

## مقایسه عوامل مؤثر فرهنگی-اجتماعی و روانشناختی در خودکشی زنان ایران و تاجیکستان

سیدابوالحسن ریاضی<sup>۱</sup>

بانودخت نجفیان پور<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۵/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱

### چکیده

هدف این پژوهش مطالعه عوامل مؤثر فرهنگی اجتماعی و روانشناختی در خودکشی و شناسایی آنها به صورت بوم‌شناختی و همچنین مقایسه این عوامل در بین زنان اقدام‌کننده به خودکشی در دو کشور ایران و تاجیکستان است، که با استفاده از رویکرد روش‌شناسی کیفی انجام شده است. نمونه‌گیری از افراد به صورت اشباعی، شصت نفر (از هر کشور سی نفر)، از طریق مصاحبه‌های عمیق (با پایایی مناسب) انجام شده و تا اشباع داده‌ها ادامه یافته است. نتایج این مطالعه که مبتنی بر داده‌های کدگذاری شده حاصل از مصاحبه عمیق انجام شده بود نشان داد که عوامل مهم دخیل در خودکشی در هر دو کشور ایران و تاجیکستان، که ریشه در فقر و فقر سنتی دارد، به ترتیب اهمیت عبارت‌اند از: ۱. خشونت خانوادگی ۲. القای فرهنگی (از کودکی با ذهنیت گفتار تهدید به خودکشی در مشاجرات والدین آشنا می‌شوند) ۳. روابط سرد خانوادگی ۴. ازدواج اجباری ۵. مسئولیت بیش از اندازه ۶. فقدان حریم خصوصی ۷. چندهمسری ۸. تعصبات نامعقول ۹. فقدان ارتباط مناسب بین نسل‌ها. تفاوت موجود بین دو کشور این است که در مورد چندهمسری، مردان تاجیک علی‌رغم قانون تک‌همسری، چندزنی را به صورت غیرقانونی انتخاب می‌کنند که پشتوانه قانونی ندارد. همچنین در مورد تعصبات نامعقول، از دفن زن مسلمان متحرر در گورستان مسلمانان، امتناع می‌ورزند.

کلیدواژه: خودکشی زنان، علل فرهنگی اجتماعی، سلامت روان، زنان تاجیکستان، زنان ایران

riazi@iscs.ac.ir

۱. استادیار پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

۲. عضو هیئت علمی دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، البرز (نویسنده مسئول). najafianpour@kiaiu.ac.ir

## مقدمه و طرح مسئله

خودکشی<sup>۱</sup> در جوامع بشری، از گذشته‌های دور تا دوران مدرن کنونی جزء مسائل پیچیده، سؤال‌برانگیز و متناقض‌نمای<sup>۲</sup> انسان‌ها بوده است. شواهد و قراین بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد مهم‌ترین و پایه‌ای‌ترین نیاز انسان، حیات و حفظ و بقای آن است؛ و این نیاز اساس بسیاری از نظریات علمی را شکل می‌دهد (مانند نظریه داروین<sup>۳</sup>). با وجود این، انسان آمادگی دارد تا حیات خود را به دست خویش به پایان برساند. عمل خودکشی با نیاز دوست داشتن خود (گلاسر<sup>۴</sup> و برگین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰)، تضاد آشکاری دارد، اعتقادات افراد و توصیه‌های مذهب را به چالش می‌کشد (فولادی، ۱۳۸۱) و ارزش‌های جامعه انسانی را در مورد معنای زندگی هم به صورت فردی و هم در بستر اجتماعی (محمداپور، ۱۳۸۳) نقض می‌کند.

عمل خودکشی نه تنها نشان‌دهنده نارضایتی فرد خودکشی‌کننده است و از دیدگاه فردی و روان‌شناختی<sup>۶</sup> اهمیت پیدا می‌کند، بلکه اثرات و تبعات جدی‌ای در جامعه (کارستیرز<sup>۷</sup>، ۱۹۷۳) و مخصوصاً در شبکه ارتباط اجتماعی فرد خودکشی‌کننده بر جای می‌گذارد (پدهاوزر<sup>۸</sup> و پرلیگر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶)؛ چراکه تلویحاً نشان می‌دهد که نابهنجاری‌ها و مشکلات اجتماعی به حدی است که انسان‌های اطراف، در اصلاح وضعیت رخ داده ناتوان‌اند (کارستیرز، ۱۹۷۳). با وجود چنین پارادوکس‌هایی، مسئله خودکشی پیچیده‌تر می‌شود و ابعاد ناشناخته‌ای پیدا می‌کند.

این موضوع در جوامعی که شاهد تغییرات اجتماعی سریع (مانند رکود اقتصادی یا رشد سریع اقتصادی) (استاک<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۲)، فقر (رفیع‌پور، ۱۳۸۰) و مواجهه سنت و مدرنیته هستند باعث افزایش آشفتگی و آسیب‌های اجتماعی (آنومی اجتماعی<sup>۱۱</sup>) می‌شود و به تبع آن میزان خودکشی بالا می‌رود (بلومنتال<sup>۱۲</sup> و کوپفر<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۰). شرایط بی‌ثبات سیاسی و اجتماعی، بحران‌های اقتصادی، مواجهه سنت و مدرنیته، رسانه‌های جمعی، فردگرایی پسامدرن و تنهاافتادگی



1. suicide
2. paradoxical
3. Darwin theory
4. Glasser
5. Breggin
6. psychological
7. Carstairs
8. Pedahzur
9. Perlinger
10. Stack
11. social anomie
12. Blumenthal
13. Kupfer

انسان‌ها و ستم‌های ملی و قومی باعث خودکشی می‌شود. از این رو، خودکشی به‌عنوان مسئله‌ای چندبعدی، با ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در نظر گرفته می‌شود. مصداق بارز چنین آنومی‌ای در کشورهای جهان سوم مشاهده می‌شود. برای کشورهای جهان سوم (مانند ایران و تاجیکستان) تغییرات سریع در حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی می‌تواند با فرایند جهانی شدن رخ دهد و سلامت روانی انسان‌ها را تحت تأثیر خود قرار دهد. در این وضعیت، ثبات جامعه از بین می‌رود و موجب ازهم‌پاشیدگی هنجارهای سنتی، و ایجاد وضعیت سریع آنومی می‌شود (رفیع‌پور، ۱۳۸۰). نتیجه این تأثیرات، مستقیم و غیرمستقیم در شیوع مصادیقی از اختلال روانی مانند افسردگی، اضطراب، سردرگمی در هویت مؤثر است و پایه‌های گرایش به خودکشی و اقدام به آن را بنیان می‌نهد. عنصر عقلانیت و تفکر در سلامت اقتضا می‌کند که با آینده‌نگری و اندیشیدن تمهیدات لازم با بهره‌گیری از آثار مثبت جهانی شدن در ارتقای سلامت روان جامعه بکوشیم و از تبعات مخرب آن برحذر بمانیم و یا نگرانی‌ها را به حداقل برسانیم (میلنر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).



ایران و تاجیکستان کشورهای فارسی‌زبان و در حال توسعه‌ای هستند که در شرایط گذار<sup>۴</sup> قرار دارند و تجربیات جدید مربوط به توسعه، مدرنیته، رسانه‌های جدید و پدیده جهانی شدن در آنها مشهود است. مطالعات نشان می‌دهد که هم در ایران (صدیق، ۱۳۸۱) و هم در تاجیکستان (هاریس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴) میزان خودکشی، طبق آمار رسمی، روند روبه‌افزایشی داشته است. تحقیقات صدیق و هاریس نشان می‌دهد که میزان و نرخ خودکشی در کشورهای ایران و تاجیکستان در زنان بیشتر از مردان است. این در حالی است که طبق آمار غیررسمی، میزان خودکشی زنان بسیار بیشتر از آن چیزی است که به‌صورت رسمی اعلام می‌شود. افزایش آمار خودکشی زنان در کشورهای ایران و تاجیکستان طی سال‌های گذشته به یک «مسئله اجتماعی»<sup>۶</sup> تبدیل شده است که نیازمند بررسی و مطالعه چندبعدی<sup>۷</sup> است (محمدپور، ۱۳۸۳). با توجه به اینکه تجربه خودکشی امری خاص و محلی است و افراد در مناطق مختلف با

1. depression
2. anxiety
3. Milner
4. the transition era
5. Harr
6. social problem
7. multi- dimensional

فرهنگ‌های مختلف به اشکال متفاوتی خودکشی را تجربه می‌کنند، این پژوهش با هدف مقایسه علل اجتماعی و روان‌شناختی اقدام به خودکشی در بین زنان کشورهای ایران و تاجیکستان انجام شده است.

### خودکشی از منظر اندیشمندان علوم اجتماعی

در مورد خودکشی دیدگاه‌های جامعه‌شناختی به بررسی سابقه خودکشی، معنای نمادین آن و علت‌های اجتماعی و کلان آن می‌پردازند (مک‌مانرز<sup>۱</sup>، ۱۹۸۱). جامعه‌شناسی به چرایی خودکشی یک فرد خاص اهمیت نمی‌دهد، چیزی که بر عهده روان‌شناسی است، بلکه به تبیین تفاوت‌های میزان خودکشی و علت جامعه‌شناختی<sup>۲</sup> خودکشی علاقه‌مند است. برای مثال، بررسی این موضوع که چرا یک گروه در مقایسه با گروهی دیگر دارای میزان خودکشی بالاتری است (دورکیم<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹) در بستر جامعه‌شناسی بررسی می‌شود.

اولین تحلیل مشهور جامعه‌شناختی از خودکشی را امیل دورکیم جامعه‌شناس فرانسوی ارائه کرد. دورکیم فرض را بر این گذاشت که عوامل بیولوژیکی<sup>۴</sup>، روان‌شناختی و اجتماعی اساساً از یک گروه به گروه دیگر یا از یک دوره زمانی به دوره زمانی دیگر ثابت است. اگر میزان خودکشی از گروهی به گروه دیگر یا از یک دوره زمانی به دوره زمانی دیگر متفاوت باشد، این تفاوت ناشی از تغییر در عوامل جامعه‌شناختی به‌خصوص در جریان‌های اجتماعی است (ریتزر<sup>۵</sup>، ۱۹۸۸). او استدلال کرد که در جامعه و گروه‌های اجتماعی، نیروها و فشارهایی وجود دارند، که عمل خودکشی را تشویق یا تقبیح می‌کنند و خودکشی از عوامل و نیروهای اجتماعی برمی‌خیزد. مهم‌ترین عامل اجتماعی مشخص که او به‌عنوان عامل تبیین‌گر خودکشی معرفی می‌کند، «همبستگی و یگانگی اجتماعی»<sup>۶</sup> است (دورکیم، ۱۳۷۸). تونیس از دست رفتن دلبستگی‌ها را - از آن گونه که در اجتماعات کوچک و محلی دیده می‌شود- عامل بروز مسائل اجتماعی گوناگون، مانند تبه‌کاری و جنایت، خودکشی، بیماری‌های روانی و کردارهای ناروا و نامشروع می‌داند (کیوسیتو، ۱۳۷۸). از دید وی تغییر فرهنگ سنتی - عشیره‌ای به فرهنگ شهرنشینی موجب رشد فردگرایی و از میان رفتن دلبستگی<sup>۷</sup> می‌شود. در این جوامع



1. McManners
2. sociological causality
3. Durkheim
4. biological
5. Ritzer
6. social solidarity
7. attachment

مشکلات تغییرات هویتی جوانان، افزایش اضطراب و مشکلات اخلاق و بروز اختلافات بین‌نسلی، افراد را به سمت خودکشی سوق می‌دهد و از بارزترین عوامل مؤثر بر خودکشی در کشورهای جهان سوم است. نظریهٔ ژیرارد بر هویت‌ها، توسعهٔ اقتصادی و ارتباط آنها با خودکشی تأکید دارد. وی معتقد است که در بیشتر کشورهای در حال توسعه میزان خودکشی به صورت هماهنگ با افزایش سن بالا می‌رود (محمدپور، ۱۳۸۳).

از دید نظریه‌های مارکسیستی<sup>۱</sup> خودکشی ناشی از تأثیر تفاوت‌های طبقاتی و استثمار و فقر طبقات پایین است. نظریات پسادورکیمی<sup>۲</sup> خودکشی را حاصل مجموعه‌ای پیچیده از عوامل اجتماعی قلمداد می‌کنند و بر آن است که هر اندازه پیش‌زمینه‌های اجتماعی در یک جامعه تنوع بیشتری یابد، موقعیت‌های خودکشی نیز افزایش خواهد یافت. به همین دلیل موریس هالباکس<sup>۳</sup> بسیاری از همبستگی‌های به‌دست‌آمده از مطالعات دورکیم را بر اساس شیوه‌های متفاوت زندگی شهری و خرده‌فرهنگ‌های روستایی تبیین کرد. وی معتقد بود که هر چه از شهرهای پرجمعیت به سوی مناطق روستایی حرکت می‌کنیم، میزان خودکشی با کاهش یافتن پیش‌زمینه‌های اجتماعی، کاهش می‌یابد (فرنکیست<sup>۴</sup> و کاتریت<sup>۵</sup> ۱۹۹۸). در سبک زندگی شهری ثبات روش زندگی کمتر است و ارتباط افراد با یکدیگر حداقل و زندگی در انزوا است. هالباکس تنها عامل ایجادکنندهٔ خودکشی را خلأ اجتماعی<sup>۶</sup> می‌داند که فرد را احاطه می‌کند (محسنی، ۱۳۶۶). ماریس تأکید می‌کند که خودکشی را نه می‌توان یک عمل فردی آگاهانه و با میل و اراده به حساب آورد و نه می‌توان آن را محصول نیروهای اجتماعی دانست؛ ولی می‌توان باور داشت که خودکشی محصول جمع شدن همهٔ عوامل اجتماعی و روانی و حاصل تعامل بین فرد و زمینهٔ اجتماعی وی است (ماریس<sup>۷</sup>، ۱۹۷۹). خودکشی و خودسوزی از دیدگاه فمینیسم لیبرال، اعتراض و حشمتناک و هراس‌آور زنان، به دنیای پراز نابرابری و ظلم مردانه است (استاک و همکاران، ۱۹۹۴). طبق نظریهٔ «فشار اجتماعی»<sup>۸</sup> مرتون<sup>۹</sup>، زمانی که افراد در جامعه‌ای خواهان دست یافتن به اهدافی هستند، اگر در رسیدن به اهداف با استفاده از وسایل مشروع و پذیرفتهٔ اجتماعی با مانعی برخورد کنند، فشار اجتماعی به وجود می‌آید



1. Marxism
2. post- Durkheim theories
3. Morris Halbvaks
4. Fernquist
5. Cutright
6. social vacuum
7. Maris
8. social pressure
9. Merton

و فرد در حالتی از آنومی به سر می‌برد و در نتیجه این بی‌هنجاری، خودکشی رخ می‌دهد. این وضعیت وقتی پیش می‌آید که بین اهداف و هنجارهای فرهنگی (نیازها و ارزش‌های اجتماعی) و امکانات موجود در بستر هر قشر اجتماعی، تفاوت فاحش وجود داشته باشد. زنان و جوانان اهداف بسیاری دارند که در دستیابی به آنها موانع زیادی وجود دارد و این موانع موجبات فشار اجتماعی را به وجود می‌آورند و باعث بی‌هنجاری و نهایتاً اقدام به خودکشی می‌شوند (رفیع‌پور، ۱۳۸۰).

### خودکشی از منظر اندیشمندان علم روان‌شناسی

برخلاف جامعه‌شناسان که خودکشی را در چارچوب ساختار روابط فرد با دیگران بررسی می‌کنند، روان‌شناسان خودکشی را کنش عمدی هدایت پرخاش به درون می‌دانند و در مطالعه آن بر ویژگی‌های فرد خودکشی‌کننده تأکید دارند. دیدگاه‌های روان‌شناسی در مورد خودکشی به علت‌هایی می‌پردازند که ریشه در مشکلات روانی و سابقه زندگی شخصی فرد دارند. هر چند خودکشی متأثر از وضعیت‌های کلان اقتصادی و اجتماعی و سیاسی است، در نهایت خودکشی امری فردی است و این خود فرد است که با توجه به سازوکارهای درونی و شخصیتی و تاریخچه زندگی خود در مورد خودکشی تصمیم می‌گیرد. دفلوری<sup>۱</sup> یکی از اولین روان‌شناسانی بود که به کتاب خودکشی دورکیم<sup>۲</sup> انتقاد کرد. دفلوری معتقد بود که خودکشی همیشه مشتق از اختلالات ذهنی است که بیشتر جنبه روان‌زیستی<sup>۳</sup> دارند تا جنبه اجتماعی (تیلور، ۱۳۷۹). دلماس نیز به نظرات دورکیم در باب خودکشی معترض بوده و معتقد بوده است که عوامل اجتماعی نمی‌توانند در خودکشی تأثیر داشته باشند، چراکه خودکشی فقط بخش کوچکی از هر جمعیت را در بر می‌گیرد (علیوردی، ۱۳۷۳).

روان‌شناسی متأثر از دیدگاه‌های فروید<sup>۴</sup> به جنبه‌هایی از روان فرد توجه می‌کند که به صورت ناخودآگاه رفتارهای فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. فروید بر این باور است که انسان‌ها تحت تأثیر دو غریزه مرگ و حیات هستند. در خودکشی غریزه مرگ بر غریزه زندگی پیشی می‌گیرد. کسانی که خودکشی می‌کنند، دچار شکلی از خودآزاری<sup>۵</sup> هستند که خشونت را متوجه خود می‌کنند. نظریه خودکشی دُلارد که متأثر از نظریات فروید است، بر این فرض استوار است که سرخوردگی



1. Defleury
2. biological psychology
3. Fried
4. unconsciousness
5. masochism

همواره به پرخاشگری<sup>۱</sup> می انجامد؛ اگر پرخاشگری به درون فرد جهت گیری کند به خودکشی منتهی می شود و اگر جهت گیری بیرونی داشته باشد به دیگرکشی منتهی می شود (دلارد<sup>۲</sup>، ۱۹۳۹) کارل مینگر<sup>۳</sup> به مدد غریزه مرگ موارد متعددی از خودکشی را تبیین می کند. وی معتقد است که در خودکشی هر چند ستیزه جویی، آشکارا به خود شخص برمی گردد، در واقع وسیله انتقام جویی از دیگران است (اشنایدمن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۷). از دید آدلر<sup>۵</sup> گرایش به خودکشی معمولاً در بخش هایی از جمعیت وجود دارد که در آن احساس حقارت، خودخواهی و پرخاشگری پنهان رایج است. در تفکر سالیوان<sup>۶</sup> فاصله بین خود آرمانی و خود واقعی، من خوب و من بد، باعث ایجاد اضطرابی می شود که به خودکشی منجر می شود (پورترفیلد<sup>۷</sup>، ۱۹۶۸). الکساندر، ناکامی دوران کودکی را عامل ایجاد فشار هیجانی نیرومند می داند که سبب می شود فرد در بزرگسالی ستیزه جویی و دردهای کینه توزانه ای در خود حس کند که در حالت درون فکنی به خودکشی منجر می شود (کلاین برگ، ۱۳۷۶). بر اساس نظریه اسکیرول<sup>۸</sup> خودکشی همواره با شکلی از اختلالات ذهنی عجین شده است. اسکیرول اظهار می کند که خودکشی نشان دهنده اختلالات ذهنی است (علیوردی، ۱۳۷۳) اشنایدمن خودکشی را پدیده ای چندوجهی می داند که دارای وجوه زیست شناختی، بیوشیمیایی، فرهنگی، جامعه شناختی، میان فردی، روانی، منطقی، فلسفی، هوشیارانه و ناهوشیارانه است (اشنایدمن، ۱۳۸۳). اما برای بررسی خودکشی معتقد است که جز اینکه خودکشی را دارای ماهیتی روان شناختی بدانیم، راه دیگری نداریم. خودکشی درکل محصول و نتیجه درد روانی است و منبع اولیه این درد روانی، نیازهای برآورد نشده زیست شناختی است. اگرچه معدودی از دردهای روانی به خودکشی منتهی می شوند، ولی تمام خودکشی ها ناشی از روان درد شدید هستند (همان). درعین حال روان شناسانی مانند اریک فروم<sup>۹</sup> و اروین استنگل<sup>۱۰</sup> معتقدند که فرد بیمار تنها علامتی از پاتولوژی اجتماعی<sup>۱۱</sup> است. آنها خودکشی، دگرکشی، الکلیسم و بیماری های روانی را مجموعه هایی از علائم پاتولوژی اجتماعی معرفی می کنند. به عقیده فروم، شناخت پدیده خودکشی بدون بررسی شرایط زیست اجتماعی فرد، یعنی شرایط سیاسی، اقتصادی، فرهنگی، آموزشی و خانوادگی او کوششی بی ثمر

1. aggression
2. Dolard
3. Meninger
4. Sheneidman
5. Adler
6. Sullivan
7. Porterfieldt
8. Esquirol
9. Fromm
10. Stengel
11. social pathology





است (فروم، ۱۳۸۵). آنها باور دارند که اگرچه دیدگاه‌های مختلف روان‌شناختی سعی می‌کنند تا علل و سازوکارهای روانی خودکشی را به‌عنوان علل اصلی خودکشی معرفی کنند، اما در نهایت برای تبیین علت‌های روان‌شناختی، به اجتماع و زندگی خانوادگی و روابط بین اعضای خانواده و موفقیت یا عدم موفقیت مالی و اقتصادی فرد خودکشی‌کننده ارجاع داده می‌شود.

