

تجربه زیسته‌ی اقدام به خودکشی در دانش‌آموزان دختر ۱۸-۱۲ ساله شهرستان خمینی‌شهر

طاهره ربیعی^۱ و یوسف گرگی^{۲*}

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۷

خلاصه

مقدمه: بررسی جامع انگیزه‌های اقدام به خودکشی در گروه‌های سنی متفاوت عاملی مؤثر در تدوین اقدامات پیشگیرانه و لحاظ رویکردهای درمانی اثربخش است. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر بررسی تجربه زیسته‌ی اقدام به خودکشی در دانش‌آموزان دختر ۱۸-۱۲ ساله شهرستان خمینی‌شهر بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، کیفی و از نوع پدیدارشناسی می‌باشد که با روش هدفمند از بین دختران ۱۸-۱۲ ساله با سابقه اقدام به خودکشی در سال ۱۳۹۷ بر اساس اطلاعات مرکز بهداشت شهرستان خمینی‌شهر که برابر با ۳۰ نفر بوده است، هفده نفر بر اساس حد اشباع انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش هفت مرحله‌ای کلایزی استفاده شد.

یافته‌ها: از مصاحبه‌ها ۵۶۲ کد، ۷۳ مفهوم و ۱۲ مقوله در سه عنوان هسته‌ای فردیت عقیم مانده (فشار روانی، ناکامی شخصی، تنش‌های فرآیند بلوغ و گسست دینی)، عامل فشار ساختاری (شکاف نسلی، نیاز به توجه، سبک زندگی و فشار اقتصادی) و عامل طرد اجتماعی (از دست دادن سرمایه اجتماعی، فشار اجتماعی، فشار مجازی و ضعف در مهارت ارتباطی) به دست آمد. نتیجه‌گیری: این نتیجه حاصل می‌شود که نوجوانی دوران هویت‌یابی در کنار همسالان، والدین و سیستم آموزشی بویژه معلمان و فضای مجازی است. بنابراین متخصصین باید در راستای افزایش آگاهی به خانواده‌ها و مدارس و سیستم قانون‌گذاری در جهت لزوم نظارت بر فضای مجازی و افزایش سواد رسانه‌ای ملزومات لازم را ببیند. تا از این طریق اصول اساسی در پیشگیری از خودکشی نوجوانان تدوین و عوامل زمینه‌ساز رفع و یا تعدیل شوند.

واژه‌های کلیدی: تجربه زیسته، اقدام به خودکشی، دانش‌آموزان دختر، شهرستان خمینی‌شهر

۱- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: gorji@iaukhsh.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۳۱۲۸۰۶۳۵

مختلف از ۰/۷ تا ۲۷/۱ و نرخ خودکشی از ۰/۱۷ تا ۱۷/۷ در هر صد هزار نفر متغیر بوده است [۵].

پدیده خودکشی در افراد به ویژه در نوجوانان، یک مشکل مهم بهداشت جهانی محسوب می‌گردد. به طوری که از دهه ۱۹۶۰ به بعد با افزایش سریع روند اقدام به خودکشی در نوجوانان، طراحی مطالعات و بررسی‌های جدید و جدی را طلب نموده است. در این راستا، دستیابی به انگیزه‌ها و دلایل اصلی در بروز این رفتار از اولویت‌های آسیب‌شناسی محسوب می‌گردد. مروری بر نتایج و گزارشات مطالعات گذشته نشان می‌دهد نوجوانی می‌تواند دوره‌ای بحرانی برای شروع رفتارهای صدمه به خود به حساب آید [۶]. پژوهش‌های انجام شده در جهت شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده پدیده خودکشی در کشور ایران، نشان داده‌اند که نوجوان بودن از جمله متغیرهایی است که به صورت مستقل می‌تواند پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی باشد [۷]. این پدیده می‌تواند نتایج متفاوتی نظیر ناتوانی و معلولیت، افزایش هزینه درمان در این افراد و همچنین بر جای گذاشتن آثار سوء روان‌شناختی برای بازماندگان را در سطح جامعه به همراه داشته باشد [۸]. این در حالی است که کماکان این سؤال که چرا برخی از مردم خودکشی یا اقدام به خودکشی می‌کنند در علوم رفتاری و علوم پزشکی، بی‌پاسخ مانده است. بنا براین، پژوهش‌های گسترده در اکثر کشورها به دلیل تغییرات عمده در موارد رخداد، تأثیر عوامل متعدد در رخداد و پیامد ناشی از خودکشی و از سویی اثرات ناشی از اجرای برنامه‌های پیشگیری در سیستم‌های بهداشتی و اجتماعی کشورها، کماکان از ارزش علمی و اجرایی قابل اهمیتی برخوردار است. در این راستا Delam و Bazrafshan [۹] در پژوهش خود نشان دادند که پنج طبقه برهم خوردن رابطه عاطفی، درگیری با خانواده، فروپاشی ساختار خانواده، مشکلات روانی و استفاده از روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد از دلایل اصلی در اقدام به خودکشی در نوجوانان شهرستان لارستان بوده است. Golchin و همکاران [۵] ناکامی، سستی و بی‌هدفی، ازدواج‌های اجباری، فشارهای روانی، متفاوت بودن دانشگاه با انتظارات پیشین دانشجویان را به عنوان «شرایط علی»، فشارهای اقتصادی-اجتماعی و

خودکشی (suicide) به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی قابل پیشگیری به معنای تلاش عمدی جهت کشتن خود و اتمام زندگی است [۱]. خودکشی در پیوستاری از حالت خفیف (افکار خودکشی) تا حالات شدید (خودآزای و اقدام به خودکشی) در نوسان است، ولی اصولاً حالت خفیف خودکشی بر حالت شدید مقدم است. بر اساس گزارش‌ها هر ساله نزدیک به یک میلیون نفر در جهان خودکشی می‌کنند و نزدیک به ۱/۴٪ از مرگ و میر انسان‌ها به دلیل خودکشی رخ می‌دهد [۱،۲]. در شصت و ششمین نشست بهداشت جهانی در ماه مه سال ۲۰۱۳، اولین برنامه روان‌درمانی سازمان بهداشت جهانی به تصویب رسید. پیشگیری از خودکشی به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر از این طرح بود که به موجب آن کاهش میزان خودکشی در کشورها به میزان ۱۰٪ تا سال ۲۰۲۰ هدف‌گذاری شد. میانگین سالانه جهانی خودکشی ۱۱/۴ در هر ۱۰۰۰۰۰ جمعیت (۱۵ برای مردان و ۸ برای زنان) است. با این حال، از آنجا که خودکشی یک مسئله حساس و در برخی از کشورها غیرقانونی است، به احتمال بسیار زیاد کمتر از حد واقعی گزارش می‌شود. در بسیاری از کشورها، بیشترین میزان خودکشی در جوانان اتفاق می‌افتد و خودکشی در سطح دومین علت اصلی مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال است [۳]. همچنین ضریب شیوع خودکشی در نوجوانان بالای پانزده سال ۵/۱۵٪ طی یک سال برآورد شده است [۲].

