



<https://ssoss.ui.ac.ir/?lang=en>

Strategic Research on Social Problems in Iran
E-ISSN: 2645-7539
Vol. 11, Issue 2, No. 37, Summer 2022, pp. 21-46
Received: 02.11.2021 Accepted: 08.09.2022

Research Paper

Meaning Reconstruction of Female Suicide Using Grounded Theory: A Case Study of Immolated Women Hospitalized in Isfahan Burn Hospital

Halimeh Enayat *

Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran
Henayat@roseshirazu.ac.ir

Seyedeh Reyhaneh Hashemi Katak

Master of Women Studies, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran
srhashemi1203@gmail.com

Mohammad Mohammadi

Ph.D. Student in Sociology, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran
m2.mohammadi70@gmail.com

Introduction

Suicide and attempted suicide have been declared significant public health and an antisocial behavioral issue at the World Health Organization (WHO) Summit in 1996. In addition to personal and family losses, this phenomenon is also considered a social loss. Suicide attempts aim to consciously harm oneself when he/she becomes more anxious, aggressive, and incapable of communicating socially. According to the definition provided by WHO, suicide attempt is an activity, in which a person intentionally and without the intervention of others performs an unusual behavior, such as doing self-harm or eating a substance more than the amount prescribed for treatment and aims to achieve the changes he/she expects. The rate of suicide attempts is 10-40 times higher than suicide that leads to death, while this rate is increasing due to the complexity of interactions and communications in all human societies. Although suicide attempt is as old as human life, what has made it a problem today is a significant increase in suicide statistics, which has turned it from a personal anomaly into a social problem. Due to the condemnation of suicide in some societies, access to accurate statistics is complex and the actual number of suicide cases is not usually reported in official statistics. However, in most countries where information is available, suicide is among the top 10 causes of death in all years of life. In some countries, suicide is one of the first 3 causes of death between the ages of 15 and 34 (Hosseini, 1999: 138). The published statistics suggest that suicide is more than an individual anomaly and has become a complex social problem. If we consider any social harm as a social germ, it can be said that each embryo occurs only in an environment where it is possible to grow and grow. Therefore, it seems that this damage is also in a society where it can manifest and grow in family, social, and economic contexts, etc.. Consequently, it is necessary to process research in this field to accurately and comprehensively understand this problem and provide practical and valuable solutions and treatments.

Material & Methods

This study aimed to identify the causes and consequences of suicide in the semantic system of suicidal women. The method used to achieve the above goal was based on the grounded theory. The statistical population consisted of 18 self-immolated women, who were hospitalized in Imam Musa Kazem Burn Hospital in Isfahan selected by purposeful and theoretical sampling. The data were collected through in-depth interviews and analyzed by the triple coding technique.

The results comprised 16 concepts, based on which 6 main categories emerged: violence, incompatibility and marital conflict, lack of socioeconomic capital, disagreement in the kinship network, drug abuse, and social isolation. By combining the mentioned types, "women's inability" was identified as the main category.

Discussion of Results & Conclusions

*Corresponding author

Enayat, H., Hashemi Katak, S. R., and Mohammadi, M. (2022). Meaning reconstruction of female suicide using grounded theory: A case study of immolated women hospitalized in Isfahan Burn Hospital. *Strategic Research on Social Problems in Iran*, 11(2), 21-46.

2645-7539 / © 2022



This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/srsp.2022.131272.1742>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.26457539.1401.11.2.1.4>

The theoretical and empirical data showed that the issue of women's powerless and critical inability and the attempt to empower themselves was among the essential factors in creating and perpetuating violence in families. Violence against women is more than just a private matter and is rooted in the depths of cultural and social practices. Social, economic, and legal affiliation has historically put women in an inferior position, making them vulnerable to male violence. Therefore, increasing women's power and empowering them in all aspects can be essential for eliminating domestic violence. There are also several factors involved in creating marital conflicts, including imposed marriages and disinterality in spouses, ongoing family disputes, misunderstanding, depression, and mental disorders resulting from family problems and diseases. Of course, it should be noted that depression can be both the cause and effect of incompatibility and family disputes. Also, lack of communication skills, such as effective dialogue, problem-solving, and confrontation skills, should be added to these factors.

In addition, economic problems, such as poverty, unemployment, and low incomes, exacerbate and strengthen family disputes. Financial pressures reduce people's resilience and thus increase family conflicts. On the other hand, being deprived of social capital as an indicator of family support causes feelings of insecurity, frustration, and incompatibility with the existing conditions during being involved in the problems.

Disagreement in the kinship network is another vital factor for differences between couples. The findings showed that most of the subjects not only did not express the role of family positively when their family disputes occurred, but also stated that their families had exacerbated the differences between them with their wrong solutions and suggestions. The cultural and social status of some countries, including Iran, is such that there is a great deal of dependence between the prominent family and the subordinate family (after children's marriage). Although the prominent family can effectively support the subordinate family, its misplaced involvement sometimes may lead to family problems.

Subculture of drug use was one of the other categories of this study. Women, who have addicted spouses, have many problems both socially and in terms of personality and family. Psychological nature and issues of communication with others, lack of anger management, communication disturbances, revelation of anger and violence, reprehensible and degrading treatment of society family, lack of social support, and uncertainty about legal protection of women with addicted spouses are among the most critical social issues of women with addicted spouses (Mohammadifar et al., 2010). Another major complication of a husband's addiction is women's suicidal thoughts and attempted suicide. In this study, husband's addiction and behaviors were the essential factors in several women's suicide attempts. It can be said that living with an addicted spouse as an abnormal social factor provides the ground for several problems, while women's resilience decreases and their suicide attempts increase with the continuation of this situation.

Finally, several factors are involved in isolated individuals, especially women. These factors include violence, deprivation of an efficient support network, wife addiction, imposed marriage, family disputes and conflicts,

inappropriate patterns of action in the kinship network, etc. With the continuation of these conditions, the person feels helpless and finds himself/herself without a supporter. Instead of solving the problem, he/she tries to remove the face of the problem and finally attempts to commit suicide as the only way of escaping from human suffering.

In this study, there was a strong bond between the extracted categories and the lack of empowerment among female victims. Violence, marital incompatibility, imposed marriage, and involvement of those around them were clear signs of the women's inability to manage their lives. These factors stemmed from the women's disability and lack of independence. Lack of agency as an essential element of empowerment had deprived the women from any choices and turned them into biological and unproductive beings, who had to finally embrace destiny. The right to have education, employment, acceptance, and collective support for this situation, which is subject to the first element of equity, i.e. resources, was also evident in some other categories. Being illiterate or not having primary education, as well as housekeeping (non-employment) had no consequence other than lack of awareness, poverty, and lack of support from families. In such a situation, the women were unwittingly possessed and merely transformed into service recipients. In addition, wife addiction and depression were also related to the women's inability. When a person lacks independence, he/she has no choice or has no control over the situation; he/she cannot naturally fall from the trap of high-risk spaces. In such circumstances, the victim inevitably experienced Gautagoni's methods of isolation and depression because he/she did not see a way out of the resulting situation and thus tries to eliminate the problem by inflicting self-harm. In the meantime, there could remain only one way: sacrifice. Suicide was the ultimate choice for the women in such a situation with two purposes: first, escaping the adversity of life and, in a sense, detaching from the world and second, deadly flipping those around for change.

Keywords: Suicide, Women, Women's Inability, Grounded Theory

Reference

- Ahmad, S., and Reid, D. W. (2008). Relationship satisfaction among South Asian Canadians: The role of 'complementary-equality' and listening to understand. *Interpersona, An International Journal on Personal Relationships*, 2(2), 131-150.
- Aliverdinia, A., Rezaei, A., and Peyro, F. (2012). A sociological analysis of university students' attitude toward suicide. *Journal of Applied Sociology*, 22(4), 1-18. (In Persian)
- Aron, R. (1991). *Main currents in sociological thought*. Translated by Bagher Parham, Tehran: Organization of Publications and Education of the Islamic Revolution. (In Persian)
- Aryan, A. (2010). Introduction of qualitative research method-grounded theory. *Book of the Month of Social Sciences*, 14(25), 86-95. (In Persian).
- Bali, A., Dhingra, R., and Baru, A. (2010). Marital adjustment of childless couples. *Journal of Social Sciences*, 24(1), 73-76.
- Besnard, Ph. (1988). *The true nature of anomi*. Strenski, I. & Emile Durkheim (Eds.), *Sociological Theory*, 6, pp. 91-



95.

- Boostani, D., Abdinia, S., and Anaraki, N. R. (2013). Women victims of self-immolation: a 'Grounded Theory' study in Iran. *Quality & Quantity*, 47(6), 3153-3165.
- Danaeefard, H., Alvani, S. M., and Azar, A. (2011). *Qualitative research methodology in management: a comprehensive approach*. Tehran: Saffar Press. (In Persian)
- Durant, W. J. (1989). *The story of civilization (reformation)*. Translated by Soheil Azar, Fereydoon badre'i, & Parviz Marzban, Tehran: Eghbal Press. (In Persian)
- Durkheim, E. (1897). *Suicide: A sociological study*. Paris: Alcan.
- Durkheim, E. (1999). *Suicide*. Translated by Nader Salarzadeh Amiri, Tehran: Allameh Tabataba'i University Press. (In Persian)
- Ezazi, S. (2008). *Sociology of family: Emphasizing the role, structure, and function of the family in contemporary times*. Tehran: Illuminators and Women's Studies Press. (In Persian)
- Ghazanfari, F. (2011). Effective factors on violence against women in Lorestan county towns. *Yafteh*, 12(2), 5-11. (In Persian)
- Ghorban Sabagh, M., Attari Qochan, E., Baharestan, F., and Dalal Moghadam, F. (2019). Examining the frequency of suicide and its relationship with demographic characteristics in 1992-1995 among patients, who referred to medical centers in Qochan City. *Journal of Applied Studies in Social Sciences and Sociology*, 2(4), 73-80. (In Persian)
- Gilbert, L., El-Bassel, N., Chang, M., Wu, E., and Roy, L. (2012). Substance use and partner violence among urban women seeking emergency care. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 226.
- Glaser, B. G., and Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. London: Weidenfeld and Nicholson.
- Golchin, M., Ahmadi, M., Soleymani, S., and Seyedi, F. (2020). The narrative of suicide from the perspective of actors: A study of the contexts, causes, and consequences. *Journal of Social Problems of Iran*, 10(2), 271-298. (In Persian)
- Hawkes, J. (2016). *Persian bible dictionary*. Tehran: Asatir Press. (In Persian)
- Hosseini, S. E. (1999). Suicide prevention methods based on epidemiologic investigation and the role of stressors in 100 cases of suicide attempts referred to the poisoning department of Mashhad University. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, (4), 199-221. (In Persian)
- Iman, M. T. (2014). *Methodology of qualitative researches*. Qom: Research Institute of Hawzeh and University. (In Persian)
- Iranian Students' News Agency. December 12, 2021, 1:05 AM. (In Persian)
- James, R. K., and Gilliland, B. E. (2016). *Crisis intervention strategies*. Cengage Learning.
- Malhotra, A., Schuler, S. R., and Boender, C. (2002). *Measuring women's empowerment as a variable in international development*. In background paper prepared for the World Bank Workshop on Poverty and Gender: New Perspectives, Vol. 28.
- Mills, C. R. (2013). *The sociological imagination*. Translated by abdoilmabood Ansari. Tehran: Sahami Enteshar Press. (In Persian)
- Mohamadifar, M. A., Talebi, A., and Tabatabaei, S. M. (2011). The effect of life skills on family functions with addicted husband. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 4(16), 25-40. (In Persian)
- Mohamadkhani, P. (2005). Epidemiology of suicide thoughts and suicide attempts in young girls at high-risk provinces of Iran. *Social Welfare Quarterly*, 4(14), 157-174. (In Persian)
- Mohammadpur, A. (2013). *Qualitative research method, anti-method*. Tehran: Sociologists Publications. (In Persian)
- Mohseni Tabrizi, M. (1987). *Social deviations: motivations and causes of suicide*. Tehran: Moalef Press. (In Persian)
- Molaei, H. (2012). Epidemiological of Suicide in Zarand City in 2006-2011. *Master's thesis in Educational Sciences and Psychology*, Islamic Azad University, Zarand Branch.
- Momtaz, F. (2003). *Social deviations*. Tehran: Enteshar Press. (In Persian)
- Moradi, A., Moradi, R., and Mostafavi, E. (2013). The study of factors related to suicide in Bahar Town. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 10(1), 50-58. (In Persian)
- Moradi, S. and Khademi, A. (2002). Investigating the situation of suicides leading to death in Iran and comparing it with global rates. *Iranian Journal of Forensic Medicine*, (27), 16-21. (In Persian)
- Noori, A. (2011). Factors that weaken family strength. *Islamic Studies of Women and Family*, 3(6), 87-114. (In Persian)
- Pearson, V., and Philips, R. (2002). *Attempted Suicide Among Young: Prevention Suicide*. New York, Vol. 32, Iss. 4, Pj. 359, 11 pgs.
- Pouryosefi, H. (2006). Investigating the rate, causes, and motives of suicide in Iran and the world. *Journal of Social Science Studies of Iran (Islamic Azad University, Khalkhal Branch)*, (5), 68-84. (In Persian)
- Quran. Surah Nisa, verse of 29, translated by Ali Akbar Feiz Aleni Meshkini.
- Rezaei Nasab, Z., Sheykhi, M. T., and Jamili, F. (2018). The study of ilami women's suicidal experiences using the grounded theory. *Iranian Journal of Sociology*, 18(4), 82-107. (In Persian)
- Riahi, M. E., Aliverdinia, A. and Bahramikakavand, S. (2008). A sociological analysis of tendency towards divorce. *Woman in Development & Politics*, 5(3), 109-140. (In Persian)
- Saaqi, M., and Ashraf, B. (2014). Epidemiology and outcome of self-inflicted burns at Pakistan Institute of Medical Sciences, Islamabad. *World Journal of Plastic Surgery*, 3(2), 107.
- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2003). *Comprehensive textbook of psychiatry*. IV (4th).
- Sarason, I., and Sarason, B. (1999). *Abnormal psychology: the problem of maladaptive behavior*. Translated by Bahman Bokharyan. Tehran: Roshd Press. (In Persian)
- Sen, A. (1998). *Development as freedom*. Translated by Vahid Mahmoodi, Tehran: Dastan Press. (In Persian)
- Shayegan, F. (1999). Females suicide (silent crime against women). *Quarterly Journal of Women and Family Socio-Cultural Council (Women's Strategic Studies)*, (19), 69-



