خطر اقدام به خودکشی در زنان را افزایش می‌دهد. یونس و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعه خود دریافتند که زنان جوان عراقی از روش‌های بالقوه کشنده ای چون خودسوزی استفاده می‌کنند که پیامد افسردگی و خشونت خانگی و اجتماعی در بین آنها است. این پژوهش یکی از مؤلفه‌های کلیدی در پیشگیری از خودکشی را بهبود دسترسی و افزایش کیفیت خدمات بهداشت روانی و اجتماعی می‌داند.

یافته‌های مطالعات داخلی 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 و بالاترین میزان خودکشی مربوط به زنان خانه‌دار و افراد محصل بوده است (عارفی ۱۳۸۱). همچنین خودکشی بین باسوادها بیشتر از بی‌سوادها، در شهر بیش از روستا، در میان زنان خانه‌دار و در طبقات پایین بیشتر از بقیه افراد و خودکشی‌های ناشی از اختلافات خانوادگی بیش از علل دیگر و خودکشی با آتش بیش از سایر وسایل بوده است (کلدی و گراوند؛ ۱۳۸۱؛ مهران و همکاران ۱۳۸۳).

بیشترین علل اقدام به خودسوزی در زنان متأهل، خشونت خانوادگی و مشکلات زناشویی بوده است و اغلب زنان مورد مطالعه جوان، کم‌سواد، خانه‌دار و کم درآمد بوده‌اند (امیرمردادی و همکاران ۱۳۸۴). از بین خشونت‌ها، خشونت روانی بالاترین همبستگی را با تمایل به افکار خودکشی داشته است (خسروی و خاقانی‌فرد، ۱۳۸۳؛ بنی‌فاطمه و همکاران، ۱۳۹۰).

کیوان‌آرا (۱۳۸۴) اذعان داشته است افرادی که از بیشینه دارویی استفاده می‌کنند از یک گروه فاقد قدرت می‌آیند و می‌کوشند به وسیله‌ای این سیستم ارتباطی، بر دیگران کنترل پیدا کنند و در ایفای نقش بیمار و بیشینه دارویی، وسیله‌ای ارتباطی است برای بعضی زنان تا بدینوسیله بر مردان برای تأمین نیازهای خود اعمال فشار نمایند. بر اساس یافته‌های عنبری و بهرامی (۱۳۸۹)، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر خودکشی فقر، بیکاری و اعتیاد، اختلاف فرهنگی بین نسلی، 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؛ زنان و جوانان بیشترین قربانیان خودکشی بوده‌اند.

نتیجه مطالعه جمشیدیه و قلی‌پور (۱۳۸۹) در بررسی تفسیری خودکشی زنان و دختران لک، نشان می‌دهد که پرورش بر اساس آموزه‌های مدرن و تقابل نسل جدید با نسل قدیم و اعمال فشار و کنترل سنت گرایانه نسبت به این نسل به تجربه بی‌قدرتی در تعیین سرنوشت انجامیده و باعث شده است که تعدادی از زنان و دختران در نتیجه احساس بی‌قدرتی در تعیین سرنوشت به خودکشی به عنوان یک راهکار روی بیاورند. همچنین پژوهش کیفی قاسمی و همکاران (۱۴۰۰) در خصوص خودکشی زنان ایلامی نیز بر تجربه

مدرنیته بی‌قواره به عنوان منشأ آسیب‌های اجتماعی مانند اقدام به خودکشی زنان تاکید دارد. مطالعه قادرزاده و پیری (۱۳۹۳) نشان داده است که اقدام‌کنندگان به خودکشی انواع گوناگونی از طرد اجتماعی را در محیط زندگی خود تجربه نموده‌اند. عنایت و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای کیفی به موضوع خودکشی زنان به روش خودسوزی پرداخته‌اند. یافته‌های این مطالعه ۶ مقوله عمده (خشونت، ناسازگاری و تعارضات زناشویی، نبود سرمایه اقتصادی-اجتماعی، اختلاف در شبکه خویشاوندی، سوء مصرف مواد مخدر و انزوای اجتماعی) را شناسایی کرده است و عدم توانمندی زنان را از اصلی‌ترین دلایل اقدام به خودسوزی شناخته است. مطالعه رحمانی و همکاران (۱۴۰۲) در خصوص خودکشی زنان و دختران منطقه دیشموک نیز به پنج مقوله اصلی: عدم آگاهی و مهارت مدیریت زندگی؛ عدم رضایت از زندگی خصوصی؛ رسیدن به احساس بن‌بست در زندگی اجتماعی و زمینه‌های شخصیتی دست یافته است.

به علت بالا بودن نرخ جهانی اقدام به خودکشی زنان در مقایسه با مردان، مطالعات بسیاری اعم از داخلی و خارجی، با تأکید خاص بر زنان انجام شده است ولی بیشتر مطالعات به روش کمی و توصیفی بوده است و موارد انگشت‌شماری از این مطالعات از رویکرد کیفی و به‌طور خاص روش نظریه‌ی زمینه‌ای برای درک علت و پیامدهای خودکشی بهره برده‌اند. علاوه بر این تحقیقات همواره به دلایل و علت اقدام به خودکشی پرداخته‌اند و از پرداختن به پیامدهای آن برای فرد بازمانده‌اند، در حالی که پرداختن به پیامدهای اقدام به خودکشی و ارائه‌ی راهکارهایی در جهت بهبود شرایط می‌تواند در پیشگیری از خودکشی مجدد مؤثر باشد.

چارچوب مفهومی

با توجه به اینکه پژوهش پیش رو از رویکرد کیفی و روش نظریه‌ی زمینه‌ای بهره جسته است، بنابراین چهارچوب نظری وجود ندارد و پژوهشگر در این روش بر خلاف پژوهشگران اثبات گرا و کمی گرا بدون استفاده از نظریه و فرضیه وارد میدان تحقیق می‌شود و نظریه‌ها صرفاً جهت آشنایی با مبانی نظری موضوع پژوهش و ایجاد حساسیت نظری است. در این پژوهش نظریه‌های خودکشی دورکیم، نظریه فشار ساختاری مرتون، رهیافت تفسیری داگلاس و جاکوبز و نظریه فمینیسم مورد توجه قرار گرفته است. دورکیم استدلال می‌کرد که روندهای انحرافی و آسیب‌شناختی در جامعه‌ی امروزی را باید برحسب عدم پیوستگی افراد با جامعه و تنظیم خواسته‌هایشان، تبیین کرد. وی با توجه به تصور از نظم اخلاقی و اجتماعی، چهار شکل از خودکشی را متمایز کرد (تایلر، ۱۳۷۶: ۱۶)؛ که دو جفت در دوسویه‌ی یک طیف می‌باشد. در یک‌سو خودکشی نتیجه‌ی فقدان نسبی انسجام اجتماعی است و در سویه‌ی مقابل این طیف موقعیتی را داریم که قواعد اجتماعی و یا هنجارها بسیار قوی هستند و به شدت اعمال می‌شوند (کرایب، ۱۳۹۴: ۷۴-۷۵). 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، ۱۳۹۴: ۱۵۰). دورکیم در نتیجه‌گیری خود از مسئله خودکشی به مفهوم بی‌هنجاری 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 از آن‌رو پایان می‌دهد که هنجاری را شکسته، یا به قانون مورد پذیرش گردن نهاده، 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). این نوع خودکشی از دیدگاه دورکیم 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).

رابرت مرتون (۱۹۶۸) نظریه فشار ساختاری خود را بر پایه‌ی نظریه‌ی بی‌هنجاری دورکیم تعمیم داد. این نظریه، انحراف را به‌عنوان نتیجه‌ی فشارهای ساختاری که مردم را تحت فشار قرار می‌دهد، تبیین می‌کند. از دیدگاه مرتون نه تنها خودکشی بلکه انواع رفتارهای انحرافی نیز حاصل شرایط بی‌هنجاری جامعه است (ستوده، ۱۳۸۶: ۱۳۰).

داگلاس یکی از مدعیان بزرگ رهیافت تفسیری در مطالعه‌ی خودکشی است. داگلاس ضمن انتقاد از نگرش دورکیم، استدلال می‌کند که جامعه‌شناسان باید از منابع اطلاعاتی استفاده کنند که حتی‌الامکان آنها را به دنیای درونی شخصی که خود را کشته است، نزدیک کند. این منابع شامل داده‌هایی از قبیل یادداشت‌های مربوط به خودکشی، شرح‌حال و مصاحبه‌های موردی با افرادی است که اقدام به خودکشی کرده‌اند (محسنی تبریزی، ۱۳۹۶: ۲۱۶). وظیفه‌ی بعدی پژوهشگر جستجوی ابعاد یا الگوهای رایج معناست. داگلاس این‌ها را مفاهیم اجتماعی خودکشی می‌داند. او 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). جاکوبز نیز با انتقاد از دورکیم و دیگر جامعه‌شناسانی که به بررسی میزان خودکشی پرداخته‌اند؛ معتقد است که درک خودکشی صرفاً بر اساس ملاحظه‌ی دقیق چگونگی تعریف اشخاص متحر از وضعیت، می‌تواند صورت گیرد (تایلر، ۱۳۷۶: ۵۵).

رویکرد فمینیست‌های مارکسیست متفاوت است؛ مارکسیست فمینیست‌ها رفتار انحرافی را به تضادهای میان دو جنسیت مربوط می‌سازند که در اثر کشمکش‌های اقتصادی- اجتماعی معمول در جامعه‌ی مابعد صنعتی پدید آمده است؛ بدین معنی که زنان به علت زندگی حاشیه‌ای و محدود بودن در فضای خصوصی، بیشتر مرتکب جرائم جزئی و کمتر خشونت‌آمیز و خودآسیبی می‌گردند (ممتاز، ۱۳۸۷: ۱۷۷). از دیدگاه آنها کیفیت هر یک از تجارب فرد را باید نخست انعکاسی از موضع طبقاتی و سپس جنسیت او دانست (ریترز، ۱۳۸۹: ۴۸۲). همچنین احتمال اینکه زنان به دلیل بی‌قدرتی مورد آسیب واقع شوند و قربانی رفتارهای خشونت‌آمیز مردان باشند، زیاد است؛ مطابق این رویکرد، زنان بیش از مردان مورد نظارت غیررسمی واقع و خودکشی یک واکنش به فضای مقتدرانه و خشن موجود در خانواده است که خود زاییده‌ی محرومیت اقتصادی ناشی از نظام سرمایه‌داری است. (ممتاز، ۱۳۸۷: ۱۷۹).

روش پژوهش

این پژوهش از رویکرد تحقیق کیفی و روش نظریه‌ی زمینه‌ای بهره‌جسته است. جامعه‌ی هدف این پژوهش زنانی بودند که اقدام به خودکشی کرده بودند و در شهر شیراز زندگی می‌کردند. محقق در ابتدا در پی زنان متأهلی بود که به خودکشی اقدام کرده بودند زیرا فرض بر این بود که آنان اطلاعات غنی درباره‌ی موضوع دارند، اما به تدریج و همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، جامعه‌ی هدف به زنان ۱۶ سال به بالای (فارغ از مجرد یا متأهل بودن) که اقدام به خودکشی کرده بودند و حداقل سه ماه از خودکشی آنها گذشته بود، تقلیل یافت.

از این بین تعداد ۱۴ نفر با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و نمونه‌گیری نظری انتخاب گردیدند که با توجه به اشباع داده‌ها، کافی نظر رسید. با توجه به اینکه هدف مطالعه ورود به نظام معنایی مشارکت‌کنندگان در مورد مسئله‌ی اقدام به خودکشی و شناسایی دلایل زمینه‌ای آن بود، از تکنیک مصاحبه‌ی عمیق برای گردآوری داده‌ها، استفاده شد. مصاحبه‌ها بنا به صلاحدید و انتخاب مشارکت‌کننده، به‌صورت ضبط مصاحبه یا یادداشت‌برداری انجام شده است. محل انجام مصاحبه‌ها مرکز اورژانس اجتماعی شهر شیراز و مدت‌زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ دقیقه تا ۴ ساعت متغیر بوده است. همچنین برخی مصاحبه‌ها به دلیل طولانی شدن در دو نوبت صورت گرفته است.

