

به نام خدا



## تحلیل فرهنگی خودکشی در استان‌های غربی

با تأکید بر استان کرمانشاه

نسخه اول: ویرایش نشده

۱۴۰۱/۴/۲۰

## فهرست مطالب

۴.....	خودکشی در ایران .....
۷.....	خودکشی در استان های غربی .....
۱۳.....	عوامل و دلایل خودکشی .....
۱۵.....	کنترل شدید و تعارضات خانوادگی .....
۱۶.....	باورهای فرهنگی .....
۱۸.....	فقر، خشونت خانگی و خودکشی .....
۱۹.....	راهکارها .....
۲۲.....	منابع .....

## فهرست جداول

۴.....	جدول ۱: نرخ خودکشی منجر به فوت در ایران تا سال ۱۳۹۸ .....
۶.....	جدول ۲: نرخ خودکشی در هر ۱۰۰ هزار نفر در استان ها تا سال ۱۳۹۶ .....
۸.....	جدول ۴: نرخ خودکشی در استان های ایلام، کرمانشاه، لرستان و کشور طی سال های ۸۵-۱۳۷۶ .....
۱۱.....	جدول ۶: میزان خودکشی در استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ .....
۱۱.....	جدول ۶: تعداد اقدام به خودکشی در شهرستان ها در سال ۹۴ و ۹۵ .....
۱۴.....	جدول ۸: عوامل و دلایل خودکشی در استان های غربی در تحقیقات انجام شده .....
۱۵.....	جدول ۹: عوامل و دلایل اقدام به خودکشی در استان کرمانشاه در سال ۹۴ و ۹۵ .....
۲۱.....	جدول ۱۰: راهکارهای کاهش و پیشگیری از خودکشی .....

## فهرست نمودار

۴.....	نمودار ۱: نرخ خودکشی منجر به فوت در ایران تا سال ۱۳۹۸ .....
۵.....	نمودار ۲: وضعیت خودکشی تا سال ۱۳۹۶ بر حسب جنسیت .....
۵.....	نمودار ۳: آمار خودکشی در سال ۱۳۹۸ بر حسب جنسیت .....
۷.....	جدول ۳: نرخ خودکشی و گروه های اجتماعی در استان های غربی .....
۸.....	نمودار ۴: مقایسه میانگین خودکشی در برخی استان های کشور طی سال های ۱۳۷۵-۱۳۸۱ .....
۸.....	نمودار ۵: مقایسه میانگین خودکشی زنان در برخی استان های کشور طی سال های ۱۳۷۵-۱۳۸۱ .....
۹.....	نمودار ۶: نمایش توزیع اقدام به خودکشی در استان کرمانشاه بر حسب سن .....
۱۰.....	نمودار ۷: سهم گروه های سنی از اقدام به خودکشی در استان کرمانشاه (سال ۱۳۹۱) .....
۱۱.....	نمودار ۸: درصد خودکشی در استان کرمانشاه بر حسب جنسیت (سال ۹۴ و ۹۵) .....

با آنکه آمار خودکشی در ایران (تا سال ۱۳۹۸) نسبت به آمارهای جهانی بسیار پایین تر است (حدود ۶ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر در مقابل حدود ۱۱ تا ۱۲ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر)، اما آمار خودکشی در استان‌های غربی کشور یعنی ایلام، کرمانشاه و لرستان شیوع بیشتری دارد<sup>۱</sup> که طی سال‌های گذشته، نرخ خودکشی در استان کهگیلویه و بویراحمد نیز به این سه استان نزدیک شده و نزدیک به آمار جهانی است (با بالاتر از ۱۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر رسیده است). از طرف دیگر، با وجود اینکه میانگین نرخ خودکشی مردان در ایران ۳ برابر زنان است، اما در استان‌های غربی و از جمله در استان کرمانشاه، هم نرخ اقدام به خودکشی زنان بیشتر از مردان است و هم نرخ خودکشی منجر به فوت زنان از مردان بیشتر از میانگین کشوری است. همچنین در سطح کشوری بیشتر خودکشی‌ها در میان افراد ۱۵ تا ۳۵ ساله روی می‌دهد. در استان‌های غربی و از جمله در استان کرمانشاه نیز بیشتر جوانان خودکشی می‌کنند اما نکته متفاوت این است که دختران و زنان نسبت به پسران و مردان، نرخ خودکشی بیشتری دارند.

با توجه به این آمار، در مورد علل و دلایل اقدام به خودکشی در استان‌های غربی و از جمله در کرمانشاه، می‌توان به تعارضات فرهنگی - اجتماعی تمرکز بیشتری داشت و در سیاست‌گذاری فرهنگی بر آن تأمل کرد. برخی از کارشناسان بر عامل فقر و بیکاری و عدم امید به آینده اقتصادی تمرکز دارند. اما با توجه به اینکه در بسیاری از استان‌های دیگر نیز ما شاهد عقب‌ماندگی اقتصادی و بیکاری توده‌ای هستیم، نرخ بالاتر اقدام به خودکشی در کرمانشاه و به‌طور کلی در استان‌های غربی (به‌عنوان استان‌های دارای فقر و بیکاری بیش از میانگین کشوری) را باید با عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز توضیح داد. از جمله این عوامل مهم که در مطالعات انجام‌شده به آن اشاره شده است، «تعارضات و کشاکش‌های فرهنگی بین نسلی» است که منجر به تعارضات در میان خانواده و نسل‌های جدید با نسل پیشین شده است. کنترل شدید خانوادگی و همچنین اختلال در روابط مناسب و تعاملی در خانواده، یکی از عوامل و دلایل اصلی افزایش اعتقاد به خودکشی در میان افراد بوده است. بر این اساس، اقدام به خودکشی جوانان به‌ویژه زنان و دختران در این وضعیت جبر فرهنگی، دو نوع تفسیر دارد: نوعی مقاومت و اعتراض در مقابل این اقتدار فرهنگی است و یا کنشی تقدیرگرایانه و تسلیم طلبانه جهت رهایی از وضعیتی که اختیاری در آن ندارند. در هر دو صورت، این تعارض فرهنگی باید مورد بررسی قرار گیرد و سیاست‌های فرهنگی ویژه‌ای را می‌طلبد.

در گزارش حاضر ابتدا سعی می‌شود که با توجه به آمار موجود (که البته انسجام مناسبی ندارند) روند کلی میزان خودکشی در کشور، استان‌های غربی و در کرمانشاه مورد بررسی قرار گیرد. سپس به سراغ عواملی خواهیم رفت که در تحقیقات انجام‌شده ذکر شده‌اند. در نهایت نیز سعی می‌شود با توجه به این عواملی که موجد افزایش میل به خودکشی در افراد می‌شود، راهکارهایی عموماً فرهنگی ارائه شود.

۱- در گزارش حاضر، آمارهای اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به فوت ثبت شده توسط سازمان پزشکی قانونی و مراکز درمانی مدنظر است. آمار اقدام به خودکشی تقریباً حدود ۱۰ برابر نرخ رسمی است و آمار خودکشی منجر به فوت هم می‌تواند بالاتر از نرخ ثبت شده باشد. یکی از دلایل این است که خودکشی در فرهنگ ما امری مضموم و غیراخلاقی تلقی می‌شود و خانواده‌ها و افراد سعی در پوشاندن آن دارند.

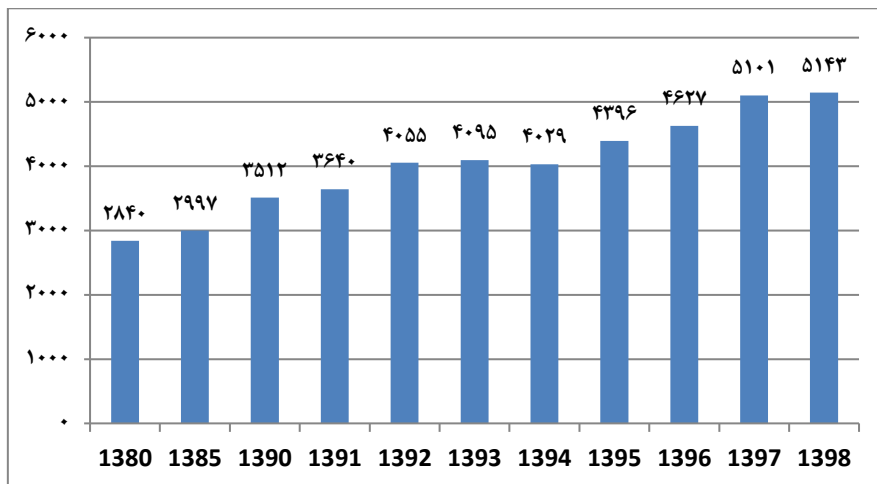
## خودکشی در ایران

آمار خودکشی در ایران تا سال ۱۳۹۶ انتشار یافته است هرچند به طور غیررسمی برای سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ نیز آماری ارائه شده است (اینکه آمار رسمی خودکشی انتشار نمی‌یابد، شاید بنا به این سیاست باشد که در جامعه هراس ایجاد نکند که البته به نظر نمی‌رسد سیاست درستی باشد). آمار موجود نشان می‌دهد نرخ خودکشی در ایران کمتر از میانگین جهانی است. در ایران نرخ خودکشی، ۶ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است در حالی که میانگین جهانی، ۱۱ تا ۱۲ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است. جدول ۱، آمار روند خودکشی در ایران تا سال ۱۳۹۸ را نشان می‌دهد (سازمان پزشکی قانونی، ۱۳۹۲؛ سالنامه آماری کشور، ۱۳۹۴، خلاصه سالنامه پزشکی قانونی، ۱۳۹۸).

