



واکاوی عوامل خطر و محافظ در زنان اقدام‌کننده به خودکشی: یک رویکرد پدیدارشناختی

Investigation of Risk and Protective Factors in Women Attempting Suicide: A Phenomenological Approach

Sepideh Kiyanzad
Hamid Taher Neshat Doost
Hosseinali Mehrabi
Seyyed Ghafur Mousavi

سپیده کیان زاد*
حمیدطاهر نشاط دوست**
حسینعلی مهرابی***
سیدغفور موسوی****

Abstract

The purpose of this study was to investigate the lived experiences of women who attempt suicide in terms of risk and protective factors. A qualitative method and a phenomenological approach were used in this practical study. Theoretical saturation of data was achieved after a semi-structured interview with 15 women who had attempted suicide in the city of Isfahan in 2019, and the sample was purposive. For data analysis, MAXQDA software, version 2018, and the seven-step Colaizzi method were used. The reliability of the findings was confirmed using Lincoln and Guba's criteria. Four themes and eight subthemes were identified for risk factors: tensions in family relationships (subthemes: Arguing and conflict, emotional indifference, lack of marital loyalty), failed relationships (self-blame, loss), psychological distress (living in sorrow and despair, feeling like a burden, perception of inefficiency), and the theme of poverty and unemployment. Four themes were also extracted regarding protective factors: emotional attachment to a family member, sense of responsibility toward children, religious beliefs, and perceived social support. The results of this study suggest that family and emotional relationships and untreated depression are the most important factors identified as effective. The findings and key implications of this study relate primarily to improving the treatment experiences of women survivors of suicide and other high-risk groups through the development of preventive interventions consistent with the findings.

Keywords: Risk Factors, Protective Factors, Women, Attempted Suicide, Phenomenology.

چکیده

مطالعه حاضر با هدف واکاوی تجارب زیسته زنان اقدام‌کننده به خودکشی در خصوص عوامل خطر و عوامل محافظ انجام شد. این مطالعه کاربردی به روش کیفی و رویکرد پدیدارشناختی صورت گرفت. اشباع نظری داده‌ها پس از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۱۵ زن اقدام‌کننده به خودکشی در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ به دست آمد و نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA، نسخه ۲۰۱۸ و روش هفت‌مرحله‌ای کلایزی استفاده شد. قابلیت اعتماد یافته‌ها بر پایه ملاک‌های لینکلن و گوبا تأیید شد. چهار مضمون و هشت زیرمضمون در خصوص عوامل خطر شناسایی شدند: تنش در روابط خانوادگی (مشاجره و درگیری، بی‌تفاوتی عاطفی، عدم وفاداری زناشویی)، روابط نافرجام (خودسرزنشگری، ازدست‌دادن)، رنج روانی (زندگی در اندوه و ناامیدی، ادراک ناخودکارآمدی، احساس سرباربودن) و مضمون مشکلات مالی و بیکاری. همچنین چهار مضمون در خصوص عوامل محافظت‌کننده استخراج شد: تعلق عاطفی به عضوی از خانواده، احساس مسئولیت در مقابل فرزندان، اعتقادات مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده. نتایج این مطالعه حاکی از اهمیت روابط خانوادگی و عاطفی و همچنین افسردگی درمان‌نشده به عنوان مهم‌ترین عوامل شناسایی‌شده مؤثر بوده است. پیامدهای کلیدی این مطالعه عمدتاً مرتبط با بهبود تجارب درمانی زنان بازمانده از خودکشی و سایر جمعیت در معرض خطر از طریق تدوین مداخلات پیشگیرانه متناسب با یافته‌ها بوده است.

واژه‌های کلیدی: عوامل خطر، عوامل محافظ، زنان، اقدام به خودکشی، پدیدارشناسی.

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

** نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

*** استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

**** استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانپزشکی، دانشکده علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

خودکشی^۱ یکی از مشکلات مهم بهداشت جهانی است که ناشی از تعامل بین عوامل جمعیتی، اجتماعی و فرهنگی است. سالانه حدود یک میلیون نفر در جهان از طریق خودکشی جان خود را از دست می‌دهند، اما میزان اقدام به خودکشی در مقایسه با خودکشی موفق ۲۰ برابر است و خودکشی‌های کامل در مردان سه برابر زنان است (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۱۹)، اما زنان میزان بالاتری را نسبت به مردان در طول زندگی زندگی گزارش می‌کنند (ویجایکومار، ۲۰۱۸). نرخ‌ها درخصوص اقدام به خودکشی زنان، همچنان رو به افزایش است و براساس گزارش مرکز کنترل بیماری‌ها، میزان خودکشی در میان زنان از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ به میزان ۵۰ درصد افزایش داشته است (ابرین و تامویاسو، ۲۰۲۱).

میزان خودکشی در ایران از غالب کشورهای غربی پایین‌تر است، اما از بقیه کشورهای خاورمیانه بالاتر است و طی سه دهه اخیر، رشد معناداری داشته است (کیوان آرا، موسوی، خیبر و نگوسوان، ۲۰۲۰). اگرچه کیفیت و صحت داده‌های خودکشی در ایران زیر سؤال است (کاراموزیان و رستمی، ۲۰۱۹)، شیوع بیش‌ازحد خودکشی در میان زنان در سال‌های اخیر یکی از نگرانی‌های جدی بهداشت عمومی بوده است (قادری و همکاران، ۲۰۲۰).

خودکشی راه‌حلی جبران‌ناپذیر برای مشکلی است که معمولاً موقتی است و به‌عنوان یک فرایند و نه یک عمل مجرد درک می‌شود. این روند با میل خفیف و مبهم به مرگ آغاز می‌شود که به‌دلیل شرایط فردی یا بین‌فردی می‌تواند از بین برود یا متناوباً می‌تواند بیشتر به ایده خودکشی تبدیل شود و احتمالاً با یک اقدام به خودکشی یا خودکشی کامل به اوج برسد (واسرمن، ۲۰۱۶).

وجود تفاوت‌های جنسیتی^۳ در عوامل مرتبط با خودکشی کاملاً اثبات شده است (اجکامب، تیروالورو، پاتک و بروکس، ۲۰۲۱)، اما تحقیقات درمورد خودکشی زنان در پیشگیری از خودکشی از نظر تاریخی محدود بوده است (ویجاکومار، ۲۰۱۸). اخیراً مطالعاتی درخصوص بررسی تفاوت‌های جنسیتی در خودکشی و با تمرکز بر زنان در جهان صورت گرفته است (مونتگومری، دیچر و بلوسنیچ، ۲۰۲۱) و ما شاهد تأثیر امیدوارکننده توجه متمرکز درخصوص پیشگیری از خودکشی در میان زنان هستیم (دنسن و همکاران، ۲۰۲۱).

برخلاف مطالعات کمی درمورد خودکشی، مطالعات کیفی می‌تواند در تبیین زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی خودکشی در میان مردم هر کشور تأثیرگذار باشد. درک تجربه 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، بنز، کامتویس و هیراسوکا، ۲۰۱۹). از این‌رو محققان باید بر پدیدارشناسی خودکشی تمرکز کنند؛ زیرا پدیدارشناسی بر دنیای درونی افراد و آنچه

1. suicide

2. World Health Organization

3. gender differences

می‌بینند و می‌فهمند متمرکز می‌شود (اشنایدمن، ۱۹۹۳).

تحقیقات اخیر نشان داده است چنین افشاگرایی‌هایی می‌تواند بر بهداشت روان تأثیر بگذارد؛ بنابراین افزایش آگاهی عمومی از علائم هشداردهنده متداول از طریق تعلیمات فعال، به‌جای تکیه بر فهرست منفعل علائم بالقوه، در کانون تلاش‌های پیشگیری از خودکشی کشورها قرار گرفته است (کریچیو، وارد-سیسیلسکی، ۲۰۱۹).

با وجود این در ایران، بیشتر مطالعات صورت‌گرفته در زمینه خودکشی با اتخاذ روش‌شناسی کمی و به‌صورت پراکنده بوده است و مطالعات محدودی درخصوص دسترسی به ماهیت تجربه زیسته زنان اقدام‌کننده به خودکشی صورت گرفته است (عزیزپور، تقی‌زاده، محمدی و ودادهیر، ۲۰۱۹؛ شیخی، جمیلی کهنه‌شهری و رضایی‌نسب، ۱۳۹۶). با توجه به آمار روزافزون خودکشی زنان در کشور و بررسی‌های صورت گرفته، درخصوص مطالعات عمیق و کیفی در این زمینه شکاف تحقیقاتی وجود دارد و برنامه مدون طراحی‌شده درخصوص نیازهای زنان آسیب‌پذیر در این حوزه یافت نشد، درجهت تدوین مداخلات پیشگیرانه بومی و کاربردی، توجه به استخراج عوامل خطر و محافظت‌کننده مرتبط با این گروه هدف ضروری است؛ بنابراین پژوهشگران با درک این نیاز و با داشتن چندین سال تجربه آموزش، درصدد تحلیل تجربه زیسته زنان اقدام‌کننده به خودکشی برآمده‌اند.

اقدام به خودکشی به‌عنوان پدیده‌ای چندعاملی در مطالعات مختلف بررسی شده است و معمولاً در این فرایند، تعامل عوامل خطر و محافظت‌کننده وجود دارد و هیچ عاملی به‌تنهایی نمی‌تواند یک اقدام به خودکشی را توضیح دهد (لجوسیک و همکاران، ۲۰۱۶). توسعه خطر خودکشی پیچیده است. عوامل خطر می‌تواند فردی، اجتماعی-فرهنگی و محیطی باشد و این موارد به‌صورت ترکیبی یا جداگانه رخ می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲).

در این خصوص، اختلالات مرتبط با روان، از عوامل خطر فردی مطرح در خودکشی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲) و بیشتر تحقیقات در ارتباط با سلامت روان افراد، حاکی از آن است که افسردگی^۱ به‌عنوان متغیر شناختی در پیش‌بینی افکار و رفتار خودکشی نقش دارد و ناتوانی ایجادشده در اثر افسردگی، خطری اساسی در گرایش به خودکشی است (ودرال، راب و اکانر، ۲۰۱۹؛ زانگ، لیو و فنگ، ۲۰۱۹). براساس مستندات سازمان جهانی بهداشت، تقریباً دو سوم از افراد اقدام‌کننده به خودکشی به‌دلیل افسردگی جان خود را از دست می‌دهند (اولفاسن و همکاران، ۲۰۱۸) و بیشتر مطالعات بر ارتباط بین افسردگی و رفتارهای خودکشی تأکید دارند (ارنست و همکاران، ۲۰۲۰؛ کوک و بوریل، ۲۰۱۵). در مطالعه پدیدارشناسانه شمسایی، یغمایی و حقیقی (۲۰۲۰) و هافمن، میبارق و پوگن پول (۲۰۱۰) نیز به افسردگی به‌عنوان یکی از عوامل خطر مؤثر اشاره شده است.

روابط خانوادگی آسیب‌دیده، مشکلات در روابط بین‌فردی و وجود تعلق عاطفی خنثی^۲ نیز از عوامل خطر

1. depression

2. neutral emotional belonging

بین فردی مرتبط با خودکشی در نظر گرفته می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲). در مطالعه کمی فرزانه، امانی، صادقی موحدی و متاعی (۲۰۲۰) نیز مهم‌ترین دلایل اقدام به خودکشی در زنان مشکلات عاطفی (۹۱/۹ درصد)، درگیری خانوادگی (۸۱/۸ درصد) شناسایی شد. در مطالعه لاهار و سیساک (۲۰۱۸) نیز مضامین مربوط به مشکلات در روابط خانوادگی و روابط عاشقانه مهم‌ترین مضامین شناسایی شده بودند. در مطالعه تیل، تران و نیدرکروتنالر (۲۰۱۶) نیز روابط پیچیده و خشونت‌آمیز در خانواده به‌عنوان عوامل محرک خطرناک برای اقدام به خودکشی توصیف شد. همچنین رضایی و همکاران (۲۰۱۴) اختلافات لفظی و خشونت جسمی در خانواده را به‌عنوان عوامل خطر در خودکشی مطرح ساختند. مشرف، موسوی، روح‌افزا، ریحانی و شوشتری‌زاده (۲۰۱۳) در مطالعه کمی خود، عامل ارتباط خانوادگی را از جمله مهم‌ترین عوامل در خودکشی زنان معرفی کردند.

مطالعات نشان داده است که ساختار تعلق عاطفی خنثی نیز به‌عنوان یک عامل خطر با اقدام به خودکشی (اکانر، آرمیتاج و گری، ۲۰۰۶) و خودکشی کامل (جوینر، هالر و ون‌اردن، ۲۰۰۶) مرتبط است. علاوه بر این، جوینر و همکاران (۲۰۰۹) و پتیت و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعات خود به تأثیر ادراک سرباربودن^۱ در خانواده به‌عنوان یک عامل سوق‌دهنده مرتبط با خودکشی اشاره کردند.

ناخودکارآمدی^۲ در مهارت‌های مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان نیز به‌عنوان عوامل خطر فردی مؤثر در اقدام به خودکشی در مطالعاتی مانند کورکمز و همکاران (۲۰۲۰) مطالعه شد. صدری دمیرچی، ذکی‌بخش محمدی و امیر (۲۰۱۹) نیز در مطالعه خود دریافتند که به‌طور کلی، تعلق خاطر خنثی و ادراک سرباربودن، به‌عنوان دو عامل بین‌فردی و خودکارآمدی در کنترل هیجانات به‌عنوان عامل درون‌فردی می‌توانند افکار خودکشی را پیش‌بینی کنند. در مطالعه هاتکویچ، پتر و شارپ (۲۰۱۹)، ناخودکارآمدی در تنظیم هیجانات به‌عنوان یک عامل خطر مهم برای انتقال فرد از افکار به رفتار خودکشی شناخته شد. همچنین لیو و همکاران (۲۰۱۹) و داروالا و همکاران (۲۰۱۸) خودکارآمدی پایین را به‌عنوان یک شاخص خطر برای رفتارهای خودکشی معرفی کردند.

مشکلات مالی و فقر نیز به‌عنوان یک عامل خطر محیطی در بسیاری از مطالعات مورد توجه قرار گرفته است. در مطالعه دادپور و همکاران (۲۰۱۵) نیز که روی ۱۰،۲۵۸ نفر انجام شد، نقش مشکلات اقتصادی در تلاش برای خودکشی اثبات شده است. در مطالعه محبی و بوشهری (۲۰۰۶) نیز بیشترین عوامل خطر به فقر اقتصادی و مالی اختصاص داده شد.

همچنین مطالعات درمورد عوامل محافظتی^۳ بر ایجاد سازه‌های مرتبط با کاهش خطر یا جلوگیری از رفتار خودکشی متمرکز است. این عوامل نیز می‌تواند روان‌شناختی، اجتماعی یا فرهنگی باشد (استیل، تروئر، نوردیان و صالح، ۲۰۱۸) و درحالی‌که به‌عنوان دلایل زندگی توصیف می‌شود، بیشتر ساختارهای آن بار منفی

1. being a burden
2. lack of self-efficacy
3. protective factors

دارند و ترس و عدم تأیید اخلاقی را فرامی‌گیرند. عوامل محافظتی، اهداف مهم مداخله‌ای را در جهت ارتقای مداخلات پیشگیرانه ارائه می‌دهد (هانتر، ۲۰۲۰).

در پژوهشی که در ارتباط با خودکشی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده صورت گرفت، نشان داده شد که بیماران اقدام‌کننده به خودکشی، سطح معناداری کمتری از حمایت اجتماعی ذهنی را نشان دادند (لین و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد که حمایت اجتماعی زیاد، نقش حفاظتی خواهد داشت (بل و همکاران، ۲۰۱۸) و کاهش حمایت‌های اجتماعی و نیز دسترسی محدود به خدمات مشاوره‌ای از عوامل زمینه‌ساز خودکشی زنان است (خانکه، حسینی، رضایی، شاکری و شوبل، ۲۰۱۵).

همچنین در مطالعه لاهار و سیساک (۲۰۱۸) اعضای خانواده و به‌ویژه کودکان به‌عنوان عوامل محافظتی شناخته می‌شوند. در تحقیق تیل، تران و نیدرکروتتالر (۲۰۱۶) نیز روابط عاطفی خوب بین اعضای خانواده به‌عنوان منبع حفاظتی شناخته شد و نیز در مطالعه‌ای نشان داده شد که داشتن فرزندان وابسته‌ای که در خانه زندگی می‌کنند، می‌تواند خطر خودکشی را کاهش دهد (ویجایکومار، ۲۰۱۸).

برخی از محققان در مطالعات خود اظهار داشتند که اعتقادات مذهبی در برابر رفتارهای خودکشی اثر محافظتی دارد (لاهار و سیساک، ۲۰۱۸؛ نلسون، هانا، حوری و کلایمس دوگان، ۲۰۱۲).

بسیاری از مطالعات ذکرشده درخصوص عوامل خطر و محافظ با تمرکز بر بررسی یک یا چند متغیر مشخص، بدون توجه به تفاوت‌های جنسیتی، به‌صورت غیرمنسجم و بیشتر با روش کمی و سطحی صورت گرفته است. همچنین با توجه به وجود تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی و اجتماعی موجود، عوامل خطر و محافظ مطرح‌شده در این پژوهش‌ها و در نتیجه برنامه‌های پیشگیرانه تدوین‌شده منطبق بر آن‌ها نیز لزوماً در سایر مناطق قابل‌تعمیم و کاربردی نیست. کاربرد رویکرد کیفی در پژوهش‌های حوزه روان‌شناسی و علوم تربیتی، زمینه‌دستیابی به یافته‌های عمیق و تدوین و توسعه برنامه‌های پیشگیرانه بومی و کاربردی و حرکت در راستای مرجعیت علمی را هموار می‌سازد و همان‌طور که ذکر شد، در بررسی‌های صورت‌گرفته در این زمینه و در حوزه زنان، شکاف تحقیقاتی وجود دارد. از این‌رو ایجاد یک برنامه تحقیقاتی در جهت دستیابی به اطلاعات منسجم با هدف ایجاد پایگاه شواهد برای عمل و سیاست‌پذیری از خودکشی منطبق بر تفاوت‌های موجود منطقه‌ای و جنسیتی امری ضروری است؛ بنابراین این پژوهش کاربردی، با هدف ایجاد زمینه‌اطلاعاتی در جهت تدوین برنامه مداخلاتی مؤثر برای این گروه از بیماران انجام گرفت تا به این سؤال پاسخ دهد که تجربه زنان اقدام‌کننده به خودکشی درخصوص عوامل سوق‌دهنده و بازدارنده از اقدام چيست و شامل چه مضامین و زیرمضامینی می‌شود.

روش

جامعه، نمونه و روش اجرا

در این مطالعه کاربردی، از روش کیفی برای گردآوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها استفاده و پدیدارشناسی

توصیفی^۱ هوسرلیان^۲ انتخاب شد؛ زیرا برای مفاهیم پیچیده مانند تجربه^۳ زیسته^۴ بسیار مناسب است (رینر، ۲۰۱۲) و دارای ساختار انعطاف‌پذیرتری در کاوش و تبیین موضوع است (رضایی، خدابخشی-کولایی، فلسفی نژاد و سانگو، ۲۰۲۰). چهار مرحله هوسرل از پدیدارشناسی توصیفی مورد استفاده قرار گرفت: پرانتز^۵، شهود^۶، تجزیه و تحلیل، و تفسیر (پلیت و بک، ۲۰۱۷).

نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان بالغی است که در سال ۱۳۹۹ در بیمارستان‌های خورشید و الزهرا در شهر اصفهان بستری شدند. حجم نمونه در شروع مطالعه ثابت نبود و نمونه‌گیری تا اشباع داده^۷ ادامه یافت، یعنی وقتی مصاحبه با شرکت‌کنندگان جدید اطلاعات یا موضوعات جدیدی را در داده‌ها نشان نداد (کراسول و بیز، ۲۰۲۰). اشباع داده‌ها به‌عنوان یک معیار برای برآورد اندازه نمونه، پس از مصاحبه با ۱۳ شرکت‌کننده به‌دست آمد، اما برای اطمینان، مصاحبه با دو شرکت‌کننده دیگر ادامه یافت و سرانجام حجم نمونه در این مطالعه ۱۵ نفر تعیین شد.

معیارهای ورود به تحقیق به شرح زیر بود: حداقل سن ۱۸ سال، جنسیت مؤنث، نداشتن سابقه روان‌پریشی و مصرف مواد، اقدام به خودکشی برای اولین بار و توانایی و تمایل به شرکت در تحقیق. همچنین معیارهای خروج شامل شرکت‌کنندگانی بود که از نظر عاطفی ناپایدار بوده‌اند. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. هر مصاحبه ۹۰-۴۵ دقیقه به طول انجامید و در صورت لزوم، طی دو جلسه انجام شد و هر مصاحبه با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۱۸ با دقت کدگذاری شد. سطح اشباع داده‌ها توسط یک استاد روان‌شناس مطلع از روش‌های کیفی و یک محقق کیفی مستقل دیگر در فرایندی تأیید شد که به‌موازات جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت.

این مطالعه مورد تأیید اخلاقی گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان با کد IR.UI.REC.1399.011 قرار گرفت.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

داده‌ها با استفاده از روش هفت‌مرحله‌ای کلایزی^۸ (آبالوس، ریورا، لاکسین، فلوریدا و شونهوفر، ۲۰۱۶) تجزیه و تحلیل شدند. ابتدا برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، مصاحبه‌ها از روی صوت ضبط‌شده به‌صورت مکتوب درآمد و برای درک فضای مصاحبه و شرکت‌کنندگان چندین بار بازخوانی شد تا درک کلی از موضوع تحقیق ایجاد شود. دوم، اظهارات معنی‌دار و قابل‌توجه شرکت‌کنندگان استخراج و فهرست شد. سوم، معانی فرموله‌شده

-
1. descriptive phenomenology
 2. Husserl, E.
 3. lived experience
 4. brackets
 5. intuition
 6. data saturation
 7. Colaizzi

پنهان، کشف و طبقه‌بندی شد. چهارم، سازمان‌دهی معانی فرمول‌بندی شده به صورت دسته‌ای از مضامین صورت گرفت. پنجم، کدها به‌عنوان دسته‌های مرتبط در یک دسته کلی‌تر گروه‌بندی شد و سپس خوشه‌هایی از مفاهیم اصلی استخراج شدند. ششم، توصیف ساختار اساسی و کامل پدیده به صورت سازمان‌یافته و مختصر صورت پذیرفت و سرانجام، جست‌وجوی اعتبار از شرکت‌کنندگان با پرسش از شرکت‌کنندگان انجام شد در مورد اینکه آیا یافته‌ها اصل تجربه آن‌ها را نشان می‌دهد یا خیر (پس از تکمیل تجزیه و تحلیل جامع، از سه شرکت‌کننده برای ارائه بازخورد دعوت شد و متناسب با آن تنظیمات صورت گرفت).

همچنین این مطالعه از معیارهای لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) برای نشان دادن دقت و صحت پیروی می‌کند که شامل اعتبار، قابلیت انتقال، قابلیت اطمینان و انطباق می‌شود. در این تحقیق، اعتبار با استفاده از مشارکت طولانی‌مدت پژوهشگر و جلسات توجیهی توسط محقق با یک محقق کیفی و یک همکار روان‌شناس مطلع از روش‌های کیفی برای کنترل قوام، ثبات و تکرارپذیری تجزیه و تحلیل تأیید شد. همچنین اعتبار یافته‌ها از طریق بررسی شرکت‌کنندگان به شرح بالا مشخص شد. برای افزایش قابلیت انتقال در این مطالعه، محقق توضیحات مفصلی از شرکت‌کنندگان پروژه، تنظیمات، راهبردهای استخدام و روش‌های تجزیه و تحلیل ارائه داده و این امر با نمونه‌گیری هدفمند و درج نقل‌قول‌های گسترده در تجزیه و تحلیل تسهیل شده است. قابلیت اطمینان نیز از طریق تجزیه و تحلیل مداوم و اختصاص زمان کافی به جمع‌آوری داده‌ها و همچنین مشارکت بیشتر و طولانی‌تر در طول تحقیق به دست آمد. همچنین برای ارزیابی تنوع پدیده‌ها، تغییرات در نمونه‌گیری براساس سن، وضعیت تأهل، وضعیت درآمد و تحصیلات مورد بررسی قرار گرفت و برای اطمینان از اینکه بیماران تجربیات صادقانه را در حین مصاحبه گزارش کرده‌اند، محقق مجری مصاحبه در انجام مطالعات کیفی به‌خوبی آموزش دیده است. علاوه بر این، در همه موارد بر حفظ حقوق و حریم خصوصی بیمار تأکید شد.

نتایج

مضامین اصلی از متن ۱۵ شرکت‌کننده ۱۸ تا ۴۹ سال در تحقیق حاصل شد. اطلاعات جمعیتی این افراد در جدول ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش به تفکیک شرکت‌کنندگان

کد	سن	تأهل	شغل	تحصیلات
۱	۱۸	مجرد	دانشجو	دیپلم
۲	۲۴	مجرد	دانشجو	دیپلم
۳	۳۹	مجرد	خانه‌دار	تحصیلات دانشگاهی
۴	۲۷	متاهل	خانه‌دار	ابتدایی
۵	۲۶	مجرد	کارمند	تحصیلات دانشگاهی
۶	۳۰	متاهل	خانه‌دار	دیپلم
۷	۳۵	مجرد	دانشجو	تحصیلات دانشگاهی

ادامه جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش به تفکیک شرکت‌کنندگان

کد	سن	تأهل	شغل	تحصیلات
۸	۲۵	مجرد	دانشجو	تحصیلات دانشگاهی
۹	۴۹	متاهل	شاغل	راهنمایی
۱۰	۴۳	متاهل	خانه‌دار	ابتدایی
۱۱	۴۵	متاهل	کارمند	تحصیلات دانشگاهی
۱۲	۱۹	مجرد	دانشجو	دیپلم
۱۳	۴۲	متاهل	خانه‌دار	دیپلم
۱۴	۴۶	متاهل	خانه‌دار	سیکل
۱۵	۲۰	مجرد	شاغل	تحصیلات دانشگاهی

نتیجه کدگذاری باز براساس مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته در جدول ۲ ارائه شده است و در ادامه به‌طور کامل مورد بحث واقع خواهد شد.

جدول ۲. مضامین، زیرمضامین و کدهای اولیه حاصل از واکاوی در تجربه زیسته زنان اقدام‌کننده به خودکشی

مضامین	زیرمضامین	کدهای اولیه	عوامل خطر
تنش در روابط خانوادگی	مشاجره و درگیری مکرر بی‌تفاوتی عاطفی عدم وفاداری زناشویی	درگیری والدین، تعارض والدین و فرزندان، برخورد فیزیکی، دخالت خانواده همسر، مشاجره مکرر در زمینه پیشرفت تحصیلی، ازدواج اجباری، درگیری با شوهر. تأمین‌نشدن نیازهای عاطفی، احساس تنهایی. روابط خارج از خانواده، ازدواج مجدد.	
رنج روانی	زندگی در اندوه و ناامیدی ادراک ناخودکارآمدی احساس سرپاربودن	افسردگی درمان‌نشده به‌دلیل دید سنتی (ترس از انگ بیمار روانی، دید منفی به مصرف دارو). تشدید مشکلات جسمی در اثر افسردگی. احساس ناتوانی در کنترل هیجانات (پرخاشگری، خودآسیب‌رسانی). همه بدون من خوشحال‌ترند، لطف از روی ترجم، آسیب به آبروی خانواده. ازدست‌دادن استقلال (محدودیت در استفاده از تلفن و فضای مجازی)، ازدست‌دادن موقعیت اجتماعی، طرد از خانواده نشخوارهای فکری خودسرزنشگرانه، احساس حقارت، خشم، گناه، نفرت و شرم از خود	
روابط نافرجام	ازدست‌دادن خودسرزنشگری	بیکاری، مشکلات مالی تشدیدشده در اپیدمی کرونا، ازکارافتادگی سرپرست، مشکل مسکن	
ضعف مالی و بیکاری	به‌سختی‌افتادن افراد مورد تعلق	تشدید بیماری جسمانی، ایجاد مشکلات اعصاب، آسیب به آبروی اجتماعی	
تعلق عاطفی به عضوی از خانواده	نگرانی از آینده فرزندان	بدسرپرستی، احتمال روی آوردن به اعتیاد، احتمال تقلید از رفتار والد	عوامل محافظا
احساس مسئولیت در مقابل فرزندان	اعتقادات مذهبی	خودکشی گناهی کبیره ترس از خدا و آخرت	
حمایت اجتماعی ادراک‌شده		دریافت کمک از افراد متخصص در زمینه سلامت روان وجود افراد تأثیرگذار در زمان‌های بحرانی	

عوامل خطر

تجزیه و تحلیل عوامل خطر برای اقدام به خودکشی در چهار مضمون اصلی و هشت زیرمضمون دسته‌بندی شدند: تنش در روابط خانوادگی، روابط نافرجام، رنج روانی و ضعف مالی و بیکاری. تجربیاتی که موجب افزایش خطر خودکشی در زنان می‌شود در افراد مختلف متفاوت است، اما به‌طور عمده حداقل یک، اما معمولاً چندین عامل از عوامل زیر را شامل می‌شود:

۱. تنش در روابط خانوادگی

طبق این مطالعه، مهم‌ترین عاملی که زنان را به سمت اقدام به خودکشی سوق می‌دهد با دریافت بالاترین کد، ادراک تنش در روابط خانوادگی است. تنش‌های کلامی و غیرکلامی بر سر موضوعات گوناگون سبب فرسودگی روانی، احساس عدم امنیت و همدلی در زندگی این افراد بوده است. این مضمون با سه زیرمضمون شرح داده شده است: مشاجره و درگیری، بی‌تفاوتی عاطفی، عدم وفاداری زناشویی.

۱-۱. مشاجره و درگیری

همه مصاحبه‌شوندگان تنش در روابط بین‌فردی در خانواده را گزارش کردند و ۱۴ نفر از ۱۵ مصاحبه‌شونده به وجود مشاجره و درگیری در خانواده در روز اقدام به خودکشی خود اشاره کردند. شرکت‌کننده ۱: ما کلاً حرف‌زدنمون مدلش دادزنده. همیشه با دادویداد هم شروع می‌شه و هم تموم. اون روزم که من یعنی خودکشی کردم، سر موضوع کلاس‌رفتن من یه دعوی اساسی داشتیم، ولی بازم به حرفم گوش ندادن!

برخی از مصاحبه‌شوندگان به درگیری مکرر در بین والدین خود اشاره داشتند و این موضوع را در عوامل سوق‌دهنده خود به سمت خودکشی مؤثر عنوان کردند.

شرکت‌کننده ۲: از زمانی که یادم می‌آد بابام مامانمو می‌زد. احساس تنفر می‌کردم. همیشه از مردا می‌ترسیدم، از ازدواج متنفر بودم، برای همین تا دیدم امیر با من مهربونه دیگه هیچی برام مهم نبود، خودمو تحقیر کردم، غرور و شخصیتم رو زیر پا گذاشتم. اجازه دادم از من سوءاستفاده کنه.

تعارض والدین و فرزندان نیز از عوامل مطرح‌شده توسط مصاحبه‌شوندگان بوده است. شرکت‌کننده ۱۵: همیشه همه رو توی سر من زدند، همیشه باید از بقیه یاد می‌گرفتم، همیشه تحقیر شدم، همه از من بهتر بودند، همه حرفاشون دستوره، بابام فک کرده من سربازشم، برو بابا خسته شدم از این زندگی مسخره منم آدمم.

همچنین آنچه در اکثر مصاحبه‌ها به چشم می‌خورد، استفاده از برخورد فیزیکی در روابط به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط کلامی موفق و وجود خشم کنترل‌نشده در مردان به‌عنوان یک عادت رفتاری است که موجب آسیب روحی بسیار به افراد مصاحبه‌شونده شده است.

شرکت‌کننده ۸: اون شب که قرص خوردم، سر یه موضوع الکی که پیش اومده بود، یهو بابام درو وا کرد.

اصلاً نمی‌دونم چرا! شروع کرد زدن من، بعد مامانم اومد جلوش اونم زد، عین دیوونه‌ها. فقط بلده بزنه. حرف زدن بلد نیست.

فشارهای خانوادگی برای پیشرفت تحصیلی نیز از علل مشاخره مکرر و مطرح‌شده توسط مصاحبه‌شوندگان بوده است.

شرکت‌کننده ۱۲: از بچگی من باید همیشه بهترین نمره‌ها رو می‌گرفتم. اگه یه وقت ۲۰ من می‌شد ۱۷، تا چند ماه بابام بهم نگاه نمی‌کرد. همه‌شون انتظار داشتن من پزشکی قبول بشم، جوابا که اومد، انگار که من بزرگ‌ترین اشتباه دنیا رو کرده باشم. بدرفتاری، تحقیر، تو هیچی نمی‌شی و... . یکی از موضوعات مطرح دیگر در دو مورد از مصاحبه‌ها مشاخره و درگیری با محوریت ازدواج اجباری بود.

شرکت‌کننده ۵: یه مرده‌س یه بارم طلاق گرفته. بابا من اصلاً دوستش ندارم. برا چی من باید با همچین آدمی ازدواج کنم؟ مدام تهدید، نمی‌خوام اقا مگه زوره؟!

درگیری با شوهر نیز از عوامل پرتکرار در مصاحبه‌شوندگان متأهل بوده است. شرکت‌کننده ۱۰: شوهرم خیلی بداخلاقه، حرف نمی‌زنه، اصلاً نمی‌شه باهاش حرف زد. ولی با من این‌طوره ظاهراً که اتفاقاً خوب بلده حرف بزنه (سکوت). رابطه‌مون خیلی بده. هر چی بهش بگی جوش می‌آره، داد می‌زنه.

همچنین دخالت خانواده همسر از عوامل مطرح‌شده منجر به درگیری مکرر در خانواده مصاحبه‌شوندگان متأهل بوده است.

شرکت‌کننده ۹: از اول زندگیم که یادم می‌آد، همیشه خانواده‌ش توی همه‌چیز نظر می‌دادن. حتی شام مهمونی که من می‌خواستم بدم. تربیت بچه‌ها هم یکیش بود. کلاً نظر اونا روش خیلی اثر داشت. من هیچی نبودم. همه‌ش باعث دعوا توی زندگی ما هستن.

۱-۲. بی‌تفاوتی عاطفی

زیرمضمون دیگر، بی‌تفاوتی عاطفی اعضای خانواده نسبت به یکدیگر بوده است که موجب ایجاد آسیب روانی برای مصاحبه‌شوندگان شده است.

شرکت‌کننده پنج: جو خونه‌مون سنگینه. یه بارم یادم نمی‌آد مامانم قریون صدقه‌م رفته باشه. حتی نه من، برا بقیه هم ندیده‌م. کمبود محبت دارم. زشته خودم بگم اما دارم.

۱-۳. عدم وفاداری زناشویی

همچنین زیرمضمون عدم وفاداری زناشویی در قالب خیانت و ازدواج مجدد، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل سوق‌دهنده در زندگی افراد متأهل شناخته شده است.

شرکت‌کننده ۸: چند ماه پیش بازم فهمیدم که با یه خانومی رابطه داره. چون شب دیدم بیدار بود. تا

خواهید چک کردم. خسته خسته.

۲. روابط نافرجام

مضمون روابط نافرجام و آسیب‌های ناشی از آن به‌عنوان یکی از عوامل مهم سوق‌دهنده به خودکشی در افراد مصاحبه‌شونده مجرد شناخته شده است. این موضوع با دو زیر فرض شرح داده شده است:

۲-۱. خودسرزنشگری

زیرمضمون خودسرزنشگری بیانگر احساسات تجربه‌شده به‌دلیل روابط قبل از ازدواج و مورد سوءاستفاده قرارگرفتن در این روابط در افراد مورد مصاحبه بوده است که به تجربه نشخوارهای فکری سرزنشگرانه، احساس حقارت، خشم، احساس گناه، نفرت و شرم از خود و سوق‌دادن این افراد برای اقدام به خودکشی منجر شده است.

شرکت‌کننده ۷: خودم باعث بدبختی خودمم. اصلاً انگار یادم رفته بود خودم کی بودم. خودم بهش اجازه دادم از سوءاستفاده کنه و بعدم ولم کنه، همه چیزو می‌دونستم، ولی باز نمی‌دونم با چه فکری انجامشون دادم. کاری که کردم قابل‌بخشش نیست. از خودم متنفرم. می‌فهمی حالت از خودت به هم بخوره یعنی چی؟

۲-۲. ازدست‌دادن

همچنین زیرمضمون ازدست‌دادن استقلال و موقعیت اجتماعی و خانوادگی نیز در کنار خودسرزنشگری به ایجاد تصمیم برای خودکشی کمک کرده است. با توجه به فرهنگ ایران و پذیرفته‌نبودن روابط خارج از ازدواج، این افراد بعد از فاش‌شدن این موضوع، از طرف اجتماع و خانواده طرد شده‌اند.

شرکت‌کننده ۲: از وقتی رابطه منو فهمیدن دیگه هیچ‌کس باهام کاری نداره، حتی نگاهم نمی‌کنن. وقتی سر سفره هستیم، روبه‌روم نمی‌نشینن. مامانم یه لحظه هم تنهام نمی‌ذاره. همه جا زوری منو می‌برن. توی کوچه از ترس همسایه اصلاً سرمو بلند نمی‌کنم. همه‌چی عوض شده. هیچ‌جا نمی‌رم چون از رفتار آدما عصبی می‌شم، چون می‌دونم درباره من. همه‌ش دارم کنترل می‌شم.

۳. رنج روانی

رنج روانی نیز از عوامل مهم تسهیل‌کننده خودکشی در این مطالعه شناخته شد. این مضمون با سه زیرمضمون شرح داده شده است:

۳-۱. زندگی در اندوه و ناامیدی

اکثر افراد مصاحبه‌شونده، زندگی در غم و ناامیدی (مجموعه علائم افسردگی) را علی‌رغم دریافت تشخیص افسردگی و به‌دلیل تفکر سنتی نسبت به درمان گزارش دادند که در برخی موارد سبب تشدید بیماری جسمانی نیز شده است.

شرکت‌کننده ۴: از بعد زایمانم این حالت‌ها شروع شد. اصلاً تحمل نداشتم. همه‌ش گریه. دکترم گفت باید دارو بخورم، اما شوهرم نداشت. گفت خوب نیست، عادت می‌کنی. هر شب دلم می‌خواد دیگه صبح نشه.

۳-۲. ادراک ناخودکارآمدی

اقدام‌کنندگان به خودکشی اغلب به ادراک احساس ناتوانی در کنترل هیجان‌ات خود در زمان اقدام به خودکشی و همچنین وجود این ناتوانی در بیشتر شرایط مشابه در زندگی خود اشاره کرده‌اند. شرکت‌کننده ۱۱: وقتی می‌خواستم قرص‌ها رو بخورم، می‌دونستم کارم احمقانه‌ست، اما انگار هیچ راه دیگه‌ای برای آروم کردن خودم به ذهنم نمی‌رسید. هر وقت عصبانی می‌شم، دیگه چشمم هیچ چیزو نمی‌بینه. همیشه بدترین تصمیم‌ها رو وقتی عصبی می‌شم می‌گیرم، اما دست خودم نیست.

۳-۳. ادراک سرباربودن

این موضوع نیز از جمله زیرمضامین مهم یافت‌شده بوده است. بسیاری از مصاحبه‌شوندگان به دلایلی از جمله بیماری مزمن و ایجاد مسائل ناموسی مانند آنچه در روابط نافرجام بدان اشاره شد یا عدم دریافت همدلی لازم از خانواده، خود را موجودی اضافی می‌دانند و معتقدند اگر نباشند، اعضای خانواده زندگی بهتری خواهند داشت.

شرکت‌کننده ۳: برای چی من باید زندگیشونو خراب کنم. چرا خواهر من به خاطر من باید بهترین روزای عمرشو بی‌سروصدا برگزار کنه؟ چرا همه باید توی دلشون غصه من و تنه‌ایامو بخورن؟ حقشون نیست. شرکت‌کننده ۵: من برم راحت می‌شن، انگار من پامو گذاشتم رو گلوشون. راه نفسشون گرفته. می‌خوان هرطور هست از دست من راحت شن. منم گفتم خودمو می‌کشم که به آرزوشون برس.

۴. مشکلات مالی و بیکاری

اکثر مصاحبه‌شوندگان به مشکلات مالی که به شرایط بحران فرد دامن زده اشاره کرده‌اند. مشکلات پایین‌بودن سطح درآمد از عوامل تأثیرگذار مطرح‌شده بوده است. بیشتر افراد در بحران ایجادشده در اثر بیماری کووید ۱۹ به بدترشدن شرایط، بیکاری و تأثیر آن بر تشدید مشکلات زندگی خود اشاره کرده‌اند. شرکت‌کننده ۱: از زندگیم خسته‌م. از اینکه بیرون شهریم. وضع زندگیمونو دوست ندارم. چرا من همه‌ش باید سبزی پاک کنم؟ چرا زندگی ما باید این‌قدر داغون باشه؟ الانم که برای کرونا همه‌چیز بدتر از قبل شده.

عوامل محافظت‌کننده

درخصوص این مفهوم در مصاحبه‌های صورت‌گرفته سعی شد عواملی که از دیدگاه افراد اقدام‌کننده می‌تواند مانع از تکرار این عمل شود مورد کاوش قرار گیرد. در پاسخ به این موضوع، واحدهای معنایی در چهار مضمون اصلی دسته‌بندی شدند:

۱. تعلق عاطفی به عضوی از خانواده

بسیاری از افراد مورد مصاحبه به این موضوع اشاره کردند که به‌خاطر چند یا یکی از اعضای خانواده که تعلق عاطفی بیشتری به او دارند و اقدام آن‌ها سبب آسیب‌دیدگی این افراد (تشدید بیماری جسمانی، ایجاد مشکلات اعصاب و آسیب به آبرو) می‌شود از کارشان پشیمان هستند.

شرکت‌کننده ۱۳: مادرم داغون می‌شد اگر اتفاقی برای من می‌افتاد. قلبش، وقتی یاد چهره‌ش می‌افتم که رنگ به صورتش نموده بود دلم می‌خواد از شرمندگی بمیرم. دیگه هیچ‌وقت اذیتش نمی‌کنم. به‌خاطرش تحمل می‌کنم.

۲. احساس مسئولیت نسبت به فرزندان

در تمام افراد متأهلی که دست به اقدام زده‌اند، نگرانی و احساس گناه به‌خاطر آسیب به فرزندان و آینده آن‌ها (بدسرپرستی، تقلید از کار والد یا روی آوردن به اعتیاد) به‌عنوان دغدغه اصلی قابل‌شناسایی بود.

شرکت‌کننده ۶: اگر من مرده بودم، بچه‌هامو کی جمع می‌کرد؟ نمی‌دونم چرا این‌طور شد، اما الان به‌خاطر بچه‌هام خوشحالم.

شرکت‌کننده ۱۳: اصلاً نباید این کارو می‌کردم. بعدم فکر کردم نکنه پسر منو تکرار کنه. آخه اونم از مردن و اینکه این زندگی به درد نمی‌خوره خیلی حرف می‌زنه.

۳. اعتقادات مذهبی

عامل محافظت‌کننده دیگری که به‌طور گسترده مورد توجه قرار گرفته، شامل باورهای دینی افراد نسبت به خودکشی است. این عامل تأثیر زیادی در احساس پشیمانی افراد از عملکرد خود داشته است.

شرکت‌کننده ۱۰: من آدم معتقدی هستم. از خدا شرمندم. من می‌دونم که خودکشی گناه بزرگیه و حرومه. همیشه برای آروم شدن قرآن می‌خونم، دعا می‌کنم، خدا منو ببخشه.

۴. حمایت اجتماعی ادراک شده

همچنین مضمون ادراک حمایت اجتماعی، بیانگر اهمیت تأثیر حمایت‌های اجتماعی از افراد تأثیرگذار (افراد حامی و متخصص) و در زمان‌های بحران، به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده بوده است.

شرکت‌کننده ۱۴: سال پیش یه دکتری توی بهداری مرکز بود که خیلی خانم خوبی بود، فقط نسخه نمی‌نوشت، به حرفاتم گوش می‌داد حالتو می‌پرسید، یه روز که با شوهرم دعوا شده بود و صورتم کبود بود کلی باهام حرف زد، دلداریم داد، اما زود از بهداریمون رفت. اگر یه آدم قابل‌اعتمادی وجود داشته باشه که آدم بتونه با اون حرف بزنه و یه کم آروم بشه خیلی خوبه.

بحث و نتیجه‌گیری

در تبیین یافته‌ها در این مطالعه می‌توان گفت عوامل مؤثر در فرایند منجر به خودکشی پیچیده است و عوامل محافظتی و خطرزا هر دو چندوجهی هستند.

از میان مضامین اصلی در ارتباط با عوامل خطر، مضمون تنش در روابط خانوادگی با دریافت بیشترین کد بیانگر اهمیت روابط خانوادگی در سلامت روان زنان است. زنان درگیری‌های خانوادگی بر سر موضوعات گوناگون را دلیل اصلی اقدام به خودکشی خود معرفی کردند که شامل درک بی‌تفاوتی عاطفی در بین اعضای خانواده و نیز عدم وفاداری زناشویی در روابط زنان متأهل است. نتایج این بخش از مطالعه با مطالعاتی نظیر فرزانه و همکاران (۲۰۲۰)، لاهار و سیساک (۲۰۱۸)، تیل، تران و نیدرکروتنن‌تالر (۲۰۱۶)، رضایی و همکاران (۲۰۱۴) و مشرف و همکاران (۲۰۱۳) مطابقت دارد.

همچنین نتایج این مطالعه درخصوص این مضمون کاملاً با نظریه^۱ بین‌فردی^۱ جوینر (۲۰۰۵) هم‌راستا است. این مدل مطرح می‌کند که خطر شدید خودکشی با تعامل سه متغیر ایجاد می‌شود: ۱. تعلق‌پذیری خنثی، ۲. ادراک سرباربودن و ۳. توانایی خودکشی در این زمینه (آنستیس، برایان، کارنت و جوینر، ۲۰۰۹). همان‌طور که گفته شد، در مضمون تنش در روابط خانوادگی، بیشتر مصاحبه‌شوندگان به بی‌تفاوتی عاطفی اعضای خانواده نسبت به یکدیگر به‌عنوان یک عامل بسیار مؤثر در اقدام خود اشاره داشتند که با مطالعات مطرح‌شده توسط اکانر، آرمیتاج و گری (۲۰۰۶) و جوینر، هالر و ون‌اردن (۲۰۰۶) مرتبط است. همچنین احساس سرباربودن در مضمون رنج روانی که به دلایلی از جمله بیماری جسمانی و روابط نافرجام فاش‌شده (در کنار بی‌تفاوتی عاطفی ادراک‌شده) توسط مصاحبه‌شوندگان مطرح شده است، با متغیرهای این نظریه همسو است. نتایج درخصوص این زیرمضمون با مطالعاتی مانند جوینر و همکاران (۲۰۰۹) و پیتیت و همکاران (۲۰۰۲) نیز مطابقت دارد.

در مضمون روابط نافرجام به آسیب‌های ناشی از این روابط در قالب دو زیرمضمون خودسرزنشگری و ازدست‌دادن اشاره شد. این یافته نیز با مدل یکپارچه^۲ انگیزشی ارادی^۲ (IMV) اکانر همسو است. مطابق این نظریه، عوامل زمینه‌ای و برانگیزاننده‌ها سبب فعال‌شدن احساس شکست و تحقیر می‌شوند و سپس تهدید به تعدیلگرهای تهدیدکننده خود موجب می‌شود افراد احساس به‌دام‌افتادگی کنند و این حس می‌تواند در صورت وجود تعدیلگرهای انگیزشی (مثل تعلق‌پذیری خنثی) به ایده‌پردازی برای خودکشی منجر شود. درنهایت، تبدیل ایده خودکشی به اقدام با کمک تعدیلگرهای انگیزشی ارادی اتفاق می‌افتد (اکانر، ۲۰۱۱؛ اکانر، آرمیتاج و گری، ۲۰۰۶). در این پژوهش نیز مطابق با این نظریه، روابط نافرجام موجب تجربه احساس شکست و تحقیر در این افراد شده است و در ادامه ازدست‌دادن موقعیت اجتماعی و خانوادگی (با توجه به ادراک مغایر بودن شرایط موجود با انتظارات جامعه و خانواده) به احساس به‌دام‌افتادگی انجامیده و همچنین شرایط

1. interpersonal theory

2. Integrated Motivational-Volitional (IMV) Model

ایجادشده با توجه به غیرقابل‌قبول بودن این موضوع در فرهنگ ایران سبب ایجاد احساس سرباربودن در این افراد و سوق‌دادن آن‌ها به سمت اقدام به خودکشی شده است.

همچنین در این مطالعه، یکی از زیرمضمون‌های مهمی که بسیار با آن روبه‌رو شدیم، زندگی در اندوه و ناامیدی و وجود علائم افسردگی است. این زیرمضمون در مضمون اصلی رنج روانی بالاترین کد را دریافت کرده است و با بسیاری از مطالعات صورت‌گرفته که بر رابطه افسردگی و خودکشی تأکید دارند همخوانی دارد (ودرال، راب و اکائر، ۲۰۱۹؛ زانگ، لیو و فانگ، ۲۰۱۹؛ ارنست و همکاران، ۲۰۱۹؛ اولفاسن و همکاران، ۲۰۱۸؛ کوک و بوریل، ۲۰۱۵)، اما آنچه در این مطالعه دارای اهمیت است این نکته است که برای اکثر این زنان تشخیص بیماری صورت گرفته است، اما به‌دلیل دید سنتی برای درمان، اقدامی صورت نگرفته است و این نکته لزوم قراردادن فرهنگ‌سازی در جهت تغییر دیدگاه سنتی به درمان اختلالات مرتبط با روان را در مداخلات پیشگیرانه مؤثر پررنگ می‌کند.

همچنین به زیرمضمون ادراک ناخودکارآمدی در شرایط بحرانی اشاره شد. خودکارآمدی به‌عنوان پشتیبان احساس و تفکر در چگونگی رفتار افراد تفاوت ایجاد می‌کند و از طریق ایجاد انتظار موفقیت احتمالی، بر میزان انگیزش و تلاش برای کنارآمدن تأثیر می‌گذارد (استاجکویک، بندورا، لاک، لی و سرجنت، ۲۰۱۸). این زیرمضمون نیز با مطالعات صورت‌گرفته توسط صدی دمیرچی و همکاران (۲۰۱۹) و داروالا و همکاران (۲۰۱۸) تطابق دارد.

