

Marginalization, Deprivation, and Suicidal Tendencies (Case Study: Marginalized Neighborhoods in Kermanshah City)

Siavash Gholipoor  *

Associate Professor, Department of Sociology,
Faculty of Social Sciences, Razi University,
Kermanshah, Iran.

Alireza Moradi 

PHD of Communication, Department of
communication, Faculty of Social Sciences,
Tehran University, Tehran, Iran.

Asra Alromahi 

M. A Student in psychology, Department of
psychology, Faculty of Social Sciences, Razi
University, Kermanshah, Iran.

Abstract

The phenomenon of suicide in the country is in a normal state compared to the global average; however, it seems that the variance among social groups, particularly among the provinces, is high. In some provinces such as Kermanshah, Lorestan, Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad, and Ilam, the suicide rate is higher than the national average. Furthermore, the prevalence of this phenomenon is more pronounced in marginalized areas, and the incidence rate in recent years has been significant. Accordingly, the present study aims to understand the situation and reasons for suicide in the marginalized neighborhoods of Kermanshah city. The research method is mixed, utilizing questionnaire and interview techniques for data collection. The results indicate that: 1. Since the mid-1960s, 34 marginalized neighborhoods have emerged in Kermanshah city, constituting over 30% of the city's population; 2. The rate of suicidal tendencies in

* Corresponding Author: sgholipoor@razi.ac.ir

How to Cite: Gholipoor, S., Moradi, A., Alromahi, A. (2025). Marginalization, Deprivation, and Suicidal Tendencies (Case Study: Marginalized Neighborhoods in Kermanshah City), *Quarterly Journal of Social sciences*, 32(108), 107-142. DOI: 10.22054/qjss.2025.82555.2848

marginalized neighborhoods is high in three aspects: thoughts, intentions, and unsuccessful suicide attempts; 3. The described situation is influenced by marginalization, economic problems, and feelings of inequality; 4. Social support significantly acts as a primary preventive barrier against suicide among individuals.

Keywords: Feeling of inequality, Kermanshah, marginalization, social support, suicide.

Extended Abstract

Introduction

Suicide is a form of violence that a person uses against themselves. Suicidal thoughts, suicide attempts, and successful suicide are all on this spectrum, and they only differ in severity. The national suicide rate in 2018 was 4.1 per 100,000. However, this rate has increased to 8.2 per 100,000 in 2023. This rate is not uniform within the country and has a large variance. The provinces of Ilam, Kermanshah, Lorestan, Kohgiluyeh, Boyer-Ahmad, and Hamadan have high suicide rates. In the Kermanshah metropolis, the suicide rate is also higher in the margin neighborhoods.

Research Question(s)

1. What is the prevalence of suicide in slums?
2. What are the reasons for the suicide situation in slums?

Literature Review

Based on the concepts of coherence, control, and abnormality, Durkheim studied four types of suicide: Egoistic, altruistic, Anomic and Fatalistic suicide. Egoistic suicide results from the emergence of individualism in modern society. Altruistic suicide results from the complete disappearance of individuality in the group. Abnormal suicide is more attractive to Durkheim than the previous two cases, and he considers it a characteristic of modern society. The cause of this type of suicide is the weakness of the individual's ties with society. Fatalistic suicide results from excessive control and excessive order and rule.

Methodology

The method of this research is a mixed (quantitative-qualitative). In the quantitative part, the situation of suicide was assessed, and in the qualitative part, its situation was explained. The epidemiology of suicide was operationalized through more concrete dimensions such as suicidal ideation, suicidal intent, and suicide attempt. Social support was operationalized with 19 items and feelings of inequality with 2 items. The target population is 20 marginalized neighborhoods in Kermanshah province. The sample size was 2000 people, and 100 people were selected from each neighborhood using cluster random sampling. The qualitative part was conducted through thematic

analysis and interview technique. In-depth interviews were conducted with 15 provincial experts of departments related to social harms.

Results

Suburbanization in Kermanshah metropolis is a modern phenomenon and its emergence dates back to the 1960s, and there are currently 34 suburban neighborhoods in the city. 12.8 percent of people have thought about suicide in the past. Among those who have suicidal thoughts, 9.8 percent have tried to carry out their thoughts in the past. 5.9 percent of respondents have attempted suicide in the past and 4 percent of them have attempted suicide in the last few months. According to Table 1, the correlation between the three states related to suicide, namely, thinking, intention, and suicide attempt, with the independent variables is as follows.