آمار خودکشی در ایران به نسبت جهان، میزان کمتری را نشان می‌دهد؛ به طوری که این رقم در ایران حدود پنج نفر به ازای هر صد هزار نفر بوده است. مطابق اعلام سازمان پزشک قانونی کشور در سال ۱۳۹۶ مجموع تلفات خودکشی‌ها ۴۶۲۶ نفر بوده که نسبت به سال ۱۳۹۵ افزایش ۵٪ را نشان می‌دهد. از بین خودکشی‌های منجر به فوت ۳۲۶۲ مورد مربوط به مردان و ۱۳۶۴ مورد مربوط به زنان بوده است [۴]. گزارش مربوط به روند خودکشی در ایران از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۲ نشان می‌دهد که طی این دوره، اقدام به خودکشی از ۳۰/۵ به ۴۴/۸ و نرخ خودکشی از ۱/۷۶ به ۲/۲۳ در هر صد هزار نفر افزایش یافته است. نرخ اقدام به خودکشی در استان‌های

بوده است و سایر عوامل کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. بیشتر یافته‌های پژوهشی در زمینه خودکشی برای گروه بزرگسالان و به صورت کمی گزارش شده است، در حالی که افراد اقدام کننده به رفتار خودکشی الزاماً مشکلات روان‌شناختی نداشته و گاه تحت شرایطی به جز مشکلات روان‌شناختی همچون عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و ... دست به خودکشی می‌زنند. نکته قابل توجه دیگر تک‌بعدی بودن سایر مطالعات کیفی در زمینه خودکشی است، به نحوی که برخی مطالعات صرفاً با تأکید بر بافت خانوادگی [۱۷]، عوامل اجتماعی [۱۸] و یا سایر عوامل انجام شده‌اند و کمتر رویکردی کلی نگر به مسئله انگیزه‌ها در خودکشی گروه نوجوانان وجود داشته است. بنابراین، ضروری است در شهرستان‌هایی که کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند و حتی مطالعات رسمی از میزان شیوع خودکشی در آنان نیز وجود ندارد مورد بحث و بررسی قرار بگیرند تا تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و بعضاً انگیزه‌های متفاوت در مقایسه با شهرهای بزرگی همچون اصفهان، تهران، ایلام و ... مشخص گردند. هدف از پژوهش حاضر، بررسی تجربه زیسته‌ی اقدام به خودکشی در دانش آموزان دختر ۱۸-۱۲ ساله شهرستان خمینی شهر می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به روش کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۸-۱۲ سال، شهرستان خمینی شهر بود که در فاصله زمانی دی ماه ۱۳۹۶ تا دی ماه ۱۳۹۷ اقدام به خودکشی نموده بودند و روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود. برای انتخاب نمونه‌ها پژوهشگر، با همکاری آموزش و پرورش و شبکه بهداشت و درمان شهرستان خمینی شهر، لیست اسامی اقدام کنندگان به خودکشی را دریافت نمود. سپس، با مراجعه به مدارس مورد نظر و پس از توضیح هدف پژوهش، اقدام به جذب مشارکت کنندگان با همکاری مشاور و مدیران مدارس شد. در این مطالعه روش جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. در این گونه موارد مصاحبه‌ها با یک سؤال کلی شروع می‌شود و سپس با تداوم مصاحبه، سؤالات

گسست‌های خانوادگی را به عنوان «شرایط زمینه‌ای» و شکاف نسلی، گسست دینی، نابرابری جنسیتی و نیاز به توجه را به عنوان «عوامل مداخله‌گر» در اقدام دانشجویان به خودکشی تعیین کردند. همچنین، Moon و همکاران [۱۰]، در زمینه شناسایی عوامل خطر مهم بروز رفتار خودکشی به مواردی همچون ناامیدی، اضطراب مدرسه، استرس و قربانیان قلدری اشاره کرده‌اند. در مطالعه Bračić و همکاران [۲] نیز نشان داده شد که ایده‌های خودکشی در بیشتر دختران نوجوانان با احساس افسردگی همراه بوده است، افکار و اقدام به خودکشی با سطوح بالاتر تنهایی، شکایات بهداشتی، قربانیان قلدری، احساس تنهایی و افسردگی همراه بوده است. در این مطالعه افسردگی و احساس تنهایی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار خودکشی در نوجوانان ذکر شده‌اند، در حالی که حمایت خانواده به عنوان یک عامل محافظ عمل می‌کرد. در پژوهش Miller و همکاران [۱۱] نشان داده شد حمایت مدرسه نسبت به حمایت دوستان در راستای فهم تفکرات و رفتارهای خودکشی حائز اهمیت بیشتری می‌باشد. نتایج مطالعه Yen و همکاران [۱۲] بر روی نوجوانان بستری شده در بخش روان به علت خودکشی، نشانگر اثرات مخرب تخطئه از سوی دوستان است. Yang [۱۳] اشاره کرد از جمله مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده بروز رفتار خودکشی در دختران کره‌ای تحت عنوان "میل به استقلال و فردگرایی" و "گریز از بدنامی اجتماعی" به عنوان عوامل فرهنگی معرفی می‌گردد. Smischney و همکاران [۱۴]، و Fortune و Hawton [۱۵] در پژوهش‌های خود نشان دادند اقدام به خودکشی در دوران بلوغ، در مردان هم‌جنس‌گرا و دو جنس‌گرا نسبت به هم‌تایان دگرجنس‌گرا و زنان بیشتر است. در پژوهش Mehrabi و Sheikhdarani [۱۶] نشان داده شد که رضایت از زندگی، شدت اتفاق ناراحت‌کننده، سابقه خانوادگی خودکشی، داشتن دوست پسر، تحصیلات مادر و بیماری روانی مادر پیش‌بینی کننده‌های قوی برای بروز رفتار خودکشی در دختران نوجوان هستند.