در این پژوهش برای بررسی اعتمادپذیری داده‌ها، از تکنیک ممیزی و مقایسه‌ی تحلیلی استفاده شده است. روش مقایسه تحلیلی توسط پژوهشگر انجام شده است و روش ممیزی به این صورت که اساتید متخصص به عنوان ممیز بر مراحل انجام کار، مفاهیم و مقوله‌های به‌دست آمده و فرآیندهای کدگذاری سه‌گانه و همچنین ساخت مقوله‌ی محوری نظارت داشته‌اند. در جدول شماره ۱ مشخصات مشارکت‌کنندگان در پژوهش آمده است. لازم به ذکر است اسامی به صورت مستعار ذکر شده است.

جدول ۱- مشخصات مشارکت‌کنندگان در پژوهش

ردیف	نام نام مستعار	سن سن	تحصیلات تحصیلات	وضعیت تاهل تاهل	شغل شغل	روش اقدام به خودکشی روش خودکشی
۱	زیبا	۱۶	راهنمایی	مجرد	بیکار	مسمومیت با دارو، دار زدن، رگ‌زنی
۲	هدیه	۱۶	دانش‌آموز	مجرد	محصل	مسمومیت با دارو
۳	الهه	۲۱	دیپلم	مجرد	بیکار	پریدن از بلندی
۴	لیلا	۲۱	راهنمایی	مجرد	کارگر	مسمومیت با دارو، رگ‌زنی
۵	سارا	۲۲	راهنمایی	متاهل	خانه‌دار	مسمومیت با دارو
۶	فرشته	۲۲	دبیرستان	متاهل	خانه‌دار	مسمومیت با سم
۷	راضیه	۲۶	دیپلم	متاهل	خانه‌دار	رگ‌زنی
۸	سمانه	۲۷	راهنمایی	متاهل	کارگر	مسمومیت با دارو
۹	مژده	۳۳	راهنمایی	متاهل	کارگر	مسمومیت با دارو، گاز
۱۰	کیما	۳۴	ابتدایی	متاهل	خانه‌دار	مسمومیت با دارو
۱۱	خاطره	۳۴	راهنمایی	متاهل	کارگر	رگ‌زنی
۱۲	نگار	۳۶	راهنمایی	متاهل	کارگر	مسمومیت با دارو
۱۳	عاطفه	۳۹	ابتدایی	متاهل	خانه‌دار	مسمومیت با دارو و سم
۱۴	نجمه	۴۸	راهنمایی	طلاق گرفته	کارگر	دارو، سم، پریدن از بلندی

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۱، افراد مورد مطالعه‌ی این پژوهش ۱۴ نفر از زنانی هستند که اقدام به خودکشی کرده‌اند. بر طبق اطلاعات به‌دست‌آمده، مشارکت‌کنندگان در گروه سنی ۴۸-۱۶ سال قرار دارند و میانگین سنی آنها ۲۸ سال است؛ ۹ نفر از مشارکت‌کنندگان قومیت فارس، ۳ نفر لر، ۱ نفر ترک و ۱ نفر قومیت عرب داشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۲ نفر تحصیلات دیپلم، ۱۱ نفر زیر دیپلم و ۱ نفر محصل بودند. بیشتر مشارکت‌کنندگان مشکلات مالی و ممانعت پدر و ازدواج زودهنگام و ممانعت همسر را از دلایل بازماندن خود از ادامه‌ی تحصیل ذکر کردند. در بین مشارکت‌کنندگان ۹ نفر متاهل بودند که ۲ نفر از آنها سابقه‌ی ازدواج ناموفق داشتند و برای بار دوم ازدواج کرده بودند، همچنین ۴ نفر مجرد و ۱ نفر طلاق گرفته بودند. بیشتر آنها در سنین پایین ازدواج کرده بودند. کمترین سن ازدواج در بین آنها ۱۳ سال و بیش‌ترین سن ازدواج ۱۹ سال بود. اکثراً مشارکت‌کنندگان بیکار یا دارای مشاغل پاره‌وقت کارگری و خدمات منزل و مشاغل خانگی در کنار خانه‌داری بودند و وضعیت درآمدی آنها ضعیف بود. ۷ نفر از مشارکت‌کنندگان سابقه‌ی اقدام به خودکشی در گذشته را یادآور شدند و ۷ نفر اذعان کردند که تنها یک‌بار اقدام به خودکشی داشته‌اند. بیش‌ترین روش خودکشی در بین افراد مورد مطالعه به ترتیب مسمومیت با دارو و مسمومیت با سم، رگ‌زنی، پریدن از ارتفاع، دار زدن و مسمومیت با گاز شهری بوده است.

تحلیل یافته‌های پژوهش

این پژوهش به منظور مطالعه دلایل و پیامدهای اقدام به خودکشی در نظام معنایی زنان شهر شیراز انجام شده است؛ سؤال محوری پژوهش یعنی «زنان چرا و تحت چه شرایطی اقدام به خودکشی می‌کنند؟» بوده است و تفکیک دیگر مقوله‌ها به حوزه‌ی شرایط مداخله‌گر و پیامدی پاسخگوی دیگر اهداف و سؤالات فرعی است. پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های انجام شده در مراحل سه‌گانه‌ی کدگذاری باز، محوری و انتخابی، ۶ مقوله‌ی اصلی و یک مقوله‌ی هسته به دست آمده است. مقولات عبارت‌اند از: خشونت، خانواده‌ی نابسامان، خرده‌فرهنگ مصرف مواد، انزوای اجتماعی، فقر و تعارضات زناشویی. پس از ترکیب، مقایسه و یکپارچه‌سازی مقولات، مقوله‌ی «طرز اجتماعی زنان در بستر فقر قابلیت» به عنوان مقوله‌ی هسته شناسایی و مدل پارادایمی تحقیق ترسیم گردید.

جدول شماره ۲- مفاهیم، مقولات، مقوله‌ی هسته

مقوله هسته	مقوله اصلی	خرده مقوله	مفاهیم
طرز زنان در بستر فقر قابلیت	خشونت	خشونت جسمی	کتک زدن، شلاق زدن، لگد زدن، شکستن اعضا، چاقو کشیدن، داغ کردن، اقدام به خفه کردن، اقدام به سوزاندن، سوزاندن.
		خشونت روانی	تحقیر شدن، مورد تمسخر قرار گرفتن، بدبینی و سوءظن همسر، ناسزاگویی همسر، تهدید به کشتن زن، خیانت، کتک زدن کودک جلوی چشم مادر، کتک زدن مادر جلوی چشم کودکان، تبعیض.
		خشونت جنسی	درخواست رابطه‌ی جنسی نامتعارف، خشونت در حین رابطه‌ی جنسی، سقط جنین در اثر رابطه‌ی جنسی، رابطه‌ی جنسی در دوران عادت ماهانه و تحمیل رابطه جنسی.
		خشونت اقتصادی	پرداخت نکردن مخارج زندگی، دزدی کردن از زن، زورگیری از زن، فروش اموال زن بدون رضایت وی.
		خشونت اجتماعی	منع شدن از کار، منع شدن از تحصیل، ازدواج اجباری، کنترل شدید رفت و آمد، عدم اختیار برای خروج از منزل، قفل کردن درب خانه.
	خانواده نابسامان	از هم گسیختگی خانواده	فوت مادر، خودسوزی مادر، جدایی والدین، زندانی بودن پدر، زندانی بودن برادر، ترک خانواده توسط پدر، انحراف اخلاقی پدر، بد سرپرستی.
		خشونت و تعارض دائمی در محیط خانه	کتک زدن مادر توسط پدر، کمبود محبت از جانب مادر، کمبود محبت از جانب پدر، اختلاف با والدین، مشاجره بین اعضای خانواده.
	خرده فرهنگ	اعتیاد همسر	مصرف مواد مخدر توسط همسر، توهم و سوءظن ناشی از مصرف مواد، جمع‌گریزی همسر معتاد، ارجحیت مواد به احتیاجات خانواده.

مقوله هسته	مقوله اصلی	خرده مقوله	مفاهیم
	مصرف مواد مخدر	اعتیاد فراگیر در بین اعضای خانواده	اعتیاد پدر، اعتیاد خواهر، اعتیاد برادر، اعتیاد برادر همسر، اعتیاد دایی، اعتیاد همسرخواهر، مصرف مواد خانوادگی، اعتیاد دایی‌های همسر، اعتیاد پسرعموهای همسر.
		فقدان حمایت اجتماعی	طرد شدن از سوی مادر، طرد شدن از سوی برادر، طرد شدن از سوی فرزندان، فقدان حامی در خانواده، از دست دادن حامی، شرکت ندادن فرد در مسافرت خانوادگی.
	انزوای اجتماعی	انزوای عینی	دور شدن از روابط اجتماعی، گوشه گیری، عدم تمایل به خروج از منزل.
		انزوای ذهنی	احساس تنهایی، بی‌اعتمادی به دیگران، احساس فهمیده نشدن
		افسردگی	گریه‌های مکرر، کاهش اعتمادبه‌نفس، اضطراب شدید، استرس، اختلال خواب، افکار خودکشی، احساس ناامیدی، بی‌حوصلگی شدید، احساس خستگی.
	فقر	فقدان سرمایه فرهنگی	تحصیلات پایین فرد، کم سوادی والدین، بیسوادی والدین، ازدواج زودهنگام، فقرآموزشی.
		فقدان سرمایه اقتصادی	بیکاری همسر، بیکاری پدر، فقدان درآمد کافی، نبود امکانات اولیه‌ی زندگی، مسکن نامناسب، فقر غذایی، صدقه گرفتن، درخواست مواد غذایی از همسایه‌ها، بدهکاری سرپرست خانواده.
	تعارضات زناشویی	اختلاف با همسر	مشاجره، عدم تفاهم، فقدان عاطفه در روابط زناشویی.
		اختلاف با بستگان همسر	دخالت خانوادگی همسر، بدزبانی خانوادگی همسر، کنترل شدن از سوی خانوادگی همسر، توقعات نابجای خانوادگی همسر.

منبع: یافته‌های پژوهش

اولین مقوله اصلی به دست آمده در این پژوهش مقوله‌ی **خشنونت** است که از مقولات فرعی خشنونت جسمی، خشنونت روانی، خشنونت جنسی، خشنونت اقتصادی و اجتماعی به دست آمده است. تقریباً تمامی زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش، خشنونت را در انواع مختلف آن توسط مردان خانواده یعنی پدر، همسر، برادر و حتی فرزند پسر تجربه کرده بودند؛ اشکال مختلف خشنونت علیه زنان چنان درهم تنیده‌اند که تفکیک هر کدام از دیگری به آسانی ممکن نیست. برای مثال خشنونت جسمی همواره با درجاتی از خشنونت روانی همراه بوده است. خشنونت اجتماعی و اقتصادی گاهی در کنار هم و در راستای هم به تشدید درماندگی این زنان دامن زده‌اند؛ به این صورت که این زنان از جانب پدر یا همسر خود از مشارکت اقتصادی منع شده و درعین حال تأمین مالی نمی‌شده‌اند یا اگر شغل و در نتیجه اندک درآمدی داشته‌اند با اعمال زور و کتک از آنان گرفته می‌شده است.

فروید^۱ 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 که زنانی که اقدام به خودکشی می‌کنند خشم فروخورده‌ی خود (در اثر مواجهه با خشونت) را متوجه خود کرده‌اند.