جدول ۱: نرخ خودکشی منجر به فوت در ایران تا سال ۱۳۹۸

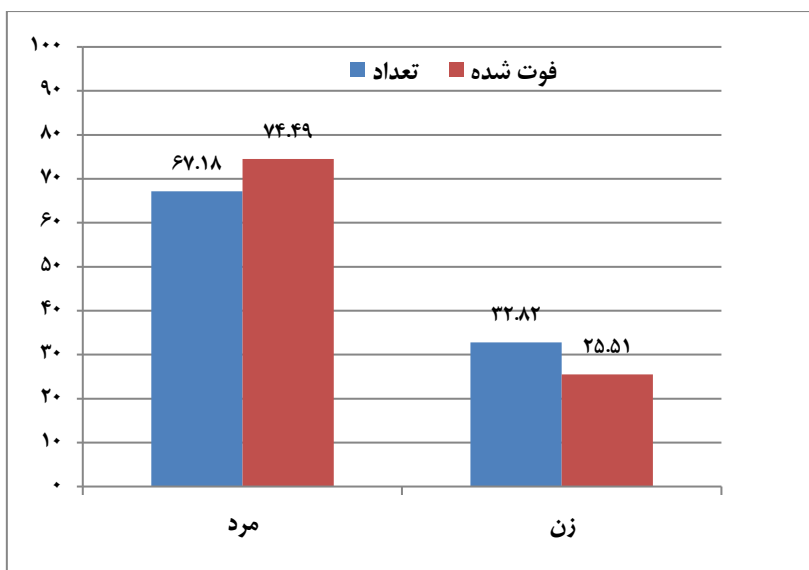
سال	تعداد
۱۳۸۰	۲۸۴۰
۱۳۸۵	۲۹۹۷
۱۳۹۰	۳۵۱۲
۱۳۹۱	۳۶۴۰
۱۳۹۲	۴۰۵۵
۱۳۹۳	۴۰۹۵
۱۳۹۴	۴۰۲۹
۱۳۹۵	۴۳۹۶
۱۳۹۶	۴۶۲۷
۱۳۹۷	۵۱۰۱
۱۳۹۸	۵۱۴۳

\*\*\*

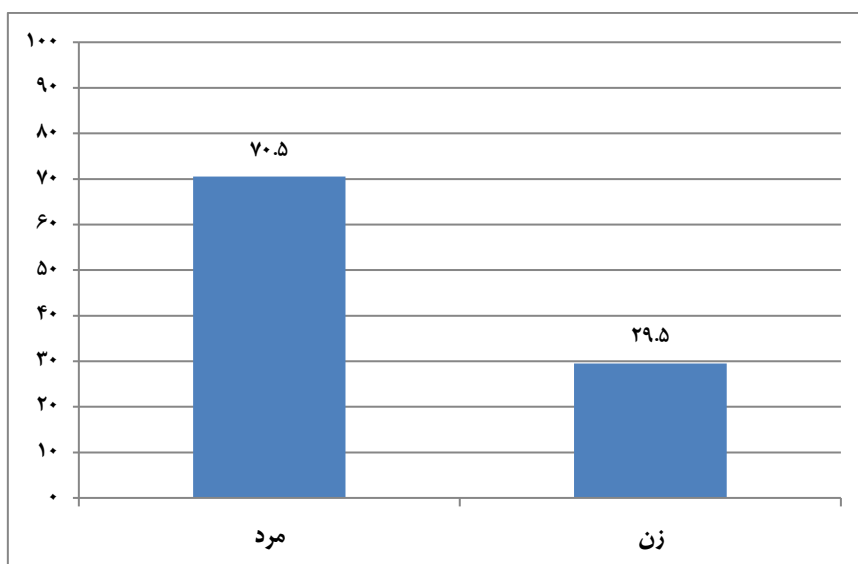


نمودار ۱: نرخ خودکشی منجر به فوت در ایران تا سال ۱۳۹۸

۱- در اینجا ذکر دو نکته لازم است؛ نکته اول اینکه با وجود اینکه متولی آمار رسمی، سازمان پزشکی قانونی است اما نهادها و سازمان‌های دیگری هم آمارهایی ارائه کرده‌اند مانند نیروی انتظامی و سازمان بهزیستی. در آمارهای جدول یک سعی شده است با نگاه به همه آمارها لحاظ شود و ممکن است با آمار صرفاً یک سازمان تطابق کامل نداشته باشد. نکته دوم اینکه بر اساس این آمار لزوماً نمی‌توان گفت که نرخ خودکشی بیشتر یا کمتر شده است و باید این نکته را در نظر داشت که طی دهه ۸۰ و ۹۰، نرخ «ثبت رسمی خودکشی» بالاتر رفته است و در سال‌های قبل، ثبت خودکشی کمتر بوده است.



نمودار ۲: آمار خودکشی تا سال ۱۳۹۶ بر حسب جنسیت



نمودار ۳: آمار خودکشی در سال ۱۳۹۸ بر حسب جنسیت

با وجود اینکه در سال‌های مختلف و از جمله در سال ۱۳۹۶، استان تهران با ۷۹۶ مورد بیشترین خودکشی رخ داده است و استان‌های فارس (۳۴۸ مورد)، خوزستان (۳۰۶ مورد)، آذربایجان شرقی (۲۷۶ مورد) و کرمانشاه (۲۳۵ مورد) در رده‌های بعدی قرار دارند، اما تعداد خودکشی به نسبت جمعیت در استان‌های غربی مثل ایلام، لرستان و کرمانشاه بیشتر رخ می‌دهد که استان کهگیلویه و بویراحمد نیز در سال ۱۳۹۶، به این سه استان افزوده شده است. جدول ۲ نشان می‌دهد که نرخ خودکشی بالاتر از ۱۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر در استان‌های ایلام، کهگیلویه و بویراحمد، کرمانشاه و لرستان بوده است و دیگر استان‌ها نرخ خودکشی کمتری در نسبت هر نفر در ۱۰۰ هزار نفر دارند.

جدول ۲: نرخ خودکشی در هر ۱۰۰ هزار نفر در استان‌ها تا سال ۱۳۹۶

استان‌ها	در ۱۰۰ هزار
ایلام	بالاتر از ۱۰ نفر
کهگیلویه و بویراحمد	
کرمانشاه	
لرستان	
فارس	۷ تا ۱۰ نفر
همدان	
زنجان	
گیلان	
اردبیل	۴ تا ۷ نفر
آذربایجان شرقی	
تهران	
البرز	
قزوین	
کردستان	
مرکزی	
چهارمحال بختیاری	
خوزستان	
بوشهر	
آذربایجان غربی	کمتر از ۴ نفر
مازندران	
قم	
گلستان	
خراسان شمالی	
خراسان رضوی	
اصفهان	
یزد	
کرمان	
هرمزگان	
خراسان جنوبی	
سیستان و بلوچستان	
سمنان	

در ادامه گزارش، سعی می‌شود که سیمایی از آمار خودکشی در استان‌های غربی ارائه شود و همچنین بر استان کرمانشاه تأکید می‌شود. با توجه به قرابت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی استان‌های مذکور، عوامل در حوزه‌های مختلف نیز می‌تواند مشترک باشد به همین دلیل ما سعی داشته‌ایم که استانی‌های غربی را در یک مقوله مورد بررسی قرار دهیم و بر استان کرمانشاه نیز تمرکز می‌شود.

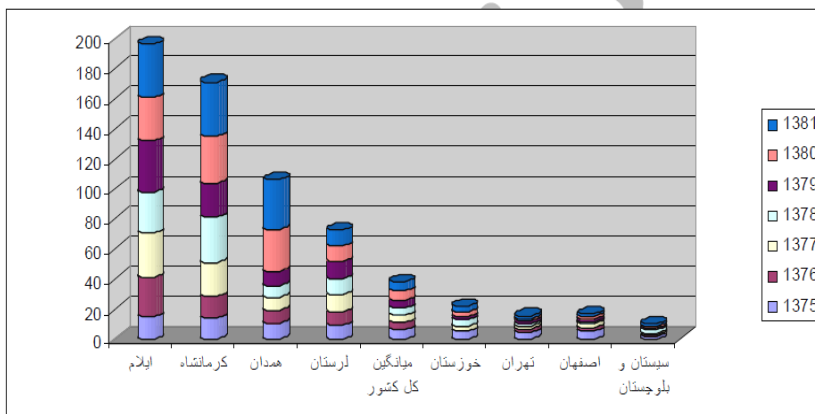
## خودکشی در استان‌های غربی

ابتدا از نتایج گزارشی استفاده می‌شود که مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۹۲ انجام داده است. در این گزارش می‌خوانیم که درحالی‌که میانگین خودکشی در کشور ۶ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است، این میانگین در گزارش منتشرشده از سوی نیروی انتظامی در سال ۱۳۸۳ در استان ایلام، ۷۰/۱ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر ذکر شده است. همچنین در این استان، خودکشی با مسمومیت داروی از ۱۸۵ مورد در سال ۱۳۸۱ به ۵۵۱ مورد در سال ۱۳۸۹ رسید و بدان معناست که ظرف یک دهه، فقط خودکشی با دارو نزدیک به سه برابر شده است (مرکز تحقیقات استراتژیک، ۱۳۹۲).

در سال ۱۳۸۳ خودکشی موجب مرگ ۴۰۰ نفر و به‌عنوان چهارمین علت مهم مرگ‌ومیر در استان لرستان شده است. در سال ۱۳۸۴ در شهرستان خرم‌آباد، ۸۴۳ زن اقدام به خودسوزی کرده‌اند. شهرهای استان‌های غربی یعنی خرم‌آباد، نورآباد، مهران، سرپل ذهاب، صحنه، هرسین، قصر شیرین به ترتیب بیشترین نرخ خودکشی را در سال ۱۳۸۳ داشته‌اند (نقوی و جعفری، ۱۳۸۶: ۳۵۴). بنا بر آمارهای رسمی، تعداد مرگ‌ومیر در لرستان در سال ۱۳۹۰ برابر ۹۳۶۲ نفر بوده است. به این ترتیب، ۴۰۰ خودکشی سال ۱۳۸۳ که قطعاً تا امروز افزایش یافته به این معناست که ۴/۲۷ درصد مرگ‌ومیر استان ناشی از خودکشی بوده است. همچنین در سال ۱۳۸۵ میزان مراجعه‌کنندگان ناشی از مسمومیت‌هایی دارویی (اقدام به خودکشی)، سموم و خودسوزی به بیمارستان‌های شهدای عشایر و تأمین اجتماعی شهر خرم‌آباد را ۳۰۰۰ مورد در سال اعلام کرده است (معاونت درمان و بهداشت استان لرستان، ۱۳۸۵). در کهگیلویه و بویراحمد نرخ خودکشی زنان سه برابر مردان بوده و شیوه خودکشی زنان ۹۸/۱ درصد خودسوزی بوده، که ۹۲/۱ درصد آنان مربوط به زنان متأهل بوده است (صدیق، ۱۳۸۵: ۱۴۴). در ضمن، نرخ خودکشی در استان کرمانشاه ۱۲ برابر استان اصفهان و استان لرستان ۹ برابر استان قزوین بوده است (به نقل از گزارش مرکز تحقیقات استراتژیک، ۱۳۹۲).

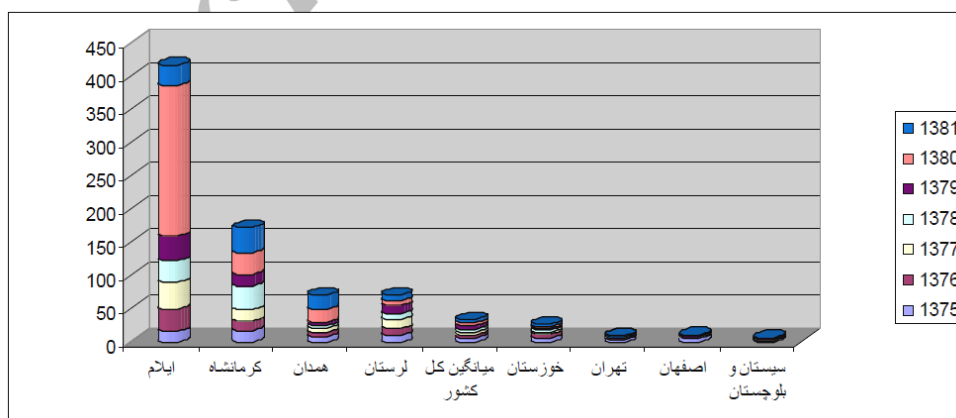
جدول ۳: نرخ خودکشی و گروه‌های اجتماعی در استان‌های غربی

استان‌ها	در ۱۰۰ هزار	نرخ بالاتر خودکشی (موفق و ناموفق) در
ایلام	بالاتر از ۱۰ نفر	زنان و دختران
کهگیلویه و بویراحمد		جوانان
کرمانشاه		مجردها
لرستان		بیکاران



نمودار ۴: مقایسه میانگین خودکشی در برخی استان‌های کشور طی سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۸۱

منبع: نشریه کاوش، وزارت کشور، ۱۳۸۴، به نقل از جمشیدی‌ها و قلی‌پور، ۱۳۸۹



نمودار ۵: مقایسه میانگین خودکشی زنان در برخی استان‌های کشور طی سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۸۱

منبع: نشریه کاوش، وزارت کشور، ۱۳۸۴، به نقل از جمشیدی‌ها و قلی‌پور، ۱۳۸۹

بر اساس آمار سازمان تحقیقات و مطالعات نیروی انتظامی (۱۳۸۶) خودکشی در استان‌های غربی کشور (ایلام، کرمانشاه و لرستان) طی سال‌های ۱۳۷۶ تا سال ۱۳۸۵ روند رو به رشدی داشته است.

جدول ۴: نرخ خودکشی در استان‌های ایلام، کرمانشاه، لرستان و کشور طی سال‌های ۸۵-۱۳۷۶

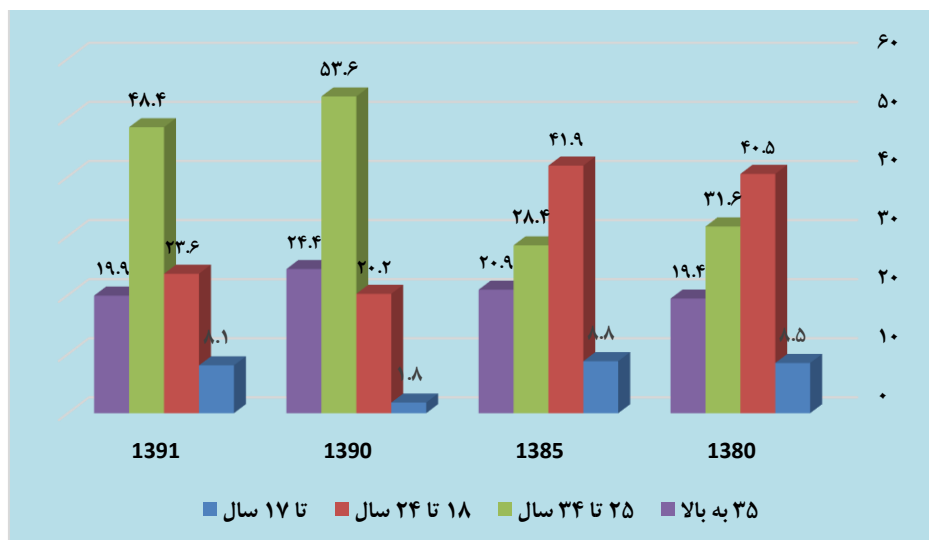
سال	ایلام	رتبه	کرمانشاه	رتبه	لرستان	رتبه	میانگین کشور
۱۳۷۶	۲۴/۹۲ نفر	اول (شش برابر میانگین کشور)	۱۲/۴۹ نفر	رتبه دوم	۸/۲۷ نفر	چهارم	۴/۷۰ نفر
۱۳۷۷	۲۹/۷۵ نفر	اول	۱۴/۸ نفر	دوم	۱۰/۰۸ نفر	سوم	۴/۵۲ نفر
۱۳۷۸	۲۶/۸۶ نفر	اول	۱۲/۱۹ نفر	دوم	۸/۸۸ نفر	چهارم	۴/۲۲ نفر
۱۳۷۹	۲۴/۰۲ نفر (۶ برابر میانگین کشور)	اول	۱۲/۹۹ نفر	دوم	۱۰/۱۶ نفر	سوم	۴/۳۲ نفر
۱۳۸۰	۲۸/۹۳ نفر	اول	۱۲/۸۰ نفر	سوم	۱۱/۶۵ نفر	چهارم	۵/۰۸ نفر
۱۳۸۱	۲۲/۳۲ نفر	اول	۹/۰۷ نفر	سوم	۷/۲۰ نفر	چهارم	۳/۵۹ نفر



۱۳۸۲	۲۹/۹۶ نفر	اول	۱۹/۸۲ نفر	دوم	۱۳/۵۲ نفر	چهارم	۵/۶۳ نفر
۱۳۸۳	۷۰/۷۰ نفر (۱۲ برابر میانگین کل کشور)	اول	۹/۶۳	پنجم	۱۱/۴۴ نفر	سوم	۵/۵۵ نفر
۱۳۸۴	۵۱/۰۰ نفر	اول	۴/۹۸	هفتم	۹/۲۷	رتبه پنجم	۴/۲۲ نفر
۱۳۸۵	۳۷/۳۸	اول	۱۰/۴۴	هفتم	۸/۸۱	چهارم	۵/۱۰ نفر

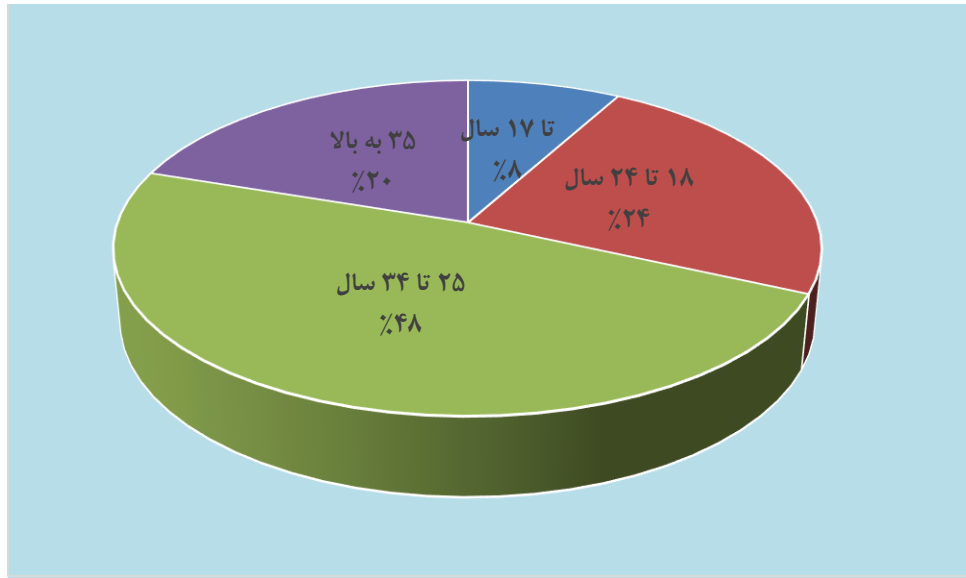
\* نرخ خودکشی بر اساس تعداد اقدام به خودکشی در صد هزار نفر ذکر شده است.