همچنین اکثر مصاحبه‌شوندگان به مضمون مشکلات مالی و بیکاری به‌عنوان یک عامل مکمل در اقدام به خودکشی خود اشاره داشته‌اند که با مطالعاتی چون دادپور و همکاران (۲۰۱۵) و محبی و بوشهری (۲۰۰۶) همخوان است.

در ادامه همان‌طور که ذکر شد، چهار مضمون اصلی درخصوص عوامل محافظت‌کننده استخراج شده است. با توجه به پررنگ‌بودن بعد عاطفی در زنان، از جمله عوامل محافظ مطرح‌شده که بسیار مورد توجه بوده است، تعلق عاطفی به عضوی از خانواده و نیز تعهد و تعلق نسبت به فرزندان بوده است که این یافته‌ها با مطالعات لاهار و سیساک (۲۰۱۸) و تیل، تران و نیدرکروتنتالر (۲۰۱۶) هم‌راستا است.

در ادامه، مصاحبه‌شوندگان توجه ویژه‌ای به نقش دین و معنویت به‌عنوان عامل محافظ در خودکشی داشته‌اند. با توجه به اینکه ایران کشوری مسلمان‌نشین است، این موضوع دور از ذهن نیست. اعتقادات مذهبی می‌تواند به‌عنوان راهبرد مقابله و تنظیم هیجانی درنظر گرفته شود و از دیدگاه روان‌شناسان شناختی، مکانیسم‌ها و راهبردهای تنظیم هیجانی نقش کلیدی در کارکرد سازگارانه با شرایط تنش‌زا ایفا می‌کند. این بخش از یافته‌ها نیز با مطالعاتی مانند لاهار و سیساک (۲۰۱۸) و نلسون و همکاران (۲۰۱۲) همسو است.

همچنین برخی از افراد به تعاملات اجتماعی کوتاه اما تأثیرگذاری که با افراد آگاه داشته‌اند، به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده اشاره داشتند و طبق یافته‌ها اکثر افراد نیاز به مراکز درمانی قابل‌اعتماد و با هزینه مناسب را به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده مطرح کردند که با مطالعات لین و همکاران (۲۰۲۰)، شاو و همکاران (۲۰۱۹)، بل و همکاران (۲۰۱۸) و خانکه و همکاران (۲۰۱۵) مطابقت داشته است.

به‌طور کلی در تبیین نتایج می‌توان گفت مجموعه‌ای از عوامل مطرح‌شده در یک فرایند زمانی، سبب ایجاد فرسودگی روانی در زنان و انتخاب راه‌حل‌های هیجان‌مدار مانند خودکشی می‌شود، اما عامل تنش در روابط خانوادگی که اغلب ریشه در بی‌مهارتی در روابط بین‌فردی و عوامل فرهنگی دارد، به‌عنوان محوری‌ترین عامل که فرد به‌صورت مکرر با آن سروکار دارد، موجب ایجاد احساس عدم تعلق عاطفی و گاهی احساس سربار بودن می‌شود. همچنین این عامل بستری برای ایجاد اختلالات روانی به‌ویژه افسردگی، عدم احساس امنیت و به‌کارگیری روش‌های ناکارآمد در مدیریت هیجانات و حل مسائل و غرق شدن هرچه بیشتر در مشکلات را برای زنان را فراهم می‌کند. یافته‌ها حاکی از اهمیت فراوان احساس تعلق و امنیت در خانواده برای زنان در مواجهه با مشکلات و نحوه برخورد مناسب است. این یافته‌ها بیانگر آسیب‌پذیری عاطفی زنان و لزوم توجه به تفاوت‌های جنسیتی مطرح در خودکشی است. توانمندسازی فرد و خانواده در جهت برقراری روابط بین‌فردی مثبت، پایه محوری ایجاد انعطاف و شناخت بیشتر در راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و ایجاد خودکارآمدی در برابر مشکلات است. همچنین فرهنگ‌سازی درخصوص درمان اختلالات روان‌پزشکی با تأکید بر افسردگی در اولویت بعدی قرار گرفته است و نیز ارتقای عوامل محافظ یافت‌شده، به کاهش خطر خودکشی و انعطاف‌پذیری بیشتر این افراد کمک می‌کند.

با توجه به پیچیدگی، چندبعدی و موقعیت‌مند بودن عوامل اثرگذار بر خودکشی، آموزش‌ها در سه سطح پیشگیری درمورد افراد در معرض خطر و حتی عموم جامعه زنان بسیار دارای اهمیت است. پیشنهاد می‌شود برای بررسی دقیق‌تر عوامل خطر و محافظ، خانواده‌های افراد اقدام‌کننده نیز مورد بررسی روان‌شناختی قرار گیرند. با توجه به یافته‌ها و نیز بررسی مطالعات همسو در این زمینه می‌توان گفت خودکشی را فقط از یک منظر نمی‌توان فهمید، چه این یک روایت غالب باشد یا نه: درمانگران و سیاست‌گذاران باید درمورد چگونگی بررسی تجربیات این افراد ذهن باز داشته باشند؛ بنابراین این مطالعه پیامدهای مهمی برای دستگاه‌های بهداشتی، ارائه‌دهندگان خدمات و سیاست‌گذاران با هدف جلوگیری از خودکشی و تدوین مداخلات پیشگیرانه در جمعیت زنان دارد.

منابع

شیخی، م. ت.، جمیلی کهنه‌شهری، ف.، و رضایی‌نسب، ز. (۱۳۹۶). بررسی تجارب زیسته اقدام به خودکشی زنان شهر ایلام با رویکرد روشی نظریه‌مبنایی. *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۱۸(۴)، ۸۲-۱۰۷.

References

- Abalos, E. E., Rivera, R. Y., Locsin, R. C., Florida, F., & Schoenhofer, S. O. (2016). Husserlian phenomenology and Colaizzi's method of data analysis: Exemplar in qualitative nursing inquiry using as caring theory. *International Journal for Human Caring*, 20(1), 19-23.
- Anestis, M., Bryan, C., Cornette, M., & Joiner, T. (2009). Understanding suicidal behavior in the military: An evaluation of Joiner's interpersonal-psychological

- theory of suicidal behavior in two case studies of active duty post-deployers. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(1), 60-75.
- Azizpour, M., Taghizadeh, Z., Mohammadi, N., & Vedadhir, A. (2019). Being at the center of attention: Iranian women's experience after suicide attempts. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(3), 445-452.
- Bell, C. M., Ridley, J. A., Overholser, J. C., Young, K., Athey, A., Lehmann, J., & Phillips, K. (2018). The role of perceived burden and social support in suicide and depression. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 48(1), 87-94.
- Creswell, J. W., & Báez, J. C. (2020). *30 essential skills for the qualitative researcher*. London, UK: Sage Publications.
- Cook, L.C., & Borrill, J. (2015), Identifying suicide risk in a metropolitan probation trust: Risk factors and staff decision making. *Leg Crim Psychol*, 20(2), 255-266.
- Dadpour, B., Madani Sani, F., Rahimi Doab, M., Gerami, A., Rajaei, P., Talebi, M. (2015). Factors Related in Suicide Attempts in Admitted Poisoned Patients. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*, 3(3), 247-251.
- Daruwala, S. E., LaCroix, J. M., Perera, K. U., Tucker, J., Colborn, V., Weaver, J., Soumoff, A., & Ghahramanlou-Holloway, M. (2018). Suicide ideation and self-efficacy to avoid suicidal action among psychiatrically hospitalized military personnel. *Psychiatry Research*, 270, 1131-1136.
- Denneson, L. M., Hoffmire, C. A., Blosnich, J. R., Dichter, M. E., Fitelson, E., Holliday, R., Monteith, L. L., Smolenski, D. J., & Yano, E. M. (2021). Advancing Knowledge of Suicide Risk and Prevention Among Women: Introduction to the Supplement. *Medical Care*, 59(2), 1-3.
- Edgcomb, J. B., Thiruvalluru, R., Pathak, J., & Brooks, J. O. (2021). Machine learning to differentiate risk of suicide attempt and self-harm after general medical hospitalization of women with mental illness. *Medical Care*, 59(2), 58-64.
- Ernst, M., Kallenbach-Kaminski, L., Kaufhold, J., Negele, A., Bahrke, U., Hautzinger, M., Beutel, M. E., & Leuzinger-Bohleber, M. (2020). Suicide attempts in chronically depressed individuals: What are the risk factors? *Psychiatry Research*, 287, 112481.
- Farzaneh, E., Amani, F., Sadeghi-Movahhed, F., & Mataei, K. (2020). Factors Affecting Unsuccessful Suicide Among Women Referred to Emergency Room of Ardabil City Hospital, Ardabil, Iran. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine*, 10(2), 27412.
- Ghaderi, S., Morovat, B., Masoumirad, R., Noori, R., Saeedi Moghaddam, S., Moazen, B., & Shokoohi, M. (2020). Shining light on darkness: suicidal ideation and suicide attempt among Iranian women who do and do not use drugs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(4), 349-356.
- Hatkevich, C., Penner, F., & Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry Research*, 271, 230-238.
- Hoffmann, W. A., Myburgh, C., & Poggenpoel, M. (2010). The lived experiences of late-adolescent female suicide survivors: 'A part of me died'. *Health SA Gesondheid*, 15(1), 1-9.

- Hunter, C. (2020). Living with Suicide: *Collective Narrative Practice with People Experiencing Ongoing Suicidality*. PhD dissertation in psychology, University of East London School of psychology.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Jr., Hollar, D., & Van Orden, K. A. (2006). On Buckeyes, Gators, Super Bowl Sunday, and the Miracle on Ice: "Pulling Together" is associated with lower suicide rates. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(2), 180–196.
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Acquired capability for suicidal behavior and its interaction with burdensomeness and belongingness to predict suicide attempts. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 634–646.
- Karamouzian, M., & Rostami, M. (2019). Suicide statistics in Iran: let's get specific. *American Journal of Men's Health*, 13(1), 1557988318807079.
- Khankeh, H. R., Hosseini, S. A., Rezaie, L., Shakeri, J., & Schwebel, D. C. (2015). A model to explain suicide by self-immolation among Iranian women: a grounded theory study. *Burns*, 41(7), 1562-1571.
- Keyvanara, M., Mousavi, S. G., Khayyer, Z., & Ngaosuvan, L. (2020). A qualitative exploration of motives of suicide attempts among Iranian women. *Australian journal of psychology*, 72(2), 133-144.
- Korkmaz, S., Keleş, D. D., Kazgan, A., Baykara, S., Gürok, M. G., Demir, C. F., & Atmaca, M. (2020). Emotional intelligence and problem solving skills in individuals who attempted suicide. *Journal of Clinical Neuroscience*, 74, 120-123.
- Krychiw, J. K., & Ward-Ciesielski, E. F. (2019). Factors related to suicide's unpredictability: a qualitative study of adults with lived experience of suicide attempts. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 14(1), 565-585.
- Lew, B., Huen, J., Yu, P., Yuan, L., Wang, D. F., Ping, F., Abu Talib, M., Lester, D., & Jia, C. X. (2019). Associations between depression, anxiety, stress, hopelessness, subjective well-being, coping styles and suicide in Chinese university students. *PloS one*, 14(7), e0217372.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Establishing trustworthiness. *Naturalistic Inquiry*, 289(331), 289-327.
- Lin, J., Su, Y., Lv, X., Liu, Q., Wang, G., Wei, J., Zhu, G., Chen, Q., Tian, H., Zhang, K., Wang, X., Zhang, N., Wang, Y., Yu, X., & Si, T. (2020). Perceived stressfulness mediates the effects of subjective social support and negative coping style on suicide risk in Chinese patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 265, 32–38.
- Ljusic, D., Ravanic, D., Filipovic Danic, S., Soldatovic, I., Cvetkovic, J., & Stojanovic Tasic, M. (2016). Contemporary principles of suicide prevention. *Medicinski Pregled*, 69(11-12), 367–371.
- Luhääär, K., & Sisask, M. (2018). Pathways to Attempted Suicide as Reflected in the Narratives of People with Lived Experience. *Religions*, 9(4), 137.
- Vijayakumar, L. (2018). Challenges and opportunities in suicide prevention in South-East Asia. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 6(1), 30-33.

- Mohebbi, A., & Boushehri, B. (2006). Stressor factors effects in intentionally committing suicide by chemical materials: Review of four hundred cases. *The Journal Of Urmia University of Medical Sciences*, 17(3), 219-25.
- Montgomery, A. E., Dichter, M. E., & Blosnich, J. R. (2021). Gender Differences in the predictors of suicide-related morbidity among veterans reporting current housing instability. *Medical Care*, 59(2), 36-41.
- Mosharraf, Sh., Mousavi, Gh., Rouhafza, H. R., Reyhani, M. & Shoushtarizadeh, Sh. (2013). Investigating the relationship between the stresses of the past year and suicide attempt in Falavarjan County in 2011-2012. *Behavioral Science Research*, 11(5), 411-422.
- Nelson, G., Hanna, R., Houri, A., & Klimes-Dougan, B. (2012). Protective functions of religious traditions for suicide risk. *Suicidology Online*, 3(1), 59-71.
- O'Connor, R. C., Armitage, C. J., & Gray, L. (2006). The role of clinical and social cognitive variables in parasuicide. *The British Journal of Clinical Psychology*, 45, 465-481.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *International handbook of suicide prevention: Research, Policy and Practice*, 1, 181-198.
- O'Brien, R. W., & Tomoyasu, N. (2021). Women and suicide: Moving forward on a troubling problem. *Medical Care*, 59(2), 4- 5.
- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Bridge, J. A., Liu, S.-M., & Blanco, C. (2018). Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 141(4), e20173517.
- Pettit, J. W., Lam, A. G., Voelz, Z. R., Walker, R. L., Perez, M., Joiner, T. E., Jr., Lester, D., & He, Z.-X. (2002). Perceived burdensomeness and lethality of suicide method among suicide completers in the People's Republic of China. *Omega: Journal of Death and Dying*, 45(1), 57-67.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th Ed.). Philadelphia, Wolters Kluwer Health.
- Reiners, G. M. (2012). Understanding the differences between Husserl's (descriptive) and Heidegger's (interpretive) phenomenological research. *Journal of Nursing & Care*, 1(5), 1-3.
- Rezaie, L., Hosseini, S. A., Rassafiani, M., Najafi, F., Shakeri, J., & Khankeh, H. (2014). Why self-immolation? A qualitative exploration of the motives for attempting suicide by self-immolation. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 40(2), 319-327.
- Rezaei, M., Khodabakhshi-Koolae, A., Falsafinejad, M. R., & Sanagoo, A. (2020). Identifying the psychological challenges of mothers with a chronically ill child: A phenomenological study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 9(1), 18-27.
- Sadri Damirchi, E., Zakibakhsh Mohammadi, N., & Amir, M. B. (2019). The role of thwarted belongingness, perceived burdensomeness, self-efficacy and ego strength in predicting suicidal ideation of nurses. *Health in Emergencies and Disasters*, 4(2), 85-92.

- Shaw, J. L., Beans, J. A., Comtois, K. A., & Hiratsuka, V. Y. (2019). Lived experiences of suicide risk and resilience among Alaska Native and American Indian people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 39-53.
- Shamsaei, F., Yaghmaei, S., & Haghghi, M. (2020). Exploring the lived experiences of the suicide attempt survivors: a phenomenological approach. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1), 1745478.
- Shneidman, E. S. (1993). Some controversies in suicidology: Toward a mentalistic discipline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(4), 292-298.
- Stajkovic, A. D., Bandura, A., Locke, E. A., Lee, D., & Sergent, K. (2018). Test of three conceptual models of influence of the big five personality traits and self-efficacy on academic performance: A meta-analytic path-analysis. *Personality and Individual Differences*, 120(2018), 238-245.
- Steele, I. H., Thrower, N., Noroian, P., & Saleh, F. M. (2018). Understanding suicide across the lifespan: a United States perspective of suicide risk factors, assessment & management. *Journal of Forensic Sciences*, 63(1), 162-171.
- Till, B., Tran, U. S., & Niederkrotenthaler, T. (2017). Relationship Satisfaction and Risk Factors for Suicide. *Crisis*, 38(1), 7-16.
- Vijayakumar, L. (2018). Challenges and opportunities in suicide prevention in South-East Asia. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 6(1), 30-33.
- Wasserman, D. (2016). *Suicide: An Unnecessary Death*. London. Oxford University Press, pp. 27-37.
- Wetherall, K., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2019). Social rank theory of depression: A systematic review of self-perceptions of social rank and their relationship with depressive symptoms and suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 246, 300-319.
- World Health Organization. (2012). Public health action for the prevention of suicide-A framework. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf?ua=1.
- World Health Organization. (2019). *Suicide worldwide in 2019*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Zhang, J., Liu, X. & Fang, L. (2019). Combined effects of depression and anxiety on suicide: A case-control psychological autopsy study in rural China. *Psychiatry Research*, 271, 370-373.