خشونت جسمی: واضح‌ترین شکل خشونت است که اعمال صدمه و آسیب به جسم دیگری است. کدهای مفهومی به دست آمده از گزاره‌های مشارکت‌کنندگان شامل کتک زدن، شلاق زدن، لگد زدن، شکستن اعضا، چاقو کشیدن، داغ کردن، اقدام به خفه کردن، اقدام به سوزاندن و سوزاندن زنان این پژوهش توسط همسر، پدر یا سرپرست مرد آنها بود که بر خشونت دیدگی این افراد صحنه گذاشته است. خاطره ۳۴ ساله خود را قربانی خشونت همسرش می‌داند و بیان می‌کند در روزی که اقدام به خودکشی کرده است ساعت‌ها مورد ضرب و شتم قرار گرفته بود. وی می‌گوید: «اون روز خودکشی شاید چند ساعت من رو زد، وقتی از سر کار می‌اومد دق دلش رو سر من خالی می‌کرد. اون روز به ساعت کشید که من رو زد...».

زیبا ۱۶ ساله و مجرد که بعد از فوت مادر تحت سرپرستی دایی و خاله‌هایش بزرگ شده است اشاره می‌کند: «داییم منو با شیلنگ کتک می‌زد، یه بارم دارم زد، ...یا لیوان شیشه‌ای رو پرت میکرد به من، می‌خورد به سرم به کمرم...».

نگار ۳۶ ساله و متأهل دیگر نیز به کتک خوردن‌های خود از سوی همسرش و پنهان‌کاری خود اشاره می‌کند: «زیر چشمم و کل صورتم رو با کتک سیاه می‌کرد. از خونه بیرون نمی‌رفتم تا کسی نبینه».

خشونت روانی: در این پژوهش خشونت جسمی همواره با درجاتی از خشونت روانی همراه بوده است. نکته‌ی قابل تأمل این است که مشارکت‌کنندگان خشونت روانی را با تأکید بیشتری بیان می‌کردند در حالی که در مورد آسیب‌های جسمانی خود در اثر خشونت جسمی به صورت گذرا صحبت می‌کردند. این مسئله می‌تواند بر اهمیت خشونت روانی نسبت به سایر خشونت‌ها صحنه بگذارد. این مقوله از کدهای مفهومی حاصل از گزاره‌های مشارکت‌کنندگان که طیف وسیعی از ناسزاگویی و تحقیر زن و توهین به خانواده‌ی او تا تهدید به قتل، تبعیض، سوءظن و بدبینی، اجبار به نوشتن نامه اعتراف به خیانت را شامل می‌شود به دست آمده است. هم چنین کتک زدن زن جلوی چشم کودکان و سایر افراد خانواده نیز نوعی خشونت روانی است زیرا باعث می‌شود فرد احساس حقارت و شرمساری کند. کتک زدن کودکان جلوی چشم مادر نیز تحت عنوان خشونت روانی آورده شده است زیرا استفاده از کودک برای تحت فشار قرار دادن زن است و باعث احساس درماندگی و ناتوانی در زن می‌شود. در این خصوص عاطفه ۳۹ ساله می‌گوید: «با مشت زد توی دنده‌ی دخترم که از هوش رفت. منم همون لحظه بچه‌ای رو که توی شکمم بود سقط کردم و افتادم به خونریزی». و نگار ۳۶ ساله می‌گوید: «جلوی بچه‌هام کتکم می‌زد، خیلی تحقیر می‌شدم»؛ نگار همچنین در خانواده‌ی پدری خود تبعیض را تجربه کرده است. او بیان می‌کند که همه‌چیز در خانواده‌ی او برای برادرش بوده است و وی هیچ حق و حقوقی نداشته است. او اشاره می‌کند: «چون دختر بوم از ارث محروم کردن و حتی خونه‌ای که داشتیم رو به اسم برادرم زدن. حتی یارانه‌ی کل خونه رو میدادن به برادرم. وقتی هم به زور شوهرم دادن بهم جهیزیه ندادن. شوهرم همش به من می‌گفت تو زیادی بودی تو جایی نداشتی تو خونه‌ی بابات».

سارا ۲۲ ساله و متأهل می‌گوید: «یه مدت با یه خانمی بود و شوهرم کلاً من رو گذاشته بود کنار. همش جلوی مامانش و داداشش می‌گفت تو کی هستی؟ تو چی هستی؟ حرفای الکی و فحش می‌داد و تحقیرم می‌کرد، روز خودکشی هم فحشی که بهم داد و تهمت‌ی که بهم زد خیلی برام سنگین بود، همش به خانواده‌ام حرف می‌زد، بابات این‌جوریه، داداش این‌جوریه، مامانت فالانه». زیبا ۱۶ ساله و مجرد در مورد تحقیر خود توسط اعضای خانواده اش می‌گوید: «بهم سرکوفت می‌زدن...همش منو مسخره می‌کردن... منم خیلی عصبی می‌شدم».

سمانه ۲۷ ساله از ناسزاگویی، شک و بدبینی همسرش می‌گوید: «شوهرم همش حرفای بد می‌زد، به حرفایی بهم می‌زنه که آدم باورش میشه. فحش میده توی خیابون جلوی همه، اصلاً براش مهم نیست». راضیه ۲۶ ساله بیان می‌کند که مجبور به امضای نامه اعتراف به خیانت شده است. وی می‌گوید: «نامه می‌نوشت که من به شوهرم خیانت کردم و می‌گفت زیرش رو امضاء کن». خشونت جنسی: یکی از اشکال خشونت، خشونت جنسی است؛ تعدادی از مشارکت‌کنندگان به خشونت جنسی همسرانشان اشاره کردند، رفتارهایی از قبیل اعمال خشونت شدید در رابطه جنسی، رابطه جنسی غیرمتعارف و نزدیکی در دوران عادت ماهانه، تحمیل رابطه جنسی و سقط در اثر رابطه از مفاهیمی است که از مصاحبه با این زنان دریافت شده است. مژده ۳۳ ساله و متاهل از الزام و اجبار به رابطه می‌گوید: «شوهرم دستش که می‌خوره بهم خیلی عصبی میشم. همش با دعوا راضی میشدم».

عاطفه ۳۹ ساله و متأهل می‌گوید: «پاهام از شدت کتک تاول زده بود. موقع سکس کتکم می‌زد. گلومو می‌گرفت. جنون شهوت داشت. دوبار بخاطر رابطه‌ی جنسی سقط داشتم».

راضیه ۲۶ ساله روایت می‌کند: «شوهرم موقع پرپود از پشت با من رابطه برقرار کرد. قبل از اون هم پیش اومده بود که تمایل نداشتم ولی به زور با من رابطه برقرار کرده بود. ولی اون روز دیگه اوجش بود. تب و لرز شدید داشتم و رابطه به شدت وحشتناک بود. باورم نمی‌شد که این بلا رو هم داره سرم میاره، اگر رضایت نمی‌دادم، حتماً کتک می‌خورد».

خشونت اقتصادی: کدهای مفهومی که در این پژوهش از آنها مقوله‌ی خشونت اقتصادی استخراج شده عبارت‌اند از: پرداخت نکردن مخارج زندگی، دزدی کردن از زن، زورگیری از زن و فروش اموال زن بدون رضایت وی. همچنان که کیمیا ۳۴ ساله و متاهل می‌گوید: «داداشم بهم یه مقدار پول داده بود، پولارو ازم دزدید. خیلی ناراحت بودم هر چی دعوا کردم پولارو بهم پس بده، نداد و شب هم خیلی کتکم زد». سمانه ۲۷ ساله که برای تأمین هزینه‌های زندگی، کارگری و نظافت منازل انجام می‌دهد به زورگیری همسر معتادش و فروش وسایل وی و اجبار او به قرض گرفتن از دیگران اشاره می‌کند: «گفت کارت حقوق رو بده، ندادم. گفتم واسه اجاره خونه‌س. جلوی همه زد توی گوشم و کارتم رو به زور گرفت. پولارو با کتک ازم می‌گیره. مثلاً همه‌ی وسایلم رو برد فروخت، چون من خونه نبودم پولم نداشته مواد بگیره...». عاطفه ۳۹ ساله نیز به خشونت مالی همسرش و فروش وسایل منزل در غیاب وی اشاره می‌کند: «شال و کلاه می‌بافتم و پول می‌گرفتم. می‌رفتم خدمات انجام می‌دادم تو خونه‌های مردم. پولش رو می‌گرفت می‌رفت مواد می‌خرید همه‌ی طلاهامو فروخت. گردنبند یادگاری مادرم رو فروخت».

شکل دیگری از خشونت که زنان این پژوهش با آن مواجه شده بودند خشونت اجتماعی است. خشونت اجتماعی ممنوع کردن زن از ملاقات با دوستان و خانواده، حبس کردن زن در منزل تا مواردی چون جلوگیری از ادامه‌ی تحصیل و اشتغال زن را شامل می‌شود. در این پژوهش کدهای مفهومی به دست آمده از گزاره‌ها عبارت‌اند از: منع شدن از کار، منع شدن از تحصیل، کنترل شدید رفت و آمد توسط همسر، ازدواج اجباری، عدم اختیار زن برای خروج از منزل و قفل کردن درب خانه. همچنان که راضیه ۲۶ ساله از حبس شدن در خانه، کنترل تلفن و... توسط همسرش می‌گوید: «گوشیم رو چک می‌کرد. پیامام رو چک می‌کرد. در رو قفل می‌کرد، هیچوقت اجازه نداشتم خودم تنها برم بیرون...».

زیبا ۱۶ ساله نیز از مخالفت دایی‌اش (سرپرست) نسبت به ادامه‌ی تحصیل خود می‌گوید: «دیگه آخرای مدرسم بود، داییم گفت نمی‌ذارم بری مدرسه». عاطفه ۳۹ ساله نیز به مخالفت همسرش از رفت و آمد با دیگران و کنترل شدید رفت و آمدهایش می‌گوید: «به من می‌گفت جرأت نداری بدون اجازه‌ی من کسی رو دعوت کنی و هیچوقت هم اجازه نمی‌داد دعوت‌شون کنم...». او با گریه و ناراحتی زیاد از درگذشت مادرش می‌گوید و اینکه همسرش در روزهای آخر زندگی مادرش اجازه نداده است با او ملاقات و

خداحافظی کند و حتی مانع از این می‌شود که بعد از به خاک سپردن مادرش در کنار خانواده‌اش عزاداری کند. سارا ۲۲ ساله نیز نیز از عدم اختیار خود برای خروج از منزل و سخت‌گیری های همسرش می‌گوید: «من اصلاً اجازه‌ی بیرون رفتن نداشتم، آزادی نداشتم...». سارا همچنین به مخالفت همسرش با کار کردن اشاره می‌کند: «خاله ام برام کار پیدا کرد، اجازه نداد برم سر کار».

ازدواج تحمیلی یا اجباری نوعی خشونت علیه زنان است که در عین حال که می‌تواند اجتماعی باشد، به این معنا که فرد از بدیهی‌ترین حق خودش یعنی انتخاب همسر محروم می‌شود، نوعی خشونت جنسی نیز هست و همچون دیگر اشکال خشونت پیامدهای سوئی بر سلامت روان و کیفیت زندگی این زنان داشته است. ۷ نفر از مشارکت‌کنندگان این پژوهش (فرشته، نجمه، سارا، عاطفه، راضیه، کیمیا و نگار) بیان کردند که ازدواج آنها اجباری و بدون رضایت خودشان بوده است.

دومین مقوله اصلی که در این پژوهش به دست آمد، **خانواده‌ی نابسامان** است که از مقولات فرعی تعارض دائمی در محیط خانه و از هم گسیختگی خانواده به دست آمده است؛ گیدنز اعتقاد دارد که نابسامانی و تعارض در خانواده تهدیدی جدی برای استحکام جامعه و نظام اجتماعی است. گود نیز بسیاری از کژ رفتاری‌ها و ناهنجاری‌ها را با اختلال در کارکردها و وظایف خانواده و گسیختگی در فعالیت و روابط خانوادگی و بروز شرایط آنومیک ربط می‌دهد. خانواده‌ی نابسامان خانواده‌ای است که کارکرد مثبت خود را از دست داده، از هم گسیخته 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 درگیری در بین آنان باعث ایجاد تنش 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 خانواده‌ی نابسامان است. پیامدهای منفی نابسامانی خانواده بر روی زنان به واسطه‌ی جنسیتشان 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 مضاعف می‌شوند و چون مهارت‌های لازم برای رویارویی با بحران‌ها را ندارند، اقدام به خودکشی می‌کنند. اکثریت مشارکت‌کنندگان مواردی از گسیختگی و نابسامانی خانواده را گزارش کرده‌اند. نابسامانی خانواده در بستری از فقر، اعتیاد و خشونت به ازدواج‌های زود هنگام و تحمیلی منجر شده بود که نتایج این ازدواج‌ها نیز خانواده‌هایی آشفته و نابسامان و در نهایت نارضایتی و آسیب‌دیدگی در این زنان بوده است.

از هم گسیختگی خانواده: زیبا در زمان کودکی مادر خود را از دست داده است و بعد از فوت مادر و در اثر اعتیاد پدر تحت سرپرستی دایی‌ها و خاله‌های خود قرار گرفته است. پدر هدیه در زمان مصاحبه در زندان به سر می‌برد و مادر به دلیل خودسوزی فوت شده است. والدین الهه از یکدیگر جدا شده‌اند و او در حال حاضر با خواهر و مادر خود زندگی می‌کند. به گفته‌ی کیمیا پدر وی سال‌ها پیش آنها را رها کرده است و آنها تحت سرپرستی مادر خود بزرگ شده‌اند. والدین سمانه از یکدیگر جدا شده‌اند و سمانه تا زمان ازدواج تحت سرپرستی پدر بزرگ و مادر بزرگ مادری خود بوده است. لیلا به فضای متشنج خانواده‌ی خود و تأثیر آن بر اقدام به خودکشی خود اشاره می‌کند، برادر وی در زندان به سر می‌برد، خواهر وی طلاق گرفته و به خانه‌ی پدری بازگشته و پدر درگیر اعتیاد است.

الهه ۲۱ ساله و مجرد در بیان وضعیت خانواده و جدایی والدین خود می‌گوید: «جدایی پدر و مادر من یک نوع آرامش بود واسه من. توی مدرسه همش فکر می‌کردم الان بابام میاد مامانم رو بزنه الان رفتن پزشکی قانونی... وقتی هم جدا شدن با چند میلیون بدهکاری مامانم رو ول کرد». کیمیا ۳۴ ساله و متاهل در خصوص خانواده پدری خود می‌گوید: «بابام خیلی سال پیش ما رو ول کرد و رفت. ازدواج مجدد کرده بود. ازش خبر نداریم. دیگه مامانم مجبور بود خرج خودش و مارو دربیاره».

سمانه ۲۷ ساله خانواده‌ای به شدت از هم گسیخته دارد. وی می‌گوید: «تا یادم میاد مامانم پیشمون نبود، همش قهر بود به‌خاطر اعتیاد پدرم. ده سالم بود که مامانم جدا شد. مامانم ازدواج کرد بابام هم همینطور. پیش پدر بزرگ و مادر بزرگ مادریم بزرگ شدم که سیزده سالگی هم شوهرم دادن». زیبا ۱۶ ساله از خانواده‌ی خود می‌گوید: «سه ساله بودم که مامانم فوت کرد. هرسال پیش به نفر بودم به سال خاله به سال دایی. خودکشی‌های من همش اثر خانواده بود. شاید مامانم زنده بود من هرگز خودکشی نمی‌کردم».

خشونت و تعارض دائمی در محیط خانه: اکثریت مشارکت‌کنندگان این پژوهش به خشونت و مشاجره‌ی دائم در فضای خانه و بین والدین با یکدیگر و با فرزندان و فرزندان با یکدیگر اشاره می‌کردند. لیلا خانواده‌ای به شدت آشفته دارد. وی مشاجرات دائم بین اعضای خانواده، خشونت پدر در محیط خانه و زندانی بودن برادرش را از دلایل خود برای اقدام به خودکشی می‌داند. روایت لیلا ۲۱ ساله و مجرد از خانواده‌اش به این قرار است: «بابام وقتی توی خونه هست بهش پول میدیم می‌گیم بابا برو واسه خودت به دوری بن تا فقط یک ساعت از دستش راحت باشیم. قبلاً که راننده‌ی اتوبوس بود، همیشه به زن رو با خودش می‌آورد خونه. دوست دخترش رو می‌آورد خونه. می‌گفت بگید من عموتون هستم. هفت سالم بود دقیقاً، رفتم توی اتاق بابام رو لخت با به زن دیدم. الانشم مامانم گوشیش رو جواب میدی می‌بینی زنه. یکی از خواهرام رو بابام به زور شوهر داد. خواهرم فقط پونزده سالش بود که آخرشم به جدایی کشید. داداشم از چهارده سالگی به جرم سرقت مسلحانه و تجاوز به عنف زندانه و حکم اعدام اومده براش. تو خونه هر روز بحث و دعوا بود. بابام مامانم و خواهرام رو خیلی می‌زد. خیلی حرفای زشتی بهمون می‌زد. مامانم خیلی ما رو می‌زد».

سمانه ۲۷ ساله به محرومیت از محبت و توجه پدر اشاره می‌کند و می‌گوید: «محبت پدری ندیدم (گریه)». نجمه ۴۸ ساله نیز در مورد شرایط خانوادگی خود قبل از ازدواجش می‌گوید: «روابط خانوادگی مون اصلاً خوب نبود، بیست و چهار ساعت دعوا بود. با مامانم اصلاً جور نبودیم...». هدیه ۱۶ ساله و مجرد می‌گوید: «خانواده‌ی من همه از هم پاشیدن. من همش توی اتاقم. کم حرف می‌زنم همش توی گوشه هستم. با مادر بزرگ و بابا بزرگ و عموم دعوا داشتم همیشه».

سومین مقوله‌ی اصلی، **مقوله خرده‌فرهنگ مصرف مواد مخدر** بود. که از مقوله‌های فرعی اعتیاد همسر و اعتیاد فراگیر در بین اعضای خانواده به دست آمد؛ سابقه‌ی اعتیاد در خانواده به‌خصوص اعتیاد پدر، عامل مهمی در زوال سرمایه‌ی اجتماعی این افراد است. افرادی که پدر معتاد دارند نسبت به دیگر افراد، افسردگی و اضطراب بیشتری دارند.

اعتیاد همسر در کارکرد خانواده اختلال ایجاد می‌کند و بر بار مسئولیت‌های زن می‌افزاید. اکثر زنان متاهل این پژوهش خانه‌دار بودند ولی برای جبران بیکاری همسران معتاد خود به مشاغل خانگی روی آورده بودند. آنها به دلیل فشار کارهای منزل، مشکلات اقتصادی ناشی از بیکاری همسر معتاد، عدم رابطه صمیمانه با همسر و... مضطرب و افسرده بودند. تبعات منفی اعتیاد مردان به‌عنوان همسر یا پدر بر اقدام به خودکشی این زنان کاملاً محسوس بود.

کیمیا ۳۴ ساله و متاهل می‌گوید: «روزگار نداشتم، شوهرم میرفت از خونه بیرون ساعت دو و سه صبح میومد. میرفت خونه قوم هاش. عاشق این بود بشینه خونه قوم هاش دور هم مواد بکشن. این نبود که توی خونه پیش ما باشه، ما هم تنها نباشیم. اصلاً به فکر ما نبود... روز خودکشی دعوا شده بود سر اینکه چرا مواد میکشه، خرجی نمیده، کرایه خونه نمیده، پولارو دود می‌کنه. طلبکاراش سر به جون من کردن، طلبکاراش زنگ می‌زدن به من...».

سمانه ۲۷ ساله در خصوص اعتیاد همسر، پدر و برادر خود می‌گوید: «بابام معتاده، داداشم معتاده، شوهرم معتاد. داداشم میومد خونه، همش توی اتاق با شوهرم مواد می‌کشیدن. خیلی روم تأثیر می‌داشت. توی خیابون مردم رو می‌دیدم، حسودی نمی‌کنم ولی می‌گفتم چرا برای من نشد. بابا معتاد، داداش معتاد، شوهر معتاد. بابام قبلاً می‌خواست منو برای مواد بفروشه...».

خرده فرهنگ مصرف مواد مخدر هم‌چنین زمینه‌ساز انزوای اجتماعی است؛ **انزوای اجتماعی** که از زیر مقوله های فقدان حمایت اجتماعی، انزوای عینی و ذهنی و افسردگی مشتق شده است دارای ارتباطی تنگاتنگ با تمامی مقوله‌های به‌دست‌آمده است. انزوا از مشارکت و همدلی افراد با یکدیگر جلوگیری می‌کند. افرادی که در شرایط آسیب‌زا به سر می‌برند اگر زیر چتر حمایتی خانواده و اطرافیان و به‌طور کلی جامعه قرار نگیرند، به میزان بیشتری مرتکب اعمال انحرافی چون اقدام به خودکشی می‌شوند. فقدان حمایت اجتماعی و درعین‌حال دریافت نشانه‌هایی از طرد شدن از سوی دیگران، باعث قرار گرفتن افراد در وضعیت انزوای عینی و ذهنی و بروز حالت افسردگی و درنهایت افکار و اقدام به خودکشی می‌گردد؛ نتایج مصاحبه‌های عمیق با زنانی که اقدام به خودکشی کرده بودند نشان می‌دهد که این زنان 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 بروز کرده بود.

فقدان حمایت اجتماعی؛ خانواده یکی از منابع مهم سرمایه‌ی اجتماعی و به تبع آن حمایت اجتماعی (غیررسمی) است. یکی از عوامل مهمی که در اقدام به خودکشی زنان مورد مطالعه تاثیر داشته است، حمایت نشدن از سوی خانواده بوده است. بیشتر آنها اظهار می‌کردند که اگر حمایتگری داشتند هرگز دست به خودکشی نمی‌زدند؛ عاطفه ۳۹ ساله می‌گوید: «برادرم هم طردم کرد. پیام داد دیگه خواهری به اسم تو ندارم. برادرم منو ول کرده بود... اینجا دیگه احساس بن‌بست کردم. تنها روزنه‌ی امیدم از بین رفته بود». عاطفه همچنین بیان می‌کند که خانواده‌اش به دلیل رفتار همسرش او را از خود رانده و در مسافرت‌های خانوادگی شرکت نمی‌داده‌اند: «خانواده‌ام به‌خاطر رفتار شوهرم من رو با خودشون مسافرت نمی‌بردن می‌گفتن توی مسافرت دعوا میشه».

نجمه ۴۸ ساله و طلاق گرفته است، وی می‌گوید: «خودکشی از اولین آوارگیم شروع شد. چون واقعاً پستی نداشتم کسی رو نداشتم. پسر من بدش میاد که چرا طلاق گرفتی؟ دخترم هم میگه که زندگی من به‌خاطر طلاق تو تباه شد. بعد از فوت مادرشوهرم زندگیم خراب شد. مادرشوهرم حمایت می‌کرد فقط اون پشتوانه‌ی من بود».

راضیه ۲۶ ساله و متاهل می‌گوید اگر می‌توانست به خانه‌ی مادرش برگردد خودکشی را انتخاب نمی‌کرد. او بیان می‌کند: «من هیچ حمایتگری نداشتم. تحت سرزنش شدید خانواده‌ی خودم بودم. در حالی که خودشون باعث ازدواج من شده بودند. از شوهرم متنفر بودن نفرت رو به من هم زده بودن. روزی که می‌خواستم خودکشی کنم، یادم اومد که مادرم که مادرم بود منو توی اون شرایط ول کرد و رفت. فکر می‌کردم نه مامانم منو خواست، نه برادرهام که نیومدن پادرمیونی کنن. مادرم منو نخواست به بود می‌رفتم پیش کی...». نگار ۳۶ ساله و متاهل نیز می‌گوید: «راهی جز خودکشی ندیدم. خانوادم اجازه نمی‌دادن طلاق بگیرم و برگردم». خاطره ۳۴ ساله اشاره می‌کند که از دوران عقد با همسرش دچار اختلاف بوده و تصمیم به طلاق داشته است ولی خانواده‌اش از او حمایت نکرده‌اند: «چند بار خواستم طلاق بگیرم ولی مادرم اینا گفتن نه زشته، آبروت میره، فردا یه زن بیوه محسوب میشی. فکرشون قدیمی بود. واقعاً می‌خواستم طلاق بگیرم. نداشتم...». کیمیا ۳۴ ساله نیز اشاره می‌کند که: «اگه یه حامی درستی داشتم اگه داداشام پیشم بودن، من با این ازدواج نمی‌کردم که به اینجاها بکشه. به طلاق که فکر می‌کردم می‌گفتم کجا برم، رو سر کی برم؟ هرچی فکر می‌کردم، به هیچ جایی نمی‌رسیدم...».

مژده ۳۳ ساله نیز همانند دیگر مشارکت‌کنندگان به فقدان حمایت خانواده اشاره می‌کند: «هیچکس نبود و نیست که حمایت کنه، خواهرام هم بهتر از خودم نبودن. به طلاق فکر کردم، ولی جایی نداشتم، کسی نداشتم...».

انزوای عینی کناره‌گیری و حذف حضور شخص در مناسبات و تعاملات اجتماعی است که می‌تواند خودخواسته یا ناشی از اجبار باشد. زیبا ۱۶ ساله علی‌رغم تمایل و اشتیاق به حضور در اجتماع و ارتباطات اجتماعی، به گوشه‌گیری و انزوای ناخواسته‌ی خود اشاره

می‌کند: «همش توی خونه زندانی بودم. یا تلویزیون میدیدم یا می‌خوابیدم. نه جایی نه تفریحی همش توی خونه. به من اجازه نمی‌دادن تا دم در توی کوچه هم برم».

بیشتر اوقات این انزوا و گوشه‌گیری، ناخواسته و ناشی از اعمال محدودیت همسر، پدر و دیگر اعضای مرد خانواده بر زندگی و روابط این زنان بوده است. نکته‌ی شایان توجه این است که انزوای عینی پس از مدتی به انزوای ذهنی و احساس تنهایی، ناامیدی و بی‌اعتمادی به دیگران منجر می‌شود به گونه‌ای که فرد حتی زمانی که در جمع و روابط اجتماعی قرار می‌گیرد احساس یکی بودن با اطرافیان و اعتماد به آنها را ندارد. می‌توان انزوای عینی و ذهنی را درهم‌تنیده دانست به گونه‌ای که متقابلاً بر یکدیگر تأثیر گذاشته و گسستگی فرد را از محیط و افراد پیرامون رقم می‌زنند؛ در عین حال اگر چه احساس تنهایی ممکن است ناشی از نبود یا قطع ارتباطات فیزیکی باشد، بیشتر به کیفیت این ارتباطات اشاره دارد؛ به این معنی که افراد زمانی که حمایت و صمیمیتی در روابط خود احساس نمی‌کنند دچار انزوای ذهنی و احساس تنهایی می‌شوند. انزوایی که ممکن است در ظاهر آشکار نباشد ولی فرد آن را ادراک می‌کند و به تدریج به این دلیل که احساس می‌کند درک و حمایت نمی‌شود گوشه گیر می‌شود و حالت افسردگی پیدا می‌کند.

گزاره‌ی عاطفه، مشارکت‌کننده‌ی ۳۹ ساله و به شدت آسیب‌دیده‌ی این پژوهش به خوبی می‌تواند احساس تنهایی و انزوای ذهنی را توضیح دهد. او که از حمایت و درک شدن توسط دیگران کاملاً ناامید بوده، پنهان‌کاری در پیش گرفته و در نهایت اقدام به خودکشی کرده است، می‌گوید: «یه جوری رفتار می‌کردم که کسی نمی‌دونست زندگیم چه جوریه...» و سمانه ۲۷ ساله و متاهل در توصیف احساس تنهایی خود می‌گوید: «دوست داشتم یکی درکم کنه، همیشه میگم کاشکی یکی درکم کنه».

لیلا ۲۱ ساله و مجرد روایت می‌کند: «می‌رفتم سرکار فقط یه گوشه می‌نشستم. نه کاری انجام می‌دادم نه با کسی حرف می‌زدم. فقط کاری که وظیفم بود رو انجام می‌دادم...». زیبا نیز تنها ۱۶ سال دارد و بیان می‌کند که دیگر به کسی اعتماد ندارد: «با زن‌دایی‌هام درددل می‌کردم... زنداییم می‌رفت به داییم می‌گفت به دخترش می‌گفت. همه از اعتماد سوءاستفاده کردن. همینا منو عصبی می‌کرد».

احساس افسردگی زنان این پژوهش تا حد بسیار زیادی نتیجه‌ی فشارهای روانی است که آنان در زندگی اجتماعی و محیط خانوادگی خود تجربه کرده بودند. همانطور که پیشتر اشاره شد تمامی این زنان مورد خشونت روانی همسر، پدر و دیگر اعضای خانوادگی خود قرار گرفته بودند.

کیمیا ۳۴ ساله با توجه به مشاهدات محقق و همچنین بر طبق مفاهیم به دست آمده از مصاحبه‌ی عمیق، خلقی به شدت افسرده داشت. او برای تحمل شرایط سخت برآمده از اعتیاد و بداخلاقی‌های همسر در کلاس‌های آموزشی شرکت می‌کند اما پس از مدتی به دلیل مشکل جسمی از شرکت در کلاس‌ها بازمی‌ماند. در همین پروسه‌ی زمانی افسردگی وی تشدید و به نوعی منزوی می‌شود و اقدام به خودکشی اتفاق می‌افتد. او می‌گوید: «کلاً افسرده و داغون بودم، نه میتونستم غذا بخورم نه چیزی. زمانی که پام درد گرفت و نمی‌تونستم از خونه دربیام کلاً افسرده شده بودم شدید. روزا فقط کارم گریه کردن بود. هرکی می‌اومد دیدنم وارد خونه نشده بودن، من فقط شرشر اشک می‌ریختم. دلشوره می‌گیرم، میرم توی خوم، به هم می‌ریزم».

با توجه به اظهارات کیمیا می‌توان گفت که گروه‌های دوستی و مشارکت در کلاس‌های آموزشی به نوعی تاب‌آوری فرد را افزایش داده و از خودکشی وی پیشگیری می‌کنند. برخلاف آن، زنانی که گروه‌های دوستی و حمایت خانوادگی نداشته و پیوندهای آنان با خانواده و دوستان به‌صورت عینی و ذهنی گسسته است، به‌شدت افسرده و منزوی شده و احساس بی‌ارزش بودن می‌کنند و در معرض خطر خودکشی قرار می‌گیرند. همانگونه که از اظهارات راضیه ۲۶ ساله برداشت می‌شود: «شب قبل از خودکشیم همینجوری گریه می‌کردم. ناراحت بودم، به‌شدت عصبی بودم. شب‌ها تا صبح بیدار بودم. خواب نداشتم. همه‌ی اتفاقا رو چیدم روی هم یه آدم کاملاً

بی‌ارزش برای هیچکس مهم نبودم. هرکاری می‌کردم هیچی درست نمی‌شد. از آدمی که توی ذهنم بود، می‌خواستم چه کارهایی بکنم به چی تبدیل شده بودم. به کسی که توی خانواده‌ام ارزشی نداشتم...».

سمانه ۲۷ ساله نیز نشانه‌های افسردگی را هم در ظاهر و هم در گفته‌های خود بروز می‌دهد. افسردگی که بعد از خودکشی نیز ادامه یافته و به افکار خودکشی او دامن می‌زند: «اصلاً حوصله‌ی جایی رفتن نداشتیم، روحیه‌ام خیلی خراب بود. خیلی گریه می‌کردم». سارا ۲۲ ساله و متاهل می‌گوید: «کلاً از صبح تا شب توی خونه تنها بودم. زیاد با خودم حرف می‌زدم از تنهایی یا مثلاً سرگرمیم شده دنیای مجازی. واقعاً خیلی زیاد خسته میشم. قبل از خودکشی هم استرس شدید داشتم».

مقوله‌ی چهارم، مقوله‌ی فقر است. این مقوله متشکل از دو مقوله‌ی فرعی فقدان سرمایه‌ی فرهنگی و فقدان سرمایه‌ی اقتصادی است. مفهوم سرمایه‌ی فرهنگی نشان‌دهنده‌ی پیوند حوزه‌ی اقتصاد و فرهنگ است. از مهم‌ترین نمودهای فقر فرهنگی و فقدان سرمایه‌ی فرهنگی در خانواده می‌توان به تحصیلات پایین والدین، جلوگیری از تحصیل فرزندان دختر و ازدواج‌های زودهنگام اشاره کرد.

فقدان سرمایه‌ی اقتصادی به فقر اقتصادی، کیفیت مسکن، بیکاری و مفاهیم مرتبط به آن می‌پردازد. زنان به‌عنوان گروهی آسیب‌پذیر در برابر فقر شناخته می‌شوند، چراکه فقر آنان فراتر از فقر مادی است. پیامد فقر برای این زنان ناتوانی در حل مسائل، اضطراب و نگرانی نسبت به آینده و در نتیجه انتخاب راهکار خودکشی برای برون‌رفت از وضعیت نامطلوب بوده است. فقر در اینجا به‌مثابه‌ی بستری برای بروز اعمال انحرافی‌ای چون خودکشی عمل می‌کند.

سمانه ۲۷ ساله می‌گوید: «سیزده سالم بود عروسی کردم. دیگه نشد درس بخونم. شوهرم بیشتر وقتا توی کمپ بود مجبور بودم تو خونه‌های مردم کار کنم. درآمد زیادی نداشتیم».

سارا می‌گوید: «توی چهارده سالگی عقد کردم، همه چی خیلی زود شد. دیگه وقتی ازدواج کردم نداشتن من درس بخونم». ازدواج زودهنگام به ورود زنان به چرخه فقر می‌انجامد؛ در این پژوهش ازدواج زودهنگام و بازماندن از ادامه‌ی تحصیل منجر به فقر آموزشی و در نهایت به فقدان مهارت و اشتغال در مشاغل پاره‌وقت و کم‌درآمد انجامیده است.

مژده ۳۳ ساله، تحصیلات راهنمایی دارد و در ۱۷ سالگی ازدواج کرده است. وی در مدت زمانی که همسرش در زندان به‌سر می‌برده است خود عهده‌دار تأمین خانواده بوده است و به مشاغلی چون بسته‌بندی میوه و سبزی روی آورده است. وی می‌گوید: «نمی‌دونستم چیکار کنم. ۳۰ کیلو سبزی بلند می‌کردم، پاک می‌کردم... از صبح تا عصر سبزی پاک می‌کردم... دیدم با سبزی پاک کردن نمیشه، رفتم بسته‌بندی میوه. دخترم رو توی سرما بلند می‌کردم با خودم می‌بردم سرکار...». او که شرایط اقتصادی به‌شدت نابسامانی دارد همچنین می‌گوید: «بچه‌ی کوچیکم گریه می‌کرد که غذا می‌خوام، نداشتیم بهش غذا بدم، روم تأثیر می‌ذاشت... پول دو کورس تاکسی نداشتیم». او بیان می‌کند که بارها از همسایه‌ها برای کودکانش مواد غذایی درخواست کرده است و مواقعی که نمی‌تواند درخواست کودکانش را برآورده کند به شدت تحت فشار قرار می‌گیرد. وی که سابقه‌ی یک خودکشی ناموفق داشته است به کشتن خود و دوکودکش اقدام کرده است که ناموفق بوده است.

عاطفه ۳۹ ساله و دارای تحصیلات ابتدایی اولین بار در سن ۱۳ سالگی ازدواج کرده است؛ او به فقر غذایی، مسکن نامناسب و بیکاری همسرش اشاره می‌کند: «شوهرم کار نمی‌کرد. پول نداشتیم. هر جا خرابه بود اجاره می‌کرد... موقع بارداری دستم خالی بود و تغذیه‌ی خوبی نداشتیم... هرجایی وارد می‌شدم صندوق صدقات رو باز می‌کردن و بهم پول می‌دادن. دیگه خسته شده بودم».

لیلا ۲۱ ساله و مجرد در خصوص بیکاری پدرش می گوید: «بابام کار نمی‌کند. یارانه رو برای خودش برمیداره. هیچ وقت ما یارانه رو نمی‌بینیم».

مقوله‌ی آخر **تعارضات زناشویی** که متشکل است از دو مقوله‌ی فرعی اختلاف با همسر و اختلاف با بستگان همسر اختلاف و تعارض با همسر و اطرافیان احساس همبستگی را در افراد از بین می‌برد و باعث بروز احساس ناتوانی در تغییر وضعیت، افسردگی و اضطراب می‌شود و فرد خودکشی را به عنوان راهی برای خروج و پایان دادن به مشاجرات و درگیری‌ها برمی‌گزیند. راضیه ۲۶ ساله از نداشتن تفاهم با همسرش می‌گوید: «اون چیزی که توی ذهن من بود با اون چیزی که اون می‌گفت زمین تا آسمون فرق داشت».

سارا ۲۲ ساله ابراز می‌کند که هیچ عشق و علاقه‌ای بین او و همسرش نیست: «هیچ دوست داشتنی نبود، هیچ دوست داشتنی نبود... نه عشقی نه دوست داشتنی هیچی نبود بین ما» و خاطره ۳۴ ساله روایت می‌گوید: «شوهرم اصلاً احترام نمی‌داشت بهم به عنوان یک زن. فکر می‌کرد برده‌ام».

از دیگر عواملی که می‌تواند رابطه‌ی زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد و منجر به ایجاد اختلاف بین زوجین گردد، دخالت نزدیکان است. این دخالت‌ها به‌ویژه در زمانی که زن و مرد با خانواده‌ی همسر زندگی می‌کنند، تشدید شده و به اختلافات دامن زده است. مژده ۳۳ ساله که در اتاقی در منزل مادر همسرش زندگی می‌کند بیان کرد: «اون روز که خودکشی کردم، با مادر شوهرم دعوا شده بود، بعد که شوهرم اومد جلوی شوهرم گریه کرد و یه جوری وانمود کرد که همه‌ی تقصیرا رو انداخت گردن من. شوهرم تمام وسایلم رو شکست، کلی کتکم زد...».

خاطره ۳۴ ساله نیز از دخالت‌ها و بدرفتاری‌های خانواده‌ی همسرش می‌گوید تا جایی که با متشنج کردن شرایط منجر به خودکشی او شده‌اند: «خونه‌ی مادر شوهرم زندگی می‌کردیم. مادر شوهرم خیلی توی زندگی مون دخالت میکرد... یه روز که شوهرم از سر کار اومد خونه، نمی‌دونم چی بهش گفتن، خیلی منو زد. تمام بدنم کبود بود، دیگه دیدم نمی‌تونم هیچ کاری کنم، اونام دارن نگام می‌کنن، تحقیر شدم. رفتم توی حموم رگم رو زدم».

سمانه ۲۷ ساله نیز به بدرفتاری‌های خانواده‌ی همسرش اشاره می‌کند: «خانواده‌ی شوهرم می‌گفتن تو صاحب نداری. همه می‌گن چرا رفتین دختری که مامان بابا نداره گرفتین. توی خونه‌ی پدر شوهرم زندگی می‌کردیم. برادر شوهرم به خانواده‌ام حرف می‌زد. اون روز داشت می‌گفت داداش معتاده، دزده، شیشه می‌کشه. منم رفتم قرص خوردم».

راضیه ۲۶ ساله نیز از دخالت‌های خواهر همسرش در زندگی خود می‌گوید: «یه بار شنیدم که خواهر بزرگش پشت تلفن بهش می‌گفت اگر حامله بود کنترلش کن تا وقتی ماهش به سر بره که بچه بمونه. این اگر پاگیر بشه هیچکاری نمی‌تونه بکنه».

عوامل مداخله‌گری که در این پژوهش شناسایی شده‌اند عبارت‌اند از: محتوای فیلم، کتاب و موسیقی، سابقه اقدام به خودکشی در بین اعضای خانواده، دوستان و آشنایان و سهولت دسترسی به دارو و سموم کشنده. بیشتر این افراد شاهد اقدام و تهدید به خودکشی والدین خود در هنگام بروز بحران‌های زندگی بوده‌اند یا محتوای کتاب و موسیقی در انتخاب این استراتژی در بین آنان مؤثر بوده است.

هدیه ۱۶ ساله می‌گوید: «وقتی بچه بودم مادرم خودشو آتیش زد و مرد». زیبا و کیمیا به خودکشی دوست و همسایه اشاره می‌کنند. هدیه همچنین کلیپ‌هایی را به پژوهشگر نشان می‌دهد که موضوع همه‌ی آنها خودکشی و خودزنی است. هدیه می‌گوید: «فیلم

در مورد خودکشی تا دلتون بخواد دیدم. فیلم‌هایی که دیدم خارجی بودن و با قرص خودکشی می‌کردن...». «نجمه ۴۸ ساله می‌گوید: «اوقات بیکاری خیلی کتاب می‌خوندم کتابایی که آخرش می‌رسید به خودکشی...».

سهولت دسترسی به دارو و سموم کشنده نیز به تحقق افکار خودکشی کمک کرده است. همانگونه که مشارکت کنندگان به خیابان و مغازه‌هایی اشاره می‌کردند که به راحتی و با هزینه ناچیزی به مواد کشنده و سموم دسترسی پیدا کرده‌اند. پیامدهای اقدام به خودکشی از جانب افراد مورد مطالعه در قالب سه مقوله‌ی مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی طبقه‌بندی شده است.

مشکلات و عوارض جسمانی یکی از پیامدهایی است که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره می‌کردند؛ ریزش شدید موها، ایجاد آلرژی و مشکلات پوستی و فراموشی در بین مشارکت‌کنندگان گزارش شد.

احساس پشیمانی از عمل انجام شده یکی از پیامدهای روانی است که افراد مورد مطالعه در مورد اقدام خود گزارش کردند؛ همچنین مشارکت‌کنندگان افکار خودکشی را چه قبل از خودکشی و چه بعد از آن گزارش کردند. با این تفاوت که می‌توان گفت بعد از خودکشی افراد شجاعت بیشتری برای تحقق افکار خود به عمل خودکشی پیدا می‌کنند. این گفته‌ها می‌تواند هشدار دهد که افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند اگر تحت مراقبت‌های روانی و حمایت‌های اجتماعی لازم قرار نگیرند، مستعد خودکشی مجدد هستند. با این تفاوت که احتمال می‌رود در اقدام بعدی آنها از روش‌های خشن و غیرقابل بازگشتی استفاده کنند.

پیامدهای اجتماعی به واکنش اطرافیان خصوصاً خانواده‌ی فرد در برابر اقدام به خودکشی افراد مورد مطالعه می‌پردازد. واکنش‌ها بسیار مشابه و گاه متفاوت ابراز شده است به گونه‌ای که در طیفی از خشونت مضاعف تا بهبود موقت قرار دارند؛ منظور از خشونت مضاعف، خشونت است مضاعف بر خشونت قبل که صرفاً در اثر اقدام به خودکشی فرد اتفاق می‌افتد. همانند خشونت‌های قبل از خودکشی در اینجا نیز خشونت فیزیکی، روانی و اجتماعی از جانب زنان مورد مطالعه گزارش شده است.

راضیه ۲۶ ساله و متاهل روایت می‌کند: «شوهرم بعد از خودکشی بدبینی‌اش شدیدتر شد. شروع کرد حرفای جدید می‌زد که واسه خاطر کی خودکشی کردی؟ و...». عاطفه ۳۹ ساله و متاهل می‌گوید: «بعد بیمارستان که دوباره برگشتیم خونه باز چاقو آورد که حالا سم می‌خوری؟ مرگت به دست منه. با تیغ موکت بری داغونم کرد توی سرم می‌زد، توی گوشم می‌زد».

نجمه نیز از طرد شدن از سوی فرزندانش می‌گوید: «بعد خودکشی بچه‌هام هی بدتر شدن... همونجا توی بیمارستان منو ول کردن و رفتن».

گزاره دیگر بهبود موقت شرایط است. سارا ۲۲ ساله می‌گوید: «شوهرم همون موقع که فهمید خیلی ترسید خیلی زیاد. به زور من رو برد بیمارستان بعدش هم عذرخواهی کرد. ولی چیزی عوض نشد».

بهبود موقت شرایط در واقع نتیجه‌ی واکنش آنی و هیجانی نسبت به عمل اقدام به خودکشی فرد است؛ در واقع مسئله حل نشده و شرایط آسیب‌زا کماکان برقرار است، فقط برای مدت زمان کوتاهی در ادامه‌ی شرایط وقفه ایجاد شده است.

مقوله‌ی هسته: طرد زنان در بستر فقر قابلیت

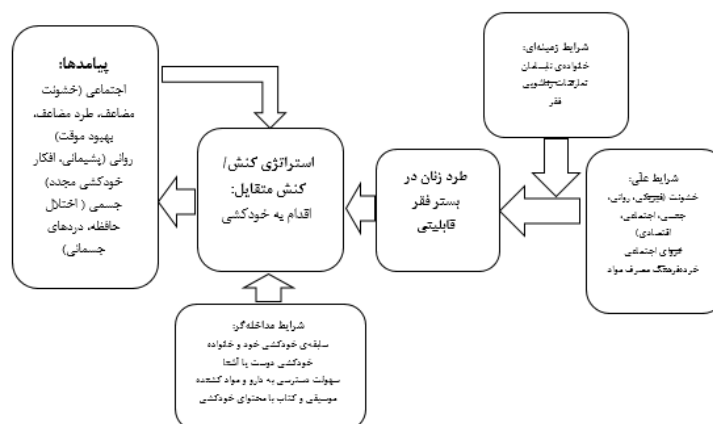
هرچند استخراج یک مقوله هسته که تمامی مفاهیم و مقولات پژوهش را به خوبی در برگیرد یک چالش جدی در روش نظریه‌مبنایی است با اینحال مقوله‌ی هسته‌ی به‌دست‌آمده از این پژوهش تحت عنوان «طرد زنان در بستر فقر قابلیت» تا حد زیادی می‌

تواند تبیین کننده اقدام به خودکشی در بین زنان مشارکت کننده این پژوهش باشد. مقوله‌ی هسته به عنوان پدیده‌ی مرکزی پژوهش شناخته می‌شود و جریان چیست و در اینجا چه می‌گذرد، «طرد زنان در بستر فقر قابلیت» است.

طرد اجتماعی راه و روش‌هایی است که در طی آن افراد از مشارکت کامل در جامعه‌ی بزرگ‌تر محروم می‌شوند و گروه‌های اجتماعی و افرادی معین از اجتماع، طرد و به حاشیه رانده می‌شوند و در نتیجه به‌سختی می‌توانند فرصت‌هایی برای بهبود شرایط خود پیدا کنند. همچنین پدیده‌ای چندوجهی است و فراتر از ابعاد مادی و کمبودهای اقتصادی بر دامنه‌ی متنوعی از محرومیت‌های اجتماعی، فرهنگی و سیاسی دلالت دارد؛ همچنین افراد ممکن است به‌طور اجباری یا اختیاری طرد را تجربه کنند؛ طرد اجباری اشاره به «دیگر بودگی» افرادی دارد که محرومیت را به خاطر جنسیت، سن، توانایی، جایگاه شغلی، ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی و نظایر این تجربه کرده‌اند

یکی از ابعاد مهم طرد، فقر شبکه‌ای یا سرمایه‌ی اجتماعی ضعیف است که افراد را از دریافت کمک‌های غیررسمی و حمایت‌های اجتماعی محروم می‌سازد. خشونت علیه زنان یکی از مسائلی است که با سرمایه‌ی اجتماعی و منابع در دسترس آنان ارتباط دارد، به این معنی که زنانی که سرمایه‌ی اجتماعی و منابع بیشتری در اختیار دارند، کمتر مورد خشونت قرار می‌گیرند و در نتیجه سلامت جسمی و روانی آنان کمتر مورد تهدید قرار می‌گیرد. خشونت‌دیدگی می‌تواند در کاهش سرمایه‌ی اجتماعی زنان مؤثر باشد. افسردگی و عدم دریافت حمایت از سوی نزدیکان در نهایت انزوای اجتماعی آنان را به وجود آورده و خانواده‌ی نابسامان، خرده‌فرهنگ مصرف مواد و فقر نیز به‌نوبه‌ی خود به عدم دسترسی به فرصت‌ها و افول و کمبود سرمایه‌ی اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در این زنان دامن زده است.