97. (In Persian)
- Sheth, H., Dziewulski, P., and Settle, J. A. D. (1994). Self-inflicted burns: a common way of suicide in the Asian population: A 10-year retrospective study. *Burns*, 20(4), 334-335.
- Strauss, A., and Corbin, J. (1998). *Basices of qualitative research*. London: Sage.
- Taylor, S. (1997). *The sociology of suicide*. Translated by Ali Mousanejad, Tehran: Avay-e Noor Press. (In Persian)
- World Health Organisation: *Suicide Prevenon (SUPRE)* [cited 2008, Oct. 25]. Available from: URL: [http:// www.who.int/mental-health/prevention/Suicide/Suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental-health/prevention/Suicide/Suicideprevent/en/).
- Yalcin, B. M., and Karahan, T. F. (2007). Effects of a couple communication program on marital adjustment. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 20(1), 36-44.
- Yasemi, M., Roghani, A., Yaghobi, M., Zamani, N., and Sayehmiri, K. (2013). Burning percentage evaluation of cases with suicide attempt by self-burning in Ilam province between 1993 and 2016. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 21(3), 53-63. (In Persian)
- Yousefi Labani, J., and Mirzaei, H. (2013). The study of factors affecting self-burning among women. *Journal of Health System Research*, 9(7), 672-68. (In Persian)
- Zare Shahabadi, A., Shafiee Nejad, M., and Madahi, J. (2017). Suicidal behavior among women of Abdanan: motivations and conditions. *Woman in Development & Politics*, 15(3), 427-446. (In Persian)



پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران
سال یازدهم، شماره پیاپی (۳۷)، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۱، ص ۲۱-۴۶
تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۷

مقاله پژوهشی

بازسازی معنایی خودکشی زنان به روش نظریه زمینه‌ای (مطالعه موردی زنان خودسوخته بستری در بیمارستان سوختگی شهر اصفهان)

حلیمه عنایت^{ID*}، استاد، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

Henayat@roseshirazu.ac.ir

سیده ریحانه هاشمی کتکی، کارشناس ارشد مطالعات زنان، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز،

ایران

srhashemi1203@gmail.com

محمد محمدی، دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

m2.mohammadi70@gmail.com

چکیده

پدیده خودکشی افزون بر زبان‌های شخصی و خانوادگی، یک زبان اجتماعی نیز شمرده می‌شود. هدف از انجام پژوهش حاضر، بازسازی معنایی خودکشی در زنانی است که اقدام به خودکشی کرده‌اند. روش‌شناسی استفاده‌شده برای نیل به هدف فوق، نظریه زمینه‌ای است. مشارکت‌کنندگان ۱۸ نفر از زنان خودسوخته بستری در بیمارستان سوختگی امام موسی کاظم (ع) شهر اصفهان بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و نظری انتخاب شدند. یافته‌های به‌دست‌آمده شامل ۱۵ مفهوم بود. براساس این مفاهیم، ۶ مقوله عمده (خشونت، ناسازگاری و تعارضات زناشویی، نبود سرمایه اقتصادی - اجتماعی، اختلاف در شبکه خویشاوندی، سوء مصرف مواد مخدر و انزوای اجتماعی)، به دست آمد. پس از ترکیب و تلفیق مقولات، «عدم توانمندی زنان» به عنوان مقوله هسته شناسایی شد. براساس یافته‌های به‌دست‌آمده، توانمند نبودن زنان در همه ابعاد آن، پیامدهای منفی بسیاری در حوزه‌های مختلف زندگی زنان (خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و...) به همراه دارد.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، زنان، عدم توانمندی زنان، نظریه زمینه‌ای.

* نویسنده مسئول

عنایت، ح؛ هاشمی کتکی، ر. و محمدی، م. (۱۴۰۱). «بازسازی معنایی خودکشی زنان به روش نظریه زمینه‌ای (مطالعه موردی زنان خودسوخته بستری در بیمارستان سوختگی شهر اصفهان)». پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران، ۱۱(۲)، ۲۱-۴۶.



2645-7539 / © 2022

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)



<https://doi.org/10.22108/srsp.2022.131272.1742>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.26457539.1401.11.2.1.4>

مقدمه و بیان مسئله

اگرچه تاریخ بشر همواره درگیر کشتار و خونریزی و قتل‌عام‌های بی‌رحمانه بوده و بشر جنگ‌های خشن و طولانی مدتی را همواره تجربه کرده است، فعل کشتن همواره یکی از محوری‌ترین مباحث اخلاقی از زمان انسان‌های بدوی تاکنون بوده است، در برخی شرایط پسندیده و در شرایطی دیگر مذموم شمرده شده و این وضعیت در زمان‌ها و مکان‌های مختلف دائماً تغییر کرده و حالات دوگانه‌ای را با خود حمل کرده است؛ اما اگر کشتن خود فرد باشد چه؟ آیا کشتن خود به همان اندازه قتل شخص دیگر در ادیان و فرهنگ‌ها و جوامع به آن پرداخته شده است؟ تقریباً در تمامی ادیان به‌ویژه ادیان ابراهیمی، عمل خودکشی^۱ گناه کبیره و عملی نکوهیده است و فردی که خودکشی کرده است، در جهان آخرت مورد مجازات الهی قرار می‌گیرد. کلیسای مسیحی در قرون وسطی، خودکشی را نوعی آدم‌کشی می‌شمردند و آن را محکوم می‌کردند. سن آگوستین آن را تحت هر نوع شرایطی یک جنایت می‌دانست. در برخی از کشورهای اروپایی اموال کسی توقیف می‌شد که مرتکب خودکشی می‌شد و خودکشی را مربوط به کسانی می‌دانستند که به خداوند ایمان ندارند (هاکس، ۱۳۹۴: ۱۰۹). به نظر آنها کسی که خودکشی می‌کند، مستقیماً به دوزخ می‌رود (ویل دورانت، ۱۳۶۸: ۹۰۵). یا خداوند در قرآن می‌فرماید: «... و خودکشی نکنید و همدیگر را نکشید و خود را به هلاکت گناه نیفکنید که همانا خداوند همواره به شما مهربان است» (سوره نساء، آیه ۲۹). با وجود این خودکشی پدیده‌ای است که همواره همراه بشر بوده و همراه با پیشرفت تدریجی جوامع و تحول و دگرگونی ساختارها در حال حاضر رشد چشمگیری یافته است و با وجود اخلاقیات مذکور و همچنین اهتمام و سعی جامعه‌شناسان و روان‌شناسان در کنترل آن، متأسفانه همچنان شاهد وقوع این پدیده تلخ در بسیاری از جوامع هستیم.

با وجود اینکه نخستین بار دفونن^۲ در ۱۷۳۷ از واژه خودکشی استفاده کرد (ملای، ۱۳۹۰: ۱۴)، این دورکیم^۳ بود که خودکشی را مسئله‌ای جدی در زمان خودش و یک واقعیت اجتماعی شناخت. دورکیم نخستین فردی بود که علت‌های زیستی، اقلیمی و روان‌شناختی را برای تبیین رفتارهای اجتماعی رد کرد و معتقد بود تنها از طریق روش‌های جامعه‌شناختی است که می‌توان به واقعیت‌های اجتماعی پی‌برد؛ او خودکشی را چنین تعریف می‌کند: «هر نوع مرگی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم از عمل مثبت یا منفی فرد خودکش که از نتیجه عمل خود آگاه بوده است، ناشی می‌گردد» (دورکیم، ۱۳۷۸: ۶).

دورکیم خودکشی را پدیده اجتماعی می‌داند که اعمال فردی، قادر به توجیه و توضیح آن نیست و به همین سبب خودکشی را حاصل جمع عوامل گوناگون (خانوادگی، اجتماعی، دینی و همه واقعیت‌های اجتماعی) و ناشی از در هم ریختن قوالب، از هم پاشیدگی نظام اجتماعی، گسستگی روابط در جامعه، احساس تنهایی و مطرودبودن فرد می‌داند (محسنی تبریزی، ۱۳۶۶: ۱۲۸).

دورکیم در اثر شاخص خود با عنوان خودکشی (Durkheim, 1897) چهار نوع خودکشی را بر شمرد و نشان داد چگونه افراد برحسب عواملی نظیر وضعیت تأهل، دین و یا جنسیت به خودکشی واکنش نشان می‌دهند. کلیدواژه مهم دورکیم همبستگی بود که میزان آن در جامعه، بهنجار یا ناهنجاری آن جامعه را مشخص می‌کرد.

خودکشی و اقدام به آن در اجلاس سازمان بهداشت جهانی^۴ در سال ۱۹۹۶، یک مسئله 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 آسیب‌رساندن به خود به‌طور

² Defonen

³ Émile Durkheim (1858-1917)

⁴ world health organization

¹ Suicide

مسئله و درمان آن ضروری است.

متأسفانه هنوز مطالعه دقیق و گسترده‌ای در کشور ایران درباره خودکشی انجام نگرفته است و معمولاً آمارهای ارائه شده از پزشکی قانونی، نیروهای انتظامی، اداره آمار و دیگر مراکز قانونی کامل، گویا و شفاف نیست. از طرف دیگر بررسی‌ها نشان می‌دهد بنا به دلایل گوناگون، آمار واقعی درباره این معضل معمولاً به مراتب بیشتر از آمار اعلام شده است. خودکشی در ایران تا سال ۱۳۷۴ افزایش درخور توجهی داشته است، ولی در بین سال‌های ۷۹-۱۳۷۵ از شتاب آن کاسته شده و مجدداً از سال ۱۳۷۹ به بعد رشد چشمگیری داشته است و طبق آخرین بررسی‌ها چنین به نظر می‌رسد که میزان آن در دو سه سال گذشته همچنان رو به افزایش است (پوریوسفی، ۱۳۸۵: ۷۹).

با وجود این آمار خودکشی در ایران به نسبت جهان، میزان کمتری را نشان می‌دهد؛ به طوری که این رقم در ایران حدود پنج نفر به ازای هر صد هزار نفر بوده است، اما مطابق اعلام سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۹۶، مجموع تلفات خودکشی‌ها ۴۶۲۷ نفر بوده است که نسبت به سال ۹۵ افزایش ۵ درصدی را نشان می‌دهد. گزارش مربوط به روند خودکشی در ایران از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۲ نشان می‌دهد طی این دوره، اقدام به خودکشی از ۳۰/۵ به ۴۴/۸ و میزان خودکشی از ۱/۷۶ به ۲/۲۳ در هر صد هزار نفر افزایش یافته است (گلچین و همکاران، ۱۳۹۸: ۲۷۲).

علاوه بر رشد روزافزون این پدیده، همچنین باید در نظر گرفت که چنانچه پیشتر نیز بیان شد آمار دقیقی از خودکشی در ایران (برای مقایسه با کشورهای دیگر) در دسترس محققان موجود نیست؛ با وجود این نیز مطابق با همین آمار ارائه شده، خودکشی در ایران از دیگر کشورهای منطقه خاورمیانه بالاتر است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱: ۲۱). در سال‌های اخیر، جامعه ایران شاهد روند رو به رشد میزان خودکشی نسبت به بیست سال گذشته، هم در مردان و هم در زنان بوده است. احتمالی

آگاهانه و بیشتر در افراد مضطرب، پرخاشگر و ناتوان در برقراری ارتباط‌های اجتماعی انجام می‌شود. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، اقدام به خودکشی عبارت است از عملی که در آن شخص، عمدی و بدون مداخله دیگران رفتاری غیرعادی مثل خود آسیب زنی یا خوردن یک ماده به میزان بیشتر از مقدار تجویز شده برای درمان را انجام می‌دهد و هدف او تحقق تغییرات موردانتظار خود است. میزان اقدام به خودکشی ۱۰-۴۰ بار بیشتر از خودکشی به مرگ منجر می‌شود و با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در همه جوامع بشری، این میزان رو به افزایش است (Word Health Organization, 2008).