انجمن روانپزشکی آمریکا، فرستر<sup>۲</sup> (وتزل<sup>۳</sup>، ۱۹۸۴)، لوینسون<sup>۴</sup>، بک<sup>۵</sup> (پاپالیا<sup>۶</sup> و اولدز<sup>۷</sup>، ۱۹۸۸) و بیبرینگ<sup>۸</sup> (لاوری<sup>۹</sup>، ۱۹۸۴)، افسردگی را مهم‌ترین عامل خودکشی می‌دانند. جدی‌ترین پیامد افسردگی اقدام به خودکشی یا خودکشی کامل است. این موضوع به‌ویژه در بیماران با ویژگی‌های روان‌پریشی که سابقه اقدام به خودکشی در گذشته، سابقه خانوادگی خودکشی‌های کامل یا مصرف هم‌زمان مواد را دارند، بیشتر است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

در یک جمع‌بندی، جامعه‌شناسان خودکشی را تابع عوامل و نیروهای اجتماعی می‌دانند. برخی دیگر خودکشی را نتیجه تغییر فرهنگ سنتی-عشیره‌ای به فرهنگ شهرنشینی می‌دانند که موجب رشد فردگرایی و از میان رفتن دلبستگی<sup>۱۰</sup> می‌شود. فمسیسم لیبرال نیز آن را اعتراض و حشمتناک و هراس آور زنان، به دنیای پر از نابرابری و ظلم مردانه می‌دانند و سرانجام روان‌شناسان، برخلاف جامعه‌شناسان، خودکشی را در چارچوب ساختار روابط فرد با دیگران بررسی می‌کنند و ریشه آن را در مشکلات روانی و سابقه زندگی شخصی فرد جست‌وجو می‌کنند. بر این اساس، طبیعی است که ما نمی‌توانیم تمامی عواملی را که ایجادکننده خودکشی هستند در این پژوهش بررسی کنیم. لذا چارچوب نظری تحقیق حاضر، با تلفیقی از نظریه‌های فوق تدوین شده است و ما با تکیه بر بوم‌شناسی هر دو کشور ایران و تاجیکستان، به مقایسه مهم‌ترین علل مؤثر فرهنگی-اجتماعی و روان‌شناختی در زنانی که خودکشی ناموفق داشته‌اند می‌پردازیم.

## روش‌شناسی

این مقاله با استفاده از رویکرد روش‌شناسی کیفی انجام شده است. شیوه پژوهش کیفی برای کمک به پژوهشگر برای درک افراد و بسترهای اجتماعی و فرهنگی‌ای که انسان‌ها در آن

1. American Psychiatric Association
2. Ferster
3. Wetzel
4. Lewinson
5. Beck
6. Papalia
7. Olds
8. Bibring
9. Lowry
10. attachment



زندگی می‌کند، شکل گرفت. پژوهش کیفی می‌تواند اثبات‌گرایی، تفسیری یا انتقادی باشد (دانایی فرد و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۵-۱۴). تحقیق کیفی مستلزم نگرش پژوهشی خاصی است که مبتنی است بر اولویت موضوع پژوهش، جهت‌دار بودن فرایند تحقیق، و اینکه محقق باید با افراد مورد مطالعه دیدار کند (فلیک، ۱۳۸۷: ۳۲). عمل نمونه‌گیری بر اساس نمونه‌گیری نظری و در نظر گرفتن حداکثر تغییرات (لیندلاف<sup>۱</sup> و برایان<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵) انجام گرفته است. لذا در این پژوهش با سی نفر از زنان استان ایلام و سی نفر از زنان توابع شهر دوشنبه در تاجیکستان که دست به خودکشی ناموفق زده بودند، با استفاده از مصاحبه عمیق با رویکرد اکتشافی مصاحبه شده است (با پایایی مناسب). به‌علت مشکل دسترسی به زنان نمونه‌های تحقیق، مصاحبه‌ها در دو دوره زمانی ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ انجام شده است. نمونه‌گیری از افراد نیز به‌صورت اشیاعی صورت گرفته است. در این روش، مصاحبه‌ها را آن‌قدر ادامه می‌دهیم تا به جواب‌های تکراری و به نقطه اشیاع برسیم. عمل نمونه‌گیری بر اساس نمونه‌گیری نظری و در نظر گرفتن حداکثر تغییرات (لیندلاف و برین، ۱۹۹۵) انجام گرفته است.

در این مقاله ما بر آن بودیم که ضمن در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی (رضایت مصاحبه‌شونده و اطرافیان آنها و ایجاد رابطه‌ای حسنه) حداکثر الگوهای ممکن را در مورد ابعاد مختلف مسئله خودکشی مطالعه کنیم، به‌گونه‌ای که سؤالات خود را در ارتباط با مسائل فرهنگی، اجتماعی و روان‌شناختی مطرح کردیم. در تحقیق کنونی، برای پاسخ به سؤال اصلی تحقیق از روش تحلیل محتوا استفاده شده است. برای گردآوری اطلاعات لازم نیز روش مصاحبه عمیق مورد استفاده قرار گرفته است. فرایند تحلیل داده‌ها در این مقاله بر اساس روش کدگذاری موضوعی، بدین گونه انجام شد که ابتدا تحلیلی عمیق از موارد منفرد تجربه خودکشی ناموفق به عمل آوردیم و به این ترتیب به یک دیدگاه کلی در مورد هرکدام از افراد و تجربه خاص آنها دست یافتیم. پس از تحلیل‌های موردی، مقوله‌ها و حوزه‌های موضوعی را بیرون کشیدیم تا امکان مقایسه بین آنها را فراهم کند. در واقع ما با تحلیل مصاحبه‌ها به تجربه تکی و خاص هر فرد توجه داشته‌ایم. با توجه به جدول شماره ۳، مشترکات و تفاوت‌هایی را که در حوزه‌های موضوعی به خودکشی زنان منجر شده است، استخراج کرده‌ایم.

1. Flick
2. Lindlof
3. Bryan



## پدیده خودکشی در ایران و تاجیکستان

ایران با نرخ خودکشی شش نفر در صدهزار نفر، در رتبه ۵۸ جهان قرار دارد. طی سال‌های ۷۵ تا ۷۸ در استان‌های غربی کشور، میزان خودکشی زنان بیشتر از مردان گزارش شده است. این میزان در استان‌های کُرد و لرنشین بیشتر است. در این استان‌ها که تا حدودی دارای بافت سنتی هستند از نظر فرهنگی زن معمولاً از خود اختیاری ندارد و مردان زنان را تحت تسلط خود می‌دانند. زنان باید عمدتاً کارهای خانه و حتی بعضی از کارهای مردان را انجام دهند. پدیده چندزنی و نشانه‌های اعمال خشونت علیه زنان در این استان‌ها بیشتر از سایر استان‌های کشور است (محسنی، ۱۳۷۹).

در سال ۱۳۸۰ در حدود سه‌هزار خودکشی کامل در ایران وجود داشته است که حدود ۶۵ درصد آنها از سوی مردان و ۳۵ درصد از سوی زنان انجام شده و شامل یک درصد از کل مرگ‌ومیرهای کشور بوده است. در آمار رسمی معمولاً تنها موارد منجر به فوت ثبت می‌شود. تخمین زده می‌شود که در استان‌های مختلف دو تا پنجاه برابر موارد منجر به فوت، اقدام به خودکشی وجود داشته باشد (شیخ‌زادی، ۲۰۱۰).

زنان در دنیا سه برابر مردان دست به خودکشی می‌زنند؛ اما مردان سه برابر زنان خودکشی کامل دارند (لو<sup>۲</sup> و مک‌فارلین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). در ایران مردان حدوداً دو برابر زنان، خودکشی کامل دارند. بالاترین میزان خودکشی در استان ایلام با حدود ۷۰ مورد خودکشی موفق از حدود ۳۴۰ مورد اقدام به خودکشی (۲۶ نفر در صدهزار نفر جمعیت) و استان کرمانشاه (۲۳ نفر در صدهزار نفر) است و پس از این دو با فاصله زیادی استان‌های لرستان، همدان، گلستان، چهارمحال و بختیاری، کهگیلویه و بویراحمد، آذربایجان غربی، کرمان و کردستان دارای بیشترین موارد خودکشی در کشور هستند. تهران و سیستان و بلوچستان در آخرین رتبه‌ها قرار دارند (اسدیگی، ۱۳۹۰).

پدیده خودکشی در تاجیکستان با جنگ داخلی در آن کشور گره خورده است. به موجب این جنگ، حدود یک میلیون نفر از مردان در جست‌وجوی کار به روسیه یا قزاقستان مهاجرت کردند. همسران چنین مردانی در تاجیکستان با مشکلات خاصی از جمله نزاع‌های خانگی در کنار خانواده شوهر و دخالت‌های خوش‌دامن‌ها (مادر شوهرها) روبه‌رو هستند. مطالعه اسناد دولتی و انجام یک نظرسنجی در میان کارکنان دولت تاجیکستان، نشان می‌دهد که خودکشی



1. Sheykhzadi
2. Lau
3. Macfarlane

در این کشور یک مشکل دائمی است. در سال ۲۰۰۷ تعداد موارد گزارش شده ۲۵۴ مورد بوده است. طبق آخرین آمار در سپتامبر ۲۰۰۸، در این سال تعداد ۲۴۰ مورد خودکشی زنان گزارش شده که آمار واقعی بیش از این است. اقدام به خودکشی زنان از طریق خودسوزی در کشور تاجیکستان رواج بیشتری دارد (لاتیپو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹).

بنا بر پژوهش لاتیپو مهم‌ترین دلایل خودکشی در تاجیکستان عبارت‌اند از: درگیری با مادرشوهر (خوش‌دامن)، ازدواج مجدد شوهر، ضرب و شتم توسط شوهر و خانواده وی و شکست عشقی. بیشترین روش خودکشی در تاجیکستان خودسوزی، استفاده از مواد سمی و دارویی و غرق کردن خود در دریا است (براون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱).

درکُل با مروری بر پیشینه تحقیقات خارجی و داخلی در زمینه خودکشی به نظر می‌رسد که دلایل عمده خودکشی و اشکال مختلف آن در سراسر جهان تا حدودی مشابه است. این موضوع در مورد ایران و تاجیکستان به دلیل تماس‌های فرهنگی بیشتر است. تماس‌های بین‌فرهنگی می‌توانند در تقویت هوش فرهنگی انسان‌ها یا گروه‌های اجتماعی مؤثر واقع شوند (یزدخواستی، قاسمی و وحید، ۱۳۹۰) علاوه بر این، زنان بیشتر از مردان در معرض خودکشی قرار دارند و خودسوزی در بین زنان شایع‌تر است. مسائل و مشکلات اقتصادی و اعتراض به موقعیت‌های نامناسب از مهم‌ترین دلایل و توجیحات خودکشی به حساب می‌آیند (بائونه<sup>۳</sup> و هی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶).

### یافته‌های تحقیق

زنان مورد پژوهش در این مقاله که خودکشی ناموفق داشته‌اند با رویکرد روش‌شناسی کیفی و نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف در دو کشور ایران (استان ایلام) و تاجیکستان (توابع شهر دوشنبه) انتخاب شده‌اند. این افراد شامل شصت نفر (از هر کشور سی نفر) با دامنه سنی ۱۸-۳۶ سال هستند که با آنها مصاحبه‌های عمیق با رویکرد اکتشافی انجام داده‌ایم. برای تحلیل مصاحبه‌ها بر اساس کدگذاری موضوعی به تجربه تکی و خاص هر فرد توجه داشته‌ایم. در این بخش ابتدا به یافته‌های توصیفی و سپس به یافته‌های تحلیلی می‌پردازیم.

1. Latypov
2. Brown
3. Baune
4. Hay



## الف) یافته‌های توصیفی

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصدی سن زنان مورد پژوهش

دامنه سنی										زنان هر دو n=۶۰	
کل		۳۱-۳۶		۲۵-۳۰		۱۹-۲۴		۱۳-۱۸			
کشور		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
ایران		۲۶/۷	۸	۱۳/۳	۴	۴۳/۳	۱۳	۱۶/۷	۵	۱۰۰	۱۰۰
تاجیکستان		۳۳/۳	۱۰	۲۰	۶	۳۶/۷	۱۱	۱۰	۳	۱۰۰	۱۰۰

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که در هر دو حوزه تحقیق زنان با دامنه سنی ۱۹-۲۴ ساله (در ایران ۴۳/۳ درصد) (و در تاجیکستان ۳۶/۷ درصد) بیشترین فراوانی را داشته‌اند و کمترین فراوانی درصدی متعلق به دامنه سنی ۱۳-۱۸ ساله است که در ایران ۱۶/۷ درصد و در تاجیکستان ۱۰ درصد از نمونه آماری را تشکیل می‌دهند.



فصلنامه علمی - پژوهشی

۱۵۴

دوره هشتم

شماره ۴

زمستان ۱۳۹۴

جدول ۲. توزیع فراوانی تحصیلات زنان حوزه پژوهش در کشور ایران و تاجیکستان

تحصیلات														دو گروه	
کل		کارشناسی		کاردانی		دیپلم		زیردیپلم		راهنمایی		ابتدایی			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	۳/۴	۱	۶/۷	۲	۱۳/۳	۴	۳۰	۹	۳۳/۳	۱۰	۱۳/۳	۴
۱۰۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶/۷	۲	۴۳/۳	۱۳	۵۰	۱۵

بر اساس جدول فوق سطوح مختلف تحصیلات در دو حوزه تحقیق، بالاترین سطح سواد برای زنان ایران کاردانی با ۳/۴ درصد است و برای زنان تاجیک مقطع راهنمایی با ۶/۷ درصد است که برای زنان ایران در همین سطح ۳۰ درصد است. میزان بی سواد در زنان دو حوزه تحقیق به ترتیب برای ایران ۱۳/۳ درصد و برای تاجیکستان ۵۰ درصد است. همچنین سواد زنان در سطح ابتدایی در ایران ۳۳/۳ درصد و در تاجیکستان ۴۳/۳ است.

## ب) یافته‌های تحلیلی

جدول ۳. تشابهات و تفاوت‌های عوامل مؤثر فرهنگی-اجتماعی و روان‌شناختی زنان اقدام‌کننده به خودکشی به ترتیب اهمیت

ردیف	زیرعواملها	ایران	تاجیکستان
۱	خشونت خانگی	خشونت‌های فیزیکی، جنسی و روانی؛ کتک زدن، لگد زدن، کشیدن موهای سر، سوءاستفاده جنسی، تحقیر و دشنام و ترک بستر کوتاه‌مدت، تحقیر و دشنام توسط شوهر.	خشونت‌های فیزیکی، جنسی و روانی، کتک زدن، لگد زدن، کشیدن موهای سر، سوءاستفاده جنسی، تحقیر و دشنام و ترک بستر توسط شوهر به صورت طولانی مدت.
۲	القای فرهنگی	زمینه ذهنی تهدید به خودکشی و خودسوزی از دوران کودکی به عنوان گفتار غالب والدین در مشاجرات خانوادگی عادی بوده است.	زمینه ذهنی تهدید به خودکشی و خودسوزی از دوران کودکی به عنوان گفتار غالب والدین در مشاجرات خانوادگی عادی بوده است.
۳	روابط سرد خانوادگی	ازهم گسستگی عاطفی بین اعضای خانواده، مخصوصاً فقدان روابط عاطفی بین زنان متحر با شوهرانشان.	ازهم گسستگی عاطفی بین اعضای خانواده، مخصوصاً فقدان روابط عاطفی بین زنان متحر با شوهرانشان.
۴	ازدواج اجباری	ازدواج تحمیلی به زنان از سوی خانواده پدری آنها و معمولاً ازدواج با خویشان و محدودیت آنها در خانواده.	ازدواجی که مبتنی بر میل و رغبت شخصی زنان نیست با تفاوت سنی بیش از بیست سال و محدودیت بیش از حد در رفت و آمد (گاه تا یک سال مانع بیرون رفتن او از خانه می‌شوند).
۵	مسئولیت‌های بیش از اندازه	توقع بیش از اندازه کار در منزل بدون توجه به توانمندی‌های جسمی-روانی.	بر عهده گرفتن وظایف همسر و خویشان همسر. مطیع امر مادر شوهر (خوش‌دامن) نظافت منزل به صورت کاملاً سستی
۶	فقدان حریم خصوصی	در تمام روز فضای فیزیکی با خانواده همسر مشترک است، در امور خصوصی دخالت می‌کنند.	در تمام شبانه روز، فضای فیزیکی با خانواده شوهر مشترک است. مادر شوهر (خوش‌دامن) حاکمیت مطلق در امور عروس را دارد.
۷	چندهمسری	وضعیتی که در آن مرد، در زمان واحد بیش از یک همسر دارد.	چندهمسری وضعیتی است که در آن مرد در زمان واحد بیش از چند همسر غیررسمی دارد که در تاجیکستان علی‌رغم غیرقانونی بودن، مرسوم است.
۸	تعصبات نامعقول ناموس پرستی	تعصبات نامعقول متعصبانه درباره زنان که ریشه در باورهای گذشته قومی و روابط اجتماعی فرهنگی درهم تنیده و طایفه‌ای دارد.	به علت سوءظن شدید، شوهران به زنانی که کمتر از شانزده سال دارند، اجازه خروج از خانه را نمی‌دهند. در نتیجه تعصب شدید، حتی مانع دفن زن متحر مسلمان، در گورستان مسلمانان می‌شود.
۹	فقدان ارتباط مناسب بین نسل‌ها	عدم توجه به خواسته‌های زنان و فقدان درک احساسات آنها، که ریشه در تبعیض جنسیتی در دوران کودکی دارد.	عدم توجه به خواسته‌های زنان و فقدان درک احساسات آنها، که ریشه در تبعیض جنسیتی در دوران کودکی دارد.



یافته‌های حاصل از این پژوهش بر اساس جدول شماره ۳ بیانگر متغیرهایی است که کارکردهای مشابه و متفاوتی را در دو میدان تحقیق دارند. از جمله خشونت خانگی که زنان دو گروه تجربه کرده‌اند؛ با این تفاوت که زنان تاجیک به‌علت سفرهای طولانی مدت همسرانشان خشونت مضاعفی را از طرف خانواده همسر مخصوصاً مادرشوهر (خوش‌دامن) تجربه می‌کنند. در حوزه تحقیق ما در ایران، مردان به‌ندرت خانواده را ترک می‌کنند، ولی به جایگاه زن توجهی ندارند و همواره زنان را از اهانت، تحقیر و گاه کتک زدن بی‌بهره نمی‌گذارند. متغیری که بین هر دو حوزه تقریباً مشترک عمل می‌کند، القای فرهنگی و روابط سرد خانوادگی است. دختران از همان دوران کودکی در مقایسه با پسران محبت کمتری دریافت می‌کنند و همواره با تبعیض مواجه هستند و بهترین دوران کودکی و نوجوانی خود را با کلمات تهدیدآمیز مادر مبنی بر خودکشی یا خودسوزی می‌گذرانند. در مقوله ازدواج در هر دو حوزه، با دختران خود ناعادلانه برخورد می‌کنند، اما زنان تاجیک با شدت عمل بیشتری برای ازدواج تحمیلی مواجه هستند؛ زیرا آنها را در زیر شانزده‌سالگی به مردانی می‌دهند که متأهل هستند، چند فرزند دارند و گاه تفاوت سنی آنها از پانزده یا بیست سال هم می‌گذرد. در ارتباط با مسئولیت بیش از اندازه نیز به زنان تاجیک ظلم بیشتری روا می‌شود؛ آنها یا به حرفه رفتگری مشغول هستند یا در مزرعه پنبه‌کاری می‌کنند و یا واسطه فروش نان در محله یا میدین هستند و در کنار آن وظیفه نگهداری از مادرشوهر، خواهران و برادران شوهر (اگر مجرد باشند) را نیز برعهده دارند. از طرفی آنها فاقد حریم خصوصی هستند، زیرا در یک خانه کوچک و پرجمعیت به‌صورت خانواده گسترده زندگی می‌کنند و به‌شدت از این بابت در رنج هستند. در ایران نیز مشابه این رفتار مشاهده می‌شود، اما از شدت کمتری برخوردار است. باین‌حال، اعتراض زنان ایران بیشتر و مطالباتشان افزون‌تر است. در دو حوزه تحقیق چندهمسری محسوس است، با این تفاوت که در ایران به‌صورت پنهانی و در حالت صیغه انجام می‌گیرد، اما در تاجیکستان علی‌رغم منع قانونی و تأکید بر تک‌همسری، مردان اقدام به ازدواج مجدد می‌کنند و همسران آنها زندگی مشترکی دارند. در این خصوص یک تفاوت اساسی با ایران، این است که مردان هرگاه اراده کنند از همسرشان جدا شوند، تنها با تکرار سه بار عبارت طلاق دادم، طلاق جاری می‌شود و پیوند زناشویی قطع می‌گردد. یکی از متغیرهایی که بین دو حوزه تحقیق مشترک است، فقدان ارتباط مناسب بین نسل‌ها است. در ایلام به‌علت زندگی عشیره‌ای و نظام مردسالاری، مردان کمتر حاضر به تغییر در اندیشه خود هستند و انتظارشان همان تفکری است که از پدران خود دریافت کرده‌اند، گویی



دو گروه در دو دنیای متفاوت زندگی می‌کنند. پسران از فضای آزادی برخوردارند، اما دختران و زنان با محدودیت شدید مواجه هستند. در کنار این خشونت روانی، زنان دیگر خشونت‌ها را نیز تجربه می‌کنند؛ از جمله خشونت کلامی و جسمی در فضایی فاقد صمیمیت.