طرد اجتماعی بخشی از فقر قابلیت است و به‌شدت با موقعیت بی‌قدرتی زنان در ارتباط است؛ یعنی در اینجا فقر جلوه‌ای از سلب آزادی‌ها و توانمندی‌های اساسی است. در این شرایط و در مواجهه با طرد، افراد به شیوه‌های متفاوتی عکس‌العمل نشان می‌دهند و برای ادغام دوباره دست به انتخاب راهبردهای مختلفی می‌زنند؛ در این پژوهش زنان در مواجهه با پدیده به طردشدگی و در بستر فقرقابلیتی و احساس بی‌قدرتی و ناتوانی در تغییر شرایط، استراتژی اقدام به خودکشی را برگزیده‌اند.



شکل ۱- الگوی پارادایم اقدام به خودکشی در نظام معنایی زنان

نتیجه گیری

در راستای شناخت علل اقدام به خودکشی زنان، زمینه‌های اقدام، روش‌ها و پیامدهای اقدام به خودکشی و ورود به نظام معنایی زنانی که اقدام به خودکشی کرده بودند، این مطالعه با استفاده از روش نظریه مبنایی انجام گردید؛ حاصل تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های عمیق انجام شده با ۱۴ نفر از مشارکت‌کنندگان در مراحل سه‌گانه‌ی کدگذاری باز، محوری و انتخابی، شش مقوله محوری و پس از ترکیب، مقایسه و یکپارچه‌سازی مقولات، مقوله‌ی «طرد اجتماعی زنان در بستر فقر قابلیت» به‌عنوان مقوله‌ی هسته شناسایی شده و مدل نظری پژوهش به دست آمده است.

با توجه به یافته‌های پژوهش و مدل پارادایمی می‌توان گفت که اقدام به خودکشی زنان تحت تأثیر یک شرایط خاص رخ داده است. این شرایط در سه دسته طبقه‌بندی شده‌اند که عبارت‌اند از: شرایط علی، شرایط زمینه‌ساز و شرایط مداخله‌گر. در این پژوهش شرایط علی که به ایجاد پدیده انجامیده است عبارت‌اند از: خشونت، انزوای اجتماعی، خرده‌فرهنگ مصرف مواد؛ در حالی که خانواده‌ی نابسامان، تعارضات زناشویی و فقر بسترهای مشترک و زمینه ساز وقوع پدیده بوده است. شرایط مداخله‌گر که راهکارها را سهولت بخشیده یا محدود می‌کنند شامل سابقه‌ی خودکشی خود و خانواده، خودکشی دوست یا آشنا، سهولت دسترسی به دارو و مواد کشنده، موسیقی و کتاب با محتوای خودکشی است. تمامی این شرایط در امتداد با یکدیگر باعث شده‌اند پدیده‌ی «طرد اجتماعی زنان در بستر فقر قابلیت» به وجود آید و استراتژی زنان در مواجهه با این پدیده و به هدف ادغام دوباره، انتخاب راهکار «اقدام به خودکشی» بوده است.

اشکال مختلفی از طرد وجود دارد که یکی از این اشکال حالتی است که طرد احساس می‌شود، ولی دیده نمی‌شود؛ مورد خشونت واقع شدن از جانب افراد در محیط اجتماعی و یا در محیط خانه و از سوی اعضای خانواده به شیوه‌های مختلفی به طردشدگی این زنان انجامیده بود. زنانی که مورد خشونت قرار می‌گیرند، در واقع طرد عاطفی را تجربه می‌کنند و دلیل رفتار خشونت‌بار دیگران را در خود جست‌وجو می‌کنند و در نهایت اعتمادبه‌نفس خود را از دست داده و خودباوری را در خود می‌کشند. افرادی که دچار کمبود اعتمادبه‌نفس و خودباوری هستند، توانایی مشارکت در جامعه و محیط اجتماعی را از دست می‌دهند؛ خشونت اجتماعی و مالی به‌طور مستقیم و محسوس باعث جلوگیری از حضور زن در جامعه و کسب قابلیت و توانمندی می‌شود، اشکال دیگری چون خشونت جنسی و روانی به‌طور غیر محسوس ولی مستقیم بر پدیده‌ی طرد اثر می‌گذارند، تمامی اشکال خشونت علیه زنان آثار سوئی بر روان زن بر جای می‌گذارد و باعث می‌شود زنان در نتیجه‌ی از دست دادن عزت‌نفس و خودباوری دچار افسردگی و انزوا شوند.

مسئله فقر در بین این زنان، مانع از انجام برخی فعالیت‌ها و مشارکت اجتماعی می‌شود؛ این مسئله گاهی پیامد خشونت اقتصادی و درعین‌حال در اینجا نتیجه‌ی فقدان سرمایه‌ی فرهنگی است؛ ازدواج زودهنگام به عنوان یکی از مصادیق فقر فرهنگی، به موقعیت طردشدگی در این زنان دامن زده است، چراکه زنان در اثر ازدواج زودهنگام از تحصیل بازمانده و دانش و مهارت لازم را در زندگی کسب نکرده و در شکل‌دهی به هویت خود با مشکل مواجه می‌شوند؛ بنابراین زنی که تحصیلات زیادی ندارد، در سنین کم ازدواج کرده و یا متعلق به خانواده‌ای ازهم‌گسیخته است و تحت خشونت قرار دارد، فرصت و شانس خود را برای حضور و مشارکت در اجتماع از دست می‌دهد.

خانواده‌ی نابسامان به عنوان یکی از عوامل زمینه‌ای این افراد را از منبع اساسی و مهم سرمایه‌ی اجتماعی یعنی خانواده، محروم کرده است؛ اهمیت و جایگاه خانواده در سلامت روان افراد و نحوه نقش‌پذیری و کسب توانمندی در اجتماع غیرقابل انکار است. خرده‌فرهنگ مصرف مواد خصوصاً اعتیاد پدر و همسر که غالباً با فقر و سکونت در مناطق حاشیه‌ای و آسیب خیز همراه می‌شود، به نوبه خود موجبات طرد را فراهم می‌کند و همراه با عوامل دیگر به تشدید انزوای فرزندان و زنان این خانواده‌ها می‌انجامد.

تعارضات زناشویی علاوه بر اینکه تأثیر منفی بر روابط بین زوجین می‌گذارد، به دلیل اینکه پیش‌بینی کننده‌ی افسردگی و دیگر اختلالات روانی است، می‌تواند زمینه‌ی طرد را فراهم کند و در بستر فقدان توانمندی زنان در حل مسائل و تعارضات، منجر به انتخاب استراتژی خودکشی شود.

در چنین شرایطی زنان به دلیل زندگی خشونت‌بار، ستم‌دیدی و ناتوانی خود، حمایت لازم را از افراد خانواده و سازمان‌های اجتماعی دریافت نکرده و مضاعف بر آن به دلیل شرایط ناخواسته‌ی خود مورد سرزنش و شماتت قرار گرفته اند، آنان بیش‌ازپیش احساس تنهایی و ناامیدی کرده، دچار افسردگی و انزوا شده و در موقعیت طرد اجتماعی قرار می‌گیرند. آنها دیگر راهی برای مشارکت در جامعه نمی‌بینند و به شبکه‌های اجتماعی کارکردی نیز دسترسی ندارند که در آنجا پاسخ علایق‌شان را بیابند و اگر به لحاظ اجتماعی در نظر بگیریم، آنها هیچ نقش مهمی برای بازی ندارند (هورتولانوس و همکاران، ۱۳۹۴: ۵۷). تمامی این شرایط در بستری از فقر قابلیت رخ می‌دهد، فقری که نتیجه‌ی ساختار نابرابر، فقدان آزادی، عدم دسترسی به منابع و فرصت‌های آموزشی و در نتیجه عدم توانمندی زنان در حوزه‌های مختلف است.

در ادامه باید گفت که در انتخاب این کنش و استراتژی، شرایط دیگری نیز دخیل هستند؛ عوامل مداخله‌گری که عبارت‌اند از: محتوای فیلم، کتاب و موسیقی، خودکشی خانواده، دوستان و آشنایان و ... چراکه همان‌طور که در نظریه‌ی یادگیری اجتماعی بندورا آمده است، رفتار انحرافی آموختنی است و در فرآیند رابطه با افراد دیگر آموخته می‌شود. این زنان که از یک‌سو خود را فاقد حمایت می‌بینند و از سوی دیگر به‌تنهایی خود را قادر به بیرون آمدن و تغییر این شرایط نمی‌بینند از محتوای فیلم، کتاب و یا کنش اطرافیان که در وضعیت مشابه با خودشان قرار دارند الگو گرفته و به خودکشی اقدام می‌کنند. آنها این عمل را به این امید انجام می‌دهند که با مرگ از این موقعیت رهایی یابند و یا فریاد اعتراض آنان شنیده شود و هستی و وجود خود را که مدت‌ها نادیده گرفته شده و به نوعی نامرئی شده است به معرض نمایش بگذارند و در نتیجه شرایط آنان بهبود یابد؛ در اینجا نوع روش و چگونگی اقدام به خودکشی تا حد بسیار زیادی پژوهشگر را به هدف فرد رهنمون می‌سازد؛ به این معنی که اگر فرد با روش‌های خشن تری به این عمل اقدام کند، قصد وی رهایی از شرایط و بالعکس است. در این پژوهش بیشتر افراد با روش بیشینه دارویی به خودکشی اقدام کرده بودند.

اقدام به خودکشی به عنوان یک راهبرد که ناشی از ناتوانی و بی‌قدرتی این زنان در تغییر شرایط به نحو دلخواه است، در بیشتر موارد نه‌تنها مسئله را حل نمی‌کند، بلکه خود دست‌آویزی می‌شود تا آنها مجدداً طرد و مورد خشونت قرار بگیرند؛ اقدام به خودکشی در این شرایط، راهبردی است از روی ناتوانی که به ناتوانی بیشتری می‌انجامد؛ اما در موارد انگشت شماری اگر که در اثر اقدام بهبودی نسبی حاصل شود، ممکن است فرد این راهبرد را مجدداً و در هنگام رویارویی با مسائل دیگر نیز به کار گیرد. در عین حال در صورت عدم وقوع تغییرات مثبت و یا حتی وخیم‌تر شدن شرایط این احتمال می‌رود که فرد مجدداً این راهبرد را در جهت پایان دادن به زندگی، در پیش بگیرد تا عمل ناتمام خود را این بار با قتل خویش به اتمام برساند؛ بنابراین می‌توان گفت چگونگی پیامدهای اقدام به خودکشی بر وقوع یا عدم وقوع مجدد آن اثرگذار است.