Table 1. Relationship between social support and feelings of social inequality and suicidal thoughts

Independent Variable	Independent Variable	Correlation			Chi-Square Test	
		Value	Sign	Correlation	Value	Sig
A sense of inequality	suicidal ideation	28/4	002/	23/	98/13	000/
Social support		64/6	/000	25/-	10/82	000/
Mental disorders and depression		41/21	000/	45/	24/118	000/
migration		32/1	187/	-	-	-
life satisfaction		21/6	000/	24/	81/45	000/
A sense of inequality	suicidal intent	31/2	021/	12/	005/	067/15
Social support		97/4	000/	21/-	000/	634/79
Mental disorders and depression		81/19	000/	43/	28/124	000/
migration		659/	510/	-	-	-
life satisfaction		4.791/	000/	17/-	63/25	000/
A sense of inequality	suicide attempt	534/	593/	-	-	-
Social support		001/	3.449	08/-	55/33	000/
Mental disorders and depression		000/	11.965	27/	000/	99/132
migration		17/1	242/	-	-	-
life satisfaction		02/3	003/	10/-	042/	89/9

The main dimensions of the suicide problem include: female suicide,

male suicide, youth and adolescent suicide, decreasing age of suicide, self-harm, and increasing suicidal thoughts. Based on the findings the twenty most important factors of suicide include: Easy access to suicide tools, addiction, domestic violence, family disputes and conflicts, divorce, poverty and inequality, marginalization, unemployment, political pressures, despair of improving the situation and reduced hope for the future, negative effects of media representations, weakness in problem-solving skills, etc.

Protective factors for suicide include: Family support, social support for vulnerable individuals, institutional support for the poor, communication with support service providers, such as telephone counselors, membership and participation in social institutions, strengthening problem-solving and conflict resolution abilities, creating a sense of belonging in the group and community, reducing access to suicide tools, counseling and referral to a psychiatrist, etc.

5. Conclusion

The rate of suicidal tendencies is high in the three dimensions of suicidal ideation, intention, and unsuccessful suicide attempts. Social support is one of the most important explanatory variables. Being in a group and being supported by them acts as a protector against suicide. Mental disorders and depression also have a significant impact on suicidal thoughts, intentions, and attempts, but they cannot play a causal role, but are themselves affected by larger conditions. Immigration did not play a role in the epidemiology of suicide. Suicide risk factors are often related to the decline in social support and solidarity.

حاشیه‌نشینی، محرومیت و گرایش‌های خودکشی (مطالعه موردی: محله‌های حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه)

سیاوش قلی‌پور *  دانشیار جامعه‌شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

علیرضا مرادی  دکترای علوم ارتباطات، دانشگاه تهران، تهران، ایران

اسرا الرماحی  کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

چکیده

پدیده خودکشی در کشور به نسبت میانگین جهانی در وضعیت نرمالی قرار دارد؛ اما به نظر می‌رسد واریانس آن در بین گروه‌های اجتماعی و به‌ویژه استان‌های کشور بالاست. به‌طوری‌که نرخ خودکشی در برخی از استان‌های کشور همچون کرمانشاه، لرستان، کهگیلویه و بویراحمد و ایلام بالاتر از نرخ کشوری است. علاوه بر این، میزان گسترش این پدیده در مناطق حاشیه‌نشین بالاتر است و نرخ شیوع آن طی سال‌های اخیر چشمگیر بوده است. بر این اساس، پژوهش حاضر به دنبال آن بوده است تا به فهمی در خصوص وضعیت و دلایل خودکشی در محله‌های حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه دست یازد. روش پژوهش ترکیبی و فنون گردآوری داده پرسشنامه و مصاحبه هستند. نتایج نشان می‌دهند که: ۱. از اواسط دهه ۴۰ خورشیدی تاکنون، ۳۴ محله حاشیه‌نشین در شهر کرمانشاه به وجود آمده‌اند که بالغ بر ۳۰ درصد جمعیت شهر را تشکیل می‌دهند؛ ۲. نرخ گرایش به خودکشی در محلات حاشیه‌نشین، در سه بعد تفکر، قصد و اقدامات ناموفق خودکشی زیاد است؛ ۳. وضعیت یادشده متأثر از حاشیه‌نشینی، مشکلات اقتصادی و احساس نابرابری است؛ ۴. حمایت اجتماعی به میزان زیادی مانع اصلی و بازدارنده خودکشی در میان افراد است.

کلیدواژه‌ها: احساس نابرابری، حاشیه‌نشینی، حمایت اجتماعی، خودکشی، کرمانشاه.