یکی از مصاحبه‌کنندگان ایرانی (۲۱ ساله) می‌گوید: تا می‌خواهم از حقم دفاع کنم، همسرم بی‌اعتنایی می‌کند و مرا وادار به سکوت می‌نماید، اما وقتی به تنگ می‌آیم تا می‌خواهم دهن باز کنم، تو دهنم می‌زندی، دشنام می‌دهی، موهابیم را می‌کشد و گاه تا دو هفته با من قهر می‌کند.

یک زن تاجیکی نوزده‌ساله در مورد خشونت خانگی با چهره‌ای رنگ‌پریده می‌گوید: در مدت دو سالی که ازدواج کردم همسرم مدت کوتاهی در کنار من بوده. او برای کار به قزاقستان می‌ره وقتی از او توقع محبت دارم فریاد می‌زنه و میگه همین که نونت میدم بس نیست؟ وقتی گریه می‌کنم همسرم دشنام می‌ده و مرا به دیوار می‌کوبه. دیگه از زندگی خسته شدم.

## ۱. القای فرهنگی

تجربه‌های دوران کودکی و زندگی باعث شکل‌گیری طرح‌واره‌ها در ذهن افراد می‌شود؛ یعنی همان قالب فکری و آنچه به‌وسیله آن دنیا را می‌بینیم و از طریق آن، رفتار دیگران را معنا می‌کنیم و به اتفاقاتی که پیرامون ما رخ می‌دهد، معنا می‌بخشیم. بر این اساس کودکان ایرانی در استان ایلام و کودکان تاجیکی در شهرها و توابع تاجیکستان، با الگوی تهدیدآمیز والدینی مواجه می‌شوند که با هر درگیری خانوادگی، به‌راحتی واژه خودکشی را همواره تکرار می‌کنند و کودکان با این طرح‌واره ذهنی بزرگ می‌شوند. دختری نوزده‌ساله از ایلام می‌گوید:

وقتی که بچه بودیم مادرم همیشه وقتی با بابام دعوا می‌کرد، تهدید به خودکشی می‌کرد، می‌گفت خودمو می‌سوزانم، اینواز زبان خاله‌ها و عمه‌هام هم شنیده بودم.

در بین زنان تاجیک نیز اشکال مختلفی از تهدید به خودکشی وجود دارد. تهدید به خودکشی در بین زنان جوان و حتی کودکان نیز به‌شکلی عام وجود دارد.

من خیلی از زبان زنان فامیل و یا همسایه‌هامون می‌شنیدم که آرزوی مرگ می‌کردند، توی خونه ما هم بارها از زبان مادرم و پدرم شنیده بودم که آرزوی مرگ می‌کردن تا از دست مشکلات خلاص بشن (زن بیست‌ساله تاجیک).

## ۲. روابط سرد خانوادگی

انسان ذاتاً نیازمند دریافت محبت و زندگی در یک محیط صمیمی و بانشاط است. انسان



رویدادها و عوامل محیط خود را درک می‌کند و در ذهن خود به آنها معنا می‌دهد و این برداشت فرد از آن چیزی است که بر ادراک فرد از جهان و رفتارش تأثیر می‌گذارد. در یک خانواده سرد و غیرصمیمی، با اقتداری مردانه و توأم با خشونت افراد به‌ناچار در چنین شرایطی از ابراز احساس خود در برابر سردی و بی‌مهری عاجز می‌مانند. چون توان رویارویی با این مشکل را ندارند و سکوتی دردناک را تجربه می‌کنند که یکی از تبعات آن خودکشی است. دختری هجده‌ساله از ایلام می‌گوید:

«در اغلب خانواده‌های ایلامی پدر دستور می‌دهد و ما نفعمان بند می‌آید. هیچ اختیاری از خود نداریم هیچ‌وقت پدرم به من نگفت عزیزم، مخصوصاً از وقتی که اقدام به خودکشی کردم. مادرم هم فقط یاد گرفته نفرین کنه.»  
«در تاجیکستان با زنان متحر مثل به غریبه و نفرین شده رفتار میشه، به همین خاطر روزها خیلی سخت می‌گذره (زن هفده‌ساله تاجیک)»

### ۳. ازدواج اجباری

در فرهنگ عشیره‌ای ایلام ازدواج زودهنگام را بر دختران تحمیل می‌کنند؛ به‌ویژه ازدواج با خویشان پدر. در فرهنگ تاجیکستان هم براساس باورهایشان ازدواج را بر دختران خود در سنین پایین و اغلب زیر شانزده سال تحمیل می‌کنند؛ با این تفاوت که اغلب اوقات آنها با مردانی ازدواج می‌کنند که تفاوت سنی بسیار دارند. گاه این تفاوت از بیست سال نیز می‌گذرد. در چنین شرایطی عروس کم‌سن و سال با یک یا دو هُووی خود در یک خانواده گسترده به زندگی ادامه می‌دهد.

«من مثل بچه‌ها بودم. شوهرم رو دوست نداشتم، خیلی زود با هم درگیر شدیم و اون همش من رو کتک می‌زد، ازش طلاق گرفتم و پیش پدرم برگشتم، رفتارهای خشونت‌آمیز پدرم باعث شد که خیلی زود دوباره ازدواج کردم» (زن ایرانی ۲۳ ساله).

«به نظر خودم خیلی زود ازدواج کردم. اما گیر یک آدم فقیر افتادم که زن و بچه داشت. اوایل باهام خیلی خوب بود، منم فقیری و بی‌پولی رو تحمل می‌کردم، ولی کم‌کم با مشت و لگد به جانم می‌افتاد، منم دیگه تحمل نداشتم، رفتم و خودسوزی کردم» (۲۱ ساله تاجیک).

### ۴. مسئولیت بیش‌ازاندازه

تفاوت اساسی در مسئولیت بیش‌ازاندازه در ایران در مقایسه با تاجیکستان، نبود امکانات





اولیة الکترونیکی است که مشکلات زنان را مضاعف کرده است. به زنان ایلامی و تاجیک مسئولیت‌های سنگینی در خانواده تحمیل می‌کنند که گاه توان انجام آن را ندارند. منظور از تحمیل، واداشتن کسی به انجام کاری یا پذیرش چیزی برخلاف میل او و بیش از توان او است. چنان‌که زن ۲۱ ساله ایرانی می‌گوید:

«ما زندگی عشیره‌ای داریم. زحمت من خیلی زیاده. جور خانواده شوهر را هم باید بکشم، ولی چه فایده، نه تنها قدر نمی‌دانند بلکه انگار که خدمتکار آوردن. همسر هم در برابر خانواده اش عکس‌العملی نشان نمیده. خودکشی کردم شاید دلشان به رحم بیاد. نیامد هیچی، تازه بدتر هم شده.»

و در همین زمینه یک زن سی ساله تاجیک چنین شکوه می‌کند:

«کار کردن در مزرعه پنبه به عهده گرفتن وظایف خوش‌دامن، لباس شستن و غذا پختن و جارو کردن بی‌آنکه وسیله برقی داشته باشیم خیلی عذاب‌آور. انسان به جایی می‌رسد که می‌گه خودمو بکشم راحت بشم»

#### ۵. فقدان حریم خصوصی

در خانواده‌های گسترده زن و مرد و فرزندان و فرزندان پسر، پس از ازدواج در همان خانه پدری زندگی می‌کنند. این مورد در تاجیکستان در مقایسه با ایران شدت بیشتری دارد. لذا در چنین شرایطی، زنان از هرگونه فضای خصوصی محروم هستند و همواره در رنج و عذاب زندگی می‌کنند. آنها نیاز خود را چنین بیان می‌کنند:

«همیشه آرزوی یه اتاق برای خودم داشتم. اینکه وسایلم مال خودم باشه، از اینکه با خانواده شوهرم زندگی می‌کنم خسته شدم» (۲۳ ساله ایران).

زنان تاجیکستان بیش از زنان ایران از نبود حریم خصوصی آزار می‌بینند:

«هیچ جایی هم نداریم تا یک لحظه آسوده و راحت به دور از دیگران در مورد زندگی خودمان فکر کنیم. به جز من هستند زنان دیگه‌ای که به خاطر نداشتن حریم خصوصی و درگیری با مادرشوهر و بقیه عروس‌های توی خونه دست به خودکشی زده‌اند (زن نوزده ساله تاجیک).»

#### ۶. چندهمسری

اگرچه در تاجیکستان از نظر قانون مردان فقط یک همسر می‌توانند داشته باشند، اما آنها معمولاً با دور زدن قانون اقدام به ازدواج دوم و سوم می‌کنند، بی‌آنکه موارد ازدواج جنبه قانونی داشته





باشد و یا به ثبت برسد. متأسفانه در هنگام جدایی نیز فقط با سه بار تکرار عبارت طلاق دادم از طرف شوهر، جدایی ایجاد می‌شود. لذا زنان در تاجیکستان همواره در حالت ترس و اضطراب زندگی می‌کنند و در برابر هر ظلم و استبداد همسر سکوت می‌کنند، مبادا واژه طلاق از دهان همسرشان بیان شود. اما در ایران طبق ضوابط خاصی مردان اقدام به ازدواج دوم می‌کنند، هرچند برخی ازدواج مجدد خود را از طریق جاری شدن صیغه انجام می‌دهند، که در مجموع برای همسر اول قابل تحمل نیست. یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید:

«از شوهرم و از زن جدیدش به شدت متنفرم. او به من خیانت کرد، بدون اینکه بفهمم با یکی دیگه ازدواج کرده بود. برای همین اعصابم بهم ریخت و خودکشی کردم حیف که زنده ماندم» (۲۷ ساله ایلام).  
«از وقتی فهمیدم شوهرم زن گرفته احساس پوچی کردم. با اینکه پدرم هم به مادرم خیانت کرد و زن گرفت، خانواده‌ام گفتند چه اشکالی داره برو بساز. ساختن همان و خودکشی همان. اما حیف که نمردم» (زن ۲۵ ساله از تاجیکستان).

