ISSN: 2717-3216 Volume 11, Issue 2 (2024), 52-66 https://www.ijfpjournal.ir/

Iranian Journal of Family Psychology

Research Paper

10.22034/ijfp.2025.2039245.1348

Suicide: The Role of Social, Family, and Individual Factors with the Constructivist Grounded Theory

Morteza Omidian[1] Hossein Sajjadian[2]

1. Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
2. MA in Psychology, Educational Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Article Info.

Received: 31 August 2024

Revised: 10 November 2024

Accepted: 24 December 2024

Keywords:

Ilam, Family, constructivist Grounded Theory, Cathy Charmes, Suicide

Abstract

Abstract

Suicide is one of the most important social harms that affect the lives and health of individuals and families. Considering the increasing number of suicides in Ilam province, especially among young people, this study was designed and implemented to study the causes in detail and provide a regional theoretical model for further research. The method of this qualitative study is based on the constructivist Grounded Theory of Cathy Charms (Wertz et al., 2011). Thus, an in-depth semi-structured interview was conducted with 22 participants who attempted suicide unsuccessfully in the hospital context. Based on the themes obtained, unfavorable family environment such as crowding, unhealthy relationships, family conflicts, aggression, other family problems, lack of family support, unsupportive social environment, and inability to regulate emotions and solve life problems were among the most important extraction factors. The difference in the girls and boys' views on the role of women and men emphasized the issue that the specific gender view in home and community environments should be considered. Thus, two general and gender-explanatory models of relationships extracted from the categories were presented. However, suicide is an individual and social phenomenon in terms of causes and consequences. In this sense, it is the individual who is the final decision-maker. The inability of his coping strategies in facing the suffering of poverty, emotional failure, unwanted environmental conditions, and the inability to enjoy the existing conditions have made him decide to end this suffering. Therefore, paying attention to the improvement of the family atmosphere and intervention to teach problem-solving and emotion regulation is one possible solution.

*Corresponding author
Email: morteza_omid@scu.ac.ir

How to Cite:
Omidian, M., Sajjadian, H. (2024). Suicide: The Role of Social, Family, and Individual Factors with the Constructivist Grounded Theory. *Iranian Journal of Family Psychology. 11*(2), 52-66.

ISSN: 2717-3216 https://www.ijfpjournal.ir/

روانشناسی خانواده
دوره یازدهم، شماره 2، پاییز و زمستان ۱۴۰۳



مقاله پژوهشی

خودکشی : نقش عوامل اجتماعی، خانوادگی و فردی با رویکرد داده بنیاد سازنده‌گرا

مرتضی امیدیان[1*] حسین سجادیان[2]

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۲.کارشناسی ارشد روانشناسی، روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۱۰

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۸/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۰۴

کلیدواژه‌ها:

ایلام، خودکشی، خانواده، داده بنیاد

سازنده گرا، کتی چا رمز

چکیده

خودکشی یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی است که زندگی جوانان و سلامت فردی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به شمار روزافزون خودکشی در استان ایلام و به‌ویژه جوانان، پژوهش حاضر به‌منظور مطالعه عمیق علل و ارائه یک مدل نظری منطقه‌ای برای انجام پژوهش‌های بیشتر بعدی طراحی و اجرا گردید. روش این مطالعه کیفی و از نوع داده بنیاد سازنده گرا با رویکرد کتی چارمز (Wertz et al., 2011) است. به این منظور مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند با ۲۲ مشارکت‌کننده که اقدام به خودکشی ناموفق داشتند و اغلب در محیط بیمارستان انجام‌شده بود، صورت گرفت. بر اساس مقوله‌های تحلیلی به‌دست‌آمده محیط نامساعد خانوادگی مانند شلوغی، روابط ناسالم، تعارضات خانوادگی، پرخاشگری و سایر مشکلات خانوادگی، عدم حمایت خانوادگی، محیط اجتماعی غیر حمایت‌کننده، ناتوانی در تنظیم هیجان و حل مشکلات زندگی از مهم‌ترین عوامل استخراجی بود. تفاوت نگاه دختران و پسران در مورد نقش زنان و مردان بر این پدیده تأکید داشت که نگاه جنسیتی خاص در محیط خانه و اجتماع باید موردتوجه قرارگیری و در این رابطه دو مدل تبیینی کلی و جنسیتی از روابط مستخرج از مقوله‌ها ارائه گردید. بااین‌وجود خودکشی ازنظر علل و پیامدها پدیده‌ای فردی و اجتماعی است. از این نظر فردی است که تصمیم‌گیرنده نهایی فرد است. ناتوانی راهکارهای مقابله‌ای او در مواجهه با رنج فقر، شکست عاطفی، شرایط محیط ناخواسته و ناتوانی در لذت از شرایط موجود موجب شده است تصمیم بگیرد به این رنج خاتمه دهد؛ بنابراین توجه بر بهبود محیط خانواده و مداخله برای آموزش حل مسئله و تنظیم هیجان یکی از راهکاری مناسب احتمالی است.

***نویسنده مسئول:**

پست الکترونیکی: morteza_omid@scu.ac.ir

استناد به این مقاله:

امیدیان، مرتضی، سجادیان، حسین (۱۴۰۳). خودکشی، نقش عوامل اجتماعی، خانوادگی و فردی با رویکرد داده بنیاد سازنده گرا. *روانشناسی خانواده*، ۱۱(۲)، ۵۲-۶۶.

مقدمه

موضوع خودکشی به‌عنوان یک پدیده آسیب‌زا همواره موردتوجه روان‌شناسان، جامعه‌شناسان و پزشکان است زیرا درصد قابل‌توجهی از مردم جهان در طول زندگی خود افکار خودکشی دارند (Al.-Azri, 2020). در کشور استرالیا نخستین علت مرگ‌ومیر در افراد زیر ۲۵ سال خودکشی است (Australian Bureau of Statistics, 2021). افرادی که در معرض بحران خودکشی هستند، هرچه بیشتر در معرض بحران باشند بیشتر احتمال دارد که دست به اقدامی بزنند که منجر به آسیب به خودشان شود (Knorr et al., 2020). به این دلایل توجه به شناسایی علل و پیدا کردن راه‌حل برای کاهش این رفتار مخرب موردتوجه است (McCarthy, 2023). برای خودکشی دلایل مختلف فردی مانند افسردگی، کمرویی و دلایل اجتماعی مانند بحران اقتصادی و طلاق ذکرشده است (Priour et al., 2024). زندگی در مناطق روستایی و کشاورزی که متکی بر طبیعت است با چالش‌هایی مواجه است و گاهی علت خودکشی به بحران‌های ناشی از محیط طبیعی برمی‌گردد. درحالی‌که در انگلستان، اختلالات روان‌پزشکی در کشاورزان خودکشی کننده نسبت به جمعیت عمومی کمتر تشخیص داده شد اما احتمال بیشتری داشت که فکر کنند زندگی ارزش زیستن ندارد (Thomas et al., 2003). بر این اساس به نظر می‌رسد تأکید بر هر دو عامل فردی و اجتماعی ضروری است.

در مورد نقش بحران‌های اقتصادی و مشکلات اجتماعی در خودکشی، گزارشات نشان می‌دهد که از دهه ۱۹۵۰ در کشورهای توسعه‌یافته، خودکشی در میان کشاورزان نسبت به سایر مشاغل موارد بیشتری داشته است. در گروه کشاورزان، ابزار خودکشی با توجه به کشور متفاوت است: اسلحه گرم در بریتانیا، اسکاتلند و استرالیا، دار زدن در فرانسه و سوئیس و مصرف محصولات سموم دفع آفات گیاهی در هند و تایوان مشخص می‌شود (Priour et al., 2024). در مطالعه در غرب میانه ایالات متحده، هیچ ارتباطی بین افزایش نمرات افسردگی یا اضطراب و افزایش میزان خودکشی یافت نشد (Bjornestad et al., 2021). بااین‌حال، در سوئیس، Schmid et al. (2020) دریافتند که کشاورزان به‌عنوان گروهی که درآمد باثبات ندارند، در مقایسه با سایر مشاغل بیشتر در معرض ابتلای به بیماری‌های روانی و اعتیاد هستند. نرخ بالای خودکشی همچنین ممکن است با سطح تحصیلات پایین و بالا بودن درصد افراد مجرد جمعیت کشاورزان مرتبط باشد. عوامل فردی متعدد اجتماعی و محیطی نیز در این مورد گزارش‌شده است مانند انزوا، درآمد کم، حجم کار، طلاق یا درگیری‌های خانوادگی، ترس از انگ زدن جامعه در صورت کمک طلبی، «خود انگ زدن» کلیشه‌های جنسیتی مانند مرد «قوی» بودن به‌عنوان یک مانع و محدودیت در جستجوی کمک (Priour et al., 2024). این پژوهشگران در مصاحبه با ۲۶ کشاورز در معرض خطر خودکشی به بررسی عمیق دلایل خودکشی در این گروه به این نتیجه رسیدند که باوجود افکار خودکشی این کشاورزان میل به خودکشی ندارند. در نخستین مرحله هنگام وقوع مشکلات این کشاورزان به دنبال دریافت حمایت و صحبت با همسرانشان برمی‌آمدند. بهبود شرایط اقتصادی مانند یک عامل پیشگیرانه از خودکشی عمل می‌کرد. از سوی دیگر نقش کادر پزشکی هنگام ارائه خدمات به افراد اقدام کننده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و به این جهت در سیاست‌های پیشگیری در کشورهای پیشرفته بر طرح‌های مشترک بین بیماران و کادر پزشکی برای کاهش خطر خودکشی تأکید می‌شود (Kehoe et al., 2024).

با توجه به شیوع خودکشی و آثار مخرب آن شناسایی علل و انگیزه‌های اقدام به خودکشی یکی از عوامل مهم در طراحی اقدامات پیشگیرانه است، ازاین‌جهت توجه به علل خودکشی در برخی از مناطق که با افزایش این اقدامات مواجه هستند ضرورت دارد. استان ایلام یکی از استان‌های کمتر توسعه‌یافته با زمینه اقتصادی کشاورزی و دام‌پروری است که موضوع خودکشی بیش از ۳ دهه یکی از مهم‌ترین مشکلات اجتماعی این استان است. بر اساس گزارش در شاخص توسعه نیروی انسانی سیستان و بلوچستان، خراسان شمالی و ایلام از استان‌های کمتر توسعه‌یافته هستند (Biranvandzadeh et al., 2016). بر اساس نتایج این تحقیق، نزدیک

به ۸۰ درصد خودکشی‌ها در اوایل دهه ۷۰، متعلق به زنان بود و معمولاً خانم‌های جوان براثر تضادهای خانوادگی، اقدام به خودکشی می‌کردند و خودکشی‌ها اساساً با استفاده از روش خودسوزی صورت می‌گرفت که میزان موفقیت در آن بسیار بالابود. به لحاظ سنی، سنین ۱۵ تا ۳۴ سال بیش از ۸۰ درصد خودکشی‌ها را به خود اختصاص داده است که بر این اساس گروه پرخطر، گروه نوجوانان و جوانان هستند (Ghasemi et al., 2022). Ashayeri et al. (2022) با بررسی ۲۰ مطالعه از سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۹ در استان ایلام خودکشی در این استان را یک مسئله اجتماعی می‌دانند و ۱۶/۲ درصد افراد ریسک رفتار خودکشی را داشتند. بر اساس نتایج مدل رگرسیون متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، محل سکونت، آنومی اجتماعی، انسجام اجتماعی، حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی بین فردی و امنیت اقتصادی تبیین‌کننده رفتار خودکشی بودند (Menati et al., 2020). در رابطه با مشکلات آنومی اجتماعی در یک پژوهش کیفی به‌منظور بازسازی معنای خودکشی ازنظر زنان ایلام، با استفاده از روش تحلیل داده بنیاد، نویسندگان تجربه مدرنیته بدقواره را منشأ آشفتگی فرهنگی و موجب انشقاق فرهنگی و کج‌روی در زنان تحلیل می‌کنند که یکی از نتایج آن پدیده خودکشی است (Ghasemi et al., 2022). Safiri (2016) and Rezaeinasab در پژوهشی برای واکاوی علل خودسوزی زنان با روش کیفی داده بنیاد و مصاحبه عمیق با ۱۲ نفر مهم‌ترین دلایل را محرومیت، افسردگی، انگ ناموسی و کلیشه‌های جنسیتی می‌دانند که موجب می‌شود زنان با راهبردهای حل مسئله ناکارآمد مانند اختفا، انفصال و خشونت وارد جامعه شوند و این چرخه معیوب ادامه یابد. به اعتقاد آنان سوابق خانوادگی و محیطی در آن اثر دارد. الگوبرداری و فرهنگ بر آن اثر دارد و از آن اثر می‌پذیرد. در یک تحلیل دیگر در مورد خودکشی در زنان ایلام به‌عنوان راهی برای مواجهه با خشونت خانوادگی در نظر گرفته‌شده است (Kouchakian, 2023). از سوی دیگر مطالعات نقش مشکلات خانوادگی در اقدام به خودکشی را مورد تأکید قرار می‌دهند (Abedi Parija, 2021; Kiani et al., 2013). در یک مطالعه مشابه در استان کهگیلویه و بویراحمد با روش داده بنیاد در یاسوج در زنان اقدام کننده به خودکشی پدیده مرکزی این مطالعه را کنشی هدفمند و رهایی‌بخش از سنت ذکر کردند و عواملی مانند مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد به انتخاب خودکشی منجر می‌شود (Mokhtari et al., 2024).

براین‌اساس و با توجه به استمرار پدیده خودکشی در استان ایلام و به‌ویژه در دوره اخیر ضرورت بررسی بیشتر این موضوع و شناسایی عوامل احتمالی و ارائه یک نتیجه‌گیری اولیه برای شناسایی مشکلات منطقه‌ای با تأکید بر نقش عوامل اجتماعی و فردی و ارائه پیشنهاد فردی و اجتماعی یک ضرورت است. موضوعی که این پژوهش به دنبال آن است، شناسایی عوامل و دلایل افراد اقدام کننده به خودکشی است که در مطالعات قبلی در این استان کمتر موردتوجه قرار گرفته است. در مطالعات قبلی تنها بر یک مورد مانند خودسوزی افراد اقدام کننده و آن‌هم زنان تمرکز شده بود و به‌علاوه در سایر مطالعات به بررسی این موضوع در افراد در معرض خطر و نه اقدام کننده پرداخته شده بود. از سوی دیگر اغلب مطالعات قبلی با رویکرد جامعه‌شناسی با تمرکز بر زنان به‌تنهایی بوده و موضوع بیشتر از منظر جنسیتی تحلیل‌شده و یا تمرکز بر جمعیت عمومی بوده و کمتر به افراد اقدام کننده پرداخته شده است. یکی از نکات تازه در این مطالعه این است که تمام افراد اقدام کننده و بستری‌شده به دلیل خودکشی موردمطالعه قرار گرفتند. از سوی دیگر در این پژوهش تمرکز بر شناسایی عوامل فردی و اجتماعی هم‌زمان است. به‌علاوه چون در برخی مطالعات در این استان از روش‌های کمی و با نمونه‌های وسیع انجام‌شده بود، امکان شناسایی عمیق دلایل کمتر بود. به این دلیل این پژوهش باهدف درکی عمیق از علل زیربنایی رفتار خودکشی از دیدگاه افراد اقدام کننده با سنین و روش‌های مختلف با روش کیفی طراحی و اجرا گردید. پرسشی که این پژوهش به دنبال آن است این پرسش است که افراد اقدام کننده به خودکشی چه دلایلی برای اقدام خود دارند و مهم‌ترین مشکلات اجتماعی و فردی که این افراد تجربه کرده‌اند که منجر به اقدام به خودکشی شده است، چیست؟ لنگرگاه آسیب خودکشی و مداخله برای خودکشی در این استان بر چه موضوعی باید متمرکز باشد؟

روش اجرای پژوهش

روش این مطالعه کیفی و از نوع داده بنیاد سازنده گرا با رویکرد کتی چارمز (Wertz al., 2011) است. در این روش ضمن مصاحبه عمیق با افراد به دنبال ایجاد یک نظریه محدود برای تبیین پدیده موردنظر با توجه به شرایط خاص آن افراد و محیط است. پرسش مصاحبه با این موضوع آغاز می‌شد که در صورت تمایل داستان زندگی خود را به ما بگویید و توضیح دهید چگونه به این نتیجه رسیدید که باید به زندگی خود خاتمه دهید؟ در جریان این توضیحات با پرسش‌های باز مبتنی بر چرایی، چیستی و چگونگی موارد مبهم شناسایی می‌گردید. کدگذاری با اولین مصاحبه شروع و دست‌نوشته‌های محقق بر مبنای کدهای استخراجی از سخنان مشارکت‌کنندگان آغاز و پس از کدهای اولیه، کدهای کانونی که نقاط مشترک و مهم بودند مبنای یادداشت‌برداری و درنهایت به مقوله‌های تحلیلی که مرحله ششم از سیزده مرحله راهنمای تحلیل سازنده گرا است (Charmaz & Thornberg, 2021). راهنمای یادداشت‌برداری تکمیلی شد. روش تحلیل مبتنی بر مقایسه تفاوت‌ها و شباهت‌ها بین مقوله‌ها و تحلیل تطبیقی مبتنی بر قیاس و استقراء بین کدهای جدید و قبلی، کدهای اولیه و کانونی و مقوله‌های مفهومی استخراجی نهایی اساس تحلیل بود (Glaser & Strauss, 1967). کدها و دست‌نوشته‌ها با هر مصاحبه جدید دستخوش تغییر و تحول می‌شد. این استخراج نتایج تا آخرین مرحله پژوهش ادامه داشت. این روش با ارائه مدل مبتنی بر داده‌ها و تحلیل هم‌زمان با گردآوری داده‌ها از سایر روش‌های کیفی متمایز می‌شود، به‌علاوه تأکید بر نقش فعال پژوهشگر در ساخت نظریه بر مقایسه‌ها و استدلال نوآورانه متکی است (Charmaz, 2006). تلاش پژوهشگر بر این بود که کدها از دل داده‌ها برخیزند و با بی‌طرفی و ذهنی باز و پذیرنده مصاحبه‌ها دنبال شوند تا مدلی مبتنی بر داده‌ها استخراج شود البته ساختار مطلب و واژگان برخاسته از تجارب قبلی و مطالعات پژوهشگر است که از خصوصیات رویکرد سازنده گرا است.

جامعه آماری این پژوهش اقدام کنندگان به خودکشی برای پی‌بردن به دلایل و انگیزه‌های آن‌ها و ارائه یک چارچوب مفهومی برای تبیین این پدیده برای انجام پژوهش‌های بعدی است. روش نمونه‌گیری بر این اساس نظری و از نوع هدفمند است و تمامی افراد اقدام کننده که خودکشی آن‌ها ناموفق بوده و به این دلیل در بیمارستان‌های ایلام بستری بودند، در صورت تمایل می‌توانستند در این طرح شرکت کنند، می‌توانستند وارد طرح شدند. شرط ورود آن‌ها تمایل و رضایت شخصی از اشتراک اطلاعاتشان، سطحی از هوشیاری و سلامت روانی که بتوانند مطالب را توضیح دهند، بود. مصاحبه‌ها در فاصله زمانی اسفند ۱۴۰۲ تا خرداد ۱۴۰۳ با مشارکت‌کنندگان انجام شد. بر اساس رویکرد Charmaz (2017) مصاحبه‌ها مبتنی بر روایت هر فرد از تجربه اقدام به خودکشی متمرکز بود؛ و از فرد اقدام کننده درخواست می‌شد تا روایت خود را ذکر کند و در فرایند مصاحبه با پرسش‌های تکمیلی تسهیل‌کننده سعی می‌شد تا تجارب افراد آن‌گونه که روایت می‌شوند، درک و ضبط شوند. هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه طول کشید و در صورت رضایت فرد اقدام کننده به خودکشی که از طرف بیمارستان معرفی‌شده بود، در مصاحبه شرکت می‌کرد. این پژوهش دارای کد اخلاق کشوری کارآزمایی بالینیIR.SCU.REC.1403.108 از طرف دانشگاه شهید چمران اهواز است. مصاحبه‌ها توسط کارشناسی ارشد روانشناسی و آشنا به روش کیفی اجرا و ضبط گردید و پس از آن به قالب متن نوشتاری تبدیل گردید. تحلیل از زمان استخراج کد اولیه با یادداشت‌برداری توسط نویسنده اول انجام و با مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌ها به ظهور کدهای رایج و مهم یعنی کدهای کانونی منجر گردید. در ادامه با تکمیل یادداشت‌ها در بازخوانی مجدد و مقایسه یادداشت‌ها به ظهور مقوله‌های تحلیلی به‌عنوان مرحله ششم از مراحل ۱۳ گانه راهنمای تحلیلی Charmaz (2017) منجر گردید.

به‌منظور اعتبار یابی از روش سه سویه سازی یعنی توافقی بین متخصص داده بنیاد سازنده گرا، مصاحبه‌کننده و استخراج‌کننده کدهای اولیه و بالاخره مشارکت‌کنندگان بود و توافق با یکی از صاحب‌نظران در روش کیفی داده بنیاد بود. به‌علاوه نظارت بر پیاده‌سازی مصاحبه‌ها در قالب متن نوشتاری با دقت و کنترل دو بار مطالب ضبط‌شده و نوشته‌شده انجام شد. توضیح کدها و مقوله‌ها

به مشارکت‌کنندگان و به‌ویژه افراد با تحصیلات ابتدایی و توافق آن‌ها در مورد برخی کدهای خاص مورد تأکید بود. روش تحلیل دستی بود و از نرم‌افزار استفاده نشد.

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش مشارکت‌کنندگان تعداد ۲۲ فرد اقدام کننده به خودکشی بودند که در بیمارستان بستری‌شده بودند و برای مصاحبه اعلام آمادگی کرده بودند. دامنه سنی این افراد بین ۱۶ تا ۶۸ سال بود. از این تعداد ۸ نفر آقا و ۱۴ نفر خانم بودند که در جدول ۱ آمده است. میانگین سنی آن‌ها ۲۹/۶۸ بود. کمترین دفعات اقدام به خودکشی یک‌بار و بیشترین آن ۱۰ مورد بود. میانگین دفعات اقدام ۳/۶۳ بود. کمترین سطح تحصیلات بی‌سواد و بالاترین سطح کارشناسی بود. از این تعداد ۱ نفر بی‌سواد، ۳ نفر ابتدایی، ۷ نفر تحصیلات متوسطه اول، ۲ نفر متوسطه دوم، ۵ نفر دیپلم، ۳ نفر کاردانی و ۱ نفر کارشناسی بودند. کمترین دفعات اقدام به خودکشی یک‌بار و بیشترین آن ۱۰ مورد بود.

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان

ردیف	جنسیت	سن	سابقه اقدام	سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی	سابقه مصرف مواد و مشروبات	وضعیت تأهل	وضعیت زندگی والدین	تحصیلات
۱	پسر	۱۶	۴	بله	بله	مجرد	فوت پدر	کلاس ۸
۲	دختر	۱۴	۳	خیر	خیر	مجرد	مشترک	کلاس ۹
۲	زن	۳۵	۷	بله	بله	مطلقه	مشترک	سوم ابتدایی
۴	زن	۲۷	۶	بله	خیر	متأهل	مشترک	دیپلم
۵	دختر	۲۴	۳	بله	بله	مجرد	مشترک	کاردانی
۶	زن	۲۱	۳	بله	بله	متأهل	مشترک	کاردانی
۷	دختر	۱۵	۳	خیر	بله	متأهل	مشترک	محصل
۸	پسر	۱۵	۴	بله	بله	مجرد	مشترک	محصل
۹	زن	۳۸	۲	بله	خیر	متأهل	فوت پدر	دیپلم
۱۰	زن	۴۵	۲	بله	خیر	متأهل	مشترک	چهارم ابتدایی
۱۱	زن	۳۴	۳	بله	بله	متأهل	مشترک	دیپلم
۱۲	زن	۴۰	۲	خیر	خیر	متأهل	مشترک	دیپلم
۱۳	زن	۶۸	۴	خیر	خیر	متأهل	مشترک	بی‌سواد
۱۴	پسر	۱۷	۱	خیر	خیر	مجرد	مشترک	محصل
۱۵	دختر	۲۰	۱۰	بله	بله	مجرد	مشترک	کاردانی
۱۶	دختر	۲۳	۲	خیر	بله	مجرد	مشترک	دیپلم
۱۷	زن	۴۱	۲	بله	بله	متأهل	مشترک	راهنمایی
۱۸	پسر	۳۸	۱	بله	بله	مطلقه	مشترک	راهنمایی
۱۹	پسر	۲۳	۱	خیر	بله	مجرد	مشترک	دبیرستان
۲۰	پسر	۱۹	۲	خیر	بله	مجرد	مشترک	راهنمایی
۲۱	پسر	۳۵	۲	خیر	بله	مجرد	مشترک	کارشناسی
۲۲	مرد	۴۵	۲	بله	خیر	متأهل	مشترک	ابتدایی

یافته‌ها

پس از پیاده کردن مصاحبه در قالب متن نوشتاری کدهای اولیه اقدام به یادداشت نویسی پیرامون کدها به کدهای اولیه، کانونی پس‌ازآن به و مقوله‌های تحلیلی در مورد علل و عوامل اقدام به خودکشی در افراد اقدام کننده، به شرح زیر به دست آمد که همان‌گونه که در جدول شماره ۲ دیده می‌شود کدهای اولیه ۱۴۸ مورد و کدهای کانونی ۳۷ مورد و ۱۲ کد مقوله تحلیلی استخراج شد. نخستین کد مقوله تحلیلی با عنوان ***مشکلات و تعارضات در خانواده پدری*** شناسایی شد که متشکل از ۱۶ کد آزاد بود. علت انتخاب این مقوله این بود که در افراد اقدام کننده زمینه خانوادگی یک عامل اساسی برای ازدواج‌های نامناسب (مانند مشارکت‌کننده ۱۸) یا اقدامات اشتباه بعدی بود (مانند مشارکت‌کننده ۱،۲ و ۱۵) بود. درواقع این مقوله خودش از ۳ کد کانونی *پرخاشگری کلامی، پرخاشگری فیزیکی و طرد عاطفی* تشکیل‌شده است؛ که پرتکرار و برجسته بودند و نشان می‌دهد که این زمینه خانوادگی موجب تربیت افرادی می‌شود که ثبات هیجانی نداشته و زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات بعدی است که در ادامه ذکر می‌شود. به‌عنوان نمونه مشارکت‌کننده ۱۴ چنین گفت: «توی خونمان پدر و مادرم همیشه با هم دعوا و جروبحث دارن، قبلاً پدرم مادرمو کتک می‌زد ولی الآن فقط دعوا لفظی دارن، فحش و حرف زشت هم به هم می‌زنن». در کنار فضای روانی نامطلوب به‌عنوان مقوله اول، مشکلات مالی و اقتصادی با ***عنوان شلوغی و وضعیت نامطلوب اقتصادی*** به‌عنوان مقوله دوم شناسایی شد. درحالی‌که مقوله قبلی بیشتر بر شرایط عاطفی متمرکز بود، این مقوله بر فقر ناشی از موقعیت اجتماعی و اقتصادی متمرکز است. بیکاری، درآمد مبتنی بر شرایط طبیعت و مهاجرت پدران برای کار در استان‌های دیگر (مشارکت‌کننده ۸) و دوری آن‌ها از خانواده نیز از شرایط دیگری است که در دو مقوله کانونی فقر و شلوغی خانواده خود (مشارکت‌کننده، ۴، ۵ و ۱۵) را نشان می‌دهد. شرایط نامطلوب اقتصادی و فقر فرهنگی که در مقوله یک‌دیده می‌شود، ترکیبی نامطلوب هستند که پیامدهای آن‌ها احساس ناامنی و تن دادن به ازدواج‌های اجباری و ترک تحصیل است. در این مورد به‌عنوان نمونه مشارکت‌کننده ۴ چنین بیان کرد: «توی یک خانواده ۸ نفره به دنیا اومدم. تنها آرزومون ازدواج با مردی رؤیایی یعنی پولدار که عاشقمون باشه بود». به نظر می‌رسد این مشکلات منجر به احساس عدم حمایت و یا ناتوانی خانواده برای حمایت کافی از فرزندان زمینه‌ساز مقوله بعدی یعنی ***احساس فقدان حمایت عاطفی و اجتماعی*** باشد. احساس تنهایی و بی‌پناهی به‌عنوان دو کد کانونی بیانگر این موضوع هستند که در شرایط دشوار وجود دوست یا فردی امن برای تکیه کردن نقش مهمی در کاهش رنج و انطباق دارد (مشارکت‌کننده ۱۶، ۱۴ و ۲۱) و فقدان این موضوع در محیط خانه و جامعه عامل مهمی در افزایش آسیب‌های فردی و اجتماعی است. در این رابطه مشارکت‌کننده ۲ اظهار داشت: «دوست صمیمی ندارم، کسی نیست درکم کنه، تو خونه کتکم می‌زنن، هر کاری می‌کنم گیر میدن». در برخی از موارد این فضای نامناسب با روابط ناسالم در خانواده همراه بود که با عنوان ***روابط ناسالم در محیط خانواده*** شناسایی شد. محیط خانوادگی نامطلوب یکی از پیامدهای فقر فرهنگی است که متشکل از متغیرهای کانونی: اعتیاد (مشارکت‌کننده ۷)، خیانت، (مشارکت‌کننده ۴ و ۱۸) مصرف مشروب (مشارکت‌کننده ۷) و انتقام‌جویی (مشارکت‌کننده ۲۰) از طریق روابط غلط است. وجود روابط ناسالم در محیط خانواده احساس ناامنی عاطفی و فیزیکی را افزایش داده و عاملی مهم در جهت تشدید بی‌ثباتی هیجانی و درنتیجه اقدامات غیرمنطقی است. در این مورد مشارکت‌کننده ۱۸ گفت: «مامانم با آدم‌های غریبه رفت‌وآمد داشت، می‌شد فهمید به خاطر همین زیاد کاری به کارم نداشت».

روابط ناسالم از سنین پایین در محیط اجتماعی از عوامل بعدی بود که با عنوان ***روابط ناسالم در نوجوانی*** شناسایی شد. موضوعی که این مقوله را از مقوله قبلی متمایز می‌کند، شروع زودهنگام و هم‌جهتی روابط ناسالم در محیط خانواده و محیط دوستان و روابط اجتماعی است که از متغیرهای کانونی: شروع زودهنگام (مشارکت‌کننده ۶ و ۸)، روابط جنسی و مصرف الکل (مشارکت‌کننده، ۱۶ و ۲۱) تشکیل می‌شود. این شروع زودهنگام به دلیل عدم رشد عقلی و جسمی و تشدید هیجانات در نوجوانی نقش مهمی در مشکلات روانی و اجتماعی در دوره نوجوانی دارد که حدود یک‌چهارم مشارکت‌کنندگان را تشکیل می‌داد. در این

مورد مشارکت‌کننده ۶ بیان کرد: «توی مسیر مدرسه با یه پسر آشنا شدم دوران دبیرستان، یه مدت خیلی پیگیرم بود منم ازش خوشم اومد خلاصه، باهم وارد رابطه شدیم و کم‌کم عاشق هم شدیم». در ۱۴ مورد از مصاحبه‌های انجام‌شده وجود برخی از نشانه‌های مشکلات روان‌شناختی با عنوان ***پرخاشگری و سایر مشکلات روان‌شناختی*** در افراد اقدام کننده شناسایی گردد. این کد مقوله از کدهای کانونی رفتار ضداجتماعی (مشارکت‌کننده ۱۸ و ۱۹)، بدبینی (مشارکت‌کننده ۷ و ۱۷)، افسردگی، اضطراب و وسواس (مشارکت‌کننده ۱۵) تشکیل می‌شد، نشان می‌دهد که پیامد محیط اجتماعی و خانوادگی نامناسب در حوزه فردی منجر به مشکلاتی می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها در دو قالب رفتارهای مبتنی بر برون‌فکنی مانند پرخاشگری و رفتارهای ضداجتماعی مانند تجاوز و. خود را نشان می‌دهد و دیگری رفتارهای مبتنی بر درون‌فکنی که خود را به‌صورت اضطراب، افسردگی، عدم رضایت از خود و وسواس خود را نشان می‌دهد. این علائم خود از سوی دیگر در گسترش و تشدید مشکلات خانوادگی و اجتماعی دخالت دارند. به‌عنوان نمونه مشارکت‌کننده ۲۲ بیان کرد: «اصلاً تحت تأثیر فکر و عقل نبودم هر دوتا بار، ناراحت و عصبی بودم که نمی‌تونستم خودمو کنترل کنم، دیگه جلو چشام سیاه میشه، نمی‌دونم می‌خوام چکار کنم، باید قرصامو بخورم که چون دکترم نزدیکم نیست و هزینه ندارم نمی‌تونم برم». جوانان و نوجوانان شرکت‌کننده اغلب از محیط اجتماعی محروم و یکنواخت شاکی بودند که این بخش با عنوان **محیط اجتماعی یکنواخت با کمبود امکانات و مشکلات فرهنگی** دسته‌بندی شد. کدهای کانونی این مقوله تکیه‌بر سنت‌های ناکارآمد (مشارکت‌کننده ۲۱)، کمبود امکانات (مشارکت‌کننده ۹)، فقدان سرگرمی (مشارکت‌کننده ۵)، عدم احترام به حریم خصوصی (مشارکت‌کننده ۴) است که ضمن ترسیم محیط فرهنگی اغلب مشارکت‌کنندگان به نقش محیط اجتماعی و فرهنگی در شکل‌گیری مشکلات اجتماعی و روانی تأکید دارد. این موضوع نشان می‌دهد، با امکانات و ابزارهای جدید و سنت‌های کهن مانند ریش‌سفیدی و یا پرخاشگری فیزیکی برای حل مشکلات یا دخالت دیگران به‌عنوان ابزاری برای کنترل اجتماعی نمی‌توان تمامی مشکلات جوانان را حل کرد. موضوعی که در شکایت اغلب جوانان دیده می‌شد. به‌علاوه کمبود سرگرمی و امکانات رفتارهای آسیبی مبتنی بر غریزه مانند پرخاشگری و رفتارهای جنسی را گسترش می‌دهد. در این رابطه مشارکت‌کننده ۹ چنین اذعان کرد: «می‌دونستم روستا به دردمون نمی‌خوره، محیطش بده، حرف می‌برن و میارن». مشارکت‌کنندگان اغلب زن بودند ولی نگاه جنسیتی به مقوله خودکشی مشهود بود، به این جهت مقوله‌ای با عنوان ***تبعیض جنسیتی*** استنباط گردید زیرا هریک از دو جنسیت معتقد بودند که فشار زندگی واقعی روی آن‌ها است و خودکشی را راهی برای رهایی از این تبعیض جنسیتی می‌دانستند. کدهای کانونی این مقوله عیاشی مردها از نگاه زنان (مشارکت‌کننده ۱۳ و ۱۵) و ضعف و وابستگی زن‌ها (مشارکت‌کننده ۱۴ و ۱۷) از نگاه مردان یک نگاه سنتی مورد تأکید بود، پیامد این نگاه اختلال در روابط و احساس ظلم و تمایل به کنترل دیگری بود. این دیدگاه برخاسته از تجارب محیط اجتماعی و خانوادگی و تشدیدکننده آن بود یعنی نوعی حلقه منفی تکراری را حفظ روابط غلط بین زن و مرد را در چرخه‌ای تکراری قرار می‌دهد. به‌عنوان نمونه مشارکت‌کننده ۱۴ معتقد بود که: «ما پسرا باید کارکنیم، درآمد داشته باشیم دنبال شغل باشیم، بریم سربازی... همین چیزا باعث می‌شه پسرا بیشتر برن سراغ خودکشی»، درحالی‌که مشارکت‌کننده ۱۳ اظهار کرد: «شوهرم سرطان پروستات داره، معتادم هست، نبودنش خیلی بهتره تو زندگی، ازون اول فقط برام زجر بود یه آدم بی‌عرضه همیشه همینه، راسش دیگه کار از کار گذشته».

یکی دیگر از مقوله‌های استخراجی وجود سنت خودکشی در این منطقه است که به‌عنوان ***الگوی خودکشی در محیط خانواده و اجتماع*** *نامیده شد نوعی* رویکرد مقابله از دو جهت رسیدن به اهداف و یا پایان دادن رنج بود. الگوی خودکشی در محیط خانواده و اجتماع با کدهای کانونی: خودکشی دوستان (مشارکت‌کننده ۱۸ و ۲۰)، خودکشی اعضای خانواده و خودکشی فامیل (مشارکت‌کننده ۷ و ۱۲) نشان می‌دهد که خودکشی به‌عنوان یک الگوی در دسترس در شرایط بد هیجانی به‌عنوان یک راهکار مقابله در جامعه هدف یکی از دلایل رواج خودکشی است و نقش خانواده و محیط اجتماعی در این الگودهی برجسته است. به‌عنوان

نمونه مشارکت‌کننده ۱۶ اظهار کرد: «دختر عموم چند وقت پیش خودکشی کرد و مرد، رفتیم اونجا به مادرم گفتم خوش به حالش کار خوبی کرد، راحت شد از این زندگی». موضوعی که به‌ویژه در مورد جوانان مشهود بود، تصمیم‌گیری از روی هیجان و رسیدن به بن‌بست و بعد اقدام هیجانی خودکشی و در اغلب موارد اظهار پشیمانی و تکرار رفتارهای گذشته بود؛ که با عنوان ***ناتوانی در تنظیم هیجان*** مقوله‌بندی شد. این مقوله با کدهای کانونی خشم غیرقابل‌کنترل (مشارکت‌کننده ۱۱ و ۱۲)، رفتار واکنشی (مشارکت‌کننده ۹ و ۲۰)، نشان می‌دهد که رواج رفتارهای هیجانی و ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجان یکی از پیامدهای زندگی در محیطی نامساعد ازنظر اقتصادی و فرهنگی است. مجموعه عوامل ذکرشده در بالا منجر به رفتارهای مبتنی بر هیجان به‌صورت واکنش فوری و بدون تأمل و تصمیم‌گیری شتاب‌زده می‌شود که اثراتش در افزایش خشونت و اقدام به خودکشی و سایر رفتارهای آسیبی در جامعه مورد بررسی دیده می‌شود. به‌عنوان نمونه مشارکت‌کننده ۸ با ۱۵ سال سن بیان کرد: «تحمل دوری شو نداشتم وزندگی بدون اون هیچ ارزشی نداشت، به خاطر همین دیگه بریدم و خودمو کشتم ولی زنده موندم، هنوزم اگه منو نخواد بازم خودمو می‌کشم». مقوله بعدی با عنوان *رفتارهای بدون نتیجه* دسته‌بندی شد. رفتارهای بدون نتیجه با کدهای کانونی: خیال‌بافی (مشارکت‌کننده ۱. ۲)، سرگرمی با فیلم و فضای مجازی (مشارکت‌کننده ۱ و ۱۸)، رفتارهای هیجانی مثل گریه (مشارکت‌کننده ۹) و سرعت زیاد در رانندگی و مصرف مشروب و مواد (مشارکت‌کننده ۸)، دعا و توسل به فال‌بین و دعانویس بدون تلاش (مشارکت‌کننده ۴ و ۶). ناتوانی در تنظیم هیجان که در مقوله قبل به آن پرداخته شد منجر به طیف وسیع‌تری از رفتارهای واکنشی می‌شود که در این مقوله بیشتر به آن پرداخته شده است. با توجه به زمینه باورها و شرایط طیف وسیعی از واکنش‌های ذهنی و عملی را دربر می‌گیرد که با خیال‌بافی و آرزو کردن و دل‌خوشی با آن شروع می‌شود و با سرگرمی انفعالی ادامه می‌یابد و چون در عمل فرد با ناکامی روبرو می‌شود، ناکامی‌ها و رنج‌ها و هیجانات منفی استمرارمی یابد و با رفتارهای انفعالی مثل گریه برای جلب ترحم و مشروب خوردن ادامه می‌یابد. در این رابطه مشارکت‌کننده ۱ چنین اظهار کرد: « از وقتی که به این روستا مهاجرت کردیم، ترک تحصیل کردم. بقیه خواب بودن من همش سرم توگوشی و بی هدف خسته می‌شدم یا با دوستم می‌رفتیم بیرون سیگار می‌کشیدیم و موتور سواری می‌کردیم ».

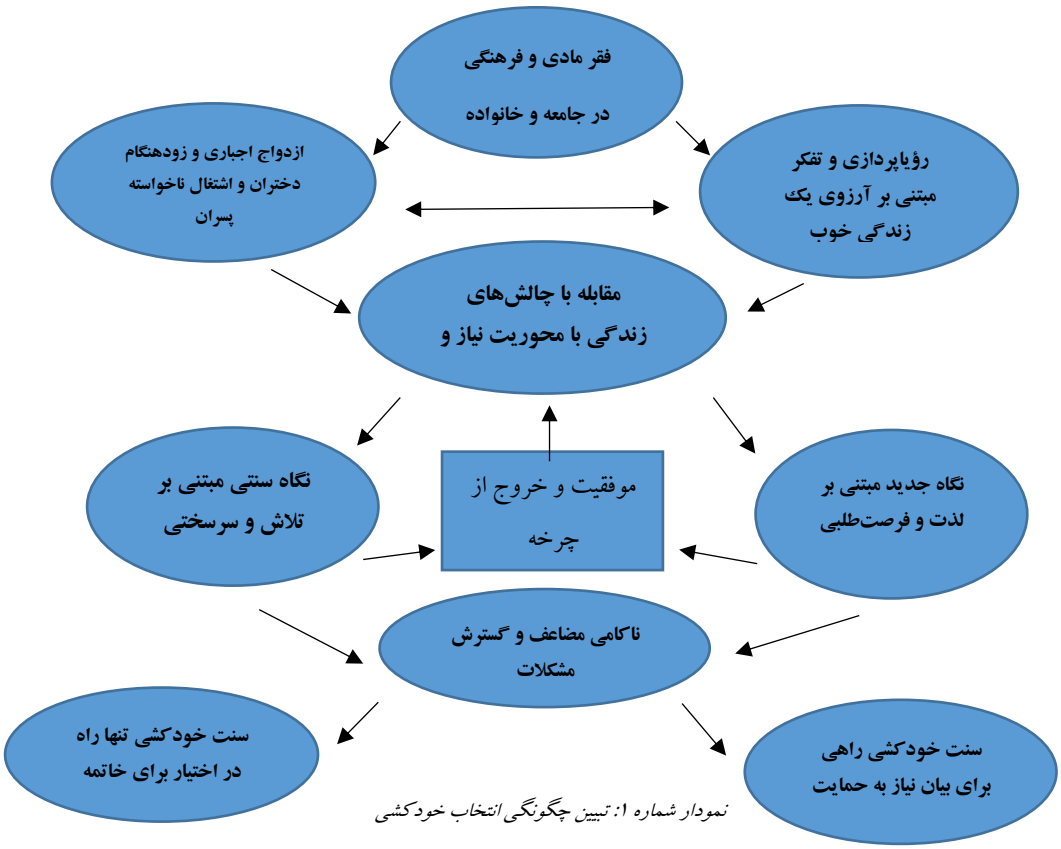
در کنار برداشت از دلایل احتمالی خودکشی ذکر دلایل خود افراد برای خودکشی مقوله دیگری بود که با عنوان ***چرایی خودکشی از دیدگاه اقدام‌کننده*** مقوله‌بندی گردید. در این رابطه بنا به سخن مشارکت‌کننده ۱۵ دلیل خودکشی این بود: «حس گناه می‌کنم و همش یه بار گناهی رو دوشم حس می‌کنم، فکر می‌کنم این‌که ازدواج نمی‌کنم به خاطر اینه که خود ارضایی می‌کنم و بعدش یه سره میرم حموم، دست مو می‌شورم خودم می‌شورم، عطر می‌زنم انگار که می‌خوام پاک بشم، حالت وسواسی به هم‌دست می‌ده». آخرین مقوله استخراجی نتیجه یکسان اقدام با خودکشی با دو نگاه متفاوت نسلی است که با عنوان ***نگاه نسلی متفاوت ولی نتیجه یکسان*** مشخص گردید. کدهای کانونی این مقوله مجزا است. تاب‌آوری پایین (مشارکت‌کننده ۷ و ۱۵)، تکیه بر ظرفیت‌های والدین در جوانان و ناامیدی از بهبودی (مشارکت‌کننده ۶ و ۸)، باور به سرنوشت غیرقابل‌تغییر (مشارکت‌کننده ۱۸ و ۲۰) دربی تلاش‌های بی‌نتیجه (مشارکت‌کننده ۱۳) در افراد مسن‌تر دیده می‌شود. بر اساس این مقوله تحلیلی هم جوانان و هم افراد مسن به بن‌بست می‌رسند و به این دلیل اقدام به خودکشی می‌کنند ولی مسیر طی شده آن‌ها متفاوت است، جوانان به دلیل تکیه بر ظرفیت‌های والدین و عدم تحمل ناکامی برای جلب‌توجه بیشتر یا پایان رنج اقدام به خودکشی می‌کنند و مسن‌ترها به دلیل سال‌ها تلاش به این نتیجه می‌رسند که سرنوشت آن‌ها مقدر است و کاری از آن‌ها برنمی‌آید و برای پایان رنج چاره‌ای جز مرگ ندارند. درحالی‌که اغلب جوانان برای رسیدن به اهداف و مانع‌تراشی بزرگان اقدام به خودکشی می‌کنند و ناامید برای رسیدن به آرزوها هستند، افراد با سن بیشتر آرزوهای خود را بربادرفته می‌بینند و خودکشی را به‌عنوان راهی برای رهایی از رنج می‌بینند. چنانچه مشارکت‌کننده ۱۳ چنین بیان کرد: «چیزی که دلگرممان کنه به زندگی نبوده، نگاه می‌کنم به عمرم و میگم این حق من بوده واقعاً این چیزی بوده که

سرنوشتم بوده و همین خیلی آزارم می‌ده». این نمونه‌ای از نگاه افراد در سن بالای ۳۰ بود و نگاه افراد کم سن متفاوت بود چنانچه مشارکت‌کننده ۲ اظهار داشت: «من یه دختر نوجوانم کلی آرزو و علاقه دارم ولی همه اینا قدغن شدن، می‌خوام آزادباشم خودم تصمیم بگیرم». این نتایج در جدول ۲. خلاصه شده‌اند.

جدول ۲. کدگذاری اولیه و مقوله‌های تحلیلی

کدگذاری اولیه	مقوله‌های تحلیلی
دعوا با مادر و درگیری با خواهر و برادر (مشارکت‌کننده ۱)، سخن‌چینی مادر و کتک‌کاری برادر (م.۲)، عدم احساس حمایت از خانواده (م.۳)، بداخلاقی و کتک زدن پدر (م.۴)، طرد شدن توسط پدر (م.۵)، پرخاشگری و عصبی بودن پدر و برادر (م.۶)، کتک‌کاری مادر و تحقیر او جلوی فرزندان توسط پدر (م.۷)، ردوبدل شدن فحش ناموسی در خانه (م ۱۰)، خانواده شلخته و ازهم‌گسسته (م.۱۱)، فقدان محبت و کنایه زدن مادر (م.۱۴)، دعوای دائمی بین پدر و مادر (م. ۲۱ و ۱۵)، سختگیری و کتک‌کاری پدر (م.۱۷)، اجبار به ازدواج در سن پایین (م.۱۲)، کتک‌کاری شدید پدر (م.۱۸)، کتک‌کاری توسط برادران (م ۲۱).	۱-مشکلات و تعارضات خانوادگی در خانواده پدری. متشکل از ۳ کد کانونی پرخاشگری کلامی، فیزیکی و طرد عاطفی
فقر مالی (م.۴، ۵ و ۱۵)، دریافت صدقه از دیگران (م.۷)، کارگری پدر و دور بودن او از خانه (م.۸)، ازدواج برای رهایی از خانه شلوغ (م.۹)، تکرار شلوغی و وضع بد مالی در خانه مادر شوهر (م.۱۰)، مشکلات مالی ناشی از زندانی شدن همسر (م.۱۱)، سرطان و مشکل مالی (م.۱۳)، داشتن برادر معلول (م.۱۵).	۲-شلوغی و وضعیت نامطلوب اقتصادی. متشکل از دو کد کانونی فقر و خانواده پرجمعیت
نداشتن دوست صمیمی و هم‌صحبت در خانه (م.۲)، نداشتن دوست صمیمی و هم‌صحبت (م.۱۴)، نداشتن دوست صمیمی به دلیل بدبینی پدر (م.۱۶)، عدم‌حمایت کافی از جانب پدر (م.۱۵ و ۲۱)، گاهی فکر می‌کنم مردم به خاطر هیکلم من رو مسخره می‌کنند (م.۱).	۳-احساس فقدان حمایت عاطفی و اجتماعی. کدهای کانونی: بی‌پناهی و تنهایی
مصرف مشروب و مواد توسط پدر و احساس قصد تجاوز در این شرایط (م.۷)، رابطه جنسی با پسر همسایه و فرار با او در حین تأهل، روابط مجازی با جنس مخالف (م.۷)، روابط جنسی مکانیکی عاری از عاطفه همسر (م.۷)، تبعیت همسر از خانواده باوجود دو فرزند (م.۹)، مصرف مشروب با دوست همسر و روابط نامشروع با او (م.۱۱)، فروش مواد و دستگیری شوهر (م.۱۱)، دخالت اقوام همسر در زندگی و کتک‌کاری (م.۱۲)، اعتیاد همسر و فرزند (م.۱۳)، پرخاشگری در خانه و دستگیری برادر به اتهام قتل (م.۱۴)، مراقبت توسط همسایگان به دلیل نبود والدین (م.۱۶)، ازدواج از روی اجبار و لجاجت با پدر (م.۱۷)، مشاهده روابط مشکوک مادر با مردان دیگر از کودکی (م.۱۸ و ۲۱)، شکست عشقی (م.۱۹)، کشیدن چاقو برای پدر (م.۲۰)، اعتیاد برادر (م.۲۱)، اعتیاد و بزهکاری پسر و همسر (م.۳)، خیانت شوهر (م.۴).	۴-روابط ناسالم در محیط خانواده. کدهای کانونی: اعتیاد، خیانت، مصرف مشروب و انتقام‌جویی از طریق روابط غلط
آشنایی با یک پسر تو خیابان در نوجوانی (م.۶)، آشنایی با جنس مخالف در برنامه شاد (م.۸)، خیانت مکرر دوست‌دختر (م.۸)، آشنای با یک دختر در فضای مجازی و فرار از خانه (م.۱۴)، رابطه جنسی پرخطر با خواندن صیغه (م.۱۴)، مصرف مشروب در خانواده و احساس آرامش هنگام مصرف مشروب (م.۱۶)، زورگیری و تجاوز به دختر و پسر (م.۱۸)، تجربه مصرف سیگار و مشروب از سن کم (م.۲۰)، روابط متعدد جنسی و مصرف مشروب (م.۵ و ۲۱)، اثرپذیری از دوستان ناباب (م.۱۸ و ۲۱)، رابطه جنسی در حال مستی در نوجوانی (م.۸)،	۵-روابط ناسالم در نوجوانی کدهای کانونی: شروع زودهنگام، روابط جنسی و مصرف الکل
کتک‌کاری به دلیل شکاک بودن همسر (م.۷ و ۱۷)، احساس بی‌آبرویی به دلیل اقدام خودکشی ناموفق (م.۹)، هذیان دینی و دیدن فرشتگان (م.۱۰)، دمدمی‌مزاج بودن (م.۱۱)، استرس، اضطراب و وسواس (م.۱۵)، نیاز شدید جنسی و میل به ازدواج و ترس از ازدواج نکردن (م.۱۵)، نارضایتی از وزن و بدن (م.۱۵)، ترک تحصیل و رفتار ضداجتماعی (م.۱۸)، عصبی و پرخاشگر بودن (م.۱۹)، ترک تحصیل و اقدام به مهاجرت غیرقانونی برای فرار از سربازی (م.۱۹)، مصرف داروی روان‌پزشکی (م.۲۲)، نگاه تحقیرآمیز نسبت به خانواده همسر و آن‌ها را برای قهر مرتب همسر مقصر دانستن (م.۲۲)، نگرانی و خواب شبانه به کمک قرص خواب (م.۳).	۶-پرخاشگری و سایر مشکلات روان‌شناختی کدهای کانونی: رفتار ضداجتماعی، بدبینی، افسردگی، اضطراب و وسواس
فرهنگ پایین و حرف پشت سر مردم (م.۵)، حسودی هم‌ردگی‌ها به رابطه و تلاش برای به هم زدن آن (م.۶)، زندگی تکراری و روزمرگی (م.۵)، عدم امکان رهایی از ازدواج نامناسب به دلیل قوانین سخت دادگستری و دخالت ریش‌سفیدان (م.۹)، محیط بد روستا بعد از مهاجرت از تهران و دخالت مردم (م.۹)، بی‌فایده بودن توصیه ریش‌سفیدان و رسوم طایفگی در حل مشکلات (م.۱۲)، زندگی تکراری و یکنواخت در روستا (م.۱۶)، ترک تحصیل به دلیل زندگی در روستا (م.۱۶)، تصمیم بی‌نتیجه بزرگان طایفه برای فرستادن به کمپ برای ترک (م.۱۸)، بی‌نتیجه بودن تصمیم‌های بزرگان برای ادامه زندگی مشترک (م.۱۸)، پرخاشگری و خشم در محیط روستا (م.۲۲)، مسخره شدن به دلیل کم شنوایی (م.۴).	۷-محیط اجتماعی یکنواخت با کمبود امکانات و مشکلات فرهنگی کدهای کانونی: تکیه‌بر سنت‌های ناکارآمد، کمبود امکانات و فقدان سرگرمی، عدم احترام به حریم خصوصی
سخت‌گیری خانواده نسبت به دختر (م.۲)، بار سنگین مشکلات زندگی بر دوش زن و عیاشی مرد (م.۱۳)، تفاوت دختر و پسر در آزادی عمل و آزادی عمل بیشتر پسرها (م.۱۵)، محدودیت خانواده برای دختران (م.۱۶)، اعتقاد به مسئولیت سنگین پسرها در زندگی (م.۱۴)، اعتقاد به ضعف زنان و تاب‌آوری پایین ایشان (م.۱۷).	۸-باور به تبعیض جنسیتی کد کانونی: عیاشی مردها، ضعف زن‌ها

اقدام پدر به خودکشی ناموفق در خانه (م.۷)، حضور فرزند هنگام اقدام به خودکشی (م.۱۲)، تهدید فرزندان به خودکشی پس از اقدام مادر (م.۱۳)، سنت خودکشی برای زنان از قدیم (م.۱۳)، سابقه خودکشی برادر (م.۱۴)، خودکشی موفق دخترعمو (م.۱۶)، خودکشی ناموفق فرزند و موفق فامیل همسر (م.۱۷)، تجربه خودکشی در دوستان فیلم (م.۱۸ و ۲۰)، شاهد خودکشی دوستان و آشنایان بودن (م.۲۱).	۹-الگوی خودکشی در محیط خانواده و اجتماع کدهای کانونی: خودکشی دوستان، خودکشی اعضای خانواده و خودکشی فامیل
خشم از شکست عشقی و قصد قتل (م.۱۱)، احساس تحقیر بعد از کتک‌کاری در خیابان و اقدام به خودکشی (م.۱۲)، فرار بی‌نتیجه و بدون فکر و دستگیری و مشکلات بعدی (م.۱۴)، احساسی بودن و پذیرش درخواست رابطه گاهی از سر دلسوزی (م.۱۵)، خشم از نصایح خانواده و بکن‌نکن آن‌ها (م.۱۵)، اقدام به خودکشی از روی هیجان (م.۹)، اقدام به دلیل شکست عشقی و جلب‌توجه معشوق (م.۲۰)، مصرف سیگار و مشروب برای رهایی از افکار ناراحت‌کننده (م.۲۰)، جابجایی میل به کشتن پدر به اقدام به خودکشی (م.۲۱)، شکست عشقی (م.۲۱)، خشم و خصومت نسبت به همسر و خانواده او (م.۲۲)، خشم و ناامیدی (م.۱۷)، احساس ساده بودن و سوءاستفاده م.۱۷.	۱۰-ناتوانی در تنظیم هیجانات کدهای کانونی: خشم غیرقابل‌کنترل، رفتار واکنشی
خیال‌بافی و مقایسه زندگی بازندگی فضای مجازی (م.۱)، آرزوی مرگ و خیال‌بافی برای بهبود رابطه (م.۲)، امید و آرزو برای حمایت آینده توسط پسر (م.۳)، آرزوی ازدواج برای حل بی‌آبرویی (م.۵)، توسل پدر به رمال و دعانویس (م.۶)، درخواست از والدین برای اجازه ازدواج با نامزد بیکار (م.۶)، فرار از خانه برای رسیدن به استقلال مالی و پیشرفت (م.۷)، رانندگی با سرعت و کورس بستن، مشروب خوردن برای فراموشی ناراحتی‌ها (م.۸)، گریه و پیشنهاد به شوهر برای طلاق توافقی (م.۹)، تلاش برای انتقام از کسی که زندگی مو خراب کرد (م.۱۱)، تلاش برای پی گیری جانبازی همسر و گرفتن سهم ارث که بی‌نتیجه بوده (م.۱۳)، دیدن فیلم، دعوا با مادر و فکر کردن (م.۱۴)، سرزنش خود و سرکوب خود (م.۱۵)، آرزوی استقلال از خانواده و رفتن خارج از کشور (م.۱۶)، مصرف مواد و مشروب و دیدن فیلم (م.۱۸)، کشیدن سیگار و دادوبیداد برای تخلیه خشم (م.۱۹ و ۲۰)، جمع شدن دور دوستان (م.۲۱).	۱۱-واکنش‌های بدون هدف کدهای کانونی: خیال‌بافی، سرگرمی با فیلم و فضای مجازی، رفتارهای هیجانی مثل گریه و سرعت زیاد، دعا و توسل بدون تلاش
مشارکت‌کننده زیر ۳۰ سال: آرزوی استقلال مالی و تفریح و مقایسه زندگی خود با افراد دیگر در شبکه‌های مجازی (م.۱)، راهی برای رهایی از محدودیت‌های خانواده (م.۲)، نبودن آینده روشن بازندگی در یک شهر کوچک (م.۴، ۱۴ و ۱۶)، تهدید خانواده برای رضایت به ازدواج (م.۶ و ۸)، پدر و مادر بیشتر درکم کنن (م.۷)، عدم تحمل شرایط بد مثل جدایی پدر و مادر، احساس گناه (م.۱۵)، جلب‌توجه معشوق (م.۲۰)، مشارکت‌کننده بالای ۳۰ سال: نگرانی از طلاق همسر و گرفتن مهریه (م.۲۲)، سرنوشت بد غیرقابل تغییر (م.۱۳)، نرسیدن به اهداف به دلیل دوستان و گذشته بد (م.۱۸ و ۲۱) رهایی از فضای تهمت و او اون همه رنج ناشی از ازدواج اجباری (م.۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۷).	۱۲-نگاه نسلی متفاوت ولی نتیجه یکسان کدهای کانونی: تاب‌آوری پایین، تکیه‌بر ظرفیت‌های والدین در جوانان و ناامیدی از بهبودی، باور به سرنوشت غیرقابل تغییر در افراد مسن‌تر به دلیل تلاش بی‌نتیجه



نمودار شماره ۱: تبیین چگونگی انتخاب خودکشی

با توجه مقوله‌های تحلیلی ذکرشده محیط نامساعد فرهنگی و اجتماعی و شرایط بد اقتصادی بر خانواده اثر می‌گذارد و افراد به نوبه خود در محیط نامساعد خانوادگی برای فرار از رنج ناشی از شرایط به خیال‌بافی پناه برده و یا به‌صورت سنتی راه‌حلش را در ازدواج زودرس به‌عنوان تنها راه دسترس می‌دانند. اقداماتی که مبتنی بر هیجان و واکنشی عاری از تأمل هستند. در این اقدامات برای پایان رنج و بهبود حالت عاطفی دو مسیر متفاوت توسط جوانان و افراد مسن طی می‌شود. افراد جوان اغلب باتکیه‌بر آرزو و خیال‌بافی حال خوب را در خوش‌گذرانی و استفاده از ظرفیت‌های لذت‌بخش جوانی می‌دانند و افراد مسن با تلاش و تکیه بر تجارب برای از رنج تلاش می‌کنند. اگر به جواب مثبت رسیدند به مقابله با چالش‌های زندگی ادامه می‌دهند که با توجه به شرایط نامساعد اجتماعی و خانوادگی و رفتار هیجانی دوباره به چرخه حال بد منجر می‌شود. استمرار این چرخه به پیامد یکسان ناامیدی در افراد مسن و جوان منجر می‌شود که پیش‌ازاین توضیح داده شد و به این دلیل سرنوشت مشترک اقدام به خودکشی راه‌حلی است که خودش چرخه رفتارهای هیجانی و ناکام کننده را گسترش می‌دهد؛ بنابراین مداخله اساسی باید متمرکز بر آموزش فردی و خانوادگی برای مقابله با هیجانات از یک‌سو و بهبود شرایط اجتماعی و اقتصادی از سوی دیگر باشد.

بحث

همان‌گونه که در نمودار تبیینی شماره ۱ دیده می‌شود. هم‌جهت با Priour et al. (2024) و Ashyeri et al. (2022)، Safiri and Rezaeinasab (2016) و Kouchakian (2023)، محیط اجتماعی و خانواده بر ظرفیت‌های خاص فرد برای ارضای نیازها و تحقق آرمان‌ها اثر زیادی دارد. وجود این الگوهای اجتماعی و خانوادگی در دسترس بر نحوه ادراک و واکنش افراد اثر می‌گذارد. زندگی در شرایط خانوادگی و اجتماعی نامناسب که در جدول ۱ در ردیف‌های ۱ تا ۴ و ۷ تا ۹ با عناوین مشکلات و تعارضات در خانواده پدری، شلوغی خانواده و وضعیت نامطلوب اقتصادی، احساس فقدان حمایت عاطفی و اجتماعی، روابط ناسالم در محیط خانواده، محیط اجتماعی یکنواخت با کمبود امکانات و مشکلات فرهنگی، احساس تبعیض جنسیتی، الگوی خودکشی در محیط خانواده و اجتماع موجب می‌شود تا در خانواده به‌ویژه جوانان و نوجوانان روابط ناسالم را در نوجوانی تجربه کنند (مقوله ۵ جدول ۱) که با پرخاشگری و سایر مشکلات روان‌شناختی در جوانی و نوجوانی (مقوله ۶ جدول ۱) همراه است. در نوجوانی الگوهای آرمانی مهم درک شدن، صمیمت و اولین تجارب در روابط با جنس مخالف تجربه می‌شوند. فاصله بین واقعیت و آرمان و به‌ویژه اثرپذیری از فرهنگ دیجیتال و شبکه‌های اجتماعی موجب تغییراتی در روابط خانوادگی شده است (Ghasemi et al., 2022). این تعارضات و مشکلات موجب شده‌اند سنت‌های قومی و طایفگی و خانوادگی از یک‌سو و روابط مدرن در قالب شبکه‌های اجتماعی از سوی دیگر نوعی تعارض را برای خانواده‌ها، نوجوانان و جوانان ایجاد کرده‌اند. به این دلایل شاهد نگاه نسلی متفاوت (مقوله ۱۲، جدول ۱) به پدیده‌ها ازجمله خودکشی هستیم. دستگاه‌های اجتماعی مانند مدارس، رسانه‌ها و سایر مراجع اجتماعی نیز در عمل برای آماده‌سازی نوجوانان و جوانان برای این تحولات ناکام بوده‌اند. از طرف دیگر محیط اقتصادی و برنامه‌های توسعه مبتنی بر جغرافیای انسانی در برخی از مناطق روندی مناسب ندارد (Biranvandzadeh et al. 2016). این شرایط زمینه‌ساز مشکلات آسیبی مانند خودکشی است (Schmid et al. 2020). از سوی دیگر تلاقی این مشکلات اجتماعی با نیازهای طبیعی و زیستی موجب شده است که برخورد افراد جامعه در مواجهه با مشکلات مبتنی بر هیجان باشد و به مقوله ناتوانی در تنظیم هیجان (مقوله ۱۰ جدول ۱) منجر شود. نتیجه این ناتوانی در نوع واکنش‌ها به ناکامی و اقدامات انجام‌شده قبل از خودکشی و دلایل خودکشی (مقوله ۱۱ و ۱۲ جدول ۱) دیده می‌شود که با نتایج Priour et al. (2024) و Mokhtari et al. (2024) هم‌جهت است.

همان‌گونه که در مدل شماره ۱ دیده می‌شود شرایط نامناسب خانوادگی و اجتماعی منجر به مشکلاتی مانند ازدواج اجباری و ترک تحصیل و انتخاب شغل زودهنگام می‌شود که در مشارکت‌کنندگان ۱۰، ۹، ۱۷ و ۱۲ و ۱۹ دیده می‌شود. این موضوع در کنار نگاه غیرواقع بینانِ مبتنی بر خیال‌بافی و آرمان‌گرایی (مشارکت‌کننده ۱، ۲ و ۱۴) به مقابله با مشکلات با رفتارهای هیجان محور منجر (مشارکت‌کنندگان ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹) می‌شود. در این رابطه همان‌طور که در مقوله ۱۳ دیده می‌شود، دو رویکرد متفاوت است. در نگاه سنتی مبتنی بر تلاش و سرسختی (مشارکت‌کنندگان ۲۲ و ۱۳) و رویکرد لذت طلبی و استفاده از فرصت (مشارکت‌کنندگان ۱، ۸ و ۷) با این دو رویکرد افراد به مقابله می‌پردازند و در صورت موفقیت خود را برای چالش‌های بعدی آماده می‌کنند و در صورت شکست که اغلب افراد این گروه تجربه کرده بودند، شاهد ناکامی مضاعف خواهیم بود که مورد تأکید اغلب مشارکت‌کنندگان در مقوله ۱۲ آمده است که دلایل اقدام به خودکشی را ذکر کرده‌اند. این موضوع به خودکشی به‌عنوان یک انتخاب برگرفته از سنت خانوادگی و اجتماعی منجر می‌شود که در مصاحبه‌ها برای برخی به معنای پایان رنج (مشارکت‌کنندگان ۱۶، ۱۷ و ۲۲) و برای برخی دیگر به معنای دریافت حمایت و کمک (مشارکت‌کنندگان ۶، ۷ و ۲۰) بود. از سوی دیگر دو نگاه جنسیتی مختلف که در آن دختران معتقد به آزادی عمل و عیش و نوش مردانا و پسران و محدودیت‌های خاص دختران هستند (۱۳، ۱۴ و ۱۵) و نگاه مردانه (۱۴ و ۱) و همچنین نگاه سنتی به تلاش و فرصت‌طلبی به‌عنوان نگاه نو منجر به دو مسیر مختلف برای اقدام و تلاش ولی به یک نتیجه منجر می‌شوند و آن اقدام به خودکشی است که ناشی از ناتوانی در به‌کارگیری مهارت‌های حل مسئله در برخورد با مشکلات است که ناشی از روش‌های غلط فرزند پروری است با Heidari et al. (2022) هم‌جهت است. مداخله مبتنی بر خانواده با تأکید بر مقابله مبتنی بر تنظیم هیجان و حل مسئله رویکردی مناسب و ضروری است که با نتایج Abbaspour et al. (2015) همخوانی دارد زیرا همان‌گونه که در گزارش منعکس گردید، ریشه اقدام به خودکشی به رفتارهای هیجان محور در محیط خانواده برمی‌گردد و راه‌حل نیز باید با مداخله از این مسیر پیگیری شود.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده و با توجه به تکرار خودکشی که در یک مورد به ۱۰ بار رسیده بود، پیشنهاد می‌شود تا برنامه‌های مداخله مانند (Kehoe et al., 2024) مبتنی بر شرایط افراد اقدام کننده توسط کادر درمان به‌خوبی درک شوند. بر این اساس با توجه به شرایط موجود این استان و نتایج به‌دست‌آمده بر اساس رویکرد استخراجی یک برنامه مداخله به کمک روانشناسان، مددکاران و پزشکان مبنی بر نتایج این پژوهش طراحی و اثربخشی آن موردبررسی قرارگیرد. از سوی دیگر با توجه به نقش عوامل اقتصادی و اجتماعی در سطح کلان برای رفع چالش‌های اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی مبتنی بر پژوهش اقدامات اساسی صورت گیرد که یکی از این اقدامات آموزش خانواده و برنامه‌های مهارت حل مسئله و تنظیم هیجان به‌صورت فردی و خانوادگی است. این مطالعه به دلیل روش کیفی با محدودیت‌هایی مانند عدم قابلیت تعمیم به‌کل جامعه مواجه است که لازم است با مطالعات وسیع‌تر کمی برای تعمیم به جامعه پیگیری شود. یکی دیگر از مشکلات روش کیفی امکان سرایت دیدگاه شخصی محقق به نتایج است که باوجود تمام اقدامات پیشگیرانه مبتنی بر اعتباربخشی نتایج باید موردتوجه قرارگیرد. از سوی دیگر این نتایج در جامعه افراد اقدام کننده به خودکشی و در استان ایلام موردبررسی قرارگرفته و مدل به‌دست‌آمده یک مدل تبیینی اولیه است که تا تبدیل‌شدن به یک مدل کامل تبیینی و مداخله راه زیادی را پیشرو دارد و لازم است با پژوهش‌های کمی مورد آزمون قرار گیرد.

تشکر و سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از تمامی شرکت‌کنندگان و کادر بیمارستان جهت شرکت در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض منافع

این مقاله برگرفته از پیشنهاد مجری و همکارش در جلسه گروه روا نشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز است در آن هیچ تعارض منافعی وجود ندارد.

References

Abbaspour, Z. Poursardar, F. Koraei, A. & Khosravani Shayan, M. (2015). The effectiveness of family-based interpersonal. psychotherapy. *Iranian Journal. of Family Psychology, 2(2), 67-78*.https://www.ijfpjournal..ir/article_245486 [In Persian]

Abedi Parija, H. (2021). The Role of Family functioning components in predicting Suicidal. Thoughts of Students, *Journal. of Pouyesh in Education and Consultation, 6(13), 37-53*. 20.1001.1.2783154.1399.1399.13.3.5 [In Persian]

Al.-Azri, N. H. (2020). How to think like an emergency care provider: A conceptual. mental. model for decision making in emergency care. *International. Journal. of Emergency Medicine, 13, 1–9.* 10.1186/s12245-020-00274-0

Ashayeri,T. Amin,M. Modabber chaharborj,S. Mennati,R. (2022).An Anal.ysis of the relationship between social. capital. and its components to suicide attempts (case of study: Ilam city).*Urban Sociological. Studies, 44 (97-130)*. 10.30495/uss.2022.699564 [In Persian]

Australian Bureau of Statistics. Causes of death,Australia, (2021).https://www.abs.gov.au/statistics/heal.th/causes-death/ causes-death-austral.ia/2021https://www.abs.gov.au/statistics/heal.th/causes-death/causes-death-australia/2021

Biranvandzadeh M. Darvishi Hedayat E, & Khodadad M. (2016). Investigating the status of socio-cultural. development in Ilam province compared to other provinces of the country. *Conference: Pioneers of Progress Congress, 10th. 389-402.* https://sid.ir/paper/861252/fa [In Persian]

Bjornestad A. Cuthbertson C. Hendricks J. (2021). An anal.ysis of suicide risk factors among farmers hanging in the Midwestern United States. *International. Journal. of Environmental. Research and Public Heal.th; 18(7): 3563*https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3563

Charmaz ،K. (2006). Constructing grounded theory: A practical. guide through qual.itative anal.ysis. London: Sage. http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Charmaz_2006.pdf

Charmaz, K. (2017). The power of constructivist grounded theory for critical. inquiry. Qual.itative Inquiry 23 (1):34–45. https://doi.org/10.1177/1077800416657105

Charmaz, K. & Thornberg, R. (2021) The pursuit of qual.ity in grounded theory, Qual.itative Research in Psychology, 18:3, 305-327. https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357

Ghasemi, Y. Havasbeygi, F. & Rezaei Nasab, Z. (2022). Semantic reconstruction of suicide from the perspective of women in Ilam province (an eco-friendly narrative). *Sociological. Review*, *28*(2), 211-244. doi: 10.22059/jsr.2022.88946 [In Persian]

Glaser B. G. & Strauss A. L. (1967). The discovery of grounded theory. Chicago, IL: Al.dine Publishing. http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf

Heidari, M. Moheb, N. vahedi, S. & Al.ivandi Vafa, M. (2022). Studying the causal. relationships among parental. psychological. control, and mindfulness with adolescents' high-risk behaviors mediating the role of emotional. self-regulation. *Iranian Journal. of Family Psychology, 9(1), 16-29.* doi: 10.22034/ijfp.2022.540136.1043 [In Persian]

Kiani, A., Fatehizadeh, M. & Ghasemi, N. (2013). A quantitative study of family factors that interfere with suicide attempters, *Journal. of Research in Behavioural. Sciences, 11(4), 245-251*. https://rbs.mui.ac.ir/article-1-319-fa.html [In Persian]

Kehoe M. Whitehead R. de Boer K. Meyer D. Hopkins L. Nedeljkovic M. (2024). A qual.itative eval.uation of a co-design process involving young people at risk of suicide. *Heal.th Expect. 2024 Feb;27(1):e13986.* https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hex.13986

Knorr, A. C. Ammerman, B. A. LaFleur, S. A. Misra, D. Dhruv, M. A. Karunakaran, B. & Strony, R. J. (2020). An investigation of clinical. decisionmaking: identifying important factors in treatment planning for suicidal. patients in the emergency department. *Journal. of the American College of Emergency Physicians Open, 1(4), 383-39*.doi/full/10.1002/emp2.12087

Kouchakian, Z. (2023). Women Attempting Suicide; the Actors of Violence, *Journal. of Social. Work Research*,10(35), 145-177. DOI: doi.org/10.22054/rjsw.2023.74202.684 [In Persian]

McCarthy, M. Saini, P. Nathan, R. & McIntyre, J. (2023). Predictors of self-harm and emergency department attendance for self-harm in deprived communities. *International. Journal. of Injury Control and Safety Promotion, 30, 1–7*. https://doi.org/10.1080/17457300.2023.2204474

Menati, R. Niazi, M. Toosang, M.A. & Kassani, A. (2020). Assessment of Some Social. Factors Related to Suicidal. Behaviors in Ilam, Iran, during 2018. *Journal. of Ilam University of Medical. Sciences, 28(1), 89-99*.http://dx.doi.org/10.29252/sjimu.28.1.89 [In Persian]

Mokhtari, M. Sadaghat, H. Fattahpour, E. (2024). Qual.itative anal.ysis of reasons and contexts of suicide attempt by women in Yasouj. *Quarterly Journal. of Women and Society, 15 (56): 95-112*. 10.30495/jzvj.2023.31910.4017 [In Persian]

Priour A, Delal.ande E, Ricono J, Chapron A, Fiquet L.(2024). Farmers' perceptions about the risk of suicide and the available help schemes: a qual.itative study in France. *Rural. and Remote Heal.th 2024;8534*. https://doi.org/10.22605/RRH8534

Safiri, Kh. & Rezaeinasab, Z. (2016). Qual.itative Study of the Phenomenon of Self-Immolation in Ilam, *Journal. of Woman & Society, 7(1), 123-142*. 20.1001.1.20088566.1395.7.25.7.1[In Persian]

Schmid M. Michaud L. Bovio N. Guseva Canu I. (2020). Swiss National. Cohort (SNC). Preval.ence of somatic and psychiatric morbidity across occupations in Switzerland and its correlation with suicide mortal.ity: results from the *Swiss National. Cohort (1990–2014). BMC Psychiatry; 20(1): 324.* DOI link, PMid:32571249

Thomas H.V. Lewis G. Thomas D.R. Sal.mon R.L. Chal.mers RM, Coleman T.J. et al..(2003). Mental. heal.th of British farmers. *Occupational. & Environmental. Medicine; 60(3): 181*-186.DOI link,PMid:12598664.

Wertz, F. J. Charmaz, K. McMullen, L. M. Josselson, R. Anderson, R. & McSpadden, E. (2011). Five Ways of Doing Qual.itative Anal.ysis Phenomenological. Psychology, Grounded Theory, Discourse Anal.ysis, Narrative Research, and Intuitive Inquiry. Guilford Press. https://www.researchgate.net/publication/٢٨١٥٦٢٧٢٤_Five_Ways_of_Doing_Qualitative_Analysis_Phenomenological_Psychology_Grounded_Theory_Discourse_Analysis_Narrative_Research_and_Intuitive_Inquiry

©The Author(s). Published by Family Psychology Association of Iran
This article is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)