یافته‌های فوق بیانگر اهمیت رفتار خودکشی به جهت اثرات سوء روان‌شناختی و اجتماعی در سطح کلان است. اما نکته قابل توجه، تأکید پژوهشگران بر عوامل مؤثر روان‌شناختی

به پژوهش تغییری در طبقات و خصوصیات آنها رخ نداد، ادامه یافت. مدت زمان مصاحبه‌ها ۴۰ تا ۸۰ دقیقه بود. با هر مشارکت‌کننده یک جلسه مصاحبه انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل داوطلبانه جهت شرکت در پژوهش، رضایت آگاهانه جهت شرکت در فرایند پژوهش، دامنه سنی ۱۸-۱۲ سال و تأیید اقدام به خودکشی توسط والدین و مشاورین مدرسه بود. در صورت عدم تمایل مشارکت‌کنندگان و یا والدین نوجوانان جهت مشارکت در پژوهش مشارکت‌کنندگان از مطالعه خارج می‌شدند. این مطالعه به شیوه تحلیل محتوای کیفی و به روش کلایزی انجام شد. در این دیدگاه طبقات کدگذاری شده مستقیماً و به صورت استقرائی از اطلاعات خام بیرون کشیده می‌شود بدون آن که دسته‌بندی‌های قبلی و یا دیدگاه‌های نظری به آن قالب شود. تحلیل داده‌ها براساس روش هفت مرحله‌ای کلایزی گام به گام بدین صورت انجام شد که در مرحله اول، مطالب اصلی هر مصاحبه استخراج و به همان صورت (زبان شرکت‌کنندگان) نوشته شد. در مرحله دوم، مطالب مرور شده و عبارات مهم متن استخراج گردید. مرحله سوم، معانی فرموله شدند و در نهایت حدود ۵۶۲ کد استخراج گردید؛ در مرحله چهارم، معانی فرمول‌بندی شده به صورت دسته‌هایی هم مفهوم، سازماندهی گردیده و برای تشکیل دسته‌های بزرگ‌تر و اصلی‌تر با موضوعات خاص دسته‌های جزئی در هم ادغام گردید که تعداد ۷۳ کد مفهوم و ۱۲ مقوله مشخص گردید و در مرحله پنجم و ششم با تلفیق نتایج، توصیف جامعی از موضوع بدست آمد و اقدام به دسته‌بندی علل خودکشی دختران در سه عامل فردیت عقیم مانده (درون‌فردی)، فشار ساختاری و تقابلات بین‌نسلی خانوادگی، طرد و احساس به دام افتادگی اجتماعی شد. در مرحله هفتم، پژوهشگر جهت موثق و معتبر نمودن مطالب به توصیف اصلی شرکت‌کنندگان رجوع نمود و نظر آنان را در ارتباط با پدیده‌های پژوهش جویا شده و در صورت ابهام، فرایند استخراج یافته‌ها مرور گردید تا محقق و شرکت‌کنندگان به یک اجماع نهایی دست یابند و به این صورت روایی نهایی کسب شد. کدگذاری توسط ممیزان صاحب‌نظر در پژوهش‌های کیفی انجام گردید.

اختصاصی‌تر بر اساس برآیند مصاحبه‌های اولیه و درون‌مایه‌های اصلی در جهت اهداف پژوهش ادامه می‌یابد. در این پژوهش مصاحبه با برقراری ارتباط صمیمی و توضیح هدف از پژوهش برای مشارکت‌کنندگان آغاز شد و با سؤال کلی و باز "اگر بخواهید یک روز زندگی‌تان را شرح دهید، چگونه می‌گویید؟" ادامه یافت و تدریجاً بر مسائل خاص متمرکز می‌شد. محقق در صورت نیاز از سؤالات کاوشی مانند "می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟" یا "می‌توانید مثالی بزنید؟" جهت جمع‌آوری اطلاعات عمیق‌تر استفاده نمود. با ادامه روند مصاحبه، پژوهشگر هر چند وقت یک بار به جمع‌بندی سخنان مشارکت‌کننده می‌پرداخت تا ضمن نشان دادن میزان توجه خود به مشارکت‌کننده، وی را به بیان مباحث بیشتر تشویق کند. شکل و ترتیب سؤالات با پیشرفت پژوهش و در مراحل مختلف تا حدودی متفاوت و پژوهشگر در واکنش به پاسخ‌های متفاوت مشارکت‌کنندگان انعطاف‌پذیر بود. در پایان هر مصاحبه، مصاحبه‌گر از مشارکت‌کننده‌ها خواست تا در مورد سایر مسائل مهمی که در طول مصاحبه به آن اشاره نشده است، صحبت کنند. مدت زمان احتمالی مصاحبه از قبل به مشارکت‌کنندگان اطلاع داده می‌شد. زمان و مکان انجام مصاحبه بعد از تکمیل فرم رعایت و توافق مصاحبه‌گر و شرکت‌کننده از نظر زمان انجام مصاحبه تعیین می‌شد. در هنگام مصاحبه جهت بالا بردن دقت جمع‌آوری اطلاعات، با رضایت مشارکت‌کنندگان، از یادداشت‌برداری و ضبط صدا استفاده می‌شد. پژوهشگر پس از هر مصاحبه همانند یک ناظر خارجی، چندین بار مصاحبه‌های ضبط شده را با دقت گوش می‌داد و نکات را یادداشت می‌کرد. سپس نقاط ضعف و قوت مصاحبه را مشخص نموده و مواردی که می‌بایست در مصاحبه‌های بعدی لحاظ شود را در ذهن مرور می‌کرد. راحتی مشارکت‌کننده‌ها، وجود مکانی آرام و خلوت جهت انجام مصاحبه‌ها مدنظر بود. در این مطالعه نمونه‌گیری تا رسیدن به سطح اشباع اطلاعات یعنی تا زمانی که طبقات به دست آمده هیچ تغییری نداشت و خصوصیات هر طبقه به طور کامل مشخص شد و با ورود اطلاعات جدید

جدول ۱- مشخصات فردی و اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در دانش‌آموزان دختر ۱۸-۱۲ ساله شهرستان خمینی شهر

ردیف	نام	سن	پایه تحصیلی	تعداد دفعات خودکشی	روش اقدام به خودکشی
۱	صبا	۱۴	هشتم	۲ بار	قرص مسکن
۲	ترانه	۱۴	هشتم	۱ بار	قرص مسکن و خواب آور
۳	زهرا	۱۴	هشتم	۲ بار	قرص مسکن
۴	رومینا	۱۴	هشتم	۲ بار	قرص مسکن
۵	ترنم	۱۵	نهم	۱ بار	قرص مسکن
۶	لیلا	۱۵	نهم	۱ بار	قرص مسکن
۷	نگین	۱۵	نهم	۱ بار	قرص ترامادول و متادون
۸	تینا	۱۵	نهم	۲ بار	قرص آلپرازولام
۹	محدثه	۱۶	دهم	۱ بار	قرص مسکن
۱۰	سیما	۱۶	دهم	۱ بار	قرص مسکن و ضدبارداری
۱۱	غزل	۱۶	دهم	۲ بار	قرص مسکن
۱۲	افسون	۱۶	دهم	۱ بار	قرص مسکن
۱۳	آرزو	۱۷	یازدهم	۱ بار	قرص مسکن
۱۴	مینا	۱۷	یازدهم	۱ بار	قرص مسکن و انسولین
۱۵	سحر	۱۸	دوازدهم	۲ بار	قرص مسکن
۱۶	رویا	۱۸	دوازدهم	۲ بار	قرص مسکن
۱۷	آناهیتا	۱۸	دوازدهم	۱ بار	قرص متفورمین

یافته‌ها

خودکشی بودند، استخراج گردید. براساس جدول ۲، در مرحله بعد، مفاهیم مشابه و نزدیک به هم از نظر معنایی در قالب ۱۲ مقوله عمده طبقه‌بندی شدند که در ادامه با ارجاع به گفته‌های مشارکت‌کنندگان تشریح خواهند شد.

تعداد ۱۷ نفر از نوجوانان دختر ۱۸-۱۲ سال در این پژوهش مشارکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی آنها $11/11 \pm 15/76$ سال بود. در مرحله کدگذاری، ۷۳ کد مفهوم که بیانگر درک و تفسیر مشارکت‌کنندگان در تحقیق از پدیده

جدول ۲- کدهای اولیه و مقوله‌های محوری اقدام به خودکشی در دانش‌آموزان دختر ۱۸-۱۲ ساله شهرستان خمینی شهر

مقوله اصلی	مقوله‌های عمده	کدهای اولیه
فشار روانی	احساس دل‌تنگی و غمگینی، فقدان علاقه و لذت، علاقه به تنهایی، کندی روانی حرکتی، عدم تمرکز، بیقراری، فقدان انرژی، اعتماد به نفس پایین، ناامیدی، کم‌ارزشی، احساس گناه، فقدان برنامه‌ریزی، بی‌حوصلگی، احساس حقارت، اضطراب، انزوا، سوگ، نوسان خلق، نگرش منفی به درمان، پرخاشگری	
فردیت عقیم مانده (درون‌فردی)	ناکامی شخصی	شکست عشقی، افت عملکرد تحصیلی
تنش‌های فرایند بلوغ	مشکلات خواب، تغییر اشتها و وزن، زشتی اندام در بلوغ، سردرد و دل درد شدید در وقت پر بود، زود پر بود شدن	
فشار ساختاری و تقابلات	گسست دینی	کم رنگ شدن باورهای مذهبی، عدم بخشش خدا، اهمیت ندادن به نماز
بین‌نسلی خانوادگی	شکاف نسلی	روابط سرد خانوادگی، تعصبات سنتی و قدیمی والدین، طرز فکر غلط مادر، پایین بودن نگرش خانواده در مورد جایگاه زن، حق نظر نداشتن، باورهای غلط نسبت به زنان، محدودیت در دوستی، دید بد خانواده به داروی افسردگی، محدودیت دختران
سبک زندگی	نیاز به توجه	آزار جسمی، آزار روحی، سوءاستفاده جنسی، دعوای والدین
		طلاق والدین، اعتیاد والدین و یا سایر اعضای خانواده، اختلالات روانی در والدین یا سایر اعضا، سبک فرزندپروری، سابقه اقدام به خودکشی در والدین یا سایر اعضا، پدر یا مادر سالاری، همه‌کاره بودن خواهر

فشار اقتصادی	فقر و بی‌توجهی به نیازهای اقتصادی، دغدغه‌های مالی برای امور کاملاً ضروری و ابتدایی، کمک مالی کمیته امداد
از دست دادن سرمایه اجتماعی	برچسب خوردن در گروه همسالان، طرد از مشارکت گروهی، ضعف در روابط بین فردی، تحقیر، بی‌عدالتی، طرفداری مادر از برادر، خیانت دوست پسر، مسخره شدن توسط معلم، نمره ناهق
فشار اجتماعی	هماندسازی با دوستان، مکالمه‌های ناامیدکننده، از دواج اجباری، گروه خودزنی، تهمت پدر
طرد و احساس به دام افتادگی اجتماعی	تلقین ناامیدی و تحریک خودکشی، منبع اطلاعاتی و گزارش‌های موفق خودکشی در فضای مجازی به دلیل مشکلاتی شبیه به خودم، الگوگیری در فضای مجازی و آهنگ‌های رپ و جاز، فیلم و سریال‌های با مضمون خودکشی
ضعف در مهارت ارتباطی	ضعف در حل مسائل بین فردی و نداشتن دوست صمیمی

عنوان کرد که:

این قدر مشکلات و بدبختی‌های زندگی‌ام زیاد بوده و هست که خود خدا هم نمی‌داند چگونه تقدیر ما را نوشته است، برای همین وقتی حالم خوب نباشد قلیان می‌کشم، از قلیان کشیدن خوشم می‌آید چون آرامم می‌کند و برای یک مدت کوتاه غصه‌هایم را فراموش می‌کنم، در آن لحظه دیگر نه استرسی دارم و نه غصه می‌خورم.

بر اساس یافته‌های جدول ۲، عامل فشار ساختاری و تقابلات بین نسلی خانوادگی: شامل شکاف نسلی، نیاز به توجه، سبک زندگی و فشار اقتصادی می‌باشد.

گسست خانوادگی، بر اختلال رابطه در بین اعضای خانواده دلالت دارد که در قالب اختلافات و درگیری‌های خانوادگی نمود پیدا می‌کند. در چنین شرایطی، اعضای خانواده درک درستی از خواسته‌ها و نیازهای همدیگر نداشته و به جای اقناع و گفتگو از زور، تهدید و خشونت در روابط اجتماعی استفاده می‌کنند و فرد مستعد رفتارهای انحرافی همچون خودکشی می‌شود، چون توان مقابله با این حجم از بی‌ثباتی و بلا تکلیفی را ندارد. وجود یا احساس شکاف و تفاوت‌های نسلی میان والدین و فرزندان و بویژه احساس تبعیض و نابرابری جنسیتی توسط دختران در مقایسه با پسران و برادرانشان از سوی والدین و خانواده‌ها و شعله‌ور شدن نیاز به توجه، حمایت و اعمال عاطفه مثبت از طرف خانواده و اطرافیان در ایشان که معمولاً با بی‌تفاوتی و سرکوب مواجه می‌شوند، به عنوان عوامل تشویق کننده اقدام به خودکشی عمل می‌کند. در واقع افرادی که قادر به هضم و تحلیل شرایط موجود، تحمل فشارهای روانی و ناکامی‌های تجربه‌شده نیستند، اقدام به خودکشی را به عنوان یک پاسخ یا انتخاب فردی به جای

بر اساس یافته‌های جدول ۲، عامل فردیت عقیم مانده (درون فردی): شامل فشار روانی، ناکامی شخصی، تنش‌های فرایند بلوغ و گسست دینی می‌باشد.

زندگی در جوامع امروزی، خواهی نخواهی فشار روانی را به همراه دارد. فشار روانی به دنبال تحریک درونی (شناختی، عاطفی و زیستی) یا بیرونی (محیطی) به وجود می‌آید. احساس تنش روی اعضای بدن یا نیروی ذهنی تأثیر گذاشته و تعادل آن را برهم می‌زند. استرس، اضطراب، ناراحتی و مشغله فکری و روانی و یا حتی تغییرات زیستی و جسمی در فرایند بلوغ مواردی تنش‌زا هستند که ذهن و فکر نوجوانان را برای فرار و رهایی از فشارها به سمت خودکشی ترغیب می‌کنند. در واقع، انسان به دنبال موفقیت و کامیابی است و معمولاً زمانی که با ناکامی روبه‌رو شود، عصبانی و غمگین می‌شود و با دیدن نخستین نشانه‌های شکست و ناکامی دست از کار می‌کشد. در حالی که، پایداری و پشتکار، شکست و ناکامی را محو می‌نماید و افراد موفق به راحتی (البته با آگاهی) تصمیم می‌گیرند و در تجدید نظرهایشان هوشیار هستند و درنگ می‌کنند. ولی افراد ناموفق در تصمیم‌گیری کند عمل کرده و به طور پیاپی در تصمیم‌های خود تجدیدنظر می‌نمایند. این تزلزل و سست عنصری در افراد اغلب به بنیادهای اعتقادی هر فرد مربوط می‌شود. متأسفانه سستی اعتقادات و پایبندی‌های دینی در برخی از نوجوانان به عنوان مهم‌ترین منبع الهام‌بخش معنا و تعهدات و یک چارچوب ادغام اجتماعی عمده، هرگونه پناهگاه اعتقادی و عملی را برای محافظت از ایشان خنثی کرده و گسست‌های دینی، این افراد را با شتاب بیشتری به سوی یک اقدام هولناک پیش می‌برند که خود از بزرگترین آسیب‌های روحی و جسمی محسوب می‌شود. مشارکت‌کننده شماره ۵

عامل طرد و احساس به دام افتادگی اجتماعی: شامل از دست دادن سرمایه اجتماعی، فشار اجتماعی، فشار مجازی و ضعف در مهارت ارتباطی می‌باشد.

الزام‌های جامعه، خواسته و امیال نوجوانان، همچنین خواسته‌ها و انتظارات اطرافیان ممکن است فشارهایی بر نوجوانان ایجاد کند. فشارهایی که باعث می‌شود نوجوانان امیدی برای آینده خود نداشته باشند. اگر امکاناتی برای برآورده شدن خواسته‌های نوجوانان وجود نداشته باشد، افراد توانایی غلبه بر اینگونه فشارها را ندارند. فشارهای ناشی از شرایط نامطلوب خانواده، نداشتن امید به آینده و انتظار متعارض و متفاوت از نوجوانان زمینه‌ای برای اقدام به خودکشی نوجوانان محسوب خواهد شد. اقدام به خودکشی در این مرحله باعث می‌شود که تصور دیگران نسبت به فرد خودکشی‌کننده مخدوش شود و وی طرد گردد. شاید این طردشدگی به خاطر مخالفت جامعه با خودکشی و عدم پذیرش این پدیده باشد که موجب می‌شود تصور ذهنی مردم به این افراد منفی شده و در صورت ناموفق بودن خودکشی و زنده ماندن فرد، حضورشان در جامعه و پذیرش آنها را توسط دیگران بسیار دشوار می‌سازد. فعالیت افراد در عرصه‌های اجتماعی منوط به پذیرش آنها از سوی دیگران، خانواده و اجتماع است، طرد هنگامی اتفاق می‌افتد که افراد در اثر عدم پذیرش از سوی دیگران، قادر به مشارکت در خانواده و اجتماع نباشند و ناچار به گوشه‌گیری و انزوا (کاهش فزاینده پیوندها و روابط اجتماعی) شوند. این گوشه‌گیری مقدمه‌ای برای گرایش‌های افراطی به منابع جایگزین حمایتی جهت کسب و حفظ منبع سرمایه اجتماعی توسط نوجوانان خواهد بود. این منبع با عنوان فضای مجازی و هجمله‌ی گسترده‌ی اطلاعات نادرست و منفی شناخته می‌شود. ارتباطات مجازی به دلیل دور کردن فرد از فضای واقعی ارتباطی، بدون قضاوت و ناشناخته بودن، منجر به ضعف در مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله در فرد می‌گردد. بنابراین ظرفیت فرد در مواجهه با مسائل واقعی بسیار آسیب‌پذیر شده و این مواجهه می‌تواند به دلیل فشار زیاد منجر به رفتار پرخطری همچون خودکشی گردد. مشارکت‌کننده شماره ۱۵ عنوان کرد:

انتخاب‌های محتمل دیگر مانند صبر یا تلاش در جهت تغییر شرایط ناخوشایند) در نظر می‌گیرند. از سوی دیگر، در کنار تفاوت‌های نسلی و شکاف بین نسل جدید و قدیم، فشار اقتصادی نیز از مشکلات بسیار مهم و ملموس اکثر مردم بویژه طبقه متوسط به پایین ایران است که آنها را به شدت آزار می‌دهد و همین احساس فقر و ناکامی نوجوان در جهت رفع نیازهایش عاملی مؤثر در احساس منفی و سرخوردگی است که خود انگیزه خودکشی در نوجوان بحران‌زده را تقویت می‌کند. بنابراین وقتی تصور انسان‌ها از شرایط اجتماعی تغییر کند و احساس بی‌ثباتی اقتصادی و اجتماعی نمایند، شرایط روحی و روانی یک جامعه مختل می‌شود و باعث افزایش انحرافات چون خودکشی در جامعه خواهد شد. در این شرایط نابسامان، بحران‌های روحی نیز اضافه شده و نیاز به توجه و احترام در اعضا تأمین نمی‌شود. انسان‌ها به ویژه نوجوانان، نیاز به محبت و توجه دیگران دارند به طوری که عدم توجه به نوجوانان و خواسته‌های آنها سبب می‌شود از ابراز احساس خود عاجز بمانند و توانایی رویارویی با مشکلات را نداشته باشند. در چنین حالتی که یک فرد احساس انزوا، بی‌کسی و فراموش‌شدگی عمیقی دارد و رابطه او با اطرافیان بویژه آنها که برای فرد نوجوان مهم هستند و از ایشان انتظار محبت و توجه دارند، به حداقل می‌رسد، گفتگو و مفاهمه دشوار و ناممکن می‌شود، فرد سکوتی دردناک را تجربه می‌کند که یکی از تبعات آن خودکشی است. از همین رو، شماری از مصاحبه‌شوندگان عنوان کردند که اگر خودکشی نمی‌کردند نمی‌توانستند توجه اطرافیان را جلب کنند و حتی برخی از آنها با این کار می‌خواهند به دیگران ثابت کنند که فرد ترسوئی نیستند. این فرجام خانواده‌ای است که سبک زندگی‌اش مبتنی بر ناهنجاری‌های گسترده اجتماعی مانند اعتیاد، خیانت، فقر و تعارض است. نوجوانان در این شرایط به دنبال راه‌هایی و کسب توجه، هرچند به صورت منفی، خواهند بود. مشارکت‌کننده شماره ۱۲ عنوان کرد:

با یادآوری صحنه‌ای که برادرم قصد تجاوز به من را داشت ترس و وحشت تمام وجودم را فرا می‌گیرد. در خانواده من حتی اگر اشتباه باشد همیشه حق با مردهاست، برای همین اتفاق هم کسی که سرزنش شد من بودم نه برادرم.

متعدد دیگر مانند مطالعه Delam و Bazrafshan [۹] براساس نوع نگاه و زاویه دیدی که به پدیده خودکشی داشته‌اند، نشان داده شد که پنج طبقه برهم خوردن رابطه عاطفی، درگیری با خانواده، فروپاشی ساختار خانواده، مشکلات روانی و استفاده از روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد از دلایل اصلی اقدام به خودکشی در نوجوانان شهرستان لارستان بوده است. همچنین در مطالعه Bračić و همکاران [۲] نشان داده شد که ایده‌های خودکشی در بیشتر دختران نوجوانان با احساس افسردگی و منفی‌گرایی همراه بوده است، در حالی که حمایت خانواده به عنوان یک عامل محافظ عمل می‌کرد. این نتیجه برخلاف نتیجه پژوهش حاضر بر نقش مخرب خانواده تأکید داشته است. خشونت‌هایی که در خانواده در قالب تبعیض جنسیتی، آزار جسمی - روحی و جنسی اعمال می‌شود نه تنها نقش محافظت‌کنندگی نداشته بلکه یکی از مقوله‌های اساسی در بروز رفتار خودکشی دختران نوجوان بوده است. در تأیید همسویی با این یافته در مطالعه Golchin و همکاران [۵]، ناکامی، سستی و بی‌هدفی، ازدواج‌های اجباری، فشارهای روانی به عنوان «شرایط علی»، فشارهای اقتصادی، اجتماعی و گسست‌های خانوادگی به عنوان «شرایط زمینه‌ای»، شکاف نسلی، گسست دینی، نابرابری جنسیتی، نیاز به توجه به عنوان «عوامل مداخله‌گر» در اقدام دانشجویان به خودکشی تعیین شدند. بنابراین، فشار ساختاری و تقابلات بین نسلی در این پژوهش می‌تواند در نتیجه بروز پدیده آنومی اجتماعی به معنای مواجهه سنت و مدرنیته دانست که منجر به افزایش آشفتگی و آسیب‌های اجتماعی مانند خودکشی خواهد شد [۱۹].

از سوی دیگر در مطالعات متعدد همچون مطالعه Miller و همکاران [۱۱] نشان داده شد که حمایت مدرسه نسبت به حمایت دوستان در راستای فهم تفکرات و رفتارهای خودکشی حائز اهمیت بیشتری می‌باشد. اما در هیچ یک از یافته‌های پژوهشی به نقشی که معلم در بروز رفتار خودکشی و یا ممانعت از آن دارد اشاره نشده است. تمرکز بیشتر یافته‌های پژوهشی بر نقش دوستان و گروه‌های همسالان بوده است. نتایج مطالعه Yen و همکاران [۱۲] بر روی نوجوانان بستری شده در بخش روان به علت خودکشی،

من علاقه شدید به اینترنت دارم و روش خودکشی آسان را در اینترنت پیدا کردم. مشارکت‌کننده شماره ۷ اذعان داشت که از رفتن به قبرستان و گوش دادن به آهنگ مه‌راب لذت می‌برم چون او همدرد من است. حتی مه‌راب هم بهترین راه حل را مردن می‌داند.

بحث

فرایند تحلیل و تجارب زیستی مشارکت‌کنندگان در یک مطالعه کیفی می‌تواند به یک خط داستان بزرگ‌تر منتهی شود. این خط داستان، در واقع ماحصل مفهوم‌سازی و ارائه شرحی انتزاعی و چکیده‌ای از داستان‌های فردی است. در واقع، خط داستانی منتج از پژوهش کیفی، پیچیدگی‌های خاص موضوع مورد مطالعه و همچنین تنوع و ناهمگونی روایت‌ها، گره‌ها و پیوندها و مضامین مشترک میان روایت‌ها و تجربیات زیسته را آشکار می‌کند. روایت هفده تن از دانش‌آموزان و نوجوانان شهرستان خمینی‌شهر که در طول سال‌های اخیر، خودکشی ناموفق داشته‌اند، که شرح یافته‌ها در جدول ۱ ارائه گردیده است. چنان است که گویی خودکشی پدیده‌ای است اجتماعی و روانی به عنوان پاسخی به انواع فشارهای فردی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی خردکننده. نتیجه تبعیض‌های جنسیتی و نابرابری حقوقی، طرد و برچسب‌های اجتماعی، فقر، زلزله پایگاه اجتماعی، نگرانی و آشوب، گسست دینی، شکست و بحران‌های عاطفی از ازدواج اجباری تا از دست دادن عشق تا ناکامی‌های فردی است که نوجوانان بی‌تجربه یابنده هویت و معنای خود را دچار سرگردانی و ابهام ناشی از اینهمه تعارض و البته سنگینی وظایف در مواجهه با این شرایط می‌کند.

براساس یافته‌های جدول شماره ۲، در این پژوهش مشکلات فردی با عنوان فردیت عقیم مانده مؤثرترین انگیزه و دلیل برای بروز رفتار خودکشی در دختران بود. در این عنوان احساس کهنتری و بی‌ارزش بودن جنسیت دختر و بروز حالات منفی مانند اعتماد به نفس پایین، احساس گناه و بی‌ارزشی در چرخه‌ای از عوامل محیطی و فردی دیگر قرار گرفته و با ایجاد گسست دینی و نگرش منفی نسبت به خدا به دلیل خلقتش، رفتار خودکشی را ایجاب می‌نماید. در حالی که در یافته‌های

در بروز رفتار خودکشی در پژوهش‌های فوق این نتیجه حاصل می‌شود که در شهرهای بزرگ در یک ترکیب و نگاه کلی، عوامل سوء اجتماعی از دلایل اصلی در بروز رفتار خودکشی هستند، در حالی که در شهرستان‌ها به ویژه شهرستان خمینی شهر عامل اصلی در فردیت عقیم مانده مشخص می‌شود؛ و عوامل اجتماعی کمترین میزان فراوانی را برای نوجوانان به خود اختصاص داده است. این نتیجه می‌تواند در این تبیین خلاصه شود که در سن نوجوانی، فرد هنوز فعالیت اجتماعی انفرادی هدفمندی مانند اشتغال و یا دانشگاه ندارد، و همین امر موجب می‌شود در دسته‌بندی‌هایی که انجام می‌دهد بیشتر فشار همسالان و تأثیرات فضای مجازی را اشاره کند. در سایر پژوهش‌ها مانند Yang [۱۳] و Golchin و همکاران [۵] عوامل اجتماعی و خانوادگی بیشترین فراوانی و گزارش را به خود اختصاص داده‌اند. این یافته‌ها بیانگر تفاوت‌های فرهنگی در شهرهای کوچک در مقایسه با شهرهای بزرگ است.

یکی از عوامل فردی قابل تأمل فرایند بلوغ است. در پژوهش حاضر نشان داده شد که پدیده به ظاهر کم اهمیت بلوغ می‌تواند به دلایل تغییراتی که برای نوجوانان در ابعاد جسمی و زیستی ایجاد می‌کند، عاملی مؤثر در زمینه‌سازی رفتار خودکشی باشد. این یافته در هیچ پژوهش داخلی و خارجی مورد بررسی قرار نگرفته است. تنها Smischney و همکاران [۱۴] و Fortune و Hawton [۱۵] در پژوهش خود نشان دادند اقدام به خودکشی در دوران بلوغ در مردان هم‌جنس‌گرا و دو جنس‌گرا نسبت به هم‌متایان دگرجنس‌گرا و زنان بیشتر است. حتی در پژوهش Mehrabi و Sheikhdarani [۱۶] با عنوان نقش عوامل مؤثر در گرایش به خودکشی دختران نوجوان نشان داده شد که رضایت از زندگی، شدت اتفاق ناراحت‌کننده، سابقه خانوادگی خودکشی، داشتن دوست پسر، تحصیلات مادر و بیماری روانی مادر پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای بروز رفتار خودکشی در دختران هستند، در حالی که فرآیند بلوغ می‌تواند عاملی مؤثر و عمیق در بروز آسیب‌های اجتماعی در سن نوجوانی باشد، که در پژوهش‌های کمتری بررسی شده و یا اصلاً مورد بررسی قرار نگرفته است. در راستای دستیابی به

نشانه‌گر اثرات مخرب تخطئه از سوی دوستان است. اما در پژوهش حاضر علاوه بر نقش خانواده و دوستان به نقش معلمان نیز اشاره شده است و نشان داده که برخورد معلمان با نوجوانان می‌تواند عاملی مؤثر و پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی در بروز رفتار خودکشی باشد.

نقشی که مدرسه در رفتار خودکشی در یافته‌های دیگر تبیین می‌کند در قالب مسائل روان‌شناختی مانند اضطراب مدرسه، استرس و قربانیان قلدری است [۱۰] و کمتر به ضعف مهارت‌های ارتباطی و بین‌فردی اشاره شده است. در حالی که در این پژوهش نشان داده شد که ضعف در مهارت‌های ارتباطی و بین‌فردی می‌تواند عامل برچسب اجتماعی و حتی ضعف در مقابل‌انگ و طرد اجتماعی باشد. بنابراین، مهارت‌های ارتباطی در سازه‌های مؤثر بر خودکشی تبیین‌کننده قوی جهت فقدان مهارت‌های مواجهه با مشکلات نوجوانی است. در پژوهش Yang [۱۳] نشان داده شد که "گریز از بدنامی اجتماعی" به عنوان عوامل فرهنگی مؤثر در رفتار خودکشی است و نه به عنوان یک عامل ثانویه به دلیل ضعف در مهارت‌های ارتباطی و بین‌فردی.

طرد اجتماعی از جدا افتادگی محیط اکولوژیک و جایگاه پیرامونی شهر خمینی‌شهر از مرکز، کنار گذاشته شدن و نادیده گرفته شدن آنان در محیط اجتماعی و هنجاری حکایت دارد و همین دور افتادگی باعث تعصبات خاص و محدودیت‌های بیشتر بویژه برای دختران شده است. طرد اجتماعی به محرومیت چندبعدی و طولانی‌مدت که شامل جدایی از جریان اصلی محیط اجتماعی- فرهنگی جامعه می‌شود، دلالت دارد. در چنین وضعیتی، افراد با واپس زدن ساختارهای اجتماعی و فرهنگی به خودکشی توسل می‌جویند [۲۰]. بر این اساس، پدیده خودکشی در نوجوانان به مثابه یک برساخت اجتماعی و امری اجتماعی و بسترمند و تاریخی است. از سوی دیگر، همین برساخت اجتماعی به عنوان واقعیتی اجتماعی دارای قدرت اثرگذاری ویژه‌ای می‌شود که بر ابعاد متفاوت جامعه و زندگی ساکنان منطقه نیز تأثیرگذار است. یافته‌های پژوهش‌های Miller و همکاران [۱۱]، Delam و Bazrafshan [۹] و ... بیانگر دلایل و انگیزه‌های اساسی در بروز رفتار خودکشی هستند، با بررسی عوامل مؤثر

متصدیان امور آموزش بهبود خواهد یافت. توجه به نقش معلمان، مشکلات دوران بلوغ و فرهنگ‌سازی و بهبود سواد رسانه‌ای نیز باید در اولویت‌های آموزشی و آگاهی متخصصان امر قرار بگیرد. این مقوله‌ها می‌توانند به عنوان مقوله‌های هسته‌ای در اقدام به خودکشی دختران نوجوان شهرستان خمینی‌شهر مورد واکاوی مجدد و عمیق‌تر قرار بگیرد.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

سهم نویسندگان

گردآوری، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش بر عهده طاهره ربیعی با نظارت استاد راهنمای گرامی دکتر یوسف گرجی بوده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه طاهره ربیعی در مقطع کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر به کد پژوهش ۱۹۶۲۰۶۹/۱۸۸۲۰۷۰ می‌باشد. از همکاری و مساعدت کلیه دختران نوجوان، مسئولین آموزش و پرورش و شبکه بهداشت و درمان خمینی‌شهر صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

نتایج، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همچون فقدان آمار رسمی از خودکشی دختران نوجوان در شهرستان خمینی‌شهر، عدم دسترسی به گروه نمونه به دلیل برچسب‌های اجتماعی و عدم همکاری سازمان‌های مربوطه مواجه بوده است.

نتیجه‌گیری:

در این پژوهش نشان داده شد که اقدام به خودکشی محصولی چندبعدی با دلایل و انگیزه‌های متعدد و متنوع است که در راس این عوامل فردیت عقیم مانده در نتیجه فشار روانی، ناکامی شخصی، تنش‌های فرایند بلوغ و گسست دینی قرار می‌گیرد. در این گروه از عوامل کد تنش‌های فرایند بلوغ با وجود اهمیت بسیار زیادی که در همه ابعاد سلامت روانی فرد دارد، با توجه به پیشینه پژوهشی که مورد بررسی قرار گرفت؛ کمتر مورد توجه متخصصان و پژوهشگران بوده است. بنابراین با توجه به گستردگی دامنه انگیزه خودکشی در نوجوانان بررسی‌های بیشتر در حوزه مطالعات کیفی، بررسی‌های تک موضوعی در قالب عوامل زیستی و بلوغی مؤثر در بروز رفتار خودکشی و جامعیت در مقایسه با سایر گروه‌ها به خصوص پسران نوجوان توصیه می‌شود. زیرا این مطالعات مقایسه‌ای و کیفی راهگشای متخصصان درمانی و تأمین‌کننده اصول پیشگیری از بروز این آسیب‌های اجتماعی خواهد شد. ضمن اینکه با بکارگیری اصول آموزشی در راستای افزایش سطح آگاهی اجتماعی و خانوادگی گام برداشته و مهارت‌های مقابله با تغییرات دوران نوجوانی هم در نوجوانان و گروه همسالان، هم والدین و

References

1. Soper CA. The evolution of suicide. 2nd ed. New York: Springer International Publishing; 2018: 71-123.
2. Bračič M, Roškar S, Kocjan GZ, Klančček HJ. The prevalence and predictors of suicidal ideation among Slovene adolescents. *Community mental health journal* 2019;55(7):1210-7.
3. Simbar M. Adolescent reproductive health. 1st ed. Tehran: Golban; 2014: 1-183.
4. Hajebi A, Ahmadzad-Asl M, Davoudi F, Ghayyomi R. Trend of suicide in Iran during 2009 to 2012: Epidemiological evidences from national suicide registration. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2016;10(4) : e4398.
5. Golchin M, Ahmadi M, Soleymani S, Seyedi F. The Narrative of Suicide from the Perspective of Actors: A Study of the Contexts, Causes and Consequences. *social problems of iran* 2020;10(2):271-98. [Persian]
6. Kostenuik M, Ratnapalan M. Approach to adolescent suicide prevention. *Canadian family physician* 2010;56(8):755-60.
7. Alizadeh AA, Forghani RF, Alirezaei N, Agha alijhani H, Ghadiri H. Psychological and sociological factors affecting on suicide attempting and suicidal thoughts in women shal and dansfahan cities of qazvin province (1376-1387). *Social Psychology Research* 2011; 1(3):71-91. [Persian]

8. heidari P, Farajkhoda T, Khavari Z, Bokaie M, Naseri N. Experiences of stress in rescued women from suicide.iranian journal of nursing research 2011;6(21):68-78. [Persian]
9. Delam H, Bazrafshan MR. Attempting suicide by Adolescents: A qualitative study. Payesh 2020; 19 (2) :159-66. [Persian]
10. Moon SS, Karlson A, Kim YJ. Peer victimization and adolescent suicide: The mediating effect of risk behaviors. Child and Adolescent Social Work Journal 2015;32(3):257-68.
11. Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. Journal of Adolescent Health 2015;56(3):286-92.
12. Yen S, Kuehn K, Tezanos K, Weinstock LM, Solomon J, Spirito A. Perceived family and peer invalidation as predictors of adolescent suicidal behaviors and self-mutilation. Journal of child and adolescent psychopharmacology 2015;25(2):124-30.
13. Yang S. A life history of a Korean adolescent girl who attempted suicide. Death studies 2012;36(3):253-69.
14. Smischney TM, Chrisler A, Villarruel FA. Risk Factors for Adolescent Suicide.REACH 2014;9(1):156-77.
15. Fortune SA, Hawton K. Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents. Current Paediatrics 2005;15(7):575-80.
16. Mehrabi H, Sheikh Darani H. The role of effective factors on suicidal tendency in female high school students. Knowl Res Appl Psychol 2013;14(3):91-100. [Persian]
17. Kiani A, Fatehizadeh M, ghasemi N. A quantitative study of family factors that interfere with suicide attempters. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2013;11(4):245-51. [Persian]
18. Mahmoudzadeh M, Mohammadi SI, Jalili B. Qualitative study of social factors affecting suicide (Case study: Citizens of Karaj). Proceedings of the 6th Scientific Research Conference on Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Damages Association for Development and Promotion of Fundamental Sciences and Techniques; 2019; May 8-26:1-14. [Persian]
19. Ryazi SA, Najafianpour B. Comparison of effective socio-cultural and psychological factors in women suicide in Iran and Tajikistan. 2016. Iranian Journal of Cultural Research 2016; 8(4(32)): 143-67. [Persian]
20. Ghaderzadeg O, Piri K. Social construction of suicide: providing a basic theory. A Research Journal on Social Work 2014; 1(2): 95-116. [Persian]

Lived Experiences of the Causes of Suicidal Attempt in 12-18-Year-Old Female Students in Khomeini Shahr City

Rabiei T¹, Gorji Y²

1- MA, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Isfahan, Iran.

2- Assistant Prof, Dept of Psychology Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Email: gorji@iaukhsh.ac.ir, Tel: 09131280635

Received: 7 March 2020 Accepted: 28 July 2020

Introduction: A comprehensive study of suicidal attempt motives in different age groups is a significant factor in the development of preventive measures and effective treatment approaches. This study aims to investigate the lived experience of suicidal attempts in 12-18-year-old female students in Khomeini Shahr city.

Materials and methods: This was a qualitative and phenomenological study that targeted the 12-18-year-old girls with a history of suicide in 2018, according to the information of Khomeini Shahr Health Center. They were 30 people, 17 of whom were selected based on the saturation limit. The data collection tool was a semi-structured interview. The seven-step Kjaizis method was used to analyze data.

Results: 562 codes, 73 concepts, and 12 categories in three core titles of infertile individuality (psychological stress, personal failure, maturity process tensions, and religious rupture), structural pressure (generation gap, need for attention, lifestyle, and economic pressure), and social exclusion (loss of social capital, social pressure, virtual pressure, and weakness in communication skills) were obtained.

Conclusion: It is concluded that adolescence is the period of identification with peers, parents, and educational systems, especially with teachers and cyberspace. Therefore, experts should consider the requirements in order to increase awareness of families, schools, and the legislative system for monitoring cyberspace and increasing media literacy. In this way, the basic principles in the prevention of adolescent suicide should be compiled, and the underlying factors should be eliminated or adjusted.

Keywords: Lived experience, Suicidal attempt, Female students, Khomeini Shahr city

Please cite this article as follows:

Rabiei T, Gorji Y. Lived Experiences of the Causes of Suicidal Attempt in 12-18-Year-Old Female Students in Khomeini Shahr City. *Community Health journal* 2020; 14 (2): 40-51.

Funding: There was no external funding for this study.

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest regarding the publication of this article.

Ethical approval: 18820701962069.