#### ۷. تعصبات نامعقول

تعصبات نامعقول و افراطی در هر دو حوزه تحقیق وجود دارد، با این تفاوت که در تاجیکستان بر اساس باورهایشان از دفن زنان مسلمان متحر در گورستان مسلمانان جلوگیری می‌کنند. یکی از زنان حوزه تحقیق در ایران معتقد است:

«ما زنان از همان زمانی که بچه بودیم اجازه نداشتیم با پسر دایی یا پسر عمه و یا با پسرخاله گفت‌وگو داشته باشیم. حالا هم که شوهر کردیم انگار اسیر آوردن. اجازه نمیدن لباس رنگ روشن بپوشیم. می‌گن مردها نگاهتان می‌کنن. زندگی خیلی خسته‌کننده شده».

و یک زن تاجیک ۲۵ ساله می‌گوید:

«تازه عروس بودم پانزده سالگی ازدواج کردم. در خانه حبس شده بودم خودکشی ناموفق کردم. شوهرم می‌گوید اگر می‌مردی تو را هم در قبرستان مسلمانان دفن نمی‌کردیم، انگار هر لحظه به طرفم تیر شلیک می‌کنن، ولی ای کاش می‌مردم واز سوءظن بی‌مورد همسرم نجات پیدا می‌کردم».

#### ۸. فقدان ارتباط مناسب بین نسل‌ها

تضاد رفتاری سالمندان با دختران و زنان جوان، محدودیت در رفت‌وآمد با خویشان، احساس

تنهایی و احساس حقارت، پیامد یک رابطه تبعیض آمیز در خانواده است که حاصل تداوم آن انزوا و احساس تنهایی و در نهایت میل به خودکشی است. این موضوع می تواند گریز از زندگی را به دنبال داشته باشد. این رابطه تبعیض آمیز به ویژه در خانواده های عشیره ای قابل مشاهده است.

«بچه بودم خانواده ام رابطه سرد با هم داشتن. در کنارش به من به عنوان دختر بی اعتنا، انگار اضافی بودم ولی به برادرم اهمیت می دادند تا جایی که برادرم بی خودی سرم داد می زد. حالا هم شوهرم انگار مرا فقط برای تو رختخواب می خواد. حالا هم که خودکشی ناموفق داشتم رابطه زناشویی اش هم با من خیلی ضعیف شده. به شدت احساس تنهایی می کنم» (زن ۲۹ ساله ایرانی).  
«فقط تا میتونم تحقیر می کنن دریغ از یک رابطه گرم و صمیمی. آخه دوست داشتم مادرم مثل برادرم منو دوست داشت. انگار اضافی بودم. شوهرم دادن. بددهنه اذیتم می کنه. گفتم خودمو می کشم، گفت جهنم. فکر کردم مانع میشه، نشد خودمو کشتم، ولی حیف که زنده ماندم» (زن ۲۴ ساله تاجیک).

## بحث و نتیجه گیری

بنابر آنچه بیان شد عوامل اجتماعی مؤثر در خودکشی زنان در دو کشور تاجیکستان و ایران عبارت اند از عوامل اجتماعی بیرون از خانواده (احساس فقر نسبی، القای فرهنگی و تعصبات نامعقول ناموس پرستی) و عوامل اجتماعی درون خانواده (فقدان ارتباط مناسب بین نسل ها، خشونت خانوادگی، فقدان حریم خصوصی در محل زندگی، روابط سرد خانوادگی، ازدواج اجباری، تجربه عشقی ناموفق و چند همسری).

القای فرهنگی به عنوان یک متغیر اجتماعی- بومی در این پژوهش با استدلال دورکیم (دورکیم، ۱۳۷۸) که معتقد بود در جامعه و گروه های اجتماعی، نیروها و فشارهایی وجود دارند که عمل خودکشی را تشویق یا تقبیح می کنند و خودکشی از عوامل و نیروهای اجتماعی برمی خیزد، هم خوان است. در زمان پژوهش دورکیم، فرایند تغییر و تحول گذار از جامعه سنتی به مدرن بر جامعه اروپایی حاکم بود. این وضعیت دقیقاً منطبق بر جامعه زنان مورد نظر در این مطالعه است. کشورهای ایران و تاجیکستان در دوران گذار از سنت به مدرنیته قرار دارند. مسئولیت بیش از اندازه، تعصبات نامعقول ناموس پرستی، خشونت خانوادگی، فقدان حریم





خصوصی در محل زندگی، روابط سرد خانوادگی، ازدواج اجباری، تجربه عشقی ناموفق و چندهمسری به عنوان علل خودکشی از دیدگاه فمینیسم قابل تبیین است. از نظر فمینیست‌ها زنان با بی‌عدالتی و نابرابری روبه‌رو شده‌اند (کارن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲) و مردان آزادی زنان را محدود کرده‌اند (کانتو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵). به اعتقاد بتی فریدان<sup>۳</sup> (به نقل از مشیرزاده، ۱۳۸۲) زنان اسیر نوعی شیوه زندگی هستند که مجال برای دستیابی به هویت مستقل برای‌شان باقی نمی‌گذارد. فمینیسم لیبرال بر این اصل اساسی تأکید می‌کند که زنان در طول تاریخ به لحاظ حقوقی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی در وضعیت برابری با مردان قرار نداشته‌اند. از این رو، وجود خودکشی بیشتر در میان زنان در مقایسه با مردان، امری تصادفی نیست. زیر سلطه و جنس دوم بودن زنان، نقش مهمی در گستردگی خودکشی در بین آنها دارد. حبس شدن زن در خانه، عدم امکان مشارکت در مسائل اساسی خانواده و طایفه، سرکوب خواسته‌ها و علایق زن، ازدواج‌های اجباری، اعمال خشونت‌های طاقت‌فرسا، سوءاستفاده‌های جنسی و بسیاری از مواردی دیگر نتیجه شرایطی است که در آن زنان مورد ستم و تبعیض قرار می‌گیرند. زنان اقدام‌کننده به خودکشی در جوامع مردسالار و پدرسالاری مانند ایران و تاجیکستان در معرض ستم و ظلم روزانه و مداوم هستند. در این جوامع زنان مسائل و مشکلاتی دارند که برای مردان مهم نیست و به آن توجه نمی‌شود و یا اصلاً درکی از مسائل آنها ندارند. رفتار مردان با زنان به گونه‌ای است که زنان تنها می‌توانند در دنیای مردانه زندگی معمولی داشته باشند و در صورتی که به هویت خود برگردند و یا بر نگاه زنانه خود پافشاری کنند، با اشکال مختلفی از خشونت، از استهزا و تمسخر گرفته تا کتک و حتی کشته شدن روبه‌رو می‌شوند. فرایند هویت مشخص می‌کند که فرد از لحاظ روانی و اجتماعی کیست و چه جایگاهی دارد؛ به بیان دیگر، هویت‌یابی، کنشگر اجتماعی را قادر می‌سازد که برای پرسش‌های بنیادی معطوف به کیستی و چیستی خود پاسخ مناسب و قانع‌کننده‌ای پیدا کند (شاه‌آبادی و ابراهیم‌آبادی، ۱۳۹۰). بحران هویت فرهنگی به معنای گسستن و بیگانه شدن انسان از اصل و ریشه‌های فرهنگی است که در آن زیسته و با آن آمیخته و نیاز به پیوستن به اصل و ریشه‌های فرهنگی دیگر دارد که در قالب فراموشی و یا کم‌ارزش دانستن فرهنگ و آداب و رسوم فردی و بی‌توجهی به آن بروز می‌یابد (حاتمی و مذهبی، ۱۳۹۰). در چنین شرایط بن‌بستی است که زن اقدام به خودکشی می‌کند. سلامت روانی (با متغیرهای تحقیر،

1. Karen
2. Canetto
3. Friedan

احساس بی‌ارزشی و انواع خشونت‌ها و طرح‌واره خودکشی شکل گرفته از دوران کودکی) زنان منتحر ایرانی و زنان منتحر تاجیکی در معرض خطر است. روان‌شناسان علت عمده خودکشی را افسردگی می‌دانند. بر اساس DSM<sup>1</sup> (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) وجود خلق افسرده سبب می‌شود که افراد دارای ملاک‌ها و نشانگان مشخصی باشند که سلامت عمومی آنها را به شدت تهدید می‌کند.

در نهایت خودکشی را نه می‌توان یک عمل فردی آگاهانه و با میل و اراده فردی به حساب آورد و نه می‌توان آن را محصول نیروهای اجتماعی دانست؛ بلکه می‌توان باور داشت که خودکشی محصول جمع شدن همه عوامل فرهنگی-اجتماعی و روانی و حاصل تعامل بین فرد و زمینه اجتماعی اوست.



## منابع

اسدیبگی، حسین (۱۳۹۰). خودکشی در ایران و جهان. تهران: دفتر امور آسیب‌دیدگان. قابل دست‌یابی در وب‌گاه reyhanehsaadat.ir/shares/khod%20koshi.doc، 5/1/93.

اشنایدمن، ادوین. (۱۳۸۳). روانشناسی خودکشی (ذهن خودکشی‌گر). (ترجمه مهرداد فیروزبخت)، تهران: رسا. بختیارنژاد، پروین (۱۳۷۸). زنان خودسوخته ایلام و خوزستان. تهران: انتشارات آگاه.

حاتمی، محمدرضا و مذهبی، سارویه (۱۳۹۰). رسانه و نگرش زنان به هویت جنسی خود. فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران، ۴ (۲)، ۱۸۵-۲۰۹.

دورکیم، امیل (۱۳۷۸). خودکشی، جنبه‌های جامعه‌شناسی. (ترجمه نادر سالارزاده امیری)، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.

رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۸۰). توسعه و تضاد. تهران: شرکت سهامی انتشار، چاپ پنجم.

زارع شاه‌آبادی، اکبر و ابراهیمی، مهدی (۱۳۹۰). بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با بحران هویت فرهنگی در بین دانش‌آموزان دبیرستانی تبریز. فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران، ۴ (۴)، ۲۲۸-۲۰۷.

صدیق سروستانی، رحمت‌الله (۱۳۸۱). آسیب‌شناسی اجتماعی، جامعه‌شناسی انحرافات. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

علی‌وردی، اکبر (۱۳۷۳). بررسی تطبیقی میزان خودکشی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

فروم، اریک (۱۳۸۵). سرشت راستین انسان. (ترجمه فیروز جاوید)، تهران: نشر اختران.

فلیک، اووه (۱۳۸۷). درآمدی بر تحقیق کیفی. (ترجمه هادی جلیلی)، تهران: نشر نی.

فولادی، عزت‌الله (۱۳۸۱). استراتژی‌ها و برنامه‌های پیشگیری از خودکشی. تهران: نجم‌اندیش.

محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۷۲). بررسی علل و عوامل مؤثر بر افزایش نرخ خودکشی در استان ایلام. استناداری ایلام، دانشگاه تهران.

محسنی، منوچهر (۱۳۶۶). انحرافات اجتماعی: انگیزه‌ها و علل خودکشی. تهران: نشر مروی.

محمدرضا، احمد (۱۳۸۳). خودکشی پدیده‌ای اجتماعی و چندبعدی. در: خودکشی، مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران. جلد چهارم، تهران: نشر آگه.

مشیرزاده، حمیرا (۱۳۸۲). تاریخ دو قرن فمینیسم. تهران: نشر و پژوهش شیرازه، ج اول.

یزدخواستی، گیسو؛ قاسمی، وحید و وحید، فریدون (۱۳۹۰). رابطه تماس‌های بین‌فرهنگی و هوش فرهنگی: تحلیل نظری و تجربی. فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران، ۴ (۲)، ۱۶۲-۱۳۳.

Baune, B., & Hay, P. (2006). Suicide rates & antidepressant prescribing: A casual or causal relationship. *PLOS Medicine*, 3(6), 220.

Blumenthal, S., & Kupfer, D. (1990). *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, & treatment of suicidal patients*. Wash., DC: Amer. Psych.Press.

Brandt, R. (1975). *The morality & rationality of suicide*. in A Handbook for the Study of





- Suicide, S. Perlin (ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Brown, P. (2001). Choosing to die: A growing epidemic among the young. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (12), 1175-1177.
- Campbell, R., & Collinson, D. (1988). *Ending lives*. Oxford: Basil Blackwell.
- Camus, A. (1955). *The myth of sisyphus*. London: Hamish Hamilton.
- Canetto, S. S. & Lester .D. (1995). *Women & suicidal behavior*. New York, NY: Springer, 1995.
- Carstairs, G. M. (1973). Foreword, in E. Stengel, *Suicide & Attempted Suicide*. Harmondsworth: Penguin (revised edition with revisions).
- Cholbi, M. (2002). Suicide intervention & non-ideal Kantian theory. *Journal of Applied Philosophy*, 19: 245-259.
- Cupples, L. A., Heeren, T., Schatzkin, A., & Colton, T. (1984). Multiple testing of hypothesis in comparing two groups. *Annals of Internal Medicine*, 100 (1), 122-129.
- Darwin, C. (2009). *The origin of species by means of natural selection or, the preservation of favored races in the struggle for life*. W. F. Bynum (Ed.). AL Burt.
- Dolard, J. (1939). *Frustration & aggression*. new haven, 27 & 76.
- Durkheim, É. (1952). *Suicide: A study in sociology*. Translated by John A. Spaulding and George Simpson. 1952. Reprint, New York: Free Press, 1989.
- Ebrahimi, A. E.; Moulavi, H.; Mousavi, S. G.; BornaManesh, A. & Yaghoubi, M. (2007). Psychometric properties & factor structure of general health questionnaire 28 (GHQ-28) In Iranian psychiatric patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 5 (1), 5-12.
- Fernquist, R. M. & Cutright, P. (1998). Social integration & age- standardized suicide rate in 21 developed countries, 1955-1989. *Social Science Research*, 27 (2), 109-127.
- Glasser, W., & Breggin, P. (2000). *Counseling with choice theory: The new reality therapy*. New York: Harpar Collins.
- Graber, G.C. (1981). *The rationality of suicide in, suicide & euthanasia: The rights of personhood*. S. Wallace & A. Eser (eds.), 51-65, Knoxville: U.Tennessee Press.
- Haarr, R. N. (2010). Suicidality among battered women in Tajikistan. *Violence Against Women*, 16(7), 764-788.
- Harris, C. (2004). *Control & subversion: Gender relations in Tajikistan*. London: Pluto Press.
- Hewitt, J. (2010). Rational suicide: Philosophical perspectives on schizophrenia. *Medicine, Health Care & Philosophy*, 13(1), 25-31.
- Karen, S. A. (1992). Always leading our men in service & sacrifice: Amy jacques garvey, feminist black nationalist. *Gender & Society*, 6, 346-375.
- Kupfer, J. (1990). Suicide: Its nature & moral evaluation. *Journal of Value Inquiry*, 24, 67-81.
- Latypov, A. (2009). Revisiting female suicide in muslim Tajikistan: Religious, cultural & public health perspectives. *In China & Eurasia Forum Quarterly*, 7 (3), 31-61.

- Lebacqz, K. & Engelhardt, H.T.(1980). *Suicide, in death, dying & euthanasia*. D.J.Horan & D. Mall (eds.). Frederick, Md.: Aletheia.
- Lieberman, L. (2003). *Leaving you: The cultural meaning of suicide*. Chicago: Ivan R. Dee.
- Lowry, M. E. (1984). *Major depression; prevention & treatment*. St. Louis: Warren Green inc.
- Maris, D.W. (1991). A developmental perspective of suicide. In A. Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide: Time-lines in the suicide process*. 25–38. New York: Plenum.
- Maris, R.W. (1979). *Social forces in urban suicide*. Home wood, IL, Dorsey Press, 159-180
- Marozzi, M. (2014). Multivariate tests based on interpoint distances with application to magnetic resonance imaging. *Statistical Methods in Medical Research*. Doi: 10.1177/0962280214529104.
- McManners, J. (1981). *Death & the enlightenment: Changing attitudes to death among christians & unbelievers in eighteenth-century France*. Oxford University Press.
- Milner, A., McClure, R., & De Leo, D. (2012). Globalization & suicide: An ecological study across five regions of the world. *Archives of Suicide Research*, 16 (3), 238-249.
- Mishara, B. L., & Weisstub, D. N. (2005). Ethical & legal issues in suicide research. *International Journal of Law & Psychiatry*, 28(1), 23-41.
- Mundt, A.; Kliewe, T.; Yayla, S.; Ignatyev, Y.; Busch, M. A.; Heimann, H., Heinz A., Rapp MA., Schouler-Ocak M., Ströhle A., & Aichberger, M. C. (2012). Social characteristics of psychological distress in disadvantaged areas of Berlin. *International Journal of Social Psychiatry*, 60 (1), 75-82, doi: 10.1177/0020764012464017.
- Newman, I., & Benz, C. R. (1998). *Qualitative-quantitative research methodology: Exploring the interactive continuum*. SIU Press.
- Papalia, D. E & Olds, S.W. (1988). *Psychology*. New York: Mc Graw-Hill book company.
- Pedahzur, A., & Perliger, A. (2006). The changing nature of suicide attacks: A social network perspective. *Social Forces*, 84 (4), 1987-2008.
- Porterfield, A. L. (1968). *The problem of suicide*", in *svicide*, ed. Jack P. Gibbs (ed) suicide. New York: Harper & Row, 51.
- Ritzer, G. (1988). *Sociological theory*. Mc Graw- Hill Publishing Company.
- Runeson, B. (1989). Mental disorder in youth suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(5), 490-497.
- Sheikhazadi, A., Saberi Anari, S. H. & Ghadyani, M. H. (2010). Nonfire carbon monoxide-related deaths: A survey in Tehran, Iran (2002-2006). *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 31(4), 359-363 Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20890171>.
- Shneidman, E. S. (1987). *A psychological approach to suicide*. In American Psychological Association Convention, Aug, 1986, Washington, DC, US; This chapter is based upon one of the 1986 Master Lectures that were presented at the aforementioned convention. American Psychological Association.
- Stack, S. (1982). Suicide: A decade review of the sociological literature. *Deviant Behaviour* 4, 41–66.





- Stack, S., Wasserman, I., & Kposowa, A. (1994). The effects of religion and feminism on suicide ideology: An analysis of national survey data. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 110-121.
- Stoff, D.M. & Mann, J.J. (1997). *The neurobiology of suicide: From the bench to the clinic*. Annals of the New York Academy of Sciences, 836.
- Wertheimer, A. (2004). *A special scar: The experiences of people bereaved by suicide*. Routledge.
- Wetzel, J.w. (1984). *Clinical handbook of depression*. New York: Gardner press.
- Krug E; Dahlberg L.L.; Mercy J.A.; Zwi A.B.; Lozano R., eds. (2002). World report on Violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zumbo, B.; Gadermann, A. & Zeisser, C. (2007). Ordinal versions of coefficient alpha & theta for likert scale. *The Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 6 (1), 21-29.



# Comparison of Effective Socio-Cultural and Psychological Factors in Women Suicide in Iran and Tajikistan

Received Date: Jul. 5, 2015

Accepted Date: Jan. 21, 2016

S. Abolhassan Ryazi<sup>1</sup>

Banou Dokht Najafianpour<sup>2</sup>

## Abstract

The purpose of the present research was to study socio-cultural and psychological effective factors contributing to suicide, as well as comparing these factors among Iranian and Tajik women who attempted suicide. The present study was a qualitative study in which 60 patients (30 from each country) participated. Each of these participants went through an in-depth interview. Results of the study showed that the most important factors considering suicide attempt in both groups were as follows: domestic violence, cultural induction, family cold relations, forced marriages, too much responsibility, lack of privacy, polygamy, irrational biases and lack of communication between generations. Tajik men, despite the law of monogamy, prefer polygamy and marry more than one woman. Tajik people also, prohibit burring body of a woman who is dead after a suicide attempt in Muslim cemetery.