گرچه خودکشی عمری به قدمت عمر بشر دارد، آنچه امروزه آن را مسئله کرده است، افزایش چشمگیر آمار خودکشی است که آن را از یک امر و نابهنجاری فردی به یک معضل اجتماعی مبدل کرده است. با توجه به نکوهیده‌بودن خودکشی در برخی از جوامع، دسترسی به آمارهای واقعی دشوار است و معمولاً در آمارهای رسمی نیز تعداد واقعی موارد خودکشی گزارش نمی‌شود. با وجود این در بیشتر کشورهایی که اطلاعات آنها در دسترس است، خودکشی در بین ده علت اول مرگ در تمام سال‌های زندگی قرار دارد. در برخی کشورها نیز خودکشی یکی از سه علت اول مرگ در سنین ۱۵ تا ۳۴ سالگی است (حسینی، ۱۳۷۸: ۱۳۸). ملاحظه آمارهای منتشر شده، بیانگر آن است که خودکشی فراتر از یک نابهنجاری فردی بوده و به یک مسئله پیچیده اجتماعی مبدل شده است. اگر هر آسیب اجتماعی یک میکروب اجتماعی فرض شود، هر میکروب فقط در محیط‌هایی بروز می‌کند که امکان رشد و پرورش دارد؛ بنابراین به نظر می‌رسد این آسیب نیز در جامعه‌ای که زمینه‌های خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و... آن فراهم است، می‌تواند بروز و رشد کند. بنابراین پردازش پژوهش‌هایی در این زمینه به منظور شناخت دقیق و همه‌جانبه این مسئله و ارائه راهکارهای مؤثر و مفید برای حل

به‌همراه داشته باشد که این مورد در اقدام به خودسوزی کاملاً مشاهده‌شدنی است. علاوه بر تبعات فردی-روانی، اجتماعی و فرهنگی پدیده خودکشی، بار هزینه‌های درمانی برای خانواده و سیستم بهداشتی-درمانی نیز ملاحظه‌شدنی است. خودکشی از مسائلی است که در همه جوامع وجود دارد، اما در سال‌های اخیر پیچیده‌تر شدن زندگی اجتماعی و آسیب‌های روانی حاصل از آن، توجه به این مسئله را دوچندان کرده است؛ زیرا چنین آسیبی موجب می‌شود نه تنها زنان به‌عنوان بخش مهمی از جامعه نتوانند مسیر تکامل انسانی و اجتماعی را طی کنند، با توجه به نقش مهم و کلیدی آنان در خانواده، چنین آسیبی می‌تواند جامعه را با چالش‌هایی مواجه کند.

آنچه مطالعه خودکشی را از هر جهت ضروری می‌کند، در هم تنیدگی پدیده‌های اجتماعی و اثرپذیری دوجانبه آنها از همدیگر است. به‌طور مثال می‌توان ادعا کرد که افزایش شمار خودکشی در بین جوانان یک جامعه، تهدیدی بالقوه برای اعتلا و پیشرفت یک جامعه است و همچنین افزایش میزان خودکشی در میان زنان، هم در سطح کلان و هم در سطح خود خانواده‌ها، منشأ آسیب‌های روانی، تربیتی، اجتماعی و... است (شایگان، ۱۳۸۲: ۱۰). در میان آسیب‌های فردی و اجتماعی مانند طلاق، بیکاری، اعتیاد، بزهکاری و دیگر آسیب‌ها، که ممکن است تهدیدی جدی برای گروه زنان فراهم آورد، خودکشی اهمیت ویژه‌ای دارد؛ از این جهت که هم نشان‌دهنده 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، ۱۳۸۲: ۵۶۳)؛ همچنین اگرچه خودکشی در بین همه طبقات اجتماعی رخ می‌دهد، ولی زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند؛ در حالی که خودکشی در مردان بیش از زنان منجر به مرگ می‌شود (Sadock & Sadock,

که می‌توان برای این پدیده در نظر گرفت این است که شرایط زندگی، فشارهای روحی را در افراد افزایش می‌دهد. فشارهای روحی و بیماری‌های روانی می‌تواند به شکل‌گیری ایده خودکشی منتهی شود. عواملی مانند بیکاری، بدهکاری، بحران‌های مالی، خانوادگی، جنسی و ... می‌تواند عواملی باشد که این پدیده را تحریک می‌کند.

براساس آمارها، آنچه واضح است «مسئله» بودن پدیده خودکشی است؛ سی رایت میلز در کتاب بینش جامعه‌شناختی پدیده‌ای را مسئله می‌داند که گستردگی کافی داشته باشد؛ برای مثال اگر در جامعه‌ای تعداد اندکی افراد بیکار داشته باشیم، بیشتر ناشی از ناتوانی فرد است، ولی اگر جمعیت زیادی از جوانان جامعه‌ای از بیکاری رنج ببرند، این جامعه درگیر مسئله‌ای اجتماعی شده است که تنها با نگاهی فرافردی و نظرافکندن در ساختارها و الگوهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی امکان حل مسئله وجود دارد (میلز، ۱۳۹۱). بنابراین مسئله اجتماعی شرایطی مشکل‌زا، شایع و تغییردانی است.

زنان نه تنها نقش مهم و انکارناشدنی در ثبات خانواده و حفظ بهداشت روانی افراد خانواده دارند، یکی از ارکان مهم توسعه هر کشوری نیز محسوب می‌شوند؛ بنابراین هرگونه آسیبی به این قشر می‌تواند تبعات فردی و اجتماعی بسیاری را به دنبال داشته باشد. فرد اقدام‌کننده به خودکشی می‌تواند به‌صورت یک مدل و الگو برای دیگر اعضای خانواده و اطرافیان محسوب شود. به عبارت دیگر وقتی فردی در یک خانواده اقدام به خودکشی می‌کند، می‌توان انتظار داشت که دیگر اعضای خانواده نیز به تقلید از فرد، اقدام به خودکشی کنند. این نکته را نیز باید در نظر داشت که پس از اقدام به خودکشی (ناموفق)، فرد تحت فشار مسائل مالی، روانی و محیطی قرار می‌گیرد که این امر خود معضلات دیگری به‌همراه خواهد داشت و چه بسا موجب می‌شود که فرد دوباره دست به خودکشی بزند. درباره مسائل جسمی نیز اقدام به خودکشی می‌تواند آسیب‌های جدی و جبران‌ناپذیری را

و با توجه به در دسترس بودن نمونه در بیمارستان سوختگی اصفهان، نمونه‌های مصاحبه نیز از زنان خودسوخته تهیه شده است؛ همچنین برای دستیابی به این هدف از روش تحقیق کیفی و استراتژی نظریه زمینه‌ای استفاده شده است.

پیشینه تحقیق

مطالعات داخلی متعددی درباره خودکشی و ارتباط آن با عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی انجام شده است؛ با وجود این درباره موضوع بررسی شده به مواردی اشاره می‌شود که به موضوع مطالعه در ابعاد مختلف و با روش‌های گوناگون پرداخته‌اند، چنانکه پیشینه تحقیق تکثر و گستردگی داشته باشد:

در مطالعه‌ای که توسط یاسمی و همکاران (۱۳۹۲) صورت گرفت، میانگین سنی افراد مطالعه شده ۲۶ سال بود، در حالی که بیش از ۸۰ درصد آنها زن بودند؛ نتایج نشان داد بیشتر خودسوزان متأهل و فاقد شغل با سطح سواد پایین بودند. همچنین بیشترین میانگین درصد سوختگی (۸۲ درصد) مربوط به افراد با مدرک فوق دیپلم بود.

یوسفی لبنی و میرزایی (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل مؤثر خودسوزی در بین زنان؛ مورد مطالعه شهرستان‌های روانسر و جوانرود» به این نتایج دست یافتند که زنان متأهل، روستایی، کم‌سواد، خانه‌دار با وضعیت اقتصادی ضعیف، بیش از دیگر طیف‌ها در معرض استفاده از روش خودسوزی برای از بین بردن خود هستند؛ همچنین دلیل عمده خودسوزی در جامعه مطالعه شده، تفاوت ارزشی و هنجاری بین نسل‌هاست. در این شرایط تعارض گونه، امکان اعتراض و مخالفت با رأی و نظر بزرگ‌ترها به‌ویژه در مناطق روستایی و سنتی تر ضد ارزش و ناپسند است. بنابراین فرد خشونت و اعتراض خود را درونی و با اقدام به خودسوزی در حقیقت خشونت را بر خود اعمال می‌کند تا به وضع موجود اعتراض کند و دیگرانی را تنبیه کند که محدودیت‌ها

Jamez & Gilliland, 2016؛ مرادی و همکاران، ۱۳۹۱؛ محمدخانی، ۱۳۸۳). براساس آمار جهانی در سال ۲۰۱۹، میزان خودکشی مردان ۲،۳ برابر بیشتر از زنان بوده است، در ایران نیز طبق خلاصه سالنامه پزشکی قانونی در سال ۹۸، ۵۱۴۳ نفر خودکشی کامل (منجر به مرگ) داشته‌اند که از این تعداد ۳۶۲۶ نفر از آنها مرد و ۱۵۱۷ نفر از آنها زن بوده‌اند؛ بنابراین خودکشی منجر به فوت در مردان بیشتر از زنان است، اما اقدام به خودکشی در جمعیت زنان بالاتر از مردان است (خبرگزاری ایسنا، ۱۴۰۰).

به بیان دیگر در ایران اقدام به خودکشی در زنان بین دو تا سه برابر مردان است، اما فوت در مردان بین ۳ تا ۴ برابر زنان است (خبرگزاری ایسنا، ۱۴۰۰). این نکته مهمی است که زنان آمار بیشتری در اقدام به خودکشی دارند، اما خودکشی‌های موفق کمتری نسبت به مردان دارند که خود حامل پیام مهمی است.

با توجه به اینکه نمونه زیادی از زنانی که اقدام به خودکشی (خودسوزی) داشتند در بیمارستان سوختگی اصفهان در دسترس بودند، همچنین به دلیل همکاری کردن بیمارستان مذکور با محقق، تصمیم بر این گرفته شد که انجام و دریافت مصاحبه‌ها و داده‌های زمینه‌ای در بیمارستان سوختگی اصفهان به انجام رسد. شایان ذکر است که بیمارستان سوختگی اصفهان مرکزی، صرفاً مخصوص شهر اصفهان نیست و بیشتر مصاحبه‌شوندگان این پژوهش را زنانی از مناطق جنوبی و محروم‌تر کشور تشکیل می‌دهد. همچنین همکاری نکردن دیگر ارگان‌ها و مراکز قانونی، ایجاد ممانعت‌ها و مخالفت‌های مبنی بر محرمانه‌بودن اطلاعات یا اخلاقی نبودن پژوهش و ... در نهایت این مطالعه با همکاری مرکز مذکور انجام شد.

به هر صورت این نوشتار به دنبال بازسازی معنایی خودکشی زنان و ایجاد یک نظریه زمینه‌ای^۱ در این باره است

¹ grounded theory

همکارانش^۱ (۱۹۹۴) اشاره کرد که بررسی گذشته‌نگری را با عنوان «اقدام به خودکشی به روش خودسوزی» از سال ۱۹۸۳ تا ۱۹۹۳ را بر ۲۳۴ بیمار سوخته بزرگسال در ناحیه یورکشایر انجام دادند. نتایج نشان داد ۲۰ نفر (۸/۵ درصد) نمونه‌ها به روش خودسوزی اقدام به خودکشی کرده‌اند. از این تعداد ۳ نفر (۱۵ درصد) مرد و ۱۷ نفر (۸۵ درصد) زن بودند. ۴ نفر (۸۲ درصد) از زنان آسیایی و بقیه قفقازی بودند. دامنه سنی آنها ۱۹ تا ۳۴ سال و میانگین آنان ۲۸/۸ سال بود. همه زنان خانه‌دار، متأهل و دارای ۲ تا ۶ فرزند بودند. اغلب آنان بعد از ازدواج از آسیا به بریتانیا و ایرلند مهاجرت کرده بودند. درصد سوختگی از ۲۵ تا ۹۹ درصد و میانگین آن ۴۴/۴ درصد بود. بیشتر نمونه‌های زن از نفت استفاده کرده بودند. ۹ نفر (۶۶/۲ درصد) از آنان فوت کردند. در این پژوهش مشخص شد که همه نمونه‌ها سابقه اختلالات روانی داشته‌اند. یافته‌های پیرسون و فیلیپس (۲۰۰۲) در چین نیز نشان داد ۷۵ درصد زنانی که خودکشی کرده‌اند، متأهل بودند و متوسط سن آنها ۲۶/۶، تعداد سال‌های متوسط تحصیلات ۵/۱ بود و ۸۷ درصد آنها در فعالیت‌های تولیدی شرکت داشتند. بیشترین روش استفاده‌شده توسط ۱۴۷ نفری که اقدام به خودکشی کرده بودند، مسمومیت بود و اختلافات خانوادگی، مشکلات اقتصادی و بیماری جدی غالباً به خودکشی مربوط می‌شد.

همچنین بوستانی و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی با عنوان «زنان قربانی خودسوزی: یک مطالعه نظریه‌مبنایی در ایران»، جنبه‌های جامعه‌شناختی پدیده خودسوزی زنان را در استان لرستان با استفاده از روش‌شناسی نظریه‌مبنایی مطالعه کردند. یافته‌های این پژوهش نشان داد به‌طور کلی، در جوامع مردسالار و در جوامعی که طلاق آنگ به حساب می‌آید و الگوی شیوه زندگی، روستایی است و همچنین وقتی ناسازگاری خانوادگی و سرخوردگی اقتصادی ظاهر شود، وقوع پدیده خودسوزی زنان بیشتر محتمل است.

را بر او اعمال کرده‌اند و ضمن نشان‌دادن شهادت خود و اوضاع وخیمش، جامعه را به شرایط کسان‌آگاه کند که وضعیتی شبیه به او دارند و ممکن است چنین اقدامی انجام دهند.

زارع شاه‌آبادی و همکاران (۱۳۹۶) نیز در تحقیق خود نشان دادند زنان، اقدام به خودکشی را به منزله راهی برای ابراز و رسیدن به خواسته‌ها ادراک می‌کنند که در راستای آن سعی دارند به رفتارهای سلطه‌طلبانه، محدودیت‌ها، تهمت‌ها و بدبینی‌ها واکنش نشان دهند و آن را مدیریت کنند.

تحقیق دیگری که در زمینه خودکشی انجام شده است، تحقیق رضایی‌نسب و همکاران او (۱۳۹۷) به روش نظریه بنیادی است که در نهایت مقولات تنش در زندگی، کژکارکردی خانواده‌ها، باور به تغییر، باور به رهایی، بستر اقتصادی، جامعه‌پذیری ناقص دینی-اجتماعی، فشار هنجاری و تناقض هنجار با واقعیت را به‌عنوان علل خودکشی زنان شناسایی کردند.

قربان‌صباغ و همکاران (۱۳۹۸) نیز به‌تازگی مطالعه‌ای توصیفی و تحلیلی را در زمینه خودکشی انجام داده‌اند. نتایج حاصل از تحقیق نشان داد خودکشی موفق از ۳/۶ به ۲/۶ در صد هزار و اقدام به خودکشی از ۲۹۷/۹ به ۲۰۸ در صد هزار کاهش یافته است. همچنین اقدام به خودکشی در جمعیت شهری بیش از روستایی، در زنان بیش از مردان و در متأهل‌ها بیش از مجردهاست. از نظر تحصیلات بیش از ۹۸ درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی تحصیلات دیپلم و کمتر از آن را داشتند، میانگین سنی بیشتر افراد ۳۵-۲۵ سال بود و در این خصوص تفاوت معنی‌داری بین جمعیت شهری و روستایی، زنان و مردان مشاهده نشد. بیشترین درصد اقدام به خودکشی مربوط به زنان خانه‌دار، متأهل با تحصیلات متوسطه و ساکن شهر بود.

درباره خودکشی زنان به نظر می‌رسد مطالعات خارجی بیشتری وجود دارد؛ برای مثال می‌توان به پژوهش شیت و

¹ Sheth et al.

مفهومی و تئوریک با هدف ایجاد حساسیت نظری و استخراج سؤال یا سؤالات تحقیق استفاده می‌شود. چارچوب مفهومی، مجموعه مفاهیم به هم مرتبطی را شامل می‌شود که بر مفاهیم و موضوع‌های عمده مطالعه شده تمرکز دارد و آنها را در قالب یک نظام منسجم و مرتبط معنایی به همدیگر پیوند می‌دهد (ماکسول، ریچی و لویس به نقل از محمدپور، ۱۳۹۲: ۲۹۰). بنابراین مفاهیم و دیدگاه‌ها در این تحقیق، ابزارهای مفهومی برای ورود به میدان پژوهش و مشاهده و درک بهتر «خودکشی» است و نه هدف تحقیق. تئوری زمینه‌ای مبتنی بر «مفاهیم حساس» است و «مفاهیم حساس» نیز از نظریات مختلف روان‌شناختی-جامعه‌شناختی و همچنین داده‌های موجود در میدان مطالعه انتخاب خواهد شد. با این مقدمه، پیشینه نظری مربوطه بیان خواهد شد.

نظریه خودکشی دورکیم در وهله اول به این 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 آن چیزی اقدام کرد که امروزه برجسته‌ترین نظریه جامعه‌شناختی در زمینه تغییرات میزان خودکشی تلقی می‌شود. به نظر دورکیم، استمرار میزان خودکشی واقعیتی است اجتماعی، یعنی آن را می‌توان صرفاً براساس اشکال متفاوت زندگی اجتماعی گروه‌های مختلف اجتماعی تبیین کرد. نظریه خودکشی دورکیم 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 یک فرد انتظام می‌بخشد و هدف او را از زندگی تعیین می‌کند (Besnard, 1988: 91-95). صورت‌بندی اصلی دورکیم یک رابطه U شکل را می‌پذیرد؛ انسجام اجتماعی بسیار ضعیف به موقعیت احساس تنهایی و انزوا و خودکشی خودخواهانه منجر می‌شود. انسجام اجتماعی بسیار قوی به خودکشی دگرخواهانه منجر می‌شود؛ زیرا منافع گروه

مطالعه دیگری را سائیک و اشرف (2014) با استفاده از روش نمونه‌گیری ساده انجام دادند. یافته‌ها نشان داد ۷۵ نفر از بیماران (۸۰/۶۵ درصد) زن و ۱۸ نفر (۱۹/۳۵ درصد) مرد بودند. میانگین کلی سن ۲۶/۸۹ سال بود. تعارض‌های خانوادگی بیشترین انگیزه برای اقدام به خودکشی 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.

بررسی مطالعات انجام‌شده در زمینه خودکشی، نشان‌دهنده رشد و اهمیت روزافزون این پدیده است. پژوهش‌های صورت‌گرفته در این زمینه اطلاعات مهم و مفیدی را در بر دارند و به نوعی حساسیت نظری محسوب می‌شوند. با وجود این کاستی‌هایی هم در این مطالعات دیده می‌شود، از جمله اینکه بیشتر پژوهش‌های داخلی به شکل توصیفی یا کمی بوده و کمتر مطالعه‌ای با استفاده از روش کیفی، مخصوصاً روش‌شناسی نظریه بنیادی انجام شده است. این در حالی است که با استفاده از روش کیفی، می‌توان ابعاد مختلف پدیده مطالعه‌شده را بررسی و زوایای پنهان آن را آشکار کرد. همچنین هم در پژوهش‌های داخلی و هم در پژوهش‌های خارجی، مطالعه علل اقدام به خودکشی، از دیدگاه خود اقدام‌کنندگان کم‌تر درخور توجه قرار گرفته و به صورت عمیق این مسئله بررسی نشده است. بنابراین این پژوهش سعی کرده است که ابعادی از این پدیده را مطالعه کند که در دیگر پژوهش‌ها کمتر درخور توجه قرار گرفته است.

چارچوب مفهومی

این تحقیق با روش کیفی و رویکرد نظریه‌مبنایی انجام خواهد شد و بنابراین به چارچوب نظری پیش از انجام پژوهش نیاز ندارد. با توجه به تفاوت‌های پارادایمی دو روش کمی و کیفی، در بررسی‌های کیفی به جای استفاده از چارچوب نظری برای تدوین و آزمون فرضیات، از ادبیات

به‌سوی مناطق روستایی حرکت کنیم، میزان خودکشی کاهش می‌یابد. برای 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. هالبواکس بر این عقیده بود که خودکشی در مناطق شهری به‌طور نسبی بالاتر است؛ به این دلیل که روش زندگی شهری، ثبات کم‌تری داشته است و غیرمشخص است و از نظر اجتماعی تعداد بیشتری از افراد، بی‌ارتباط با هم‌نوعان خود در انزوای زندگی می‌کنند و به این ترتیب بیشتر برای خودکشی آمادگی می‌یابند (تایلر، ۱۳۷۶: ۲۳). اما رویکردی که با نظریات پیشین تفاوت زیادی دارد، رویکرد فمینیست‌های مارکسیست است؛ از نظر آنان در چارچوب نظام سرمایه‌داری، زنان از فرصت‌های اقتصادی محروم می‌شوند، میل به ابراز وجود آنها در این سیستم سرکوب می‌شود و این وجود سرکوب‌شده در خانواده قد علم می‌کند. این امر شامل تعداد زیادی از زنان و مردان می‌شود که در همه‌جوامع، مورد حمله‌های خشونت‌آمیز مردان در درون خانواده قرار می‌گیرند. مردان کوشش می‌کنند 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 عقیده دارد: «جهان کار و جهان جنسیت، از نظر جنس طبقه‌بندی شده‌اند» (ممتاز، ۱۳۸۱: ۱۸۲). «زنان بیش از مردان تحت نظارت غیررسمی واقع می‌شوند و دختران بیش از پسران مورد نظارت غیررسمی واقع می‌شوند» (ممتاز، ۱۳۸۱: ۱۸۳) و این وضعیت می‌تواند به خودکشی تقدیرگرایانه در طول زمان منجر شود.

اجتماعی نسبت به منافع شخصی در اولویت و ارجحیت قرار می‌گیرند.

انتظام اجتماعی پایین، خودکشی آنومیک را به وجود می‌آورد که در آن افراد در دنیای آشفته‌ای گم شده‌اند، هیچ کنترلی بر تمایلاتشان ندارند و دچار سرخوردگی و ناامیدی شده‌اند. از طرف دیگر، انتظام اجتماعی بیش از حد (افراطی) به خودکشی تقدیرگرایانه منجر می‌شود (علی‌وردی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۰: ۶).

مدل دورکیم شامل طرحی چهاروجهی است

خودگرایی، بی‌هنجاری، دیگرگرایی و تقدیرگرایی. به نظر او خودگرایی و دیگرگرایی به ترتیب منعکس‌کننده فقدان و فزونی انسجام‌اند، در حالی که بی‌هنجاری و تقدیرگرایی، به ترتیب منعکس‌کننده فقدان و فزونی انتظام‌اند (علی‌وردی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۰: ۷). خودکشی خودخواهانه در پرتو همبستگی موجود میان میزان خودکشی و چارچوب‌های ادغام اجتماعی تحلیل شده است (آرون، ۱۳۷۰: ۳۶۳).

نظریه‌پردازان دگرگونی پایگاه معتقدند که دگرگونی در پایگاه خصوصاً فقدان پایگاه، به صورتی مثبت با خودکشی همبستگی دارد و به یکی از عقاید کاملاً راسخ در جامعه‌شناسی خودکشی تبدیل شده است. نظر به اینکه تحرک اجتماعی (در صورت نزولی بودن) باعث احساس شکست و ناکامی می‌شود و نیز به سستی پیوندهای اجتماعی می‌انجامد، بنابراین افراد در دوره‌های بحران فردی، مصونیت اجتماعی کمتری در مقابل خودکشی دارند. هنری و شورت در یکی از مطالعات خود درباره میزان خودکشی متوجه شدند که میزان خودکشی در دوره‌های کساد اقتصادی افزایش می‌یابد. آنها همچنین دریافتند که خودکشی در میان گروه‌های متعلق به پایگاه‌های بالا نسبتاً شایع‌تر است (تایلر، ۱۳۷۶: ۲۲).

علاوه بر این، یکی از نخستین مطالعات جامعه‌شناختی درخور توجه درباره میزان خودکشی را هالبواکس انجام داده است. به اعتقاد او، هرچه از شهرهای دارای جمعیت مترکم

روش تحقیق

این تحقیق به دنبال بازسازی معنایی خودکشی زنان است؛ به عبارت دیگر فهم و درک معنای ذهنی زنانی که تجربه خودکشی داشته‌اند. اگر تجربه را به مثابه امری معنادار، تفسیرپذیر و زنده در نظر بگیریم، چنانچه رویکرد تفسیری در نظر می‌گیرد، بنابراین اتخاذ رویکردی همسو با آن در جهت وصف غنی و عمیق تفاسیر زنان نسبت به خودکشی نیز ضروری است. بنابراین رویکرد تفسیری به عنوان رویکرد غالب و روش نظریه زمینه‌ای برای انجام عملیات تحقیق و همچنین تجزیه و تحلیل داده‌ها، گزینش شده است. گلاسر و استراوس معتقدند نظریه زمینه‌ای یک روش استقرایی است که از داده‌هایی نظریه تولید می‌کند که به طور منظم از پژوهش اجتماعی به دست می‌آید (Glaser and Strauss, 1967). از ویژگی‌های مهم این نظریه، مطالعه دقیق‌تر تفاسیر حاصل از ذهن کنشگران است. روش‌شناسی نظریه بنیادی به تفاسیر خود کنشگر توجه بیشتری دارد؛ به طوری که معانی با کمترین سرعت از سوی محقق ظاهر می‌شود.

جمعیت هدف این پژوهش زنانی‌اند که با روش خودسوزی اقدام به خودکشی کرده‌اند، اما جان سالم به در بردند و در قید حیات‌اند. پژوهش کیفی برای تعمیم نتایج، از نمونه‌گیری هدفمند استفاده می‌کند. مشارکت‌کنندگان به صورت هدفمند و برحسب خصوصیات و تجربه‌های آنان با پدیده مطالعه شده گزینش می‌شوند (ایمان، ۱۳۹۳: ۸۸). به تبع، مشارکت‌کنندگان این جمعیت نیز با روش نمونه‌گیری هدفمند^۱ (نمونه‌گیری معیار^۲، نمونه‌گیری با بیشترین تنوع^۳ و نمونه‌گیری نظری^۴) برای مصاحبه انتخاب شدند.

هدف از نمونه‌گیری نظری، به حداکثر رساندن امکان مقایسه رویدادها و موردهاست تا تعیین کنیم چگونه یک مقوله از لحاظ ویژگی‌ها و ابعادش تغییر می‌کند. این نوع

نمونه‌گیری پژوهشگر را قادر می‌کند که مسیرهای نمونه‌گیری‌ای را برگزیند که می‌تواند بیشترین بازده نظری را در پی داشته باشند (Strauss and Corbin, 1998: 46). موارد مصاحبه و تعداد مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، با توجه به اشباع داده‌ها (بیان‌نکردن مطلبی تازه از سوی مشارکت‌کنندگان) به ۱۸ نفر رسید.

در این پژوهش با مراجعه به بیمارستان سوختگی امام موسی کاظم (ع) شهر اصفهان و از طریق مصاحبه عمیق با بیماران بستری شده در این بیمارستان (زنانی که اقدام به خودسوزی کرده بودند)، داده‌ها جمع‌آوری شد. انجام کامل مصاحبه‌ها تقریباً ۹ ماه به طول انجامید. از دلایل طولانی شدن زمان گردآوری داده‌ها، می‌توان به مشکلات مربوط به وضعیت جسمی و روحی بیماران و انکار اقدام به خودسوزی از سوی عده‌ای از بیماران و همراهان اشاره کرد. علاوه بر این، تعدادی از بیماران به دلیل درصد بالای سوختگی و عمیق بودن جراحات، فوت کردند و از فرایند پژوهش حذف شدند که این مسئله فرایند جمع‌آوری اطلاعات را طولانی‌تر کرد. مصاحبه‌ها با اجازه مصاحبه‌شوندگان یادداشت می‌شد. داده‌ها در طول فرایند جمع‌آوری دائماً مقایسه می‌شد و تا اشباع داده‌ها ادامه داشت.

تحلیل داده‌ها نیز متضمن ایجاد مفاهیم از طریق فرایند کدگذاری است که بیانگر عملیاتی است که به وسیله آنها داده‌ها تجزیه، مفهوم‌سازی و به طریقی جدید منظم می‌شوند. این فرایندی است که به این طریق نظریه‌ها از داده‌ها ساخته می‌شوند (استراوس و کربین، ۱۳۹۰: ۶۰). در فرایند تحلیل نظریه بنیادی سه مرحله وجود دارد: کدگذاری باز^۵؛ کدگذاری محوری^۶؛ کدگذاری انتخابی^۷. البته ضروری نیست که فرد محقق ابتدا از کدگذاری باز شروع کند و بعد به کدگذاری محوری و انتخابی برسد (دانایی فرد و همکاران، ۱۳۹۰: ۷۸).

¹ Purposive Sampling

² Criterion

³ Maximum Variation

⁴ Theoretical Sampling

⁵ Open Coding

⁶ Axial Coding

⁷ Selective Coding

فرایند تحلیل یافته‌های پژوهش به این صورت است که با مقایسه مستمر، پس از کدگذاری باز و محوری به روابط بین مقوله‌های به دست آمده توجه می‌شود. به عبارت دیگر، ابتدا با مطالعه مداوم متن مصاحبه‌ها، کدهای اولیه در قالب مفاهیم آشکار می‌شود (کدگذاری باز)، مقولات عمده مبتنی بر آنان شناسایی (کدگذاری محوری) و سپس روابط و پیوندهای حاکم بر این مقولات کشف می‌شود و خط داستان را برای ما شرح می‌دهد (کدگذاری انتخابی). بنابراین در این پژوهش، داده‌های خام به دست آمده حاصل ۱۸ مصاحبه انجام شده است که در مرحله کدگذاری باز ۱۶ مفهوم از آنها استخراج شد و طی کدگذاری محوری ۶ مقوله به دست آمد، این مقولات عبارت بودند از: خشونت، ناسازگاری و تعارضات زناشویی، نبود سرمایه اقتصادی-اجتماعی، اختلافات در شبکه خویشاوندی، خرده‌فرهنگ مصرف مواد و انزوای اجتماعی. این مقولات در نهایت به استخراج یک مقوله هسته از کل مقوله‌ها منجر شد که مقوله اصلی و نهایی تحقیق محسوب می‌شود. مقوله محوری و نهایی این بررسی «عدم توانمندی زنان»^۱ است. در زیر جدولی ترسیم شده است که علاوه بر مفاهیم، مقولات و مقوله اصلی، در بر دارنده نمونه‌هایی از نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان است.

کدگذاری باز به دنبال آن است که داده‌ها و پدیده‌ها را در قالب مفاهیم عرضه کند. عبارت‌ها یا گزاره‌ها براساس واحدهای معنایی دسته‌بندی می‌شوند تا مفاهیم (کدها) به آن الصاق شوند. گاه براساس کدگذاری باز ده‌ها کد به دست می‌آید. پس از کدگذاری باز، کدگذاری محوری انجام می‌شود؛ به این معنا که محقق، یک مقوله کدگذاری باز را شناسایی می‌کند و در آن به عنوان پدیده مرکزی متمرکز می‌شود، سپس به داده‌ها بر می‌گردد تا مقوله‌هایی را اطراف این پدیده مرکزی بسازد. سومین مرحله کدگذاری، کدگذاری انتخابی است. محقق در این کدگذاری اقدام به مدل‌سازی و توسعه قضایا یا فرضیات می‌کند (ایمان، ۱۳۹۳).

در کدگذاری انتخابی یک مقوله از میان مقوله‌ها محوریت می‌یابد و به عنوان مقوله اصلی بررسی می‌شود تا مدل نظری شکل گیرد. مجموعه مقوله‌های خردشده در مرحله بعدی در قالب یک مقوله کلی‌تر و انتزاعی‌تر طبقه‌بندی می‌شوند. در گام بعدی شرایطی بررسی می‌شود که مقوله‌ها تحت تأثیر آن روی می‌دهند و مقولات با استفاده از یک پارادایم به یکدیگر متصل می‌شوند؛ پارادایمی که شرایط علی، پدیده، محتوا (زمینه)، شرایط میانجی و استراتژی کنش و در نهایت پیامد را نشان می‌دهند. شرایط علی، علت شرایط و به وجود آمدن پدیده است. زمینه و محتوا، ویژگی‌های پدیده و شرایطی است که رفتار در آن موقعیت شکل گرفته است. شرایط میانجی عوامل یا شرایطی‌اند که روند را تشدید یا کند کرده‌اند و پیامد به عنوان نتیجه و اثر نهایی در نظر گرفته می‌شود (آریان، ۱۳۸۹). در این مرحله محقق باید در داده‌های غرق شود و تحلیل و تأمل عمیق کند تا بتواند روابط و پیوندهای بین مقولات را کشف و سپس از دل آنها نظریه را استخراج کند. در این پژوهش نیز برای تحلیل داده‌های به دست آمده، ابتدا سطر به سطر داده‌ها کدگذاری شده و سپس با استفاده از نظریه زمینه‌ای تحلیل شده‌اند.

یافته‌ها

¹ lack of Empowerment

جدول ۱- نمونه‌ها، مفاهیم اولیه، مقولات و مقوله هسته

Table 1- Concepts, Categories and Main Category

مقوله اصلی	مقوله	مفهوم	گزاره نمونه
			- شوهرم عادت به کتک زدن داشت. همیشه اختلافای کوچیک رو بهانه می‌کرد و کتکم می‌زد. اونقدر کتکم می‌زد که از هوش می‌رفتم. شبی که خودسوزی کردم خیلی کتکم زد هرچی گریه می‌کردم می‌گفتم زن بدتر می‌کرد. می‌گفت تا صبح می‌کشتم.
	خشونت فیزیکی		- شوهرم دست بزن داشت همیشه کتکم می‌زد، یه بار بدنمو با کابل تیکه پاره کرد.
	خشونت		- نزدیکای عید بود شوهرم از خونه انداختم بیرون، منم رفتم خونه دوستم، زنگ زد بهم گفت بلند میشی شب عید میای خونه خراب شده خودت تا بعدش طلاق بدم.
	خشونت روانی		- شوهرم خودم و خانوادمو تحقیر می‌کرد، بابامو مسخره می‌کرد و بهش توهین می‌کرد.
	(کلامی)		- بابام همیشه بهمون ناسزا می‌گفت و حرفای بد بهمون می‌زد.
			- شوهرم همیشه بهم می‌گفت من یا تو رو می‌کشم یا طلاق می‌دم.
			- من و شوهرم همیشه جروبحث و دعوا داشتیم.
	مشاجره خانوادگی		- خیلی تو خونه با شوهرم بحثمون می‌شد. هر روز سر مسائل جزئی دعوامون می‌شد.
			- این اواخر دعواهامون خیلی زیاد شده بود.
			- افکارمون خیلی با هم فرق داشت، من دیلم داشتم ولی شوهرم بی‌سواد بود. سر همه چیز با هم اختلاف نظر داشتیم.
	عدم تفاهم		- ما برای هم ساخته نشده بودیم. اصلاً حرف هم دیگه رو نمی‌فهمیدیم. اون به چیزایی فکر می‌کرد که برای من مهم نبود.
	ناسازگاری و تعارضات زناشویی		- من اصلاً دوست نداشتم ازدواج کنم، بابام مجبورم کرد و گفت برادرم پولداره باید با پسرش ازدواج کنی.
	عدم توانمندی زنان		- شوهرم پسرخاله. من یکی دیگه رو دوست داشتم، ولی خانوادم مجبورم کردن که با پسرخاله ازدواج کنم.
			- خیلی به هم ریخته شده بودم. افسردگی شدید گرفته بودم.
			- از بس به همه چیز فکر کرده بودم، افسردگی گرفته بودم.
			- خیلی افسرده شده بودم، طوری که کارم به بیمارستان کشید.
			- ما خیلی فقیر بودیم. بابام فوت کرده بود. من و خواهرم سر زمین کار می‌کردیم و خرچمونو در می‌آوردیم.
			- وضع مالیمون خوب نبود. شوهرم درآمد چندانی نداشت. خودم مجبور بودم تو خونه‌های مردم کار کنم.
			- شوهرم بیکار بود. بعضی روزا هیچی تو خونه نداشتم. بیشتر مواقع مامانم برامون غذا می‌آورد.
			دیگه از ناداری خسته شده بودم.
			- بابام معلول بود نمی‌تونست کار کنه، همیشه مشکل مالی داشتیم. مامانم تو خونه‌های مردم کار می‌کرد و خرج زندگیمونو می‌داد.
			- خانواده‌هامون حمایتون که نمی‌کردن هیچی، نمک رو زخممونم می‌پاشیدن. خانواده خودم که می‌گفتن شوهرت عرضه نداره خرجی زن و بچشو بده، خانواده خودشم که می‌خواستن زمین خوردنمونو ببینن.
			- شوهرم خیلی اذیتم می‌کرد، یه روز که خیلی کتکم زد رفتم خونه بابام گفتم شوهرم عصبیه می‌خوام طلاق بگیرم. بابام گفت چون ازش خوشت نمیاد اینجوری می‌گی من نمی‌تونم تو رو نگه دارم.
			حمایت نکردن خانواده

	- خانواده شوهرم نشسته بودن زیر پاش که بره زن بگیره چون من مطلقه بودم و پسر مجردشون با من ازدواج کرده بود ناراحت بودن.
دخالت اطرافیان	- بابام پیش هرکی می‌نشست به شوهرم توهین می‌کرد و خونمون که می‌ومد فقط از زندگی‌مون ایراد می‌گرفت. شوهرم عصبانیتشو سر من خالی می‌کرد.
اختلافات در شبکه خویشاوندی	- شوهرم پیش عموهاش کار می‌کرد. اونا از همون اول از من بدشون می‌ومد، شوهرم که می‌رفت سرکار از بدی من بهش می‌گفتن.
کشمکش با بستگان همسر	- خانواده همسر با ازدواجمون مخالف بودن. یکی از خواهراش چند وقت پیش بهم گفت اگه دست از سر داداشم برنداری کاری می‌کنیم که روت نشه از خونه بیای بیرون.
اعتیاد شوهر	- وقتی ازدواج کردیم شوهرم معتاد بود، بهم قول داد ترک کنه ولی بعد از ازدواجمون زد زیر حرفش و گفت من دیگه عادت کردم نمی‌تونم ترک کنم. روز به روزم اوضاعش بدتر می‌شد.
خرده‌فرهنگ مصرف مواد	- شوهرم خیلی بداخلاق و بهونه‌گیر شده بود. بعد از یه مدت فهمیدم که مواد مصرف می‌کنه.
سابقه اعتیاد در خانواده	- سه تا برادرشوهر داشتم که معتاد بودن اونا شوهر منو هم معتاد کرده بودن و براش مواد جور می‌کردن. نمی‌داشتن ترک کنه.
	- دایی و عموی خودم معتاد بودن وقتی می‌دیدمشون تنم می‌لرزید می‌ترسیدم برادرامم مثل اونا بشن، ولی نمی‌دونستم که شوهر خودم معتاد میشه. از اینکه عاقبت شوهرم و زندگی‌م مثل اونا بشه وحشت داشتم.
	- یه مدتی بود اصلاً بیرون نمی‌رفتم، دوست نداشتم کسی رو ببینم.
انزوای عینی	- دوست داشتم فقط تو خونه بمونم و بخوابم حوصله هیچ‌کسی رو نداشتم.
انزوای اجتماعی	- خونه‌نشین شده بودم حتی بچم به داداشم می‌گفتم از مدرسه بیاره.
	- من خیلی تنهام.
انزوای ذهنی	- با اینکه خانوادم پیشم بودن باز احساس تنهایی می‌کردم.
	- من خیلی احساس تنهایی می‌کردم.

خشونت‌های جسمی و روانی بر رشد زنان تأثیر می‌گذارد و تحقیر آنان در نهایت به عجز و ناتوانی در تصمیم‌گیری منتهی می‌شود و توانمندی را از آنها ساقط می‌کند. در نتیجه زنان قربانی، توانایی اداره خانه و خانواده را از دست می‌دهند و به انواع اختلالات روانی و هیجانی مبتلا می‌شوند و بسیاری از آنان هنگامی که از این شرایط به ستوه آمدند و همچنین چون مهارت‌های مهار خشم همسرانشان را نیاموخته‌اند، اقدام به خودکشی را تنها راه برای اعتراض و یا خاتمه‌دادن به ساختار خشونت‌آمیز موجود می‌دانند.

با توجه به اظهارات افراد مطالعه‌شده، می‌توان گفت اصل اقتدار و سلطه بی چون و چرای مرد در خانواده تأثیر زیادی در خشونت علیه زنان داشته است. در واقع این گونه باورها و عقاید و القای آنان به مردان که مجاز به تنبیه همسر و ایجاد

در زیر نیز به اختصار به هریک از مقولات شش‌گانه و سپس مقوله نهایی پرداخته می‌شود.

خشونت

خشونت علیه زنان در خانواده رایج‌ترین شکل خشونت است که غالباً از سوی مردان خانواده (شوهر، پدر و برادر) به وقوع می‌پیوندد و ابعاد متعددی را شامل می‌شود.

بسیاری از مسائل و آسیب‌های اجتماعی در رابطه با خشونت خانگی علیه زنان وجود دارد که از جمله این مسائل می‌توان به مشکل افزایش خودکشی در زنان اشاره کرد. آن چیزی که اهمیت خشونت خانگی علیه زنان را مشخص می‌کند، وجود رفتار خشونت‌آمیز در میان افرادی است که طبق باور عمومی به یکدیگر علاقه دارند. بدر رفتاری‌ها و

رفتاری و شکل‌گیری الگوهای مراوده‌ای است.

بروز اختلاف و نداشتن تفاهم در خانواده امری شایع است و هیچ خانواده‌ای از این امر مستثنا نیست، اما گاهی این اتفاقات به مشاجرات شدید منجر و موجب ایجاد ناسازگاری و تعارض بین زوجین می‌شود. عوامل متعددی در ایجاد تعارضات و کشمکش‌های زناشویی دخیل‌اند که می‌توان به ازدواج‌های تحمیلی و علاقه‌نداشتن به همسر، مشاجرات مداوم خانوادگی، نداشتن تفاهم، افسردگی و اختلالات روانی برآمده از مشکلات و بحران‌های خانوادگی اشاره کرد. البته ذکر این نکته لازم است که افسردگی می‌تواند هم علت و هم معلول ناسازگاری و اختلافات خانوادگی باشد. همچنین فقدان مهارت‌های ارتباطی مانند گفت‌وگوی مؤثر، حل مسئله و مهارت‌های رویارویی را نیز باید به این عوامل افزود.

فقدان سرمایه اقتصادی-اجتماعی

مسائل و مشکلات اقتصادی از جمله فقر، بیکاری و کمی درآمد موجب تشدید و تقویت اختلافات خانوادگی می‌شود. در واقع فشارها و بحران‌های اقتصادی تاب‌آوری افراد را کاهش می‌دهد و به این ترتیب موجب افزایش تعارضات خانوادگی می‌شود. از سوی دیگر محروم بودن از سرمایه‌های اجتماعی که حمایت خانوادگی یکی از شاخص‌های آن است، در هنگام گرفتاری‌ها موجب احساس امنیت‌نداشتن، ناامیدی و ناسازگاری با شرایط موجود می‌شود.

اختلاف در شبکه خویشاوندی

این مورد، یکی از عوامل مهم بروز اختلاف بین زوجین است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد بیشتر آزمودنی‌ها، نه تنها نقش خانواده را هنگام بروز اختلافات خانوادگی‌شان مثبت بیان نکرده‌اند، اظهار نیز داشته‌اند که خانواده‌ها با راهکارها و پیشنهادها اشتباه خود موجب تشدید اختلافات بین آنها شده‌اند.

اطاعت و فرمان‌برداری در او بدون در نظر گرفتن اعتقادات و خواسته‌های اویند، باعث تداوم خشونت نسبت به زن می‌شود. روابط درون خانوادگی به شکل دیکتاتوری است و روابط براساس زور و اجبار است، در این خانواده منابع قدرت بیشتر در دست مرد است و زنان فاقد سرمایه‌ها و منابع گوناگون‌اند. مناسبات به‌گونه‌ای است که مرد بر زن تسلط و برتری دارد و همین سلطه‌جویی منشأ فشار و اجبار و بدرفتاری است (غضنفری، ۱۳۸۹: ۱۰).

داده‌های نظری و تجربی نشان می‌دهد یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد و تداوم خشونت در خانواده‌ها، بی‌قدرتی زنان و توانمندی‌نداشتن آنهاست. خشونت علیه زنان چیزی فراتر از یک موضوع خصوصی است و ریشه در عمق رویه‌های فرهنگی و اجتماعی دارد. وابستگی اجتماعی، اقتصادی و حقوقی، زنان را در طول تاریخ در موضع فرودتری قرار داده و آنان را در مقابل خشونت مردان آسیب‌پذیر کرده است. از این رو افزایش قدرت زنان و توانمندسازی آنها در همه ابعاد توانمندی، می‌تواند مهم‌ترین راهکار برای از میان برداشتن خشونت خانوادگی باشد. در جدول فوق به چندین نمونه از خشونت علیه زنان به‌عنوان عامل تحریک‌کننده خودکشی اشاره شده است.

ناسازگاری و تعارضات زناشویی

مطالعه سازگاری زناشویی ممکن است به معنای مطالعه مواردی از قبیل خوشبختی در ازدواج، رضایت از ازدواج، ارتباط همراه با رضایت متقابل، توافق در تصمیم‌گیری‌ها، مؤثر بودن کارکرد خانواده باشد (Ahmad and Reid, 2008). سازگاری زناشویی فرایندی است که در طی آن هر دو زوج به‌صورت انفرادی و یا با همکاری یکدیگر الگوهای رفتاریشان را برای رسیدن به حداکثر رضایت زناشویی در روابطشان، تغییر و اصلاح می‌کنند (Bali et al., 2010) و لازمه آن انطباق سلیقه‌ها، شناخت صفات شخصی، ایجاد قواعد

روانی، شخصیتی و ارتباطی با دیگران، مدیریت نکردن خشم، آشفتگی ارتباطی، آشکارکردن خشم و خشونت، برخورد سرزنش‌آمیز و تحقیرکننده اجتماع، خانواده و نبود حمایت اجتماعی و نبود اطمینان از حمایت قانونی از آنان، از مهم‌ترین مسائل اجتماعی زنان دارای همسر معتاد است (محمدی‌فر و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۷). عارضه عمده دیگر اعتیاد شوهر، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی زنان است. در پژوهش حاضر اعتیاد شوهر و رفتارهای مترتب بر آن، عامل مهمی در اقدام به خودکشی چندتن از زنان مطالعه‌شده بود. در واقع می‌توان گفت زندگی با همسر معتاد به‌عنوان یک عامل اجتماعی نابهنجار، زمینه بروز مشکلات متعددی را فراهم می‌کند و با تداوم این وضعیت، تاب‌آوری زنان کاهش و اقدام به خودکشی آنها افزایش پیدا می‌کند.

نوری نیز با بیان اینکه «زنان همسر معتاد دارای افکار خودکشی هستند»، عنوان می‌کند که ۳۵ درصد زنانی که همسر معتاد دارند، افکار خودکشی دارند و ۲۱/۲ درصد آنها تجربه ناموفق خودکشی داشته‌اند (نوری، ۱۳۸۹: ۱۰۱ و ۱۰۲).

همچنین موس^۱ معتقد است که افسردگی و آشفتگی‌های روحی و روانی در بین افرادی که همسر مصرف‌کننده دارند، میزان استرس را در خانواده‌ها نشان می‌دهد و این ازدواج‌ها روابطی پر از استرس، فشار و نگرانی را برای همسران به همراه دارد (Yalcin and Karahan, 2007).

اعتیاد شوهر همچنین می‌تواند زمینه‌ساز بروز خشونت‌های جسمی و جنسی در خانواده باشد (Gilbert et al., 2012). در جدول بالا نیز به مواردی پرداخته است که زنان از عدم تعادل همسران معتادشان اقدام به خودکشی کرده‌اند.

انزوای اجتماعی

همان‌طور که گفته شد یکی از پیامدهای انزوا، ناتوانی افراد در حل مسائل، یأس، افسردگی و کاهش تحمل است. زنان

وضعیت فرهنگی و اجتماعی برخی کشورها از جمله ایران، به‌گونه‌ای است که بین خانواده اصلی و خانواده تابع (پس از ازدواج فرزندان)، وابستگی زیادی وجود دارد. این امر هرچند در حمایت خانواده اصلی از خانواده‌های تابع مؤثر است، اما دخالت‌های نابجای آنها نیز گاه به مشکلات خانوادگی دامن می‌زند. در جدول یک به برخی از این دخالت‌ها اشاره شده است.

الیزابت بات در کتاب *خانواده و شبکه اجتماعی* به روابط و شبکه خویشاوندی تأکید دارد و بیان می‌کند هرچه رابطه بین شبکه کمتر باشد، خانواده وظایف خود را بهتر انجام می‌دهد، در غیر این صورت باید براساس شرایط و روابط شبکه عمل و دخالت دیگران را در زندگی خود قبول کنند؛ این مسئله می‌تواند زمینه بروز اختلافات را در خانواده به وجود آورد و در نتیجه دخالت دیگران، خانواده دچار انحلال می‌شود (اعزازی، ۱۳۸۷: ۱۴۱). براساس نظریه شبکه، قوی بودن شبکه خویشاوندی و دخالت دیگران در زندگی زوجین، می‌تواند از طریق سلب قدرت تصمیم‌گیری از زوجین، موجبات بروز اختلافات خانوادگی شود (ریاحی، ۱۳۸۶: ۱۳۶).

خرده‌فرهنگ مصرف مواد

با نگرستن به ساختار خانواده‌های معتاد، با فقدان ارتباطات صحیح بین زوجین، آشفتگی‌ها و کشمکش‌های بین اعضای خانواده روبه‌روایم. همسران سوء مصرف‌کننده بیشتر ارتباطات منفی و آسیب‌پذیر مثل انتقاد، سرزنش، تحقیر و عصبانیت از خود نشان می‌دهند، در حل مسائل خانواده سطح پایینی از همدلی را ابراز می‌کنند، روابط منفی است و استفاده از مهارت‌های حل مسئله، کاهش پیدا می‌کند و خانواده از نظر عملکردی تنزل پیدا می‌کند؛ بنابراین عملکرد نزولی خانواده منتج به سقوط و اضمحلال کانون خانواده خواهد شد. زنانی که دارای همسر معتادند، هم از نظر اجتماعی و هم از لحاظ شخصیتی و خانوادگی مشکلات متعددی دارند. مشکلات

¹ Moos

عوامل تسریع‌کننده توانمندسازی به شمار می‌آید. دومین عنصر عاملیت است، عاملیت زنان به این موضوع اشاره دارد که زنان را نباید فقط دریافت‌کنندگان خدمات در نظر گرفت، بلکه خود زنان باید به‌عنوان بازیگران اصلی در فرایند تغییر، به‌ویژه در تدوین انتخاب‌های مهم زندگی و کنترل بر منابع و تصمیماتی در نظر گرفته شوند که تأثیر مهمی در زندگی ایشان دارد. این عنصر معرف اهمیت گفتمان از پایین به بالا نسبت به رویکرد از بالا به پایین است (Malhotra et al., 2002). سومین عنصر، دستاوردها یا نتایج و پیامدهاست که در اثر فرایند توانمندسازی ایجاد می‌شود. دستاوردها می‌تواند از برآورده شدن نیازهای اساسی تا دستاوردهای پیچیده‌تری مانند خشنودبودن، عزت نفس داشتن، مشارکت در زندگی اجتماعی و سیاسی و غیره را در بر گیرد (سن، ۱۳۸۱).

به‌لحاظ نظری، نظریه‌های توانمندسازی زنان نوعی راهبرد است که در پی تغییر تدریجی موقعیت زنان برای کسب قدرت بیشتر در عرصه‌های عمومی است. در این پژوهش و با توجه به مقوله‌های استخراج‌شده، این نتیجه حاصل می‌شود که عدم توانمندی زنان در زمینه‌های گوناگون فردی (روانی)، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی باعث می‌شود که زنان در برابر بحران‌ها و مشکلاتی که برآمده از زمینه‌های خانوادگی و اجتماعی‌اند، احساس ناتوانی و ناکارآمدی کنند و قدرت رویارویی با دشواری‌ها را نداشته باشند و به همین دلیل در رفع آنها نمی‌کوشند و در نتیجه در مواجهه با ساختار مردسالارانه حاکم بر جامعه و محدودیت‌های ناشی از آن شکست می‌خورند. خودباوری‌نداشتن زنان و نداشتن مهارت در برخورد با مسائل و مشکلات، موجب تشدید و بحرانی‌تر شدن شرایط نامطلوب حاکم بر زندگی آنها می‌شود و در صورت حل‌نشدن آنها، به‌تدریج روی هم انباشته می‌شود و پدیده‌های اجتماعی ناخوشایندی همچون خودکشی را رقم می‌زند. تقریباً صد در صد مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که قابلیت اعمال

مطالعه‌شده این پژوهش نیز زمانی که خود را برای حل مشکلاتشان ناتوان دیدند، ترجیح دادند که روابط اجتماعی خود را با اطرافیان قطع و خود را در خانه حبس کنند که این امر افسرده‌شدن آنها را در پی داشت. با پایین‌آمدن آستانه تحمل آنان و تشدید این شرایط توسط اطرافیان آنها، تصمیم به اقدام به خودکشی محتمل‌ترین گزینه مدنظر آنان بود.

عوامل متعددی در انزوایزینی افراد و به‌ویژه زنان دخیل‌اند؛ عواملی چون خشنونت، محروم‌بودن از شبکه حمایتی کارآمد، اعتیاد همسر، ازدواج تحمیلی، اختلافات و کشمکش‌های خانوادگی، الگوهای کنشی نامناسب در شبکه خویشاوندی و... با تداوم این شرایط، فرد احساس ناکامی و درماندگی می‌کند، خود را بدون حامی می‌یابد، به‌جای حل مشکل برای حذف صورت مسئله می‌کوشد و در نهایت اقدام به خودکشی به‌عنوان تنها راه گریز از رنج‌های انسانی بروز می‌کند و ادامه می‌یابد.

بحث و نتیجه

در این پژوهش، مقوله هسته «عدم توانمندی زنان» حاصل ادغام و ترکیب شش مقوله عمده فوق است. از توانمندسازی تعاریف متعددی ارائه شده است. در پیشینه مربوطه، برای تعریف این مفهوم به گستره‌ای وسیع از مفاهیمی نظیر حق انتخاب، کنترل‌داشتن و دسترسی به منابع، احساس استقلال و اعتماد به نفس بیشتر و... اشاره شده است. درباره توانمندسازی زنان می‌توان گفت، توانمندسازی یک زن به این مفهوم است که او برای انجام کارها توانایی جمعی پیدا می‌کند و این امر به رفع تبعیض میان زنان و مردان منجر و یا در مقابله با تبعیض‌های جنسیتی در جامعه مؤثر واقع می‌شود.

توانمندی حاوی سه عنصر یا مفهوم مشترک در غالب تعاریف و مفاهیم است. نخستین عنصر، منابع است که شامل متغیرهایی مانند آموزش و اشتغال است و به قول کبیر^۱ از

¹ Kebir

کنترل‌شدنی نخواهد بود، روز به روز نیز گسترش خواهد یافت. همان‌طور که گفته شد خودکشی یک مسئله اجتماعی است و تبعات و پیامدهای آن تنها گریبان‌گیر زنان نخواهد شد، کارکرد خانواده و جامعه را نیز مختل خواهد کرد. عدم توانمندی زنان به دلیل خودباوری نداشتن آنان در مقابله با بحران‌ها، اعمال سیاست‌های نادرست توانمندی، برخوردار نبودن از حمایت‌های اجتماعی مطلوب و همچنین به دلیل حاکم‌بودن هنجارهای اجتماعی تبعیض‌آمیز، از مهم‌ترین عوامل مؤثر در بروز پدیده‌هایی همچون خودکشی است که نه تنها خانواده، جامعه را نیز با بحران مواجه می‌کند. بنابراین می‌توان بیان کرد که ارتباطی تنگاتنگ، دوسویه و چرخه‌ای میان توانمندسازی زنان و کاهش آسیب‌های اجتماعی وجود دارد.

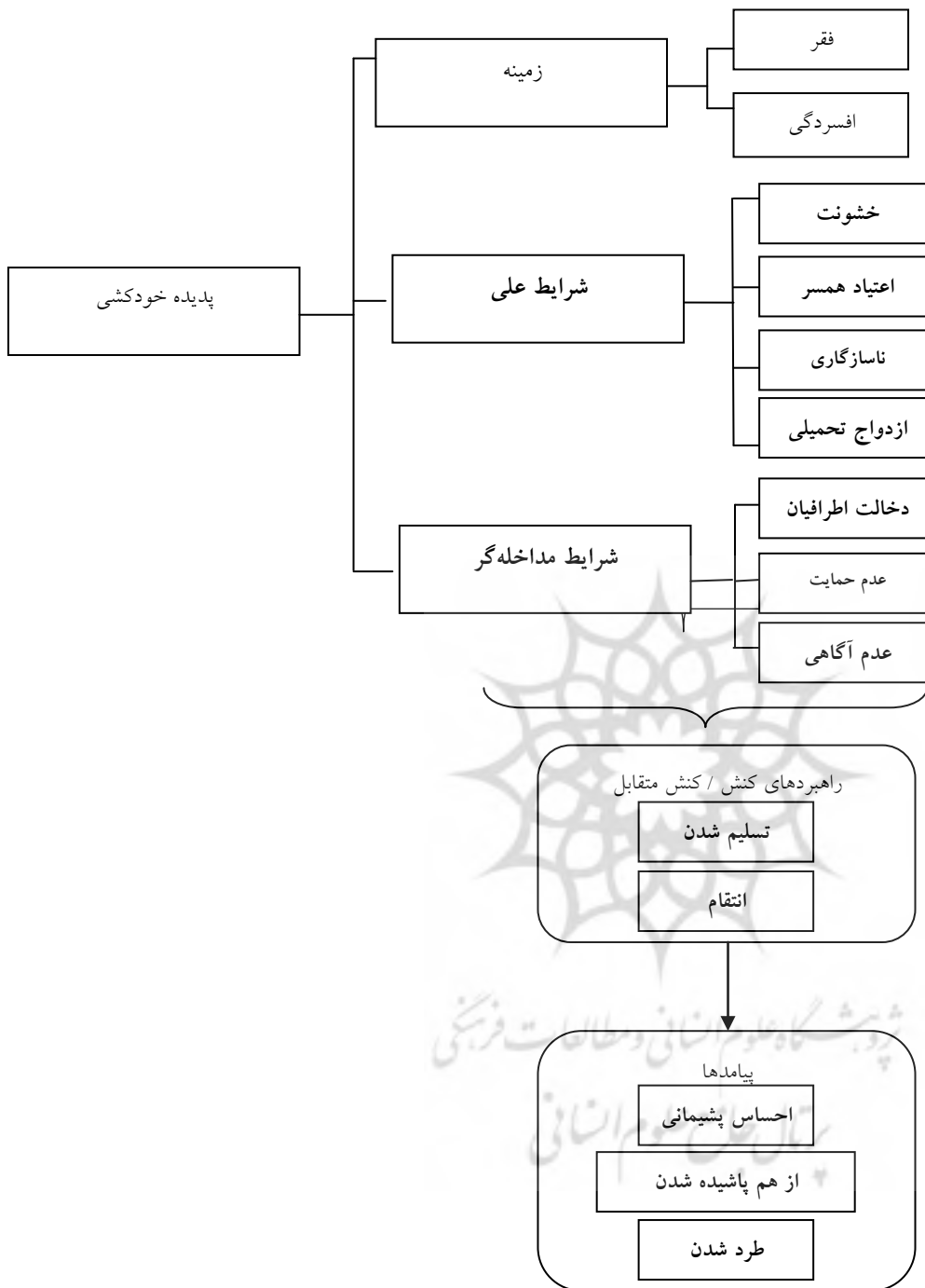
بیشتر زنان مطالعه‌شده این پژوهش عنوان کردند که قصد خودکشی نداشته و به‌منظور تغییر شرایط زندگی و رسیدن به خواسته‌هایشان یا اعتراض به وضعیت نامطلوب حاکم بر روابط خانوادگی اقدام به خودکشی کرده‌اند که این مسئله علاوه بر اینکه بیانگر وخامت شرایط زندگی آنها بوده است، نشان‌دهنده عدم توانمندی آنها در رویارویی با شرایط سخت و مشکلات زندگی نیز است.

کنترل بر عملکرد خود و بر رویدادها و حوادث زندگی‌شان را نداشتند. اوج عدم توانمندی این زنان را می‌توان در انتخاب خودکشی به‌عنوان تنها راهکار خاتمه‌دادن به معضلات و مسائل زندگی‌شان دانست.

نکته درخور توجهی که در این پژوهش مشاهده شد و نمی‌توان آن را نادیده گرفت، نقش تبعیض‌ها و کلیشه‌های جنسیتی در فرایند توانمندسازی زنان است. افزون بر تأثیر عوامل ذکرشده در اقدام به خودکشی زنان، تبعیض‌های جنسیتی گاهی خود به‌عنوان عامل تشدیدکننده عمل می‌کنند. بنابراین توانمندسازی زنان محقق نمی‌شود مگر آنکه ساختار مردسالارانه موجود در باورهای خانوادگی و اجتماعی تعدیل شوند و هنجارهای اجتماعی تبعیض‌آمیز از میان بروند. بنابراین امکان دسترسی برابر زنان به منابع قدرت همچون تحصیلات و اشتغال پایدار و همچنین آموزش هم‌زمان زنان و مردان و آگاه‌سازی آنها درباره پیامدهای مثبت توانمندسازی زنان و تأثیر آن بر بافت خانواده و جامعه امری لازم و ضروری در دستیابی به توانمندی است.

نتایج حاکی از آن است که اگر توانمندسازی زنان در ابعاد مختلف آن (فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی) صورت نگیرد، پدیده‌های آزاردهنده‌ای همچون خودکشی زنان نه تنها

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



شکل ۱- نمودار مدل پارادایمی پژوهش (تئوری زمینه‌ای)

Fig 1- Research paradigm model diagram (grounded theory)

شرایط زمینه‌ای و شرایط مداخله‌گر تقسیم‌بندی کرد. از عواملی که سبب‌ساز اقدام به خودکشی این زنان شده بود می‌توان به خشونت اشاره کرد؛ مورد خشونت واقع شدن در

بر طبق مدل پارادایمی پژوهش، شرایط و عوامل گوناگونی موجب اقدام به خودکشی زنان مطالعه‌شده این پژوهش شده بود. این شرایط را می‌توان در قالب شرایط علی یا سبب‌ساز،

خودسوزی را عکس‌عملی در پاسخ به این شرایط انتخاب کنند. اقدام به خودسوزی برای اعتراض به این شرایط و همچنین انتقام از افرادی که آنها را مسبب به وجود آمدن مشکلات و بحران‌های زندگی‌شان می‌دانستند. از طرف دیگر روحیه تقدیرگرایی این زنان و اعتقاد به پیشانی‌نوشت و این باور که «سرنوشت من از قبل تعیین شده است و هیچکس نمی‌تواند آن را تغییر دهد»، موجب تسلیم و منفعل شدن آنها در برابر شرایط نامطلوب زندگی‌شان شده بود.

میان مقولات استخراج‌شده و فقدان توانمندی در بین زنان قربانی، پیوندی نامألوف اما محکم برقرار است؛ خشونت، ناسازگاری زناشویی، ازدواج تحمیلی و دخالت اطرافیان صراحتاً نشانه‌هایی از ناتوانی زنان در اداره زندگی خویش است؛ عواملی که از نداشتن استقلال و ناتوانی زنان سرچشمه می‌گیرد. فقدان عاملیت به‌عنوان عنصر مهم توانمندی، زنان را از هرگونه گزینش و انتخابی محروم کرده و به یک انسان زیستی و غیرمولد تبدیل کرده است که پذیرای سرنوشت است. حق آموزش و اشتغال و پذیرش و حمایت جمعی از این وضعیت نیز که مشمول نخستین عنصر توانمندی یعنی منابع است نیز در برخی دیگر از مقولات مشهود است؛ بی‌سواد بودن یا نداشتن آموزش‌های پایه و همچنین خانه‌داری (عدم اشتغال) پیامدی غیر از آگاهی‌نداشتن، فقر و حمایت‌نکردن خانواده‌ها ندارد، در چنین وضعیتی زنان ناخواسته تسخیر و صرفاً به دریافت‌کنندگان خدمات تبدیل می‌شوند. علاوه بر این، اعتیاد همسر و افسردگی نیز به‌صورت ضمنی در ارتباط با عدم توانمندی زنان‌اند؛ زمانی که انسانی فاقد استقلال باشد، حق انتخاب نداشته باشد یا کنترلی بر وضعیت پیش‌آمده نداشته باشد، طبیعتاً نمی‌تواند از دام فضاهای پرخطر برهد. در چنین شرایطی قربانی به دلیل اینکه راهی برای برون‌رفت از وضعیت حاصل را نمی‌بیند، به‌ناچار شیوه‌های گوناگونی از انزوا و افسردگی را نیز تجربه می‌کند و با واردکردن آسیب به خود، برای حذف مسئله می‌کوشد.