راهکارها و پیشنهادات

به طور قطع مهم‌ترین اقدام برای کاهش خودکشی در بین زنان، توانمندسازی و ارتقای سطح مهارت و افزایش تاب‌آوری در بین آنهاست که از طرق مختلفی می‌تواند انجام بگیرد از جمله:

اصلاح و بازبینی قوانین خانواده، برگزاری کارگاه‌های آموزشی از طریق سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه‌ی خانواده، زنان و کودکان، افزایش پایگاه‌های خدمات اجتماعی و به‌تبع آن اورژانس اجتماعی در مناطق مختلف شهر و به‌ویژه مناطق حاشیه‌ای،

حمایت، مراقبت و توانمندسازی زنان و کودکان متعلق به خانواده‌های درگیر اعتیاد از طریق سازمان‌های اجتماعی دولتی و غیردولتی برای پیشگیری از رفتارهای انحرافی و برهم زدن چرخه‌ی اعتیاد و آسیب در این خانواده‌ها، سوادآموزی و ارتقای آگاهی زنان کم‌سواد و بی‌سواد بازمانده از تحصیل و درعین‌حال آموزش راه‌اندازی کسب‌وکار خانگی برای زنان خانه‌دار و سرپرست خانوار، آموزش مهارت‌های ارتباط بین فردی برای بهبود کیفیت روابط بین زوجین و درعین‌حال آموزش تاب‌آوری، شناسایی افراد اقدام کرده به خودکشی از سوی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و حمایت و مراقبت روانی از این افراد تا بهبود کامل وضعیت روانی، به‌کارگیری مددکار و روان‌شناس در مدارس برای شناسایی افراد مستعد به خودکشی و مراقبت ویژه از دانش‌آموزان دختر در معرض آسیب و ایجاد و تأسیس خانه‌های امن در شهر شیراز برای پذیرش زنان آسیب‌دیده و در معرض آسیب ضمن آموزش و توانمندسازی آنان برای ورود به بازار کار و مشارکت اجتماعی.

جلوگیری از وقوع ازدواج‌های زود هنگام با آموزش و آگاه‌سازی خانواده‌ها از طریق رسانه‌های رسمی همچون رادیو و تلویزیون و سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه‌های اجتماعی نیز راه‌کار دیگری برای تضمین سلامت روان زنان در جامعه و پیشگیری از مسائلی همچون اقدام به خودکشی است.

تسهیل شرایط آموزش رایگان برای دختران خانواده‌های کم درآمد و اختصاص کمک‌هزینه‌های تحصیلی بلاعوض به آنها در جهت کاهش پیامدهای فقر و برهم زدن چرخه‌ی فقر در این خانواده‌ها نیز می‌تواند راه‌حل مفیدی برای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی چون اقدام به خودکشی زنان در جامعه باشد.

منابع

- ابراهیمی، مهدی (۱۳۹۳). فقر درآمدی، فقر قابلیت و طرد اجتماعی: روندشناسی تحول مفاهیم در بررسی فقر و محرومیت، فصلنامه‌ی تأمین اجتماعی، شماره‌ی ۴۵، ۳۳-۵۵.
- احمدی، حبیب و ابوترابی زارچی، فاطمه (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و میزان خودکشی در استان‌های کشور، فصلنامه‌ی راهبرد اجتماعی و فرهنگی، سال ۱، ۲، ۶۳-۷۹.
- اسلامی‌نسب بجنوردی، علی (۱۳۷۱). بحران خودکشی، چاپ اول، تهران: انتشارات فردوس.
- اعزازی، شهلا (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی خانواده. تهران: نشر روشنگران مطالعات زنان.
- امیرمرادی، فرشته و همکاران (۱۳۸۴). بررسی علل اقدام به خودسوزی زنان متأهل، فصلنامه‌ی حیات، سال ۱۱، شماره‌ی ۲۵-۲۴، ۴۱-۵۰.
- براتوند، فرشته و مهری بابادی، شهلا (۱۳۹۰). خودکشی یک معضل اجتماعی و پرخطر روبه رشد. اصلاح و تربیت، ۱۰، ۱۱۷، ۱۳-۷.
- بنی‌فاطمه، حسین، عباس‌زاده، محمد و حکمت، عزیز (۱۳۹۰). تبیین تأثیر خشونت بر گرایش به خودکشی: مطالعه موردی دختران و زنان ۱۵-۵۰ ساله‌ی پیرانشهر، نشریه‌ی دانشکده‌ی علوم انسانی و اجتماعی، سال ۱۴، شماره‌ی ۳۵-۳۴، ۵۴-۲۷.
- تایلر، استیو (۱۳۷۶). جامعه‌شناسی خودکشی. ترجمه علی موسی نژاد، تهران: انتشارات اصفهان.
- تایلر، استیو. (۱۳۷۶). جامعه‌شناسی خودکشی. ترجمه علی موسی نژاد، تهران: انتشارات اصفهان.
- جمشیدی‌ها، غلامرضا و قلی‌پور، سیاوش. (۱۳۸۹). مدرنیته و خودکشی زنان و دختران لک. بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره ۱، شماره ۱.

- خسروی، زهره و خاقانی فرد، میترا (۱۳۸۳). بررسی رابطه همسرآزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر در زنان شهر تهران، مطالعات زنان، سال ۲، شماره ۶، ۹۹-۱۱۳.
- دورکیم، امیل (۱۳۷۸). خودکشی. ترجمه نادر سالار زاده امیری، تهران: نشر دانشگاه علامه طباطبایی.
- دیلینی، تیم (۱۳۹۴). *نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی*، ترجمه‌ی بهرنگ صدیقی و وحید طلوعی تهران: نشر نی.
- رحمانی، عاطفه، بدره، محسن و میرحسینی، زهرا (۱۴۰۲). پدیدارشناسی خودکشی زنان در منطقه دیشموک. زن در توسعه و سیاست، دوره ۲۱، شماره ۴.
- ریتزر، جورج (۱۳۸۹). *نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر*. ترجمه محسن ثلاثی، تهران: انتشارات علمی.
- ساروخانی، باقر (۱۳۷۰). *دایره المعارف علوم اجتماعی*. چاپ اول، تهران: انتشارات کیهان.
- سالاری فر، محمدرضا (۱۳۸۹). خشونت خانگی علیه زنان، قم: مرکز نشر هاجر (وابسته به مرکز حوزه‌های علمیه خواهران).
- ستوده، هدایت اله (۱۳۸۶). آسیب‌شناسی اجتماعی. چاپ هجدهم، تهران: انتشارات آوای نور.
- ستوده، هدایت اله (۱۳۸۶). *آسیب‌شناسی اجتماعی*. چاپ هجدهم، تهران: انتشارات آوای نور.
- شادی طلب، ژاله، وهابی، معصومه و ورمزیار، حسن (۱۳۸۴). ابعاد سیاسی، اجتماعی و اقتصادی فقر و نابرابری در ایران/ فقردرآمدی فقط یک جنبه از فقر زنان سرپرست خانوار، رفاه اجتماعی، شماره ۱۷، ۲۴۸-۲۷۷.
- شایگان، فریبا (۱۳۸۲). خودکشی زنان، جرمی خاموش علیه زنان، مطالعات راهبردی زنان، ۵، ۹۷-۶۹.
- صدیق اورعی، غلامرضا (۱۳۸۶). مسائل اجتماعی جوانان، مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- صدیق‌سروستانی، رحمت اله (۱۳۸۵). آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی). تهران: انتشارات آن.
- عارفی، مرضیه (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، شماره ۱، ۱۶۲-۱۴۱.
- عنایت، حلیمه، هاشمی کتکی، سیده ریحانه و محمدی، محمد (۱۴۰۱). بازسازی معنایی خودکشی زنان به روش نظریه زمینه‌ای (مطالعه موردی زنان خودسوخته بستری در بیمارستان سوختگی شهر اصفهان). پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی، سال ۱۱، شماره ۳۷، ۴۶-۲۱.
- عنایت، حلیمه و حسینی، مریم (۱۳۹۶). بررسی پدیده‌ی خودکشی در استان فارس، تحلیل مسائل و آسیب‌های اجتماعی کشور، تهران: پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- عنبری، موسی و بهرامی، اردشیر (۱۳۸۹). بررسی ارتباط باورهای فرهنگی با خودکشی در شهرستان‌های کوهدشت و پلدختر، مطالعات امنیت اجتماعی، شماره ۲۱، ۱۵۴-۱۲۱.
- فیلی، علیرضا (۱۳۸۳). بررسی جمعیت شناختی خودسوزی زنان بستری در بیمارستان قطب‌الدین شیراز، پیک نور علوم، شماره ۱۷، ۵۶-۶۸.
- قادرزاده، امید و پیری، کوهیار (۱۳۹۳). *برساخت اجتماعی خودکشی: ارائه یک نظریه‌ی مبنایی*، پژوهش‌نامه‌ی مددکاری اجتماعی، شماره ۲، ۹۳-۱۱۴.
- قاضی نژاد، مریم و سالوان پور، الهام (۱۳۸۷). بررسی رابطه‌ی طرد اجتماعی و آمادگی برای اعتیاد، مسائل اجتماعی ایران، سال ۱۶، شماره ۳، ۱۳۹-۱۸۰.
- کرایب، یان (۱۳۹۴). *نظریه‌ی اجتماعی کلاسیک*، ترجمه‌ی شهناز مسمی پرست. تهران: نشر آگه.

- کلدی، علیرضا و گراوند، اردشیر (۱۳۸۱). بررسی خودکشی در شهرستان کوهدشت، فصلنامه‌ی علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۲، ۶-۲۷۵.
- کیوان‌آرا، محمود (۱۳۸۴). اقدام به خودکشی به عنوان یک ابزار ارتباطی برای زنان، تحقیقات علوم رفتاری، شماره‌ی ۵، ۳۸-۲۹.
- گودرزی، محمدعلی (۱۳۸۰). تحولات جدید در فهم و درمان رفتار خودکشی، تازه‌های روان‌درمانی، شماره‌ی ۱۹ و ۲۰، ۳۵-۵۴.
- محسنی تبریزی، علیرضا. (۱۳۹۶). *جامعه‌شناسی بالینی، حیطه‌های مداخلاتی*، جلد دوم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- مرادی، سعداله و خادمی، علی (۱۳۸۱). بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی، نشریه‌ی پزشکی قانونی، شماره‌ی ۲۷، ۲۱-۱۶.
- مرتون، رابرت (۱۳۷۶). مشکلات اجتماعی و نظریه جامعه‌شناختی، ترجمه نوین تولایی، تهران، امیرکبیر.
- مشونیس، جان (۱۳۹۵). مسائل اجتماعی ۱، ترجمه‌ی هوشنگ نایی، تهران: پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- ممتاز، فریده. (۱۳۸۷). *انحرافات اجتماعی، نظریه‌ها و دیدگاه‌ها*، چاپ سوم، تهران: شرکت سهامی انتشار.
- مهران، ناهید، بوالهروی، جعفر، اصغرنژادفرید، علی اصغر و میری، محمدرضا (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.
- هورتولانوس، رولوف، مشیلز، انجا. و میوسن، لدوین. (۱۳۹۴). *انزوای اجتماعی در جامعه‌ی مدرن*، ترجمه‌ی لیلا سرابی و صادق پیوسته، تهران: جامعه‌شناسان.

- 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.
- Kavak, F., Aktürk, Ü., Özdemir, A., & Gültekin, A. (2018). The relationship between domestic violence against women and suicide risk. *Archives of Psychiatric Nursing*.
- 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.
- 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.
- Sun, L., & Zhang, J. (2017). Gender differences among medically serious suicide attempters aged 15–54 years in rural China. *Psychiatry research*, 252, 57-62.
- Weiss, Sandra J., Diana I. Simeonova, Hristina Koleva, Maria Muzik, Kristen D. Clark, Aysegul Ozerdem, Bruce Cooper, and Robert T. Ammerman. "Potential paths to suicidal ideation and suicide attempts among high-risk women." *Journal of psychiatric research* 155 (2022): 493-500.
- Younis, Maha Sulaiman, and Riyadh K. Lafta. "Suicide and suicidality in Iraq: a systematic review." *Medicine, conflict and survival* 39, no. 1 (2023): 48-62.