**Keywords:** Women, Suicide, Socio-Cultural Factors, Mental Health, Tajik, Iranian



Cultural Research

21

Abstract

---

1. Assistant Professor, Institute for Social and Cultural Studies. [riazi@iscs.ac.ir](mailto:riazi@iscs.ac.ir)

2. Faculty Member of Psychology Department, Islamic Azad University, Karaj Branch  
(Corresponding Author). [najafianpour@kiaou.ac.ir](mailto:najafianpour@kiaou.ac.ir)



## Bibliography

- Aliverdi, A. (1373 [1994 A.D]). *Barresi-e tatbiqi-e mizān-e xudkoši*. (Pāyān nāmeḥ-ye kāršenāsi-e aršad). Tehrān: Dānešgāh-e Tarbiat Modares.
- Asadbeygi, H. (1390 [2011 A.D]). *Xudkoši dar Irān va jahān*. Tehrān: Daftar-e Omur-e Āsib didegān, Retrieved from: reyhanehsaadat.ir/shares/khod%20koshi.doc.
- Baune, B., & Hay, P. (2006). Suicide rates & antidepressant prescribing: A casual or causal relationship. *PLOS medicine*, 3(6), 220.
- Baxtiār Nežād, P. (1378 [1999 A.D]). *Zanān-e xudsuxteh-ye Ilām va Xūzestān*. Tehrān: Enteshārāt-e Āgāh.
- Blumenthal, S., & Kupfer, D. (1990). *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, & treatment of suicidal patients*. Wash., DC: Amer. Psych.Press.
- Brandt, R. (1975). *The morality & rationality of suicide*. in A Handbook for the Study of Suicide, S. Perlin (ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Brown, P. (2001). Choosing to die: A growing epidemic among the young. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (12), 1175-1177.
- Campbell, R., & Collinson, D. (1988). *Ending lives*. Oxford: Basil Blackwell.
- Camus, A. (1955). *The myth of sisyphus*. London: Hamish Hamilton.
- Canetto, S. S. & Lester .D. (1995). *Women & suicidal behavior*. New York, NY: Springer, 1995.
- Carstairs, G. M. (1973). Foreword, in E. Stengel, *Suicide & Attempted Suicide*. Harmondsworth: Penguin (revised edition with revisions).
- Cholbi, M. (2002). Suicide intervention & non-ideal Kantian theory. *Journal of Applied Philosophy*, 19: 245-259.
- Cupples, L. A., Heeren, T., Schatzkin, A., & Colton, T. (1984). Multiple testing of hypotheses in comparing two groups. *Annals of Internal Medicine*, 100 (1), 122-129.
- Darwin, C. (2009). *The origin of species by means of natural selection or; the preservation of favored races in the struggle for life*. W. F. Bynum (Ed.). AL Burt.
- Dolard, J. (1939). *Frustration & aggression*. new haven, 27 & 76.
- Durkheim E. (1378 [1999 A.D]). *Xudkoši, janbeh hā-ye jāme'eh šenāxti*. (Persian translation of Suicide, etude de Sociologie), translated by: Sālār Zādeh Amiri, N. Tehrān: Enteshārāt-e Dānešgāh-e 'Alāmeḥ Tabātabā'i.
- Durkheim, É. (1952). *Suicide: A study in sociology*. Translated by John A. Spaulding and George Simpson. 1952. Reprint, New York: Free Press, 1989.
- Ebrahimi, A. E.; Moulavi, H.; Mousavi, S. G.; BornaManesh, A. & Yaghoubi, M. (2007). Psychometric properties & factor structure of general health questionnaire 28 (GHQ-28) In Iranian psychiatric patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 5 (1), 5-12.
- Fernquist, R. M. & Cutright, P. (1998). Social integration & age- standardized suicide rate in 21 developed countries, 1955-1989. *Social Science Research*, 27 (2), 109-127.
- Flick, U. (1387 [2008 A.D]). *Darāmadi bar tahqiq-e keyfi*. (Persian translation of An introduction to qualitative, research), translated by: Jalili, H. Tehrān: Našr-e Ney.
- From, E. (1385 [2006 A.D]). *Serešt-e rāstin-e ensān*. (Persian translation of Marx's concept of man), translated by: Jāvid, F. Tehrān: Našr-e Axtarān.

- Fulādi, 'A. (1381 [2002 A.D]). *Esterāteži hā va barnāmeḥ hā-ye pišgiri az xudkoši*. Tehrān: Najm Andiš.
- Glasser, W., & Breggin, P. (2000). *Counseling with choice theory: The new reality therapy*. New York: Harper Collins
- Graber, G.C. (1981). *The rationality of suicide in, Suicide & euthanasia: The rights of Personhood*. S. Wallace & A. Eser (eds.), 51–65, Knoxville: U.Tennessee Press.
- Haarr, R. N. (2010). Suicidality among battered women in Tajikistan. *Violence Against Women*, 16(7), 764-788.
- Harris, C. (2004). *Control & subversion: Gender relations in Tajikistan*. London: Pluto Press.
- Hātami, M. R. & Mazhabi, S. (1390 [2011 A.D]). Resāneh va negareš-e zanān beh huvia-t-e jensi-e xud. *Tāhqiāt-e Farhangi-e Iran*, 4(2), 185-209
- Hewitt, J. (2010). Rational suicide: Philosophical perspectives on schizophrenia. *Medicine, Health Care & Philosophy*, 13(1), 25-31.
- Karen, S. A. (1992). Always leading our men in service & sacrifice: Amy jacques garvey, feminist black nationalist. *Gender & Society*, 6, 346-375.
- Kupfer, J. (1990). Suicide: Its nature & moral evaluation. *Journal of Value Inquiry*, 24, 67-81.
- Latypov, A. (2009). Revisiting female suicide in muslim Tajikistan: Religious, cultural & public health perspectives. *In China & Eurasia Forum Quarterly*, 7 (3), 31-61.
- Lebacqz, K. & Engelhardt, H.T.(1980). *Suicide, in death, dying & euthanasia*. D.J.Horan & D. Mall (eds.). Frederick, Md.: Aletheia.
- Lieberman, L. (2003). *Leaving you: The cultural meaning of suicide*. Chicago: Ivan R. Dee.
- Lowry, M. E. (1984). *Major depression; prevention & treatment*. St.Louis: Warren Green inc
- Maris, D.W. (1991). A developmental perspective of suicide. In A. A York: Plenum Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide: Time-lines in the suicide process*. 25–38. New York Plenum.
- Maris, R.W. (1979). *Social forces in urban suicide*. Home wood,IL, dorsey Press, 159-180
- Marozzi, M. (2014). Multivariate tests based on interpoint distances with application to magnetic resonance imaging. *Statistical Methods in Medical Research*. Doi: 10.1177/0962280214529104.
- McManners, J. (1981). *Death & the enlightenment: Changing attitudes to death among christians & unbelievers in eighteenth-century France*. Oxford University Press
- Milner, A., McClure, R., & De Leo, D. (2012). Globalization & suicide: An ecological study across five regions of the world. *Archives of Suicide Research*, 16 (3), 238-249.
- Mishara, B. L., & Weisstub, D. N. (2005). Ethical & legal issues in suicide research. *International Journal of Law & Psychiatry*, 28(1), 23-41.
- Mohamad Pur, A. (1383[2004 A.D]). Xudkoši, padideh-i ejtemā'i va čandbo'di. In *xudkoši, maqālāt-e hamāyeš-e meli-e āsib hā-ye ejtemā'i dar Irān*. (4<sup>th</sup> vol.). Tehrān: Našr-e Āgah.
- Mohseni, A. (1372 [1993 A.D]). *Barresi-e 'elal va 'avāmel-e mu'aser bar afzāyeš-e nax-e xudkoši dar ostān-e Ilām*. Tehrān: Dānešgāh-e Tehrān.
- Mohseni, M. (1366 [1987 A.D]). *Enherāfāt-e ejtemā'i: Angizeh hā va 'elal-e xudkoši*. Tehrān: Našr-e Marvi.
- Mošir Zādeh, H. (1382 [2003 A.D]). *Tārix-e du qarn-e feminism*. (1<sup>st</sup> vol.). Tehrān: Našr va Pažuheš-e Širāzeh.
- Mundt, A.; Kliewe, T.; Yayla, S.; Ignatyev, Y.; Busch, M. A.; Heimann, H., Heinz A., Rapp





- MA., Schouler-Ocak M., Ströhle A., & Aichberger, M. C. (2012). *Social characteristics of psychological distress in disadvantaged areas of Berlin. International Journal of Social Psychiatry*, 60 (1), 75-82, doi: 10.1177/0020764012464017.
- Newman, I., & Benz, C. R. (1998). *Qualitative-quantitative research methodology: Exploring the interactive continuum*. SIU Press.
- Papalia, d. E & Olds, S.W. (1988). *Psychology*. NewYork: Mc Graw-Hill book company.
- Pedahzur, A., & Perliger, A. (2006). The changing nature of suicide attacks: A social network perspective. *Social Forces*, 84 (4), 1987-2008.
- Porterfield, A. L. (1968). "The problem of suicide." in Suicide, ed. Jack P. Gibbs. New York: Harper & Row, 51
- Rafi' pur, F. (1380 [2001 A.D]). *Tuse'eh va tazād*. (5<sup>th</sup> ed.). Tehrān: Šerkat-e Sahāmi-e Entešār.
- Ritzer, G. (1988). *Sociological theory*. McGraw-Hill Publishing Company.
- Runeson, B. (1989). Mental disorder in youth suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(5), 490-497.
- Sediq, R. (1381 [2002 A.D]). *Āsib šenāsi-e ejtemā'i, jāme'eh šenāsi-e enherāfāt*. Tehrān: Entešārāt-e Dānešgāh-e Tehrān.
- Sheikhazadi, A., Saberi Anari, S. H. & Ghadyani, M. H. (2010). Nonfire carbon monoxide-related deaths: A survey in Tehran, Iran (2002-2006). *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 31(4), 359-363 Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20890171>
- Shneidman, E. S. (1383 [2004 A.D]). *Ravānšenāsi-e xudkoši (zahn-e xudkoš. gerā)*. (Persian translation of Understanding the suicidal mind), translated by: Firuzbaxt, M. Tehrān: Rasā.
- Shneidman, E. S. (1987). *A psychological approach to suicide*. In American Psychological Association Convention, Aug. 1986, Washington, DC, US; This chapter is based upon one of the 1986 Master Lectures that were presented at the aforementioned convention. American Psychological Association.
- Stack, S. (1982). Suicide: A decade review of the sociological literature. *Deviant Behaviour* 4, 41-66.
- Stack, S., Wasserman, I., & Kposowa, A. (1994). The effects of religion and feminism on suicide ideology: An analysis of national survey data. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 110-121.
- Stoff, D.M. & Mann, J.J. (1997). *The neurobiology of suicide: From the bench to the clinic*. Annals of the New York Academy of Sciences, 836
- Wertheimer. A. (2004). *A special scar: The experiences of people bereaved by suicide*. Routledge.
- Wetzel, J.w. (1984). *Clinical handbook of depression*. New York: Gardner press
- Krug E; Dahlberg L.L; Mercy J.A; Zwi A.B; Lozano R., eds. (2002). *World report on Violence and health* Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yazd X(v)āsti, G., Qāsemi, V., & Vahidā, F. (1390 [2011 A.D]). Rābeteh-ye tamās hā-ye beyn-e farhangi va huš-e farhangi: Tahlil-e nazari va tajrobi. *Tahqiqāt-e Farhangi-e Irān*, 4 (2), 133-162
- Zāre' Šāh Ābādi, A., & Ebrāhim Ābādi, M. (1390 [2011 A.D]). Baresi-e 'avāmel-e ejtemā'i-e mortabet bā bohrān-e huviat-e farhangi dar beyn-e dāneš āmuzān-e dabirestāni-e Tabriz. *Tahqiqāt-e Farhangi-e Irān*, 4(4), 207-228.
- Zumbo, B.; Gadermann, A. & Zeisser, C. (2007). Ordinal versions of coefficient alpha & theta for likert scale. *The Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 6 (1), 21-29