مقدمه و بیان مسئله

خودکشی نوعی خشونت است که فرد علیه خود اعمال می‌کند. افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی موفق همه در این طیف قرار دارند و صرفاً شدت آن‌ها باهم فرق دارد. این پدیده نشانگر رنج‌ها و ناملایماتی است که در ساختارهای اجتماعی وجود دارد و فرد را در وضعیت ناگواری قرار می‌دهد. افراد در چنین ساختار نامناسبی چشم‌اندازی برای تغییر وضعیت خویش ندارند و بر این باورند که نمی‌توانند وضعیت خود را بهبود ببخشند. میزانی از خودکشی در تمام جوامع انسانی وجود دارد؛ اما اگر این میزان زیاد شود حالت مرضی به خود می‌گیرد. آمارهای بین‌المللی بیانگر وضعیت عادی خودکشی در ایران هستند. در سال ۲۰۱۸ از میان ۱۸۹ کشور جهان، لیتوانی با میزان ۳۱/۹ در صد هزار رتبه اول جهان و ایران با میزان ۴/۱ در صد هزار در رتبه ۱۴۹ جهان قرار داشت. میزان خودکشی در ایران مرضی نیست یا حداقل وضعیت بغرنجی ندارد اما میزان ۴/۱ در داخل کشور یکنواخت نیست و واریانس زیادی دارد. برخی استان‌ها میانگین بالایی دارند و در وضعیت نابهنجاری هستند. استان‌های ایلام، کرمانشاه، لرستان، کهگیلویه و بویراحمد و همدان ۵ استانی هستند که در ۳۰ سال گذشته همواره در رتبه‌های برتر خودکشی کشور قرار داشتند. استان کرمانشاه نیز همواره در جایگاه بالای خودکشی خویش را در سه دهه گذشته حفظ کرده است. در استان کرمانشاه نیز گستردگی و شدت خودکشی یکنواخت نیست. برخی شهرستان‌ها تاکنون موقعیت بالای خودکشی را در طول سه دهه حفظ کرده‌اند. بر طبق آمار معاونت اجتماعی استانداری کرمانشاه در ۳۰ سال گذشته «شهرستان‌های هرسین، صحنه، کنگاور و کرمانشاه در شرق و مرکز و شهرستان‌های اسلام‌آباد غرب، قصرشیرین و سرپل ذهاب در غرب استان کماکان دست بالا را دارند و منطقه اورامانات در وضعیت نرمالی قرار دارد» (استانداری کرمانشاه، معاونت اجتماعی، ۱۳۹۹). در کلانشهر کرمانشاه نیز در محله‌های حاشیه‌نشین میزان آسیب‌های اجتماعی به‌طور کلی و خودکشی به‌طور خاص بالاتر است. آمار خودکشی در کرمانشاه به تفکیک مناطق شهری وجود ندارد ولی طبق گفته معاونت اجتماعی اداره کل بهداشت و درمان استان و نیروی انتظامی میزان بالای

خودکشی در حاشیه‌ها بیشتر است. پژوهش حاضر تلاش می‌کند به دو سؤال زیر پاسخ دهد.

۱. شیوع‌شناسی خودکشی در محلات حاشیه‌نشین چگونه است؟
۲. دلایل وضعیت خودکشی در محله‌های حاشیه‌نشین چیست؟

پیشینه پژوهش

تاکنون چندین پژوهش در باب چرایی و زمینه‌ها و معنای کنش خودکشی انجام گرفته است. محسنی تبریزی (۱۳۷۲) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی علل و عوامل مؤثر بر افزایش نرخ خودکشی در استان ایلام و شناخت طرق و راه‌های پیشگیری و درمان آن»، پدیده خودکشی را در بستر گذار جامعه ایلام از شیوه زیست سنتی به وضعیت مدرن و درهم‌ریختگی هنجارهای اجتماعی بررسی می‌کند. از نظر وی تضادهای ساختاری ناشی از تصادم دو جهان سنتی و مدرن زنان را منزوی و مستعد خودکشی ساخته است. این پژوهش تا حدودی ما را با تضادها و تقابل هنجارهای اجتماعی در استان ایلام آشنا می‌کند. همچنین نشان می‌دهد که فشار اجتماعی چگونه زنان را بی‌پناه می‌کند اما به دلیل نداشتن رویکرد تاریخی مکانیسم شکل‌گیری وضع موجود را توضیح نمی‌دهد.

عنبری و بهرامی (۱۳۸۸) در مقاله‌ای تحت عنوان «بررسی ارتباط باورهای فرهنگی با خودکشی؛ مطالعه موردی شهرستان‌های کوهدشت و پلدختر» تلاش می‌کنند تحلیل فرهنگی از شرایط بروز خودکشی ارائه دهند. آن‌ها بر این باورند که انگ اجتماعی که در حوزه مذمومیت عشق قبل از ازدواج، ناموس‌پرستی، تعصب، قباح و روابط آزاد مرتبط با خانواده و ازدواج در این حیطه نقش دارند. از نظر آن‌ها جمع‌گرایی حاکم بر جامعه امکان فردