SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.1/ 2026;13(1):45-55
DOI: 10.22034/13.1.45
https://shenakht.muk.ac.ir

Original Article

Analyzing the Lived Experiences of Women Who Have Attempted Suicide: A Grounded Theory Study

Ali Taghvaei Nia[1*]

[1] Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Yasouj, Yasouj, Iran.

Article history:
Received: 11 July 2025
Revised: 1 December 2025
Accepted: 8 December 2025

***Corresponding author:** Ali Taghvaei Nia, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Yasouj, Yasouj, Iran.

E-mail: ali.taghvaei@yu.ac.ir

Abstract

Background and Aim: Suicide is one of the most significant social harms, and its prevalence is increasing in today's society due to the growing complexity of social interactions. This rise profoundly impacts the lives and health of individuals and families. This study aimed to explore the lived experiences of women who have attempted suicide and to identify the factors that influence suicidal behavior among this population.

Materials and Methods: This qualitative study used grounded theory. The population comprised all married women in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad Province who had attempted suicide within the past two years. Purposive and snowball sampling methods were employed to select 17 participants, and in-depth, semi-structured interviews were conducted until data saturation was reached. Data analysis followed Strauss and Corbin's (1998) systematic-analytic approach, incorporating three coding procedures: open coding, axial coding, and selective coding.

Results: The findings revealed that the determinants and drivers of suicide attempts among women encompassed a wide range of categories. These categories, ranging from psychological and familial factors, traditional norms, social controls, and violence to ineffective coping strategies, illustrate the complex interplay of individual, social, and cultural factors contributing to this phenomenon.

Conclusion: This study enhances our understanding of the underlying factors associated with suicidal behavior among women. The findings underscore the necessity for psychological interventions tailored to cultural and social contexts, as well as the importance of identifying women at risk for suicide and other social harms. Additionally, the results can inform preventive and therapeutic measures.

Keywords: Grounded Theory, Suicide Attempt, Women

Please cite this article as follows: Taghvaei Nia A. Analyzing the Lived Experiences of Women Who Have Attempted Suicide: A Grounded Theory Study. SJPP. 2026;13(1):45-55.

Copyright © 2026 Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted copying and redistribution of the material for non-commercial purposes, provided that the original work is properly cited.

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۱،فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۵، صفحات:۴۵-۵۵
DOI: 10.22034/13.1.45
https://sjku.muk.ac.ir



مقاله پژوهشی

واکاوی تجارب زیستهٔ اقدام به خودکشی در زنان: یک مطالعهٔ داده‌بنیاد

علی تقوایی‌نیا [1*]

۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران.

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۰
ویرایش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۰
پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۷

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** علی تقوایی نیا، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران.

ایمیل: ali.taghvaei@yu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: امروزه، خودکشی یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی است که با توجه به پیچیده‌ترشدن تعاملات اجتماعی، به‌صورت فزاینده‌ای در حال گسترش است و زندگی و سلامت افراد و خانواده‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. هدف پژوهش حاضر واکاوی تجارب زیسته و کشف عوامل مختلف مؤثر در اقدام به خودکشی در زنان بود.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش نظریهٔ زمینه‌ای از نوع کیفی بود. جامعهٔ این پژوهش شامل تمام زنان متأهل اقدام‌کننده به خودکشی استان کهگیلویه و بویراحمد در دو سال گذشته بود. از بین آن‌ها، ۱۷ نفر به شیوهٔ نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی انتخاب شدند و براساس اصل اشباع، مصاحبهٔ عمیق و نیمه‌ساختاریافته انجام شد. برای تحلیل مصاحبه‌های انجام‌شده از روش تحلیل سیستماتیک استراوس و کوربین (۱۹۹۸) و سه روش کدگذاری باز، محوری و انتخابی بهره گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بسترهای تعیین‌کننده و مؤثر در اقدام به خودکشی در زنان شامل مقوله‌های گوناگونی بودند که این مقوله‌ها از عوامل روان‌شناختی ـ خانوادگی و هنجارهای سنتی همراه با کنترل‌های اجتماعی و خشونت تا راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و اقدام به خودکشی، نشان‌دهندهٔ تعامل پیچیدهٔ عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی در ارتکاب به این پدیده است.

نتیجه‌گیری: مطالعهٔ حاضر به درک ما از بسترهای شکل‌گیری اقدام به خودکشی در زنان کمک می‌کند. با استفاده از نتایج این پژوهش، علاوه‌بر ضرورت مداخلات روان‌شناختی مبتنی‌بر بافت فرهنگی و اجتماعی برای پیشگیری از خودکشی، می‌توان زنان در معرض خودکشی و دیگر آسیب‌های اجتماعی را شناسایی و اقدامات پیشگیرانه و درمانی برای آنان تنظیم کرد.

واژگان کلیدی: اقدام به خودکشی، زنان، داده‌بنیاد

استناد: تقوایی‌نیا، علی. واکاوی تجارب زیستهٔ اقدام به خودکشی در زنان: یک مطالعهٔ داده‌بنیاد. مجله علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، بهار ۱۴۰۵؛۱۳(۱):۴۵-۵۵.

مقدمه

خودکشی[1] به‌مثابهٔ پدیده‌ای پیچیده، چندبعدی، مشکل سلامت عمومی و بالاخص سلامت روان در سراسر جهان شناخته شده و به‌صورت دغدغهٔ اساسی برای متخصصان حوزهٔ سلامت مطرح است (ارن ،جارج و چاوان[2]، ۲۰۱۷؛ سهرابی، یوسفی، اسفندیاری، ساعد، عبدالهی و بخشی، ۲۰۱۷). پژوهش‌های مربوط به خودکشی دو پدیدهٔ مهم را بررسی می‌کنند که شامل افکار خودکشی و اقدام به خودکشی می‌شود (ریردان[3]، ۲۰۲۵؛ قلعه‌بان، محب، عبدی و فرنام، ۲۰۲۱). افکار خودکشی بر وقوع هرگونه اندیشهٔ خودتخریبی دلالت دارد که شامل طیفی از اندیشه‌های مبهم دربارهٔ امکان خاتمهٔ زندگی تا خودکشی کامل است (نم، ویلکاس، هیلمایر و دیویلدر[4]، ۲۰۱۸). اقدام به خودکشی به یک رفتار تنها اشاره ندارد، بلکه به‌صورت گسترده‌ای به بسیاری از

[1] Sucide
[2] Arun, Garg & Chavan
[3] Reardon
[4] Nam, Wilcox, Hilimire & DeVylder

رفتارهای متنوع و پیچیده اشاره می‌کند که منعکس‌کنندهٔ تعامل عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی است (ویجیکومار و لامچ[5]، ۲۰۲۰).

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۹)، در برابر یک اقدام به خودکشی موفق و منجر به مرگ، ۲۰ تا ۲۵ اقدام به خودکشی ناموفق اتفاق می‌افتد. اقدام به خودکشی پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار برای خودکشی است و در مقایسه با خودکشی کامل، فراوانی بیشتری دارد (ویویکاناندهان، راماسمی، چیریان و هوگ ـ جونس[6]، ۲۰۲۴). برخی پژوهش‌ها میزان بالاتری از خودکشی را در زنان گزارش کرده‌اند (ویجیکومار، ۲۰۲۱). خودکشی در میان زنان از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ به میزان ۵۰ درصد افزایش داشته است (آبرین و تامایاسو[7]، ۲۰۲۱). بررسی آمار خودکشی در استان کهگیلویه و بویراحمد، به‌ویژه شیوع این پدیده در میان زنان که نشان‌دهندهٔ تعامل پیچیدهٔ عوامل اجتماعی، فرهنگی و فردی است، حکایت از افزایش این واقعه طی ده سال اخیر دارد. این استان به‌عنوان استان پرخطر در حوزهٔ خودکشی معرفی شده است (تقوائی‌نیا و جهانبخش گنجه، ۲۰۲۵). در استان کهگیلویه و بویراحمد به‌دلیل بافت فرهنگی ـ اجتماعی خاص منطقه، به‌ویژه هنجارهای سنتی یا تعارضات سنت و مدرنیته، نابرابری‌های جنسیتی همراه با کنترل‌های اجتماعی و خشونت یا به‌عبارتی زیست پروبلماتیک (پناهی‌نسب و خردمند، ۲۰۲۵)، نرخ خودکشی زنان تقریباً سه برابر مردان، شیوهٔ خودکشی آنان (۹۸/۱ درصد) خشن‌تر از مردان و بیشترین آن‌ها (۹۳/۱ درصد) مربوط به زنان متأهل بوده است (حیدری و رسائی‌پور، ۲۰۱۳).

باوجود اهمیت مسئله، اقدام به خودکشی در زنان بسیار پیچیده، چندعاملی یا چندوجهی است و شامل مجموعهٔ پیچیده‌ای از متغیرهای جمعیت‌شناختی، روان‌شناختی و محیطی می‌شود (کیوان‌آرا، موسوی، خیر و نگاسوان[8]، ۲۰۲۰). برخی مطالعات طردشدگی خانوادگی، نداشتن حمایت اجتماعی، احساس تنهایی و بیهودگی، درماندگی و شکست، دشواری در تنظیم هیجانی، مقایسه با دیگران، انتقام و نداشتن استقلال اقتصادی را در تجربهٔ اقدام به خودکشی مؤثر دانسته‌اند (لوهار و سیساک[9]، ۲۰۱۸؛ بیلسن[10]، ۲۰۱۸؛ زانگ[11]، ۲۰۱۹؛ محمدی، رضایی و سلیمانی، ۲۰۲۲؛ چیریان و هوگ-جونس، ۲۰۲۴). اغلب پژوهش‌ها به‌طور عمده بر نقش عواملی همچون سابقهٔ قبلی و تجربهٔ آسیب به خود (وو، زانک، وانگ و هانگ[12]، ۲۰۲۴؛ ساکی و صفرزاده، ۲۰۲۵)، عملکرد خانواده و روابط خانوادگی آسیب‌دیده(کیان‌زاد، نشاط‌دوست، مهرابی و موسوی، ۲۰۲۲؛ کیم و کیم[13]، ۲۰۱۴)، درماندگی (سلیگمن[14]، ۱۹۷۹)، بیهودگی و تجربهٔ خشونت (پناهی‌نسب و خردمند، ۲۰۲۵؛ ویرو، باربارا، مونتیسکی، کاسترمان و کاتانو[15]، ۲۰۲۱)، نداشتن هدف و معنی در زندگی (استگر[16]، ۲۰۰۸)، مشکلات مالی و فقر (رضایی‌نسب، شیخی و جمیلی کهنه‌شهری، ۲۰۱۶)، فشار هنجاری و طرد اجتماعی (قادرزاده و پیری، ۲۰۱۴)، عوامل روان‌شناختی و مشکلات سلامت روانی شامل اختلالات روانی، درد روانی و تغییرات روان‌شناختی (ویویکاناندهان و همکاران ، ۲۰۲۴؛ جوینر و تیورک[17]، ۲۰۱۶؛ شاو، نبز، کوماتویس و هیراتسوکا[18]، ۲۰۱۹) در تجربهٔ اقدام به خودکشی زنان تأکید کرده‌اند.

پدیدارشناسان اعتقاد دارند نتایج مطالعات مرتبط با آسیب‌های اجتماعی، نظیر اقدام به خودکشی، از فرهنگی به فرهنگ دیگر قابل تعمیم نیست. برای درک یک پدیده و کشف چگونگی آن در یک بافت یا موقعیت، بهترین روش مطالعه رویکرد کیفی است. برای مثال، خانواده نوعی سیستم ارتباطی منحصربه‌فرد است که فراتر از اعضای آن است و روابط حاکم بر آن با روابط دوستانه متفاوت است و ارزش اصلی آن نتیجهٔ شبکه‌ای از روابط ایجادشده توسط اعضای آن است (تیان، یو، لین، لو، لیو و زانگ[19]، ۲۰۱۹). در واقع، برخلاف مطالعات کمی دربارهٔ خودکشی، که باعث تقلیل این پدیدهٔ پیچیده به چند متغیر، آن هم به‌صورت نگاه از بیرون، شده‌اند، مطالعات کیفی پدیدهٔ خودکشی را همان‌طور که رخ داده است، در وضعیت طبیعی کشف می‌کنند و برحسب معانی‌ای که افراد برای آن پذیرفته‌اند بررسی می‌کنند (کیم و کیم، ۲۰۱۴).

درک تجربهٔ ذهنی افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند در آگاهی از خدمات بهداشتی متناسب با فرهنگ، شکل‌دادن به سیاست‌های عمومی پیشگیری از خودکشی و ترویج تغییرات معنادار اجتماعی کمک زیادی می‌کند (شاو و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، اقدام به خودکشی همانند مسائل اجتماعی دیگر، پدیدهٔ پیچیده‌ای است و نمی‌توان تنها یک یا چند عامل مشخص را علت بروز آن دانست؛ حتی ممکن است در هر جامعه‌ای، به فراخور تغییر شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، اولویت عوامل مؤثر تغییرکند. باوجود مطالعات کمی دربارهٔ خودکشی در ایران، پژوهش‌های کیفی با تمرکز بر بسترهای محلی، مانند استان کهگیلویه و بویراحمد، درخصوص اقدام به خودکشی زنان نادر هستند و آن پژوهش‌های اندک هم یا شهروندان عادی (پناهی‌نسب و خردمند، ۲۰۲۵) یا

[5] Vijayakumar & Lamech
[6] Vivekanandhan, Ramasamy, Cherian & Hugh-Jones
[7] O'Brien & Tomoyasu
[8] Ngaosuvan
[9] Luhaäär & Sisask
[10] Bilsen
[11] Zang
[12] Wu, Zhang, Wang & Huang
[13] Kim & Kim
[14] Sligman
[15] Viero, Barbara, Montisci, Kustermann & Cattaneo
[16] Steiger
[17] Joiner & Tuerk
[18] Shaw, Beans, Comtois & Hiratsuka
[19] Tian, Yu, Lin, Lu, Liu, & Zhang

بیشتر جنبه‌های اقتصادی و جمعیتی (ولی‌زادگان و همکاران، ۲۰۲۴) را در اقدام به این پدیده بررسی کرده‌اند. این پژوهش، با رویکرد نظریهٔ زمینه‌ای، این شکاف را تاحدودی پر می‌کند. همچنین، در این استان تجربهٔ زیسته زنان در گرایش به خودکشی تحت‌تأثیر شکاف‌های نسلی، فشارهای سنتی و آسیب‌پذیری فردی ناشی از آن‌ها شکل می‌گیرد که این پژوهش آن را بررسی می‌کند. بنابراین، پژوهشگر در مطالعهٔ حاضر خواهد کوشید تا تجربهٔ زیستهٔ گروهی از زنان قربانی اقدام به خودکشی را واکاوی کند. براساس آنچه ذکر شد سؤال اصلی پژوهش این است که بسترهای شکل‌گیری اقدام به خودکشی از نگاه و درک تجربی و زیستهٔ زنان کدام‌اند.

روش کار

روش این پژوهش نظریهٔ زمینه‌ای از نوع کیفی بود. جامعهٔ این پژوهش شامل تمام زنان متأهل استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۱۴۰۲ بود که در دو سال گذشته اقدام به خودکشی کرده بودند. از بین آن‌ها، ۱۷ نفر به شیوهٔ نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی انتخاب شدند و براساس اصل اشباع، مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته انجام شد. بر این اساس، فرایند جمع‌آوری داده‌ها تا مصاحبهٔ هفدهم ادامه یافت و سپس سه مصاحبهٔ اضافی برای اطمینان از حصول اشباع نظری انجام شد که هیچ مقوله یا ویژگی جدیدی را آشکار نکرد. مصاحبه با هر فرد حدودا ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه طول کشید. مصاحبه‌ها به‌طور کامل ضبط شد و سپس از طریق روش استراس و کوربین (۱۹۹۸)، با بهره گیری از نرم‌افزار maxqda تحلیل شد.

ابتدا عبارات حاصل از مصاحبه‌ها با هم ترکیب و پیاده‌سازی داده‌ها صورت گرفت. در مرحلهٔ کدگذاری باز[20] داده‌ها، به هر عبارت یک کد اختصاص داده شد، مفاهیم انتزاع و برای هر کد مفهومی از درون عبارت استخراج شد. پس از حاصل‌شدن مفهوم اولیه و بازبینی عبارات و مفاهیم، به‌صورت رفت‌وبرگشتی، کدها مرتب و سازمان‌دهی شدند. پس از آن، در مرحلهٔ کدگذاری محوری[21]، از طریق برقراری پیوند و ارتباط بین مفاهیمی که سنخیت یکسانی داشتند، مفاهیم مشابه ترکیب شد، مؤلفه‌ها به دست آمد و چندین مرتبه تحلیل و بازبینی شد. در مرحلهٔ تنظیم و طبقه‌بندی جدول‌ها، کدهای مفاهیم و اجزای مؤلفه‌ها به‌صورت منظم کنار یکدیگر قرار داده شد. در نهایت، در مرحلهٔ کدگذاری انتخابی[22] با قراردادن مؤلفه‌های مرتبط در کنار هم، مقولات به دست آمد.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: آگاهی و تجربهٔ زنان اقدام‌کننده به خودکشی دربارهٔ این پدیده؛ حداکثر دو سال از اقدام آن‌ها به خودکشی گذشته باشد؛ دارای ناتوانی‌های جسمی خاص، اختلالات عصبی ـ شناختی یا مشکلات روان‌پزشکی نبوده باشند. ملاک خروج تمایل‌نداشتن شرکت‌کنندگان برای ادامهٔ همکاری در پژوهش بود. به‌منظور بررسی صحت داده‌ها یا اعتبار پژوهش، از سه‌جانبه‌سازی داده‌ها (مصاحبه، یادداشت‌های میدانی و اسناد) و روش‌ها (تحلیل کدگذاری و بازبینی) استفاده شد. سه نفر از همکاران متخصص، بازبینی را انجام دادند و مقوله‌ها و کدها را بررسی کردند. همچنین، یافته‌های اولیه با ده نفر از مشارکت‌کنندگان تأیید شد. انعطاف‌پذیری روش‌شناختی با تنظیم سؤالات مصاحبه براساس پاسخ‌های اولیه حفظ شد. همچنین، سعی شد پژوهشگر قضاوت‌ها و سوگیری‌های خود را تا حد امکان دخالت ندهد و با ثبت همهٔ مراحل انجام کار و داده‌های حاصل‌شده و حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش، به تضمین قابلیت تأیید این پژوهش کمک کند.

نتایج

تعداد کل مصاحبه‌شونده‌ها ۱۷ زن متأهل بودند. زنان اقدام‌کننده در گروه سنی ۱۹ تا ۵۴ بودند. میانگین سنی آن‌ها ۳۱/۱۱ سال و محل سکونت آن‌ها متغیر بود. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

با بررسی مصاحبه‌ها با روش کدگذاری باز، مقوله‌ها کشف و نام‌گذاری شدند. با ارتباط‌دادن این مقولات با یکدیگر در مرحلهٔ کدگذاری محوری، مقولات در اجزای مدل نظریهٔ زمینه‌ای جایگذاری شدند و شرایط علی، مداخله‌گر، زمینه‌ای، راهبردهای کنشی و پیامدها را تشکیل دادند. مؤلفه‌های به‌دست‌آمدهٔ این مدل در جدول ۲ ارائه شده‌اند.

خشونت خانگی: اولین مقولهٔ علی که موجب اقدام به خودکشی در زنان شده بود، خشونت خانگی و پیامدهای مرتبط با آن بود. مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۲ دراین‌خصوص می‌گوید: «شوهرم مدام با من دعوا می‌کرد، دست‌بزن داشت، بددهن بود، به بهانه‌های مختلف مرا کتک می‌زد. زندگی به‌کامم تلخ شده بود، چاره‌ای جز اقدام به خودکشی نداشتم.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۵ می‌گوید: «شوهرم تحت‌تأثیر خانواده‌اش مدام با من دعوا می‌کرد، دست و سرم را شکست، بدنم را سیاه کرد، والدینش هم بیشتر او را تحریک می‌کردند و زندگی‌ام را تیره‌وتار کردند.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۶ اظهار کرد: «سه سال بود به‌دلیل رفتارهای خشن شوهرم، که با من مشاجره می‌کرد و مرا به شدت کتک می‌زد و فحاشی می‌کرد، مدام با حالت قهر می‌رفتم خانهٔ بابام و با پادرمیانی بزرگ‌ترها دوباره بر می‌گشتم. فایده‌ای نداشت، تغییری ندیدم.» بر این اساس، تعدادی از مصاحبه‌شوندگان کشمکش‌های شدید خانوادگی، ضرب‌وشتم،

[20] Open coding
[21] Axial coding
[22] Selective coding

تحقیر و آزاردیدگی توسط شوهر را عامل اقدام به خودکشی خود معرفی کردند.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در مصاحبه.

کد شرکت‌کننده	جنسیت	سن	میزان تحصیلات	طبقهٔ اجتماعی	شغل	تعداد فرزندان
۱	زن	۲۸	ابتدایی	متوسط	خانه‌دار	۲
۲	زن	۳۰	ابتدایی	پایین	خانه‌دار	۳
۳	زن	۲۶	ابتدایی	متوسط	خانه‌دار	۱
۴	زن	۱۹	بیسواد	متوسط	خانه‌دار	۰
۵	زن	۲۵	سیکل	متوسط	خانه‌دار	۲
۶	زن	۳۲	ابتدایی	پایین	خانه‌دار	۱
۷	زن	۴۳	ابتدایی	متوسط	خانه‌دار	۳
۸	زن	۵۲	سیکل	پایین	خانه‌دار	۴
۹	زن	۲۲	دیپلم	متوسط	خانه‌دار	۱
۱۰	رن	۱۹	کارشناسی	پایین	خانه‌دار	۱
۱۱	زن	۴۹	بیسواد	متوسط	خانه‌دار	۴
۱۲	زن	۲۰	دیپلم	متوسط	خانه‌دار	۰
۱۳	زن	۲۲	دیپلم	متوسط	خانه‌دار	۱
۱۴	زن	۲۷	سیکل	متوسط	خانه‌دار	۲
۱۵	زن	۳۲	بی‌سواد	پایین	خانه‌دار	۲
۱۶	زن	۵۴	ابتدایی	پایین	خانه‌دار	۴
۱۷	زن	۲۹	ابتدایی	پایین	خانه‌دار	۲

جدول ۲. مولفه‌های مدل نظریهٔ زمینه‌ای.

عامل اصلی	مقولات	ریزمقولات
شرایط علی	خشونت خانگی	کتک‌کاری، آزاردیدگی، فحاشی، تحقیر
	بدعملکردی خانواده	تعارضات خانوادگی، طلاق، حمایت‌نکردن خانواده، خیانت زناشویی، روراست‌نبودن همسر
	بی‌تفاوتی عاطفی	درک‌نکردن احساس متقابل، به‌حساب‌نیاوردن، خلاءهای ارتباطی، کنارگذاشته‌شدن
	مشکلات مالی	فقر، ناتوانی در بازپرداخت وام‌ها، مصرف مواد مخدر و فروش وسایل خانه به‌دلیل تأمین مواد، وابستگی مالی
	آسیب‌پذیری فردی	ویژگی‌ها و اختلالات شخصیتی، احساس تنهایی و خودکم‌بینی، طردشدگی، بیماری جسمی و روانی، خستگی عاطفی، رضایت‌نداشتن از وضعیت ظاهری، نداشتن استقلال رفتاری
شرایط زمینه‌ای	برتری هنجارهای سنتی خانواده، ناامیدی و درماندگی، محیط مساعد ارتکاب و سابقهٔ اقدام قبلی	عقاید سخت‌گیرانهٔ سنتی، بارداری و فشار والدین درصورت پسردارنشدن، محیط مناسب خانه و اقدام در آن، حلق‌آویزکردن، خوردن سموم، سابقهٔ افکار خودکشی و نیز سابقهٔ اقدام ناموفق دیگران، خودسوزی، خودزنی، به‌بن‌بست‌رسیدن

شرایط مداخله‌گر	مهارت‌های زندگی سطح پایین ازدواج‌های سنتی و اجباری	آگاهی‌های محدود، کودک‌همسری، تفاوت سنی زیاد، ازدواج اجباری، ازدواج فامیلی، نداشتن تنوع در زندگی و یکنواختی
راهبردها	راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد	جدایی از همه‌چیر و همه‌کس، دعواهای خانوادگی، پرخاشگری و دادوفریاد، جلب‌توجه،کناره‌گیری و سکوت و نادیده‌گرفتن تبعات، انتقام از خود و خانواده، اجتناب، اعتراض، خشم
پیامدها	متعارف‌شدگی، کناره‌گیری	دریافت حمایت دوبارهٔ موقتی از خانواده، تعامل گذرا و سطحی با دیگران، قبح‌زدایی، ازدست‌رفتن موقعیت و سرمایهٔ اجتماعی، مخدوش‌شدن روابط اجتماعی

بدعملکردی خانواده

دومین مقولهٔ علی بدعملکردی خانواده بود. مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱ دراین‌خصوص می‌گوید: «در زندگی ما دخالت خانوادهٔ شوهرم یک موضوع عادی است و به‌راحتی اتفاق می‌افتد. کینه جای صمیمیت را گرفته و اعتمادی هم وجود ندارد. هیچی سرجای خودش نیست. تصمیم‌های لحظه‌ای گرفته می‌شود. ثباتی در رفتارها وجود ندارد و اختلافات درون خانواده زیاد است و تعهدی وجود ندارد، صمیمیت هم نه. ما داریم از هم جدا می‌شویم. دیگر حوصله نداشتم و جان به لب شده بودم.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۳ می‌گوید: «بی‌ارزشم، جو خانواده‌ام متشنج است. تضاد و تعارض عادی است و غیرقابل‌حل، روابط و صمیمیتی وجود ندارد و حد و مرزها هم رعایت نمی‌شود. شادی و نشاط که اصلاً، تعهد و امنیت هم وجود ندارد. هرکسی برای خودش تصمیم می‌گیرد. همه از هم طلب‌کارند. حمایتی هم نیست.»

بی‌تفاوتی عاطفی

مقولهٔ دیگری که به اقدام به خودکشی در زنان منجر شده بود، بی‌تفاوتی است. مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۶: «شوهرم به احساسات من اهمیتی نمی‌دهد؛ دیگران برایش مهم‌ترند؛ می‌گوید هرچه خانوادهٔ من می‌گویند درست است و حرف آن‌ها را قبول می‌کند و به من و حرف‌هایم اهمیتی نمی‌دهد. خنده یا گریهٔ من برایش اهمیتی ندارد. دیگر خسته شده بودم از این زندگی لعنتی.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۷: «همسرم به احساساتم اهمیتی نمی‌دهد. یادم نمی‌آید تا حالا یک بار بهم گفته باشد دوستت دارم. بچه‌هایم هم براش اهمیتی ندارند. احساس مسولیتی به زندگی ندارد. دیگر تحملش را نداشتم.»

مشکلات مالی

اغلب مصاحبه‌شوندگان فقر، مشکلات مالی و پیامدهای مختلف این پدیده را در زندگی عامل اصلی اقدام به خودکشی عنوان کرده‌اند. مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۴: «شوهرم بدهکار و مقروض است، مواد هم مصرف می‌کند. هر روز طلب‌کارها درِ خانهٔ ما هستند. شوهرم با ترفندهای مختلف از دیگران پول قرض می‌گیرد. وام گرفته و پرداخت نکرده؛ به همین خاطر فشار ضامن‌ها هم گریبان‌گیر ما شده.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۹ بیان کرد: «با یارانهٔ دولت زندگی می‌کنیم، شوهرم حتی کارت بانکی مربوط به آن را به ما نمی‌دهد. زندگی سختی داریم، در این گرانی چطوری زندگی را اداره کنم. مشکلات مالی شدیدی داریم. شوهرم بیکار و بی‌خیال است و ما هم حسرت می‌خوریم. تا کی باید زجر بکشیم و به این وضعیت ادامه دهیم، داغونم.»

آسیب‌پذیری فردی

آسیب‌پذیری به معنای بی‌دفاع‌بودن در برابر خطرهای آسیب‌رسان به روان و جسم انسان است. این اصطلاح درست در مقابل تاب‌آوری و محکم و استواربودن قرار می‌گیرد. مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۵: «هرچه فکر می‌کنم، به آخر خط رسیده‌ام، بیچاره و در یک کلام، به بن‌بست. به‌تدریج غمگین و غمگین‌تر شدم و افکار منفی هم دست‌بردار نبود.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۰: «هیچ هدفی در زندگی ندارم، فرزندانم هرکدام راه خودشان را رفتند و بی‌راهه. همسرم هم به من خیانت کرد. چندبار فکر خوکشی به سرم زد و به‌این‌ترتیب اقدام کردم.»

برتری هنجارهای سنتی خانواده

اولین مقولهٔ زمینه‌ساز برتری هنجارهای سنتی خانواده است. غلبهٔ هنجارهای سنتی در بعضی از خانواده‌ها به شرایط پرتنش، جو تهدیدآمیز و حاکی از ناامنی در خانواده، وضعیت فلاکت‌بار و به‌دنبال آن، اقدام به خودکشی منجر شده است. مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۸ اظهار می‌کند: «سه دختر داشتیم و بعد از بارداری، چهارمی هم دختر شد و اوضاع بدتر شد. در روستای ما آداب‌ورسوم سنتی هنوز حکم‌فرماست و فرزند پسر نقش عمده دارد. به همین دلیل، همسرم و خانوادهٔ او از این وضع ناراضی بودند و مدام به من از بهانه‌های مختلف ایراد می‌گرفتند و دخالت می‌کردند. خواهر شوهرم بیشتر نقش داشت و تهدید کرد که برادرم باید یک همسر دیگر بگیرد و من هم تحمل این همه حرف، دخالت و اعصاب‌خردی را نداشتم. تصمیم گرفتم که به زندگی‌ام پایان دهم و خلاص شوم و به‌یک‌باره خودم را آتش زدم، اما نجات پیدا کردم.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۱ اظهار کرد: «همسرم سنتی، متعصب، کنترل‌کننده، سلطه‌گر وسخت‌گیر بود. پسرم هم به‌دلیل این محدودیت‌ها و تعصبات بیجا

و سنتی پدرش به مشروبات الکلی وابسته شد و بیشتر اوقات از خانه خارج می‌شد. با موتورسیکلت تصادف کرد؛ پایش شکست. زندگی‌ام تیره‌وتار شد و آسمان روی سرم خراب. چاره‌ای نداشتم و در نهایت اقدام کردم.»

احساس ناامیدی و درماندگی

یکی از زمینه‌های بروز اقدام به خودکشی، احساس ناامیدی، درماندگی و عزت‌نفس کم است. براساس اظهارات مصاحبه‌شوندگان، ریشهٔ بسیاری از مشکلات روان‌شناختی به احساس ناامیدی برمی‌گردد. مصاحبه‌شوندهٔ ۱۲ اظهار کرد: «خودم را نشناختم، با وجود توانایی‌ام، موفق نشدم. فرد کاملاً شکست‌خورده‌ای هستم. زندگی را باختم، من فرد شایسته‌ای نیستم. در هیچ کاری موفق نخواهم شد. پشیمان شدم از زندگی‌ام و همه‌اش خودم را سرزنش کردم و این عوامل باعث شد اقدام به خودکشی کنم.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۷ عنوان کرد: «حامی ندارم. هیچ‌کس مرا درک نمی‌کند و پناهگاه امنی برای من وجود ندارد. پدرم را نمی‌بخشم که مرا به این روز انداخت. این سرنوشت فلاکت‌بار من است و حس خوبی ندارم از زندگی. وقتی امیدت از همه قطع شود و بی‌کس و بی‌یاور باشی، نتیجه‌اش این است. وقتی آبرویت بر باد می‌رود و احساس بی‌ارزشی می‌کنی، ناامید می‌شوی و به بن‌بست می‌رسی و ناتوانی و اقدام به خودکشی می‌کنی.»

محیط مساعد ارتکاب

اظهارات برخی از مصاحبه‌شوندگان حاکی از این بود که محیط مناسب برای ارتکاب این پدیده آماده بود. مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۲ می‌گوید: «زندگی برایم تکراری شده بود. همیشه با شوهرم بحث داشتم. هر موقع از سر کار می‌آمد، جروبحث داشتیم. در حیاط خلوت خانه‌مان، که جای مناسبی بود، خودم را حلق‌آویز کردم، ولی همسایه‌ها متوجه شدند و مرا نجات دادند.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۴: «به‌اجبار پدرم وادار به قبول نامزدی با یکی از اقوام شدم که هیچ علاقه‌ای به او نداشتم. بعد از گذشت چند سال از زندگی و عدم علاقه و مشاجره و دعوا، چندین بار تهدید به خودکشی کردم و با بی اعتنایی مواجه شدم. در نهایت با تفنگ شکاری‌ای که در خانه بود اقدام به خودکشی کردم. بعد از چند روز که بیمارستان بودم، متوجه شدم نمردم.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۴ می‌گوید: «از شدت اعصاب‌خردی و رسیدن به درماندگی، به گوشهٔ حیاط خانه‌مان، که بزرگ بود و پر از درخت، رفتم و یادم نیست چند تا، ولی خیلی قرص خوردم و بعد از چند روز متوجه شدم که بیمارستانم.»

سابقهٔ اقدام قبلی

یکی اقدام‌کنندگان (مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۵) می‌گوید: «از شرایط زندگی‌ام خسته شده بودم، دست خودم نبود، از خانوادهٔ شوهرم متنفر بودم. برای اینکه از شوهرم و خانواده‌اش انتقام بگیرم، از شدت عصبانیت خودزنی کردم، چند جا دستم را با تیغ بریدم و قرص خوردم. قبلاً هم یک بار از طریق آویزان‌شدن به روسری‌ام اقدام به خودکشی کردم. خواستم هم به آن‌ها بفهمانم و هم اینکه مورد توجه همه باشم.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۳ اظهار کرد: «همسرم حدودهجده سال بزرگ‌تر از خودم بود. باوجود اینکه یک پسر و یک دختر داشتیم، خیلی به من زور می‌گفت. دست بزن داشت و مرا جلو بچه‌هایم تا می‌توانست کتک می‌زد. فحش‌های رکیک به من می‌داد. مادر و خواهرش در زندگی ما خیلی دخالت می‌کردند. خانوادهٔ همسرم مرا سرزنش می‌کردند و مدام به بهانه‌های مختلف ایراد می‌گرفتند و تهدید کردند که فرزندمان باید یک همسر دیگر بگیرد و من هم تحمل این همه حرف، دخالت و اعصاب‌خردی را نداشتم. چند بار از شدت عصبانیت صورتم را زخمی کردم و دستم را بریدم و یک بار هم حدود بیست قرص خوردم که به زندگی‌ام پایان دهم. مجدد این کار را انجام دادم. بعد متوجه شدم بیمارستانم.»

مهارت‌های زندگی سطح پایین

یکی از مضمون‌های موجود در داده‌ها، شناخت، اطلاع و توجه‌آگاهی محدود و نیز مهارت‌های زندگی سطح پایین است. برخی از مصاحبه‌شوندگان فاقد خودآگاهی کافی بودند و دربارهٔ توانمندی‌های خود هیچ بینشی نداشتند. آن‌ها به آگاهی محدود و مهارت کم خود اشاره کردند و این موضوع را در عوامل سوق‌دهندهٔ خود به‌سمت خودکشی مؤثر دانستند. مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۵: «دختر نوجوانم از اینجا به شیراز، خانهٔ برادرم، رفت و چند روز آنجا ماند. چون درکش نکردم و از شرایط این دوره آگاهی نداشتم، خیلی بهش حرف زدم، دعوای سختی بین ما درگرفت و جو خانه متشنج شد. من که تحمل این وضع را نداشتم، تصمیم نادرستی گرفتم؛ مرگ موش خوردم و با یک وضع غیرقابل‌باور، سر از بیمارستان درآوردم.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۴ گفت: «وقتی خودم را با خویشاوندانم مقایسه می‌کنم، اعصابم به‌هم می‌ریزد. خیلی خودخوری می‌کنم و از زندگی‌ام ناراضی‌ام. چرا زندگی ما این‌جوری است؛ زن برادران من خوشحال‌اند و من حسرت زندگی آن‌ها را می‌خورم. دیگر تحمل ندارم.»

ازدواج‌های سنتی و اجباری

در بافت‌های سنتی خواست و ارادهٔ خانواده، به‌ویژه پدر، از دلایل مهم ازدواج زودهنگام و اجباری است. در واقع، ازدواج زودهنگام در بستر اجتماعی و فرهنگی سنتی و مبتنی‌بر مردسالاری شکل می‌گیرد. مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱: «به‌اجبار خانواده، تهدید، کتک‌کاری و با وجود اینکه سن کمی داشتم، با یکی از اقوام نزدیک، که هیچ علاقه‌ای به او نداشتم، ازدواج کردم. نتیجهٔ این ازدواج اجباری، رفتارهای خصمانه، دعواهای روزانه، زجرکشیدن، سوختن

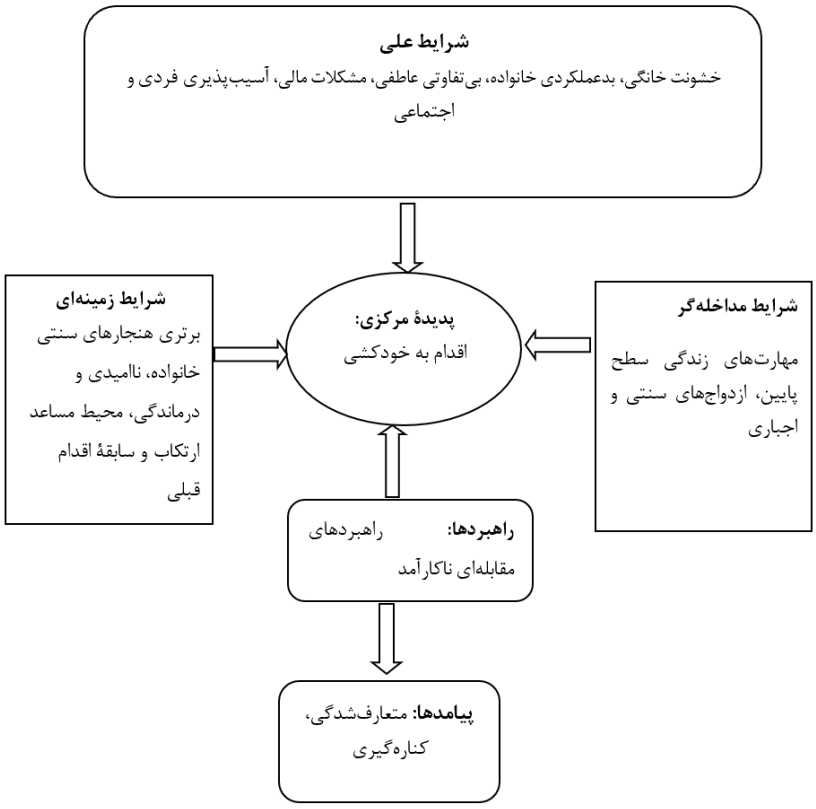
و ساختن و درنتیجه، این اقدام بود.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۵ می‌گوید: «وقتی با وجود سن کم از طرف خانواده شدیداً تحت فشاری و نمی‌توانی انتخاب کنی و همه‌چیز از قبل مشخص است، ترک تحصیل می‌کنی و همه‌چیز برخلاف آرزوهایت است، مجبوری اقدام کنی.»

راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد

راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مجموعه‌ای از شیوه‌های مقابله‌ای را در بر می‌گیرد که اگرچه برای تغییر منبع فشارها و بهبود احساسات ناشی از موقعیت فشارزا به کار گرفته می‌شوند، متأسفانه وضع را بدتر می‌کنند. مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۷ در این زمینه اظهار کرد: «در برابر دوستان و والدین، به‌ویژه مادرم، شرمنده‌ام و خجالت می‌کشم؛ خیلی خودخوری می‌کنم؛ از شدت اعصاب‌خردی خوابم خیلی کم است و اغلب بی‌قرارم. شب‌ها از جایم بلند می‌شوم و آرام نیستم.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۶: «به والدین و خویشاوندان نزدیک قول دادم که به خودم بیایم، یک زندگی خوب دوباره از سر بگیرم. آن‌ها هم مدتی خوشحال شدند، تشویق و حمایتم کردند. مدتی حالم خوب بود و به زندگی امیدوار شدم، ولی نمی‌دانم چرا دوباره آن حس خوب را از دست دادم. احساس می‌کنم به آخر رسیدم. احساس می‌کنم حمایت‌های مختلف خانواده و دوستان را هم از دست دادم و موقعیت اجتماعی‌ام مجدد متزلزل شده است. الکی به بچه‌هایم گیر می‌دهم، سر آن‌ها داد می‌زنم. از خودم خوشم نمی‌آید و ناراضی هستم، احساس ضعف و ناتوانی می‌کنم و از درون داغونم.»

پیامدها: متعارف‌شدگی و کناره‌گیری

پیامدهای اقدام به خودکشی زنان شامل خروجی‌های اثرگذار مشهود و نامشهودی است که در نتیجهٔ بهره‌گیری از کنش‌ها و راهبردها، آن‌ها از خودشان بروز می‌دهند. در واقع، پیامدها بیانگر آثار و تبعات اقدام به خودکشی است. این پیامدها تحت عنوان متعارف‌شدگی وکناره‌گیری طبقه‌بندی شدند. در گذشتهٔ نه‌چندان‌دور، اگر کسی اقدام به خودکشی می‌کرد، خیلی تعجب‌برانگیز بود و آن‌چنان خودکشی قُبح داشت که هرگاه کسی خودکشی می‌کرد، نزدیکان و خانوادهٔ وی تلاش می‌کردند آن را به مسائل دیگری ربط دهند، اما در سال‌های اخیر، اندک‌اندک قُبح خودکشی شکسته شده است و به‌دلیل آمار بالای اقدام به آن، دیگر خانواده‌ها مانند گذشته به‌عنوان ننگ به آن نمی‌نگرند و به پدیده‌ای عادی تبدیل شده است. مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۷ اظهار کرد: «در منطقهٔ ما این‌قدر اقدام به خودکشی زیاد شده که یک پدیدهٔ عادی است و معمولاً مردم به آن عادت کردند و مثل قدیم‌ها تابو نیست. حتی شنیدن خبر اقدام به خودکشی به ماه هم نمی‌کشد.» مصاحبه‌شوندهٔ شمارهٔ ۱۵: «خودکشی باعث شد که از دیگران کناره‌گیری کنم و ارتباطی نداشته باشم. این‌طوری راحت‌ترم. دیگران و حرف‌های آن‌ها برایم مهم نیست.»



نمودار ۱. مدل پارادایمی برای توضیح پدیدهٔ خودکشی در زنان در پژوهش حاضر.

بحث

پژوهش حاضر به‌سبب افزایش میزان اقدام به خودکشی زنان در استان کهگیلویه و بویراحمد و با هدف دستیابی به نظریهٔ زمینه‌ای پیرامون دلایل و پیامدهای اقدام به خودکشی زنان انجام گرفت. شرایط علی منجر به خودکشی زنان اقدام‌کننده حکایت از چالش‌های متعددی دارد که آن‌ها در تجربهٔ شخصی زندگی خود با آن مواجه شده‌اند. تحلیل متنی مصاحبه‌های انجام‌شده درخصوص اقدام به خودکشی زنان همسو با برخی از پژوهش‌ها (کیان‌زاد و همکاران، ۲۰۲۲، قادرزاده و پیری، ۲۰۱۴؛ رضایی‌نسب و همکاران، ۲۰۱۷؛ ویوکانادهان و همکاران، ۲۰۲۴ و کیم و کیم، ۲۰۱۴) نشان داد عوامل متعددی در تجربه این پدیده مؤثر بوده‌اند.

خشونت خانگی گریبان‌گیر زنان حکایت از نگاه سنتی به آن‌ها دارد (پناهی‌نسب و خردمند، ۲۰۲۵). به نظر می‌رسد در این بافت فرهنگی، سنت‌های مردسالارانه و تبعیت از آن‌ها، کنترل و انزوای اجتماعی، محروم‌شدن از حقوق مساوی، تعصب‌گرایی و پافشاری روی ایده‌ها و عقاید گذشته و رد هرگونه بحث و مجادله، باعث ایجاد سرگردانی و بحران هویت در زنان می‌شود. این تجارب آزارنده و پیامدهای متعدد متأثر از آن‌ها به‌تدریج ابعاد گوناگونی به خود گرفته است و زمینهٔ بروز اقدام به خودکشی در زنان را فراهم می‌آورد.

خانواده، به‌عنوان بنیادی‌ترین نهاد اجتماعی، می‌تواند عمیق‌ترین تأثیرات روان‌شناختی را در اعضایش ایجاد کند و بدعملکردی خانواده به‌نوبهٔ خود منشأ ایجادآسیب‌های اجتماعی، ازجمله اقدام به خودکشی است (تیان و همکاران، ۲۰۱۹). این زنان وقتی با طیف گسترده‌ای از تعارضات، اختلافات، حمایت‌نکردن، دیکتاتوری و الگوهای ارتباطی ناکارآمد مواجه می‌شوند، اقدام به خودکشی را به‌عنوان راهی برای رهایی یا بیانگری می‌بینند. بر این اساس، عوامل روان‌شناختی ـ خانوادگی همراه با کنترل‌های اجتماعی و خشونت، به احساس درماندگی و انزوای زنان منجر می‌شود و آن‌ها را به‌سوی خودکشی سوق می‌دهد. همچنین، درک‌نکردن احساس متقابل، به‌حساب‌نیاوردن، خلأهای ارتباطی، کنارگذاشته‌شدن و نادیده‌گرفته‌شدن و سربار دیگران شدن و به بیان دیگر، طرد اجتماعی، باعث خشم و به‌هم‌ریخته‌شدن زنان از لحاظ هیجانی و اقدام به خودکشی، به‌مثابهٔ راهبرد مقابله‌ای جایگزین این احساس می‌شود (جوینر و تیورک، ۲۰۱۶).

علاوه‌بر این، وضعیت بد معیشتی (تغییر ناگهانی وضعیت مالی، نداشتن استقلال مالی، نداشتن درآمد کافی)، وضعیت نابسامان و زیستی حاکم و محرومیت چندجنبه‌ای به برآورده‌نشدن خواسته‌ها و نیازهای فرد منجر می‌شود و وقتی وی آینده‌ای روشن برای خودش تصور نمی‌کند و فرصتی برای رهایی از این وضعیت ندارد، اقدام به خودکشی می‌کند (رضایی نسب و همکاران، ۲۰۱۷). همسو با برخی پژوهش‌ها (ویوکانادهان و همکاران، ۲۰۲۴)، آسیب‌پذیری فردی و تاب‌آوری کم در برابر بیماری‌های جسمانی یا درد و رنج روانی به‌تدریج زمینه را برای اقدام به خودکشی فراهم می‌کند. از این منظر، هر نوع آسیب‌پذیری به‌صورت زنجیروار محصول آسیب دیگری است، یا به‌صورت گروهی مجموعه‌ای از آسیب‌ها وضعیت جدیدی را خلق و به وجود می‌آورندکه در نهایت، گرایش به اقدام را بیشتر می‌کنند. درد روانی و رنج گریزناپذیر ناشی از آن به عنوان پیامدهای آسیب‌پذیری فردی ، فرد را متأثر می‌کند تا بیشتر بر توانایی‌های ازدست‌رفته تمرکز کند، موضع مناسبی در مقابله با موقعیت‌های تغییرناپذیر اتخاذ نکند، بدبین باشد و قادر به تغییردادن موقعیت موجود نباشد.

در ادامه، همان‌طور که ذکر شد، برتری هنجارهای سنتی خانواده، ناامیدی و درماندگی، محیط مساعد ارتکاب و سابقهٔ اقدام قبلی به‌عنوان مقوله‌های زمینه‌ساز در اقدام به خودکشی زنان استخراج شده است که این یافته‌ها با مطالعات پناهی‌نسب و خردمند (۲۰۲۵) و لوهار و سیساک (۲۰۱۸) همسو است. عقاید سخت‌گیرانهٔ سنتی فاصلهٔ اجتماعی و انزوای فرد را به‌دنبال خواهد داشت. همچنین، محیط بسته وکنترل‌های اجتماعی در کنار عواملی مانند ازدواج‌های اجباری در سن پایین و سنت‌های قدیمی و قوام‌یافته به احساس بی‌تأثیری در فرد منجر می‌شود و در نهایت، او را به‌سمت خودکشی سوق می‌دهد.

لازمهٔ موفقیت در زندگی خودآگاهی و رشد فردی از طریق اکتساب مهارت‌های زندگی است. مهارت‌های زندگی سطح پایین موجب می‌شود که فرد در رویارویی با دشواری‌ها و مشقات زندگی فاقد توانمندی لازم باشد و از روش‌های هیجانی منفی و مخرب، که به تشدید وضعیت نابسامان موجود منجر می‌شود، استفاده کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹). در تبیین درماندگی به‌عنوان یکی از مقوله‌های اقدام به خودکشی، می‌توان به نظریهٔ سلیگمن (۱۹۷۹) استناد کرد. در شرایط درماندگی، فرد هیچ تلاشی از خود نشان نمی‌دهد؛ چراکه تلاش‌های قبلی او ناکام بوده است. بر این اساس، زمانی که فرد خود را به‌دلیل ناتوانی و مقابله با رویدادهای منفی سرزنش می‌کند و باور دارد پاسخ هایی که می‌دهد پیامد مطلوب نخواهد داشت یا تصور می‌کند به‌دلیل ناتوانی و شکست سرزنش می‌شود و هیچ‌کسی توانایی کمک به او را ندارد و به حال خودش رها شده است، اقدام به خودکشی می‌کند.

در این پژوهش راهبردهایی که اقدام‌کنندگان به خودکشی برای مقابله و مدیریت تعارضات و تنش‌های درونی استفاده کردند، ناکارآمد بودند. همسو با یافته‌های شاو و همکاران (۲۰۱۹) و ریردان (۲۰۲۵) اغلب اقدام‌کنندگان به خودکشی برای فائق‌آمدن بر مسئله به مکانیزم‌های ناکارآمدی همچون اجتناب از ارتباط با دیگران، تسلیم، عزلت‌گزینی، خانه‌نشینی و نفرین، گریه، انتقام، مشاجره و دعوا با همسر متوسل شدند. بااین‌حال، هیچ‌کدام از راهبردهای استفاده‌شده مؤثر واقع نشدند. بهره‌گیری از روش‌های مقابله‌ای

ناکارآمد به‌جای حل مسئله، به تداوم و تشدید این وضعیت ناخوشایند، افزایش سطح شکست و ناتوانی در تحقق اهداف و انتظارات خود از زندگی منجر می‌شود و زمینه را برای اقدام به خودکشی فراهم می‌کند.

همچنین تحلیل بیانات مصاحبه‌شوندگان این پژوهش آشکار کرد که اقدام به خودکشی پیامدهایی همچون متعارف‌شدگی و کناره‌گیری دارد. نوع نگاه به پدیدهٔ خودکشی درحال تحول و دگرگونی است (ویجیکومار و لامچ، ۲۰۲۰). در مقایسه با گذشته، که خودکشی خیلی قُبح داشت و به‌عنوان ننگ و گناهی نابخشودنی به حساب می‌آمد، اکنون قُبح آن شکسته شده و به پدیده‌ای عادی تبدیل شده است. فضای مجازی کنونی و ردوبدل‌شدن سریع اطلاعات مرتبط با قربانیان خودکشی، هم‌رنگی با دیگران، پذیرش اجتماعی خودکشی و حتی بنرهای بزرگ در این زمینه نیز در این قبح‌زدایی و عادی‌شدن اثرگذار بوده‌اند. از سوی دیگر، از نظر بیشتر اقدام‌کنندگان، خودکشی نه‌تنها باعث بهبود وضعیت آن‌ها نشد و تغییری در وضعیت آن‌ها ایجاد نکرد، بلکه مشکلات و گرفتاری‌های بیشتری هم برای آن‌ها ایجاد کرد. در حقیقت، اقدام به خودکشی در زنان باعث می‌شود آن‌ها هنگام مواجهه با دیگران، احساس گناه کنند، نگرش‌های منفی اجتماعی داشته باشند و از تعاملات مثبت با دیگران اجتناب و به‌طور کلی از آن‌ها کناره‌گیری کنند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد اقدام به خودکشی پدیده‌ای پیچیده و چندبعدی است و در عوامل متعددی ریشه دارد. با درنظرگرفتن موارد مطرح‌شده در زمینهٔ عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی زنان در این پژوهش، امکان شناسایی افراد در معرض خودکشی و سایر آسیب‌های اجتماعی فراهم می‌شود و با انجام برنامه‌های پیشگیرانه می‌توان از روند روبه‌افزایش این مسئله کاست. محدودیت‌های این پژوهش عبارت است از: نتایج و یافته‌های به‌دست‌آمده تنها در جامعهٔ پژوهش حاضر قابل کاربرد است و نمی‌توان آن را به جامعهٔ دیگر تعمیم داد؛ امکان کنترل متغیرهایی مثل ویژگی‌های فرهنگی و شخصیتی گروه مورد مطالعه وجود نداشت. امکان بررسی وضعیت سلامتی زنان اقدام‌کننده بعد از اتمام مطالعه برای پژوهشگر فراهم نبود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی وضعیت زنانی که اقدام به خودکشی می‌کنند و خانوادهٔ آن‌ها به‌صورت دقیق و از ابعاد مختلف بررسی و با خانواده‌های عادی مقایسه شود. همچنین به ضرورت مطالعات زمینه‌مند و داده‌بنیاد توجه شود. ازآنجاکه اقدام به خودکشی تجربهٔ بدنامی توسط فرد اقدام‌کننده است، ضرورت دارد درمانگران، مددکاران اجتماعی و سازمان‌های متولی این مهم را در نظر بگیرند و برای پایش و مداخلات بهنگام اقدامات لازم را انجام دهند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسنده از همهٔ شرکت‌کنندگان در این پژوهش و تمام کسانی که به نحو مؤثری در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و تشکر می‌کند.

تضاد منافع

این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافعی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

مطالعهٔ حاضر با شناسهٔ اخلاق IR.YU.REC.1402.017 به تصویب رسیده است.

حمایت مالی

این مطالعه مستخرج از طرح پژوهشی است که با حمایت مالی و تأیید شورای پژوهشی دانشگاه یاسوج به تصویب رسیده است.

REFERENCES

1. Arun P, Garg R, Chavan BS. Stress and Suicidal Ideation Among Adolescents Having Academic Difficulty. Ind Psychiatry J. 2017;26(1):64-70. DOI: 10.4103/IPJ.IPJ_5_17
2. Bilsen J. Suicide and Youth: Risk Factors. Front Psychiatry. 2018;9:540. DOI: 10.3389/FPSYT.2018.00540
3. Vivekanandhan S, Ramasamy D, Cherian AV, Hugh-Jones S. Lived Experience of Caregivers of Suicide Attempt Survivors: A Qualitative Study with Indian Adults. Indian J Psychol Med. 2024;46(2):142-148. DOI: 10.1177/02537176241250162
4. Ferrer E, Marks R, Midlarsky E and Hutz-Midgett A. Substance Abuse and Pain in a Cohort of College Students. Res J of Drug Abuse. 2015; 2(1):1-7. DOI: 10.7243/2057-3111-2-1
5. Ghaderzadeh O, Piri K. The Social Construction of Suicide: Presenting a Basic Theory. Res J Soc Work. 2014;1(2):95-121. DOI: 10.22054/rjsw.2014.1524
6. Ghalehban K, Moheb N, Abdi R, Farnam A. Modeling of Structural Relationships Between Suicide Risk Factors Based on Three-Step Theory (3ST) Among People with Emotional Disorders. Shenakht J Psychol Psychiatry. 2021;8(5):126-139. Link
7. Heidari A, Resaeipour K. The Investigation of the Effective Social and Psychological Factors in Attitudes Toward Suicide: A Case Study of 16-40 Year-Old Women of Yasouj City. Iran J Soc Probl. 2013;4(2):209-233. DOI: 10.22059/ijsp.2013.52143
8. Joiner TE, Tuerk PW, Wanyonyi LZ, Hernandez AM, Muroff JR. Reducing Suicidal Ideation Through Evidence-Based Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. J Psychiatr Res. 2016;80:59-63. DOI: 10.1016/J.JPSYCHIRES.2016.05.011
9. Keyvanara M, Mousavi SG, Khayyer Z, Ngaosuvan L. A Qualitative Exploration of Motives of Suicide Attempts Among Iranian Women. Aust J Psychol. 2020;72(2):133-144. DOI: 10.1111/AJPY.12277

10. Kim SS, Kim JS. The Lived Experience of Suffering of Women Who Have Attempted Suicide: A Parse's Research Method Study. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs. 2014;23(3):186-197. DOI: 10.12934/JKAPN.2014.23.3.186
11. Kiyanzad S, Neshat Doost HT, Mehrabi H, Mousavi SG. Investigation of Risk and Protective Factors in Women Attempting Suicide: A Phenomenological Approach. J Appl Psychol Res. 2022;13(3):19-38. [Persian]. DOI: 10.22059/JAPR.2022.325677.643874
12. Luhaäär K, Sisask M. Pathways to Attempted Suicide as Reflected in the Narratives of People with Lived Experience. Religions. 2018;9(4):137. DOI: 10.3390/REL9040137
13. Mohamadi R, Rezaei M, Solymani S. Lived Experience of Suicide Attempt: A Phenomenological Study. Biquart J Qual Res Behav Sci. 2022;1(1):43-56. DOI: 10.22077/QRBS.2022.5040.1004
14. Nam B, Wilcox HC, Hilimire M, DeVylder JE. Perceived Need for Care and Mental Health Service Utilization Among College Students With Suicidal Ideation. J Am Coll Health. 2021;69(1):1-8. DOI: 10.1080/07448481.2018.1434779
15. O'Brien RW, Tomoyasu N. Women and Suicide: Moving Forward on a Troubling Problem. Med Care. 2021;59:S4-S5. DOI: 10.1097/MLR.0000000000001476
16. Reardon DC. Suicide Risks Associated with Pregnancy Outcomes: A National Cross-Sectional Survey of American Females 41–45 Years of Age. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2025;46(1):2455086. DOI: 10.1080/0167482X.2025.2455086
17. Rezaeinasab Z, Sheykhi MT, Jamili Kohnehshari F. The Study of Ilami Women's Suicidal Experiences Using the Grounded Theory. Sociol Iran. 2016;25(7):123-140. Link
18. Seligman MEP. Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco: Freeman & Company; 1975. Link
19. Saki Y, Safarzadeh S. Examining the Causal Model of Tendency Towards Self-Harm Behaviors Based on the Perception of Conflict Between Parents and Attachment Styles with the Mediation Role of Rumination in Adolescent Females. Shenakht J Psychol Psychiatry. 2025;12(5):135-148. Link
20. Shaw JL, Beans JA, Comtois KA, Hiratsuka VY. Lived Experiences of Suicide Risk and Resilience Among Alaska Native and American Indian People. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(20):3911. DOI: 10.3390/IJERPH16203911
21. Sohrabi F, Yousefi F, Esfandyari G, Saed G, Abdollahi N, Bakhivushi S. Suicide and Its Relationship With Demographic Variables, Psychiatric Diagnosis and Duration of Disorders in Patients of Ghods Psychiatric Hospital. Shenakht J Psychol Psychiatry. 2017;4(3):49-57. Link
22. Steiger AR. Parenting and Attachment: An Examination of Mediation and Moderation in the Predication of Adolescent Psychopathology [Doctoral Dissertation]. Simon Fraser University; 2008. Link
23. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; 1998. Link
24. Taghvaeinia A. Analysis of Formation Contexts of Suicide Attempt in Female Adolescents: A Phenomenological Study. J Clinical Psychol. 2025;18(1):85-102. DOI: 10.22075/jcp.2025.38353.3252
25. Tian Y, Yu C, Lin S, Lu J, Liu Y, Zhang W. Parental Psychological Control and Adolescent Aggressive Behavior: Deviant Peer Affiliation as a Mediator and School Connectedness as a Moderator. Front Psychol. 2019;10:358. DOI: 10.3389/FPSYG.2019.00358
26. Valizadegan S, Ahmadinia H, Vazirinejad R, Rezaian M. Studying the Geographical Epidemiology of Suicide and Suicide Attempts in the Cities of Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad Provinces During the Years 1396 to 1400: A Cross-Sectional Study. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2024;23(2):134-156. DOI: 10.61186/JRUMS.23.2.134
27. Viero A, Barbara G, Montisci M, Kustermann K, Cattaneo C. Violence Against Women in the COVID-19 Pandemic: A Review of the Literature and a Call for Shared Strategies to Tackle Health and Social Emergencies. Forensic Sci Int. 2021;319:110647. DOI: 10.1016/J.FORSCIINT.2020.110647
28. Vijayakumar L, Lamech N. Suicide and Suicidal Behavior in Women. In: Chandra PS, Herrman H, Fisher J, Riecher-Rössler A, editors. Mental Health and Illness of Women. Singapore: Springer Nature; 2020. p.35-56. DOI: 10.1007/978-981-10-2369-9_3
29. Vijayakumar L. Challenges and Opportunities in Suicide Prevention in South-East Asia. WHO South-East Asia J Public Health. 2017;6(1):30-33. DOI: 10.4103/2224-3151.206161
30. Vivekanandhan S, Ramasamy D, Cherian AV, Hugh-Jones S. Lived Experience of Caregivers of Suicide Attempt Survivors: A Qualitative Study with Indian Adults. Indian J Psychol Med. 2025;47(5):460-6. DOI: 10.1177/02537176241250162
31. World Health Organization. Suicide Worldwide in 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. Link
32. Wu Y, Zhang Y, Wang C, Huang B. A Meta-Analysis on the Lifetime and Period Prevalence of Self-Injury Among Adolescents with Depression. Front Public Health. 2024;12:1434958. DOI: 10.3389/FPUBH.2024.1434958
33. Zhang J. The Strain Theory of Suicide. J Pac Rim Psychol. 2019;13:e27. DOI: 10.1017/PRP.2019.19