محیط خانواده و از سوی اعضای خانواده مخصوصاً پدر و همسر. خشونت‌هایی که موجب ایجاد احساس بی‌پناهی، استرس، اضطراب، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس و احساس بی‌ارزشی در آنها شده بود. ناسازگاری زناشویی یکی دیگر از این عوامل بود. در این پژوهش ازدواج اجباری، نبود تفاهم میان زوجین و همچنین مشاجرات خانوادگی مداوم، زمینه‌ساز بروز ناسازگاری بین زوجین شده بود. ناسازگاری‌ها و تعارضات زناشویی علاوه بر اینکه تأثیر منفی بر روابط زوجین می‌گذارد، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده شروع افسردگی و بسیاری از بیماری‌های جسمی و روحی و حتی اقدام به خودکشی باشند. علاوه بر این موارد، اعتیاد همسران این زنان و تبعات مترتب بر آن نیز نقش انکارناشدنی در اقدام به خودکشی آنها داشت. در واقع می‌توان گفت زندگی با همسر معنادار زمینه بروز مشکلات عدیده‌ای از جمله خشونت‌های جسمی و جنسی، آشفتگی‌های روحی، در انزوا قرار گرفتن اعضای خانواده و... را فراهم می‌کند و با تداوم این وضعیت، تاب‌آوری زنان، کاهش و اقدام به خودکشی آنها افزایش می‌یابد. این عوامل و همچنین توانایی‌نداشتن این زنان در پیشگیری، کنترل و برخورد صحیح با آنها، موقعیت نامطلوب و تحمل‌نشدنی‌ای را برای آنها به وجود آورده بود. دسترسی آسان به وسایل خودکشی، فقر و افسردگی، زمینه و بستر اقدام به خودکشی را برای این زنان فراهم کرده بود. برای مثال فقر هم در خانواده پدری و هم بعد از ازدواج باعث بازماندن این زنان از تحصیل شده بود. بازماندن از تحصیل، خود موجب تأخیر در رشد آگاهی افراد می‌شود و این تأخیر در رشد، توانایی برخورد صحیح و منطقی با مشکلات و معضلات به وجود آمده را از افراد سلب می‌کند.

این شرایط در ارتباط با یکدیگر و همراه با دخالت اطرافیان، حمایت‌نشدن از سوی خانواده در مواجهه با بحران‌ها و گرفتاری‌ها و همچنین آگاهی‌نداشتن زنان از مهارت‌های رویارویی با مشکلات و حل مسئله به عنوان شرایط مداخله‌گر، موجب شده بود که این زنان به‌ناچار

در این میان تنها یک راه باقی می‌ماند، آن هم جان‌فشانی است. خودکشی انتخاب نهایی زنان در چنین وضعیتی است که با دو هدف صورت می‌گیرد: گریختن و گسستن از ناملايمات زندگي و به یک معنا انفصال از جهان و دوم تلنگری مرگبار به اطرافیان برای تغییر.

این عکس‌العمل زنان پیامدهایی را نیز برای آنها به همراه داشت که یکی از این پیامدها احساس پشیمانی بود. تمام این زنان به جز یک مورد، از اقدام به خودکشی به شدت پشیمان شده بودند. دلیل اصلی پشیمانی آنها ناکام ماندن در نیل به خواسته‌هایشان بود. به عبارت دیگر، آنها نه تنها به اهدافی نرسیده بودند که از اقدام به خودکشی در نظر داشتند، با این اقدام به گفته خودشان همه چیزشان را نیز از دست داده بودند. علاوه بر این، عوارض سنگین جسمی و روحی که گریبان‌گیرشان شده بود و همچنین هزینه‌های گزاف درمانی، دلیل دیگر پشیمانی آنها بود. طرد شدن از سوی خانواده و شوهرانشان یکی دیگر از این پیامدها بود. بنابر اظهارات این زنان، شوهرانشان یا به ملاقاتشان نمی‌آمدند و یا اگر می‌آمدند همسرانشان را به شدت، سرزنش و آنها را تهدید به طلاق می‌کردند. در نهایت، اقدام به خودکشی این زنان در بسیاری از موارد به از هم پاشیده شدن کانون خانواده آنها ختم شد.

منابع

- آرون، ر. (۱۳۷۰). *مراحل اساسی اندیشه در جامعه‌شناسی*، ترجمه باقر پرهام، تهران: سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی.
- آریان، ع. (۱۳۸۹). «معرفی روش تحقیق کیفی - نظریه مبنایی»، *کتاب ماه علوم اجتماعی*، ۱۴ (۲۵)، ۸۶-۹۵.
- استراوس، آ. و کوربین ج. (۱۳۹۰). مبنای پژوهش کیفی: فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای، ترجمه ابراهیم افشار، تهران: نشر نی.
- اعزازي، ش. (۱۳۸۷). *جامعه‌شناسی خانواده با تأکید بر نقش، ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر*، تهران: روشنگران و مطالعات زنان.
- ایمان، م. (۱۳۹۳). *روش‌شناسی تحقیقات کیفی*، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- پوریوسفی، ح. (۱۳۸۵). «بررسی میزان، علل و انگیزه‌های خودکشی در ایران و جهان»، *مجله مطالعات علوم اجتماعی ایران (دانشگاه آزاد واحد خلیخال)*، ۲ (۵)، ۶۸-۸۴.
- تایلر، الف. (۱۳۷۶). *جامعه‌شناسی خودکشی*، ترجمه علی موسی‌نژاد، تهران: آوای نور.
- حسینی، س. (۱۳۷۸). «روش‌های پیشگیری از خودکشی براساس بررسی همه‌گیرشناسی و نقش عوامل استرس‌زا، در ۱۰۰ مورد اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به بخش مسمومین دانشگاه مشهد»، *فصلنامه اصول بهداشتی روانی*، ۴ (۴)، ۱۹۹-۲۲۱.
- خبرگزاری دانشجویان ایران «ایسنا». ۲۱ آذر ۱۴۰۰، ۱:۰۵ بامداد. <https://www.isna.ir/news/1400062014235>
- دانایی‌فرد، ح؛ الوانی س. و آذر ع. (۱۳۹۰). *روش‌شناسی پژوهش کیفی در مدیریت: رویکردی جامع*، تهران: انتشارات صفار- اشراقی.
- دورانت، و. (۱۳۶۸). *تاریخ تمدن (اصلاح دینی)*، ترجمه سهیل آذری؛ فریدون بدره‌ای و پرویز مرزبان، تهران: نشر اقبال.
- دورکیم، ا. (۱۳۷۸). *خودکشی*، ترجمه نادر سالارزاده امیری، تهران: انتشارات علامه طباطبایی.
- رضایی‌نسب، ز؛ شیخی، م. و جمیلی کهنه شهری، ف. (۱۳۹۷). «بررسی تجارب زیسته اقدام به خودکشی زنان شهر ایلام با رویکرد روشی نظریه مبنایی»، *فصلنامه جامعه‌شناسی ایران*، ۱۸ (۴)، ۸۲-۱۰۷.
- ریاحی، م؛ علیوردی‌نیا، ا. و بهرامی کاکاوند، س. (۱۳۸۶). «تحلیل جامعه‌شناختی میزان گرایش به طلاق (مطالعه موردی شهرستان کرمانشاه)» *فصلنامه پژوهش زنان*، ۵ (۳)، ۱۰۹-۱۴۰.

- زارع شاه‌آبادی، الف؛ شفیعی‌نژاد، م. و مداحی، ج. (۱۳۹۶). «اقدام به خودکشی بین زنان آبدانان: انگیزه‌ها و شرایط»، *زن در توسعه و سیاست*، ۱۵(۳)، ۴۲۷-۴۴۶.
- ساراسون، الف. و ساراسون ب. (۱۳۸۲). *روان‌شناسی مرضی*، ترجمه بهمن بخاریان، تهران: انتشارات رشد.
- سن، آ. (۱۳۸۱). *توسعه به مثابه آزادی*، ترجمه وحید محمودی، تهران: انتشارات دستان.
- شایگان، ف. (۱۳۸۲). «خودکشی زنان (جرمی خاموش علیه زنان)»، *مطالعات راهبردی زنان*، ۱۹(۱)، ۶۹-۹۷.
- علی‌وردی‌نیا، الف؛ رضایی، الف؛ و پیرو، ف. (۱۳۹۰). «تحلیل جامعه‌شناختی گرایش دانشجویان به خودکشی»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۲(۴)، ۱-۱۸.
- غضنفری، ف. (۱۳۸۹). «عوامل مؤثر بر خشونت علیه زنان در استان لرستان»، *فصلنامه علمی-پژوهشی یافته*، ۱۲(۲)، ۵-۱۱.
- قرآن، سوره نساء، آیه ۲۹، ترجمه آیت‌الله علی‌اکبر فیض آلنی مشکینی.
- قربان‌صباغ، م؛ عطاری قوچانی، ع؛ بهارستان، ف. و دلال‌مقدم، ف. (۱۳۹۸). «بررسی فراوانی خودکشی و ارتباط آن با خصوصیات جمعیت‌شناختی در سال‌های ۹۵-۹۲ در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی شهرستان قوچان»، *مطالعات کاربردی در علوم اجتماعی و جامعه‌شناسی*، سال دوم (۴)، ۷۳-۸۰.
- گلچین، م؛ احمدی، م؛ سلیمانی، س. و سیدی، ف. (۱۳۹۸). «روایت خودکشی از منظر اقدام‌کنندگان مطالعه‌علت‌ها، زمینه‌ها و پیامدها»، *مسائل اجتماعی ایران*، ۱۰(۲)، ۲۷۱-۲۹۸.
- محسنی تبریزی، م. (۱۳۶۶). *انحرافات اجتماعی: انگیزه‌ها و علل خودکشی*، تهران: نشر مؤلف.
- محمدپور، الف. (۱۳۹۲). *روش تحقیق کیفی، ضد روش*، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- محمدخانی، پ. (۱۳۸۳). «همه‌گیرشناسی افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران مناطق پرخطر ایران»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۴(۱۴)، ۱۸۵-۲۰۳.
- محمدی‌فر، ع؛ طالبی، الف. و طباطبایی، س. (۱۳۸۹). «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معتاد»، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۴(۱۶)، ۲۵-۴۵.
- مرادی، س. و خادمی، ع. (۱۳۸۱). «بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی»، *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۸(۲۷)، ۱۶-۲۱.
- مرادی، ع؛ مرادی، ر. و مصطفوی، الف. (۱۳۹۱). «بررسی میزان و عوامل مرتبط با خودکشی در شهرستان بهار»، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۱)، ۵۰-۵۸.
- ملایی، حمید. (۱۳۹۰). «اپیدمیولوژی خودکشی در شهرستان زرنده در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۵»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی و روان‌شناسی*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنده.
- ممتاز، ف. (۱۳۸۱). *انحرافات اجتماعی*، تهران: شرکت سهامی انتشار.
- میلز، ج. (۱۳۹۱). *بیش جامعه‌شناختی (نقدی بر جامعه‌شناسی آمریکایی)*، ترجمه عبدالمعبود انصاری، تهران: شرکت سهامی انتشار.
- نوری، الف. (۱۳۸۹). «عوامل تضعیف استحکام خانواده»، *فصلنامه پژوهش‌نامه مطالعات اسلامی زنان و خانواده*، سال سوم (۶)، ۸۷-۱۱۴.
- هاکس، ج. (۱۳۹۴). *قاموس کتاب مقدس*، تهران: نشر اساطیر، چاپ سوم.
- یاسمی، م؛ یاسمی، م؛ روغنی، ع؛ یعقوبی، م؛ زمانی، ن. و سایه‌میری، ک. (۱۳۹۲). «بررسی درصد سوختگی در افراد اقدام‌کننده به خودسوزی در استان ایلام در بین سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۷۲»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*،

- James, R. K., & Gilliland, B. E. (2016). *Crisis intervention strategies*. Cengage Learning.
- Malhotra, A., Schuler, S. R., and Boender, C. (2002). *Measuring women's empowerment as a variable-in international development*. In background paper prepared for the World Bank Workshop on Poverty and Gender: New Perspectives (Vol. 28).
- Pearson, V., and R. Philips. (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.
- Saaq, M., and Ashraf, B. (2014). Epidemiology and outcome of self-inflicted burns at pakistan institute of medical sciences, islamabad. *World journal of plastic surgery*, 3(2), 107-114.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Comprehensive textbook of psychiatry*. IV (4th).
- Sheth, H., Dziejewski, P., and Settle, J. A. D. (1994). Self-inflicted burns: a common way of suicide in the Asian population. A 10-year retrospective study. *Burns*, 20(4), 334-335.
- Strauss, A., and J. Corbin. (1998). *Basices of Qualitative Research*. London: Sage.
- Word Health Organisation. Suicide Preven on(SUPRE). [cited 2008 Oct 25]. Available from: URL: <http://www.WHO.int/mental-health/prevention/Suicide/Suicideprevent/en/>
- Yalcin, B. M., and Karahan, T. F. (2007). Effects of a couple communication program on marital adjustment. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 20(1), 36-44.
- یوسفی‌لبنی، ج. و میرزایی، ح. (۱۳۹۲). «بررسی عوامل مؤثر خودسوزی در بین زنان، مورد مطالعه شهرستان‌های روانسر و جوانرود»، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۹ (۷)، ۶۷۲-۶۸۱.
- Ahmad, S., and Reid, D. W. (2008). Relationship satisfaction among South Asian Canadians: The roee of 'oompeannrrry-equtttty'and ssænnng oo understand. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 2(2), 131-150.
- Bali, A., Dhingra, R., and Baru, A. (2010). Marital adjustment of childless couples. *Journal of Social Sciences*, 24(1), 73-76.
- Besnard, Ph. (1988). The True nature of anomi, *Sociological Theory* 6, 91-95.
- Boostani, D., Abdinia, S., and Anaraki, N. R. (2013). Women victims of self-immoooooo a 'rr ounddd Thoory'stu. y. nn Irnn. *Quality & quantity*, 47(6), 3153-3165.
- Durkheim, E. (1897). *Suicide: A sociological study*. Paris: Alcan.
- Glaser, B. G., and Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. London: Weidenfeld and Nicholson.
- Gilbert, L., El-Bassel, N., Chang, M., Wu, E., and Roy, L. (2012). Substance use and partner violence among urban women seeking emergency care. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 226-235.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