همچنین خودکشی در استان کرمانشاه، چهار برابر میانگین کشوری است. میزان خودکشی در استان کرمانشاه طی سال‌های ۷۵ تا ۸۱ معادل ۲۴.۴ در یک صد هزار نفر بوده است (سروستانی، ۱۳۸۶ به نقل از وزارت کشور)، حال آنکه این میزان برای کل کشور ۶ در صد هزار بوده است (بی‌تا و واعظ زاده، ۱۳۹۷). مطابق آمار سال ۱۳۸۵ حدود ۴۲ درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی در کشور در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال بوده‌اند. در استان کرمانشاه نیز به همین صورت بوده و بیشترین درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی در سنین مذکور قرار داشته‌اند. در سال ۱۳۹۰ بیشترین درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی استان با ۵۳/۶ درصد در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال قرار دارند. در سال ۱۳۹۱ نیز ۴۸.۴ درصد افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند در این گروه سنی قرار داشتند (مرکز ملی رصد اجتماعی کشور، ۱۳۹۴).



نمودار ۶: نمایش توزیع اقدام به خودکشی در استان کرمانشاه بر حسب سن

منبع: بی‌تا، حامد و ساجده واعظ زاده (۱۳۹۷)



نمودار ۷: سهم گروه‌های سنی از اقدام به خودکشی در استان کرمانشاه (سال ۱۳۹۱)

منبع: بیتا، حامد و ساجده واعظ زاده (۱۳۹۷)

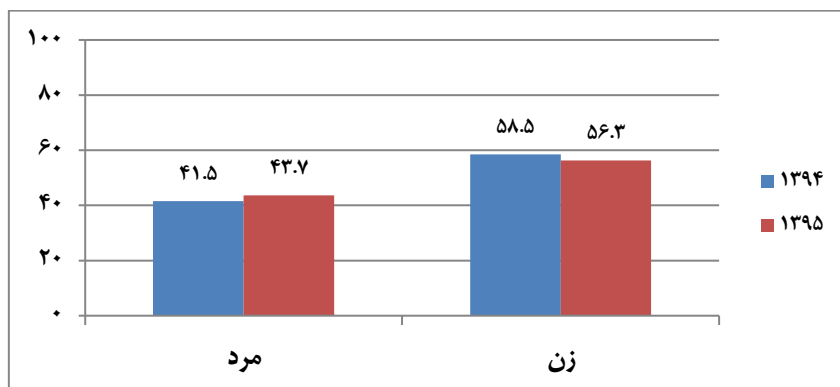
از آنجا که مطابق آمارها، در سال‌های اخیر میزان خودکشی در کرمانشاه از میانگین کشوری بالاتر است به صورت یک مسئله اجتماعی نمایان شده است. در مناطق روستایی کرمانشاه در طی ۷ سال (۱۳۷۹-۱۳۸۵) تعداد موارد خودکشی ۲۳۹ مورد و میزان بروز به طور متوسط ۲۲ نفر به ازای هر صد هزار نفر بوده است. از این ۲۳۹ نفر ۶۸.۶ درصد را زنان و ۳۱.۴ درصد را مردان تشکیل داده‌اند. بیشترین گروه شغلی زنان، خانه‌دار (۹۸.۲) و در مردان، شاغلین حرف کشاورزی و دامداری (۴۱.۳) بوده‌اند. در هر دو جنس، گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال (۴۵.۲) بیشترین رده سنی بود که اقدام به خودکشی نموده بودند. الگوی فصلی در خودکشی زنان و مردان از هم متفاوت بود به طوری که در زنان بیشترین موارد خودکشی در بهار (۳۳.۵) و در مردان در فصل پاییز (۳۳.۳) روی داده بود. از نظر روش مورد استفاده برای خودکشی در زنان روش غالب، خودسوزی (۶۵.۸) و در مردان مسمومیت و دار آویختن خود (۲۹.۳) بوده است. از نظر پیامد خودکشی ۸۹.۱ درصد موارد منجر به مرگ، ۸.۸ درصد موارد بهبود یافته، ۱.۳ موارد منجر به معلولیت شده است. به این ترتیب ۸۷.۸ زنان و ۹۲.۵ مردان خودکشی موفق داشته‌اند. این بررسی خودکشی در مناطق روستایی کرمانشاه نشان داده است که از سال ۷۹ تا سال ۸۵ یک سیر نزولی بر روند خودکشی حاکم بوده است که اجرای برنامه‌ها و مداخلات بهداشت روان توسط مرکز بهداشت شهرستان می‌تواند از عوامل دخیل در این امر باشد (برخوردار و دیگران، ۱۳۸۸).

در استان کرمانشاه، در سال ۱۳۹۴ (۱۱۵ نفر در ۱۰۰ هزار نفر) و در سال ۱۳۹۵ (۱۰۹ نفر در ۱۰۰ هزار نفر) اقدام به خودکشی در مراکز درمانی و بیمارستان‌های استان به ثبت رسیده است. همان‌طور که در جدول ۵ و نمودار ۵ مشخص است، نرخ خودکشی زنان در سال ۹۴، ۱۷ درصد و در سال ۹۵، ۱۲.۶ درصد بیشتر از مردان بوده است. همان‌طور که گفته شد، میانگین نرخ خودکشی در سطح کشوری مردان حدود سه برابر زنان است اما در استان‌های غربی از جمله استان کرمانشاه، زنان بیشتر خودکشی می‌کنند و اقدام به خودکشی آن‌ها نیز بیشتر منجر به فوت می‌شود. زنانه بودن الگوی خودکشی در استان‌های غربی و از جمله در کرمانشاه باید ما را نسبت به عوامل فرهنگی و اجتماعی، بیش از عوامل اقتصادی حساس کند.

جدول ۵: میزان خودکشی در استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵

سال	مرد	زن	جمع
۱۳۹۴	۹۰۲	۱۳۷۱	۲۲۷۳
۱۳۹۵	۸۳۷	۱۰۷۸	۱۹۱۵

\*\*\*



نمودار ۸: درصد خودکشی در استان کرمانشاه بر حسب جنسیت (سال ۹۴ و ۹۵)

بنابراین در کرمانشاه میزان «اقدام به خودکشی» زنان بیش از مردان بوده است و در بین زنان در سال ۱۳۹۴، (۱۳۷ نفر در ۱۰۰ هزار نفر) و در سال ۹۵، (۹۵ نفر در ۱۰۰ هزار نفر) بوده است. در بین مردان در سال ۹۴ (۹۳ نفر در ۱۰۰ هزار نفر) و در سال ۹۵ (۹۵ نفر در ۱۰۰ هزار نفر) رخ داده است (میوه چیان، ۱۳۹۶). نکته دوم اینکه میزان خودکشی موفق زنان در استان کرمانشاه بیشتر از مردان بوده است و این قضیه نیز با میانگین کشوری خودکشی منجر به فوت متفاوت است. درحالی که در سطح کشوری، خودکشی منجر به فوت مردان بیشتر است در استان کرمانشاه، خودکشی منجر به فوت زنان بیشتر است (میوه چیان، ۱۳۹۶).

جدول ۶: تعداد اقدام به خودکشی در شهرستانها در سال ۹۴ و ۹۵

شهرستان	۱۳۹۴	۱۳۹۵
کرمانشاه	۵۰۲	۴۱۹
اسلام‌آباد غرب	۴۶۹	۳۶۰
کنگاور	۲۰۱	۱۹۹
سرپل ذهاب	۱۸۹	۱۶۶
سنقر	۱۷۹	۱۶۴
هرسین	۱۷۸	۲۵۰
صحنه	۱۱۹	۴۷
گیلان غرب	۱۰۸	۱۴۶
قصر شیرین	۸۱	۷۴
پاوه	۴۵	۳۶
جوانرود	۳۳	۴
روانسر	۲۷	۱۷
دالاهو	۲۲	۱۶
ثلاث باباجانی	۲	۶
جمع کل	۲۱۵۵	۱۹۰۴

بر اساس مطالعات انجام شده، دستیابی به یک الگوی واحد برای همه موارد خودکشی کاری مشکل است اما می توان گفت که وضعیت خودکشی در استان های غربی و کرمانشاه به گونه ای است که با الگوهای بررسی شده در کشورهای دیگر تا حدی متفاوت است. به عنوان نمونه، بیتا و واعظ زاده، الگوی جدول ۷ را ارائه کرده اند.

جدول ۷: مقایسه الگوی خودکشی در کشورهای غربی با غرب کشور

الگوی غرب ایران	الگوی غربی
زنان بیش از مردان اقدام به خودکشی می کنند	مردان بیش از زنان اقدام به خودکشی می کنند
متاهلین نیز مانند مجردها خودکشی می کنند	افراد مجرد بیشتر خودکشی می کنند
علت اصلی خودکشی اختلافات خانوادگی است	علت اصلی خودکشی انزوای اجتماعی است
افراد دارای پایگاه اجتماعی پایین بیشتر اقدام به خودکشی می کنند	افراد دارای پایگاه اجتماعی بالا بیشتر اقدام به خودکشی می کنند
خودکشی بیشتر در خانواده های پرجمعیت اتفاق می افتد	خودکشی بیشتر در خانواده های فاقد اولاد اتفاق می افتد
خودکشی در فصل بهار و تابستان بیشتر رخ می دهد	خودکشی در فصل زمستان بیشتر رخ می دهد
شیوه رایج خودکشی شیوه های خشن مانند خودسوزی است	شیوه رایج خودکشی شیوه های آرام مانند خوردن دارو است

بیتا، حامد و ساجده واعظ زاده (۱۳۹۷)

البته آن ها متذکر شده اند که این الگوبندی در سطح تجربی چیز زیادی را آشکار نمی سازد مگر اینکه در سنخ شناسی ما را به سوی یک چارچوب نظری هدایت کند.

## عوامل و دلایل خودکشی

برای بررسی چرایی خودکشی دو رویکرد می‌توان اتخاذ کرد:

۱- **رویکرد تبیینی - ساختاری:** این رویکرد در پی الگوهای عمومی رفتار است و هدفش پیدا کردن مدل‌های نظری عام برای همه خودکشی‌هاست. در این رویکرد می‌توان تحلیل ساختارهای اجتماعی را قرار داد. وقتی ساختارها و نهادهای اجتماعی افراد را تنها گذاشته و از او در وضعیت‌های مختلف حمایت نمی‌کنند، یا اینکه وضعیت ذهنی و عینی افراد در تضاد با ساختارها و نهادهای مستقر است، محرک‌های خودکشی بیرونی که کلان و اجتماعی‌اند فرد را به قصد خودکشی هل می‌دهد.

۲- **رویکرد تفهیمی:** در رویکرد دوم هدف پیدا کردن الگوی نظری عام نیست بلکه فهم پدیده خودکشی در تک‌تک موارد است هرچند ممکن است پس از مطالعه چندین خودکشی، الگوهای مشخص مشترکی را تشخیص دهد. تحلیل پدیدارشناسانه خودکشی در رویکرد دوم قرار می‌گیرد. بدین معنی که باید تجربه زیسته اقدام‌کنندگان به خودکشی را مورد بررسی قرار داد. در مطالعاتی که در استان‌های غربی و از جمله استان کرمانشاه انجام شده است، هر دو رویکرد تبیینی و تفهیمی دیده می‌شود. در جدول ۶ سعی می‌شود با نوعی فراتحلیل و مرور نظام‌مند، عوامل (تبیین) و دلایل (تفهم) اقدام به خودکشی احصاء شود.

جدول ۸: عوامل و دلایل خودکشی در استان‌های غربی در تحقیقات انجام شده

عوامل	توضیحات
فرهنگی	<p>- اعتراض و تلاش برای به رسمیت شناخته شدن: نسل جدید در فضای فرهنگی اقتدارگرایانه به رسمیت شناخته نمی‌شود و خودکشی، کنشی منفی و اعتراضی برای به رسمیت شناخته شدن است. خودکشی، عملی برای اعتراض به وضع موجود است (نبوی و مرادی نصاری، ۱۳۹۷).</p> <p>- شکاف نسلی: روابط دو نسل، به روابط قدرت و مقاومت تبدیل شده است. نسل والدین، برای پذیرش نسل جوان آمادگی ندارد و نسل جدید نیز مشروعیتی برای نسل قبلی قائل نیست (نبوی و مرادی نصاری، ۱۳۹۷).</p> <p>- پذیرش ارزش‌های جدید توسط دختران جوان و خودکشی به‌مثابه مقاومت تسلیم‌گرایانه آن‌ها در برابر پدران و جامعه مردسالار و سنت‌گرا (جمشیدی‌ها و قلی‌پور؛ ۱۳۸۹)</p> <p>- کنترل سنت‌های قدرتمند و احساس بی‌قدرتی در تعیین سرنوشت (جمشیدی‌ها و قلی‌پور؛ ۱۳۸۹)</p> <p>- تضاد فرهنگی نسل جدید شهری و روستایی با نسل پیشین (مرکز تحقیقات استراتژیک، ۱۳۹۲)</p> <p>- کنترل شدید فرهنگی خانواده‌ها بر دختران و زنان (بیبا، حامد و ساجده واعظ زاده، ۱۳۹۷)</p> <p>- تراکم آرزوهای برآورده‌نشده، احساس محرومیت و سرخوردگی، ناکامی در تکمیل هویت زندگی، گسست در تعامل با دیگران و احساس زندگی تنگ‌دامنه (ایاسه و دیگران، ۱۳۹۹).</p> <p>- احساس بی‌ارزشی و بی‌قدرتی جوانان (مرکز تحقیقات استراتژیک، ۱۳۹۲).</p>
اجتماعی	<p>- فقر، عامل خشونت خانوادگی و میل به خودکشی شده است (عنبری و بهرامی، ۱۳۸۹).</p> <p>- بیکاری و فقر موجب تعارضات خانوادگی و زناشویی است (مرکز تحقیقات استراتژیک، ۱۳۹۲).</p> <p>- اختلال و تشنج در روابط خانوادگی: ۷۵ درصد از کسانی که خودکشی می‌کنند، در دوران کودکی و نوجوانی در خانواده‌های متلاشی و متشنج بوده‌اند یا پدر و مادر این افراد زندانی یا سابقه اعتیاد داشته‌اند (مرکز تحقیقات استراتژیک، ۱۳۹۲).</p> <p>- کاهش حمایت اجتماعی خانواده‌ها از جوانان</p> <p>- احساس نابرابری و محرومیت در جوانان</p> <p>- بیکاری و فقر، باعث کاهش ازدواج و تشکیل خانواده شده است</p> <p>- بیکاری و فقر، منجر به اعتیاد به عنوان یکی از عوامل خودکشی بوده است.</p> <p>- بیکاری و فقر باعث کاهش نشاط و امید اجتماعی شده است.</p>
اقتصادی	<p>- عقب‌ماندگی اقتصادی (استان‌های غربی، کمترین سطح توسعه در ایران را دارند)</p> <p>- بیکاری و فقر (استان‌های غربی از جمله کرمانشاه، نرخ بیکاری بالایی دارند)</p>
روانی و جسمی	<p>- اختلالات روانی: افسردگی، اختلال شخصیت (کارشناس سلامت روان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۳۹۹؛ مصاحبه با ایسنا)</p> <p>- بیماری‌های جسمانی و صعب‌العلاج (کارشناس سلامت روان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۳۹۹؛ مصاحبه با ایسنا)</p> <p>- روان‌زخم ناشی از مصیبت و فاجعه مانند زلزله سرپل ذهاب</p>

## کنترل شدید و تعارضات خانوادگی

هم در مطالعات تبیینی از طریق پیمایش و هم در مطالعات تفهیمی و تفسیری از طریق مصاحبه و مطالعه موردی، تعارضات خانوادگی، مهم‌ترین علت و هم دلیل اقدام به خودکشی بوده است که البته این تعارضات می‌تواند معلول عوامل بیرونی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی باشد. همان‌طور که از آمار جدول ۷ مشاهده می‌شود، تعارض با والدین و اقوام، از مهم‌ترین عوامل و دلایل اقدام به خودکشی بوده است (میوه چیان، ۱۳۹۶).

جدول ۹: عوامل و دلایل اقدام به خودکشی در استان کرمانشاه در سال ۹۴ و ۹۵

علت/سال	۹۴	۹۵	۹۵	میانگین
تعارض باوالدین واقوام	۶۲/۴	۵۴/۸	۵۷/۵	۵۸/۶
مشکل ازدواج	۱/۶	۱/۷	۳/۹	۲/۳
اعتیادخودواقوام	۳/۵	۴/۸	۶/۷	۴/۸
مشکلات مالی	۴/۲	۵/۴	۲/۹	۴/۱
فوت اقوام	۰/۳	۰/۵	۰/۷	۰/۵
بیماری روحی	۲۵/۴	۳۰/۳	۲۶	۲۷/۱
بیماری جسمی	۲/۷	۲/۷	۲/۳	۲/۵

در اینجا نتایج مطالعه حامد بیتا و ساجده واعظ زاده (۱۳۹۷) را در مورد تأثیر پیچیده اختلالات خانوادگی و کنترل بیش از حد خانواده بر زنان و دختران به عنوان محرک خودکشی ذکر می‌شود:

«در زمینه رابطه بین نگرش به خودکشی و میزان خشونت در خانواده، طبق نتایج تحقیق به دست آمده رابطه مستقیم و قوی است که دقیقاً فرض‌های موجود در این رابطه را تأیید می‌کند... زنانی که خشونت بیشتری در خانواده آنان وجود دارد تمایل و اعتقاد بیشتری به خودکشی دارند... همچنین «شکاف توقعات زنان با خانواده» با نگرش مثبت به خودکشی رابطه دارد. زنانی که شکاف بیشتری بین توقعات آن‌ها و انتظارات خانواده وجود دارد نگرش مثبت‌تری نسبت به خودکشی دارند. بر اساس نتایج تحقیق، الگوی خودکشی در میان زنان استان کرمانشاه متفاوت از الگوی خودکشی در غرب و حتی کل کشور است. افزایش تمایل به خودکشی در میان زنان مورد بررسی بیشتر ناشی از الگوهای انتظام یافته اجتماع است. لذا از این دیدگاه، نتایج این تحقیق فرض‌ها در زمینه رابطه بین تمایل به خودکشی و خشونت در خانواده، وضعیت شغلی، تعصب در کنترل و بازبینی زنان، میزان مردسالاری، ازدواج اجباری، شکاف توقعات زنان با خانواده و سنتی بودن خانواده را تأیید می‌کنند. از این نظر «انتظام اجتماعی» شدید به عنوان یک مفهوم گسترده رابطه عمیقی با افزایش تمایل به خودکشی در میان زنان دارد. البته بعضی از متغیرها رابطه مستقیمی با خودکشی ندارند، مانند متغیر میزان مردسالاری در خانواده و تأثیر آن غیرمستقیم است.

مسئله‌ای که در مطالعات گذشته به چشم می‌خورد از دو دیدگاه قابل تأمل است، یکی از نظر الگوبندی موضوع و دوم نحوه سنجش موضوع. از نظر الگوبندی موضوع، در اکثر تحقیقات انجام شده در غرب بر الگوهای خودخواهانه و آنومیک

دورکیم از خودکشی تأکید شده است. در تحقیقاتی که در ایران در زمینه خودکشی انجام گرفته نیز از همین روند تبعیت شده است. اما به نظر می‌رسد الگوهای مذکور، در مورد خودکشی و به‌ویژه خودکشی زنان قابل استفاده نیست و برخلاف تحقیقاتی که در غرب کشور انجام گرفته است خودکشی‌های زنان بیشتر از نوع قهری است تا الگوی خودخواهانه و آنومیک... نتایج تحقیق به‌طور خلاصه حاکی از بالا بودن تمایل به خودکشی در میان جامعه مورد مطالعه است. مهم‌ترین عوامل در ایجاد آن عبارت‌اند از خشونت در خانواده، وضعیت شغلی، تعصب در کنترل و بازبینی زنان، میزان مردسالاری، ازدواج اجباری، شکاف توقعات زنان با خانواده و سنتی بودن خانواده که همگی حکایت از حضور فعال عناصر سنت در جامعه و اعمال فشار شدید نیروهای انتظام بخش اجتماعی در جهت به‌نظم درآوردن رفتار اعضایش مطابق با الگوی نظم سنتی است. چنین نیرویی در گذشته نیز وجود داشته است. پس چه چیزی سبب شده در عصر کنونی این عامل باعث واکنش‌های خشن اعضای جامعه گردد. در یک جامعه در معرض تغییرات سریع، سازمان اجتماعی دچار عدم تعادل شده و اجزاء مختلف آن با توجه به میزان وابستگی به ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی به‌طور ناهماهنگ تغییر می‌کند. بدین معنی که ابعاد مادی بیشتر و ابعاد معنوی کمتر تغییر نموده و در نتیجه این تغییرات ناموزون در بخش‌های مختلف جامعه، ناهمخوانی میان عناصر شکل‌دهنده جامعه را گسترش داده و انواع مسائل اجتماعی را تولید می‌نماید.» (بیتا و ساجده واعظ زاده، ۱۳۹۷).

### باورهای فرهنگی

با توجه به اینکه تأکید این گزارش بر جنبه فرهنگی خودکشی است، در ادامه به بحث اهمیت باورهای فرهنگی در خودکشی در گزارش مرکز تحقیقات استراتژیک پرداخته می‌شود. از شیوه‌های دردناک خودکشی، خودسوزی است. این شیوه اغلب در بین زنان منطقه رایج است. حسن‌زاده و موسوی (۱۳۷۳) نشان دادند که ۵۰ درصد خودسوزی‌های ارجاع شده به مرکز سوختگی اصفهان مربوط به استان لرستان بوده است. در مطالعات موجود، انگیزه خودسوزی در بین افراد متفاوت بوده است. یوسفی (۱۳۷۴) به مواردی نظیر مال‌باختگی، بیکاری، نداشتن سرپرست و اختلالات روانی خصوصاً افسردگی اشاره می‌کند. همچنین اسکندری (۱۳۷۳) مواردی نظیر اختلالات روانی، فقر فرهنگی و اقتصادی و اختلافات عمیق خانوادگی را دلیل خودسوزی می‌داند. کلانتری (۱۳۷۶) مواردی مشابه نظیر اختلافات با همسر، اختلافات خانوادگی، مسائل مالی، بیماری‌های روانی و ازدواج‌های تحمیلی را طرح می‌کند. مطالعه محسنی تبریزی (۱۳۷۲) در استان ایلام مهم‌ترین دلایل خودکشی را به شرح زیر اعلام کرده است: اختلافات زناشویی و نامناسب بودن شرایط زندگی خانوادگی؛ ناراحتی‌های روانی و شکست عشقی؛ فقر، بیکاری، اعتیاد و شرایط نامساعد اقتصادی؛ شرایط خاص زندگی شهری به‌ویژه شهرهای بزرگ و صنعتی؛ ازهم‌پاشیدگی و جدایی گروه‌های اجتماعی (محسنی تبریزی، ۱۳۷۲، ۱۸۴). موسی‌پور (۱۳۹۱) دلایل خودکشی‌های استان ایلام را به شرح زیر عنوان کرده است: مشکلات خانوادگی (۵۳.۳ درصد)؛ ناراحتی‌های روحی و روانی (۲۸.۵ درصد)، مشکلات مرتبط با مواد مخدر (۹.۷ درصد)، مشکلات اقتصادی (۶.۵ درصد)، مشکلات تحصیلی (۰.۷ درصد) در همه‌ی گروه‌های سنی ذکر شده‌اند. بیشتر خودکشی‌های منجر به مرگ، به ترتیب مربوط به کشاورزان، مشاغل آزاد، افراد خانه‌دار و کارگران می‌باشد (موسی‌پور، ۱۳۹۱).



عنبری و بهرامی (۱۳۸۹) در مطالعات میدانی خود در ارتباط با «نقش باورهای فرهنگی بر خودکشی» مناطق روستایی استان لرستان به نتایج زیر دست یافته‌اند: ۱- باورهای فرهنگی مردم منطقه از جمله مذومیت طلاق، انگ‌ها و برچسب‌های اجتماعی، طایفه‌گرایی، ناموس‌پرستی و حفظ آبرو و حیثیت خانواده، اختلافات خانوادگی و... به‌طور مستقیم و با واسطه با خودکشی افراد ارتباط دارند. ۲- مردان سنتی جامعه روستایی نگرش منفی به زنان دارند. برخی از مردان زنان را با واژه‌های «ضعیفه»، «ضعیف عقل» و «آفرت و عورت» یاد می‌کنند. ۳- آزار و آسیب جسمی و روحی زنان: خشونت مردان علیه زنان، مهم‌ترین عامل اقدام به خودکشی زنان مطرح شده است. اکثر زنان قربانی خودکشی، انواع خشونت‌ها را در زندگی خود در حد زیاد تجربه کرده‌اند. ۴- ازدواج‌های تحمیلی برای دختران و مخالفت والدین در ازدواج پسران: در میان زنان خودکشی کننده «تحمیل در ازدواج» در دختران با سن پایین وجود داشته است. ۵- کم‌توجهی مردان نسبت به نیازهای عاطفی زنان: ۶۲ درصد زنان به دلیل اینکه مورد بی‌مهری شوهر و ضرب و شتم واقع شده‌اند، گرفتار ناراحتی‌ها و افسردگی‌های روحی و سپس خودکشی شده‌اند.

به استناد نظرات فوق و فرهنگ غالب منطقه مورد مطالعه می‌توان نقش عوامل فرهنگی در خودکشی را تحلیل کرد.

۱. **خانواده‌گرایی افراطی و طایفه‌گرایی:** علیرغم تغییرات گسترده در روستاهای منطقه مورد مطالعه هنوز فرهنگ حاکم بر زندگی اجتماعی، روحیه خانواده‌گرایی و قبیله‌گرایی است. تسلط و احاطه باورها ناباور قبیل‌های همچون تعصب، خشونت، زور، رفتارهای دگم، اختلافات خانوادگی بر زندگی مردم موجب تولید خشونت‌های خانوادگی، ازدواج‌های تحمیلی و در نهایت خودکشی زنان شده است.

۲. **تربیت خانواده (سخت‌گیری و سهل‌گیری):** در نظام خانوادگی پدرسالاری، زنان و فرزندان به عنوان مایملک و دارایی پدر محسوب می‌شوند و به دلیل حفظ آبرو و حیثیت خانواده اعمال خشونت بر زنان و فرزندان لازم و ضروری تلقی می‌شود. فرهنگ ناموس‌پرستی و تعصب شدید نسبت به خانواده، موجب انضباط و سخت‌گیری در رفتار افراد می‌شود. ۷۵ درصد قربانیان خودکشی به علت عدم تحمل اختلافات خانوادگی این چینی به خودکشی دست زده‌اند.

۳. **تعریف جنسیتی کار و روابط اجتماعی:** معیشت اصلی منطقه مورد مطالعه، کشاورزی و دامداری است. از دیدگاه مردان سنتی روستایی، کار و فعالیت زنان به‌عنوان کار جدی تلقی نمی‌شود و به دیده حقارت به فعالیت آنان نگریده می‌شود.

۴. **انگ‌های اجتماعی:** انگ‌های «خانواده ناهنجار»، «کمیت‌های<sup>۱</sup>»، «معتاد شیرهای»، «خانواده لَچَر<sup>۲</sup>» به افراد و خانواده‌های آسیب‌دیده، سبب افزایش اختلافات و خشونت‌ها و طرد شدن آنان در صحنه اجتماع گردیده است. عمل خودکشی به‌عنوان کنشی اعتراضی علیه انگ‌های اجتماعی صورت می‌گیرد. خانواده‌هایی که از امکانات مادی محروم مانده و در فقر شدید زندگی می‌کنند، انگ «فقیر - کمیت‌های» به آنان زده می‌شود. انگ «معتاد» و «شیرهای» مرتبط با مواد مخدر است. زنانی که شوهران معتاد دارند به هنگام دریافت این گونه انگ‌ها برای رهایی به خودسوزی متوسل می‌شوند. مطالعه نشان می‌دهد ۶۵ درصد خودکشی کنندگان در لرستان در زندگی خود انگ‌های منفی زیادی از طرف

<sup>۱</sup> - کمیت‌های کنایه از افراد تحت پوشش کمیته امداد است.

<sup>۲</sup> - Lachar در فرهنگ منطقه به معنی لجاجتی، دعو و خشونت زیاد در خانواده است.

اطرافیان خورده‌اند. خودسوزی زنان در اعتراض به اعتیاد شوهران به این دلیل است که مسئله اعتیاد در جامعه روستایی یک رفتار ضد ارزش و منفی (انگ) تلقی می‌شود.

۵. **روابط خانوادگی و ازدواج و اثر آن بر خودکشی:** جوان روستایی در مقابل ارزش‌ها و هنجارهای سنتی پیرامون ازدواج احساس بی‌قدرتی می‌کند و توانایی ایجاد تغییر ارزش‌ها و هنجارهای سنتی را ندارد. تعدادی از جوانان در اعتراض به محدودیت‌های ناشی از ارزش‌ها و آداب و رسوم سنتی دست و پاگیر روستا خودکشی کرده‌اند. مذمومیت طلاق در جامعه روستایی موجب می‌شود زنان خشونت در درون خانواده تحمل کنند. هنگامی که آستانه تحمل خشونت به نهایت خود برسد، زنان برای رهایی به خودکشی متوسل می‌شوند. ۹۰ درصد خودکشی‌ها بعد از اختلافات خانوادگی و خشونت‌های جسمی و روحی رخ داده است. ۵۰ درصد پسران جوانی که خودکشی کرده‌اند مهم‌ترین عامل خودکشی آن‌ها اختلافات ناشی از مسئله ازدواج و انتخاب همسر ذکر شده است. می‌توان استدلال کرد که خودکشی زنان و جوانان در جامعه مورد مطالعه کنشی است برای رهایی و اعتراض به باورهای سنتی منطقه. قربانیان خودکشی به دلیل پوچی و احساس بی‌قدرتی و ضعف در برابر شرایط تحمیل شده اجتماع (ارزش‌ها و هنجارهای سنتی) به این رفتار پرخطر متوسل شده‌اند. در استان‌های غرب کشور جامعه‌گرایی و طایفه‌گرایی و خانواده‌گرایی شدیدی بر زندگی اجتماعی مردم حاکم است. کنش خودکشی نمایانگر مقابله با جامعه‌گرایی و خانواده‌گرایی است. وجود دخالت‌های خانوادگی و نظارت اجتماعی شدید بر رفتار و اعمال زنان و جوانان در زندگی خانوادگی، بیانگر وجود «انسجام اجتماعی» مورد نظر دورکیم است. خودکشی زنان و جوانان غرب کشور ناشی از «ناتوانی» و «بی‌قدرتی» فرد منتحر در مقابل شرایط تحمیل شده، باورها و ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی سنتی است (مرکز تحقیقات استراتژیک، ۱۳۹۲).

### **فقر، خشونت خانگی و خودکشی**

عنبری و بهرامی (۱۳۸۹) در مطالعات میدانی خود در روستاهای استان لرستان به «بررسی رابطه فقر بر خشونت‌های خانگی و خودکشی» پرداخته‌اند و به نتایج زیر دست یافته‌اند:

۱. فقر و خودکشی: استان لرستان طی سه دهه گذشته، از نظر سطوح توسعه‌یافتگی یکی از محروم‌ترین استان‌های کشور با میزان خودکشی بالا بوده است. در نمودار زیر وضعیت خودکشی در استان‌های اصفهان (به عنوان استان توسعه‌یافته) و استان لرستان (به عنوان استان توسعه‌نیافته) و میانگین کل کشور طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۵ را نشان می‌دهد.

از بین قربانیان خودکشی، ۶۰ درصد وضعیت اقتصادی نامناسب (فقیر)، ۲۵ درصد وضعیت اقتصادی متوسط، و ۱۵ درصد وضعیت اقتصادی مناسب داشته‌اند. درآمد کم و بدهکاری بالا، موجب فشارهای روحی- روانی والدین به هنگام پرداخت آن همزمان با فعالیت‌های کشاورزی است. در این شرایط ناامیدی و بروز تنش‌های خانگی خشونت و خودکشی را افزایش داده است. فقر و بیکاری موجب طرد اجتماعی جوانان و افسردگی آنان شده است.

فقر و بیکاری موجب احساس نابرابری نسبت به دیگران، تضعیف روحیه، احساس حقارت و در نهایت خودکشی افراد شده است. بیکاری بیش از هر عاملی موجب افزایش روحیه انزوا و افسردگی جوانان و در نهایت خودکشی شده است.

۲. **خشونت خانگی و خودکشی:** در دو دهه پیش دختران تا مقطع تحصیلی سیکل، مجاز به ادامه تحصیل بودند.

اما امروزه به دلیل برخورداری روستاها و شهرها از مدارس و دانشگاه‌ها، وارد دانشگاه‌ها شده‌اند. کاهش تبعیض جنسیتی در زمینه تحصیلی موجب شده که دختران جوان خواهان آزادی اراده و اختیار در مسیر زندگی، انتخاب همسر، انتخاب

شغل شوند. اما وجود ارزش‌ها و هنجارهای سنتی که تأکید بر محدودیت در آزادی عمل دختران دارد، تضادهای زیادی ایجاد کرده است. زنان و جوانان برخوردار از زندگی توأم با محرومیت و خشونت خانوادگی بیشترین اقدام به خودکشی را داشته‌اند. خودکشی تابعی از نحوه جلال فرد با نقش‌های اجتماعی محول است. فرد به سبب احساس حقارت در ستیز با نقش‌های اجتماعی ترجیح می‌دهد نه نقش، بلکه خود را از سر راه بردارد. بنابراین، الزام پیوستگی با گروه - لزوماً مولد انسجام و همنوایی نیست، بلکه گاهی انحراف و انزوا تولید می‌کند. در این مقاله، استدلال شده است که فقر و خشونت‌های خانوادگی که بیشتر بر اثر پیوستگی با گروه و اجتماع تولید می‌شوند، به‌وضوح بر دامنه خودکشی‌ها در منطقه مذکور افزوده‌اند. «فقر و بیکاری به‌عنوان مخرج مشترک تمام آسیب‌های اجتماعی قلمداد می‌شود. فقر و نابرابری اجتماعی عامل مهمی در بروز خشونت‌ها و خودکشی‌ها در محیط خانواده است.»

در شرایط فقر، دستیابی به امکانات مادی زندگی وجود ندارد. زندگی توأم با فقر انسان‌ها را جمع‌گراتر و خانواده‌گراتر می‌کند. بنابراین فقر همبستگی اجتماعی را تقویت می‌کند. در شرایط رفاه امروز، زنان و جوانان که نوگراتر هستند، فقر و خانواده‌گرایی را تحمل نمی‌کنند. از طرفی نمی‌توانند سنت‌های خانوادگی و قبیله‌ای را کنار نهند، در نتیجه در خانواده اختلافات، خشونت و خودکشی افزایش می‌یابد. خانواده‌های فقیر سنتی جمع‌گراتر هستند. درحالی‌که جوانان و زنان امروزی به سمت نوگرایی در حرکت‌اند، این مسئله خود باعث ایجاد تضاد می‌شود. در واقع خشونت و خودکشی محصول تضاد در نقش‌های افراد و تصور نسبت به آینده است. مسئله ازدواج، انتخاب همسر و عشق از جمله مسائلی هستند که در جامعه موضوعی برای ظهور این گونه تضادها است. در این مناطق، فقر عامل تشدیدکننده اختلافات، تضادها و انزوای اجتماعی است و همین تضادها و اختلافات منشأ اصلی خودکشی. حال آنکه در نظریه دورکیم، فقر موجب مصونیت فرد در برابر خودکشی و عامل اصلی انضباط و همبستگی اجتماعی است. بنابراین عوامل و دلایل خودکشی عبارت‌اند از: ۱- توسعه‌نیافتگی (در سطح کلان) که موجب افزایش فقر و بیکاری و نابرابری در استان‌های غربی شده است؛ ۲- اعتراضی به باورهای فرهنگی جامعه که مولد انگ‌ها، خشونت‌های خانگی، ازدواج‌های تحمیلی و... شده است؛ ۳- ماندگاری در فقر و بیکاری، که موجب افزایش خشونت‌ها و خودکشی در محیط خانواده شده است (مرکز تحقیقات استراتژیک، ۱۳۹۲).

## راهکارها

برای جلوگیری از عمل خودکشی می‌باید رویکرد توسعه‌ای، مددکاری اجتماعی، روانشناسی، جامعه‌شناسی برای توانمندی اجتماعی و اقتصادی و روحی و روانی گروه‌ها، خانواده‌ها و افراد در پیش گرفت. یافته‌ها و تحلیل گزارش حاضر تعارضات فرهنگی بین نسلی، فقر، بیکاری و تعارضات و خشونت‌ها خانگی در بروز خودکشی‌ها تأکید دارد. باید برنامه‌ای برای فقرزدایی و افزایش توانمندسازی اقتصادی، اجتماعی و روانی جامعه و افراد آسیب‌دیده طراحی و اجرا نمود و برای مقوله خشونت‌ها باید با آموزش و برنامه‌های فرهنگ‌سازی برای شکل‌گیری فضای گفتگو و تعامل افراد در محیط خانواده و کاهش تضادها و تعارضات مبادرت ورزید. اما تأکید این گزارش بر سیاست‌گذاری فرهنگی معطوف به ایجاد درک متقابل نسل‌های مختلف در جامعه است (نبوی و مرادی نصاری، ۱۳۹۷).

- سیاست فرهنگی معطوف به تغییر ذهنیت خودکشی: برای کاهش خودکشی، ایجاد تغییر ذهنیت و نظام ارزشی و هنجاری و تفسیری موجود، ضروری است و مستلزم سیاست‌گذاری فرهنگی است بر این مبنا که خودکشی معنای مقاومت و رهایی بخشی ندارد. لازم است که پیوند ذهنی میان میل به به رسمیت شناخته شدن با استفاده ابزاری از خودکشی گسسته شود. این کار از طریق برنامه‌های صداوسیما، آموزش‌های غیررسمی، استفاده از ظرفیت سمن قابل انجام است.

- تفاهم و تبادل فرهنگی بین نسلی: سیاست‌گذاری فرهنگی باید با این هدف باشد که هر دو نسل (والدین و فرزندان) را برای به رسمیت شناختن همدیگر آماده کند. نسل والدین برای پذیرش ارزش‌های نسل جوان آمادگی ندارد و نسل جوان نیز برای نسل پیشین، مشروعیتی قائل نیست. روابط بین دو نسل، به روابط قدرت و مقاومت تبدیل شده است؛ نسل جدید مقاومت می‌کند و نسل گذشته نیز جز اعمال مقتدرانه ارزش‌ها، هنجارها و تفسیرهای خود، کنشی تعاملی از خود نشان نمی‌دهد. سیاست‌گذاری فرهنگی باید برای باز شدن باب تعامل این دو نسل اقدام کند.

برخی دیگر از مکانیسم‌های پرداخت به مسئله که در تحقیقات گذشته ذکر شده است عبارت‌اند از:

- گسترش فرهنگ استفاده خانواده‌ها از خدمات روان‌شناسی و مشاوره‌ای و مددکاری اجتماعی
  - تأسیس اورژانس‌های اجتماعی در مناطق روستایی با استفاده شبکه‌های خانوادگی، خویشاوندی و معتمدین محلی
  - فرهنگ‌سازی از طریق آموزش توسط مراکز علمی و فرهنگی و رسانه‌های ملی برای جلوگیری از رفتارهای پرخطر و خشونت‌آمیز توسط مدارس، دانشگاه‌ها، صداوسیما از طریق تولید فیلم و سریال تلویزیونی، بررسی مسئله ازدواج‌های تحمیلی، ازدواج زودرس و بلوغ دیررس برای کاهش خشونت‌ها در محیط خانواده.
  - آموزش و اطلاع‌رسانی، تسهیل ارائه خدمات مشاوره، بیماریابی و درمان افراد اقدام کننده به خودکشی، شناسایی و درمان بیماران مزمن روان، کاهش دسترسی به مواد و وسایل خطرناک و ...
- در تحقیق حامد بیتا و ساجده واعظ زاده (۱۳۹۷) یکی از عوامل اصلی، تأثیرگذاری کنترل و بازبینی شدید زنان است و در این راستا، راهکارهای زیر را ارائه می‌کنند:

- در حوزه ارزش‌ها و هنجارهای کنترل کننده رفتار ضروری است نگاه جنسیتی حذف شده و برخوردی یکسان نسبت به زنان و مردان ترویج شود. این امر مستلزم یک فرایند اجتماعی شدن و فرهنگ‌پذیری است که طی فرایندی طولانی در محیط‌هایی مانند خانواده، مدرسه، جامعه و رسانه‌ها تحکیم می‌شود. لذا می‌توان در این زمینه از ظرفیت رسانه‌های جمعی، آموزش و پرورش و آموزش عمومی خانواده‌ها در جهت تبدیل و اصلاح نگرش‌ها در خصوص نوع نگاه به جنس زن اقدام نمود.
- در حوزه هنجارهای اجتماعی شامل مقررات و قوانین رسمی ناظر بر شدت کنترل رفتار زنان باید توجه داشت که هرچند این هنجارها ریشه در فرهنگ و ارزش‌های تثبیت شده جامعه دارند اما اکثر آنها برخاسته از جهان‌بینی‌ها و افکار سنتی است که به گونه افراطی رفتار و اعمال افراد را تحت کنترل در می‌آورد. از این رو لازم است در جهت تعدیل این نوع هنجارهای واپسگرایانه رسمی و غیر رسمی اقدامات سنجیده‌ای متناسب با سطح پذیرش جامعه صورت گیرد.
- تجدیدنظر و اصلاح مجازات‌ها و اعمال تنبیهی که در راستای هنجارها و الگوهای سنتی رفتار وضع شده‌اند.

این الگوهای رفتاری ممکن است در حال حاضر نماینده طرز فکر اقلیتی محدود از جامعه باشند. جدای از موضوع خودکشی زنان، در مجموع به منظور کاهش اقدام به خودکشی در میان جوانان استان راهکارهایی به شرح زیر در سطوح کلان و خرد ارائه می‌گردد:

جدول ۱۰: راهکارهای کاهش و پیشگیری از خودکشی

شرح	راهکارهای	سطح
آموزش و فرهنگ‌سازی، تلاش در جهت اجتماعی کردن افراد جامعه با احترام به حقوق انسانی، پرهیز از مردسالاری از طریق آموزش و پرورش، صداوسیما، مدارس، مساجد و... در این میان فعالیت‌های رسانه‌ای به‌ویژه رسانه‌های پرمخاطب مانند شبکه‌های اجتماعی و صداوسیما از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این راستا ضرورت دارد با توجه به فضای فرهنگی غالب در استان روش‌های تأثیرگذاری مؤثر رسانه‌های مذکور شناسایی شده و فعالیت‌ها ساماندهی گردد.	فرهنگی (ارزش‌ها، نگرش‌ها، افکار)	سطح کلان
حمایت از تشکلهای و گروه‌های داوطلبانه، تقویت مجامع و نهادهایی که در آنها زنان و اقشار ضعیف و فاقد قدرت ذی‌نفع‌اند	اجتماعی (گروه‌های اجتماعی)	
ایجاد نهادهای تخصصی در جهت مدیریت تعارضات جدید در حوزه‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی، حقوقی و اقتصادی	اقتصاد (رفع نیازهای مادی و تأمین اقتصادی)	
توانمندسازی اقتصادی و کاهش وابستگی اقتصادی زنان به خانواده از طریق مشارکت در بازار کار، تولید و افزایش سهم آنان در اشتغال	سیستم حقوقی و سیاسی	
اصلاح و تعدیل قوانین تبعیض‌آمیز و تلاش در جهت تشکیل نهادهای مدنی حمایت از حقوق زنان تا در مواقع بحران و چالش‌های خانوادگی بتوانند مداخلات حمایتی مؤثری انجام دهند.	مدیریتی	
ارتقاء جایگاه زنان در جامعه از طریق ایجاد فرصت‌های آموزشی، شغلی، مشارکت در تصمیم‌گیری‌های سیاسی و حضور در گروه‌ها و مجامع مردمی	توانمندسازی	سطح خرد
تحول در مدیریت‌های دستگاه‌های حمایتی به‌گونه‌ای که اولاً از پراکندگی اقدامات و مأموریت‌ها کاسته شود و ثانیاً مأموریت‌های دستگاه‌های ذی‌ربط وسعت یافته و حوزه بیشتری از موضوع خودکشی را در برگیرد. این امر باعث می‌شود که علاوه بر تمرکز بهتر بر موضوع اصلی سایر جنبه‌ها و آسیب‌های مرتبط نیز مدیریت شود.	فرصت‌سازی	
توانمندسازی زنان از طریق تسهیل و افزایش فرصت‌های قانونی بهره‌گیری از مشاوره روانی و درمان اختلالات ذهنی، افزایش مهارت‌های زندگی و آشنایی با روش‌های کارآفرینی	حمایت و پشتیبانی	
تخصیص بودجه‌های کارآفرینی ویژه زنان، تسهیل قانونی مشارکت زنان در بازار کار		
تشکیل کانون‌های حمایتی در رابطه با افراد آسیب‌پذیر و در معرض خطر		

## منابع

- ایاسه، علی و دیگران (۱۳۹۹) برساخت مدل زمینه‌ای تجربه‌ی رسیدن به خودکشی در میان زنان خودکشی‌کننده شهر کرمانشاه. مجله مطالعات جنسیت و خانواده، سال ۸، شماره ۲.
- برخوردار، نسرين و دیگران (۱۳۸۸) روند بروز خودکشی و عوامل موثر بر آن در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه طی سال های ۱۳۷۹-۱۳۸۵؛ مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۷، شماره ۲.
- بی‌تا، حامد و ساجده واعظ زاده (۱۳۹۷) وضعیت و الگوی خودکشی زنان در استان کرمانشاه و عوامل مرتبط با آن. انتشار در مجموعه مقالات «تحلیل مسائل و آسیب‌های اجتماعی کشور: مقالات استان کرمانشاه». شورای اجتماعی کشور با همکاری دفتر طرح‌های ملی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- جمشیدی ها، غلامرضا و سیاوش قلی پور (۱۳۸۹) مدرنیته و خودکشی زنان و دختران لک. مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره ۱.
- رستمی، مهران (۱۳۹۵) بررسی مدل سری زمانی خودکشی در استان کرمانشاه از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰. پایان نامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان
- عنبری، موسی و بهرامی اردشیر (۱۳۸۸) بررسی ارتباط باورهای فرهنگی با خودکشی: مورد مطالعه، شهرستان های کوه‌دشت و پلدختر. فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی.
- عنبری، موسی و بهرامی اردشیر (۱۳۸۹) بررسی آثار فقر و خشونت بر میزان خودکشی در ایران مورد مطالعه: روستاهای شهرستان پلدختر. مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره ۱، شماره ۲.
- فتاحی، سجاد (۱۳۹۵) مسئله‌شناسی راهبردی توسعه در استان کرمانشاه. مرکز بررسی های استراتژیک.
- محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۷۳) بررسی علل و عوامل موثر بر افزایش نرخ خودکشی در استان ایلام. استانداری ایلام.
- مرکز تحقیقات استراتژیک (۱۳۹۲) وضعیت خودکشی در استان‌های غربی کشور طی سه دهه گذشته (ایلام، لرستان و کرمانشاه). منتشر نشده
- میوه‌چیان، میلاد (۱۳۹۶) بررسی عوامل خودکشی و اقدام به خودکشی در استان کرمانشاه. فصلنامه علمی - حقوقی قانون‌یار، دوره سوم.
- نبوی، سیدحسین و طاهره مرادی نصاری (۱۳۹۷) تلاش برای به رسمیت شناخته شدن: تبیین فرهنگی کنش خودکشی در ایلام. فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران، شماره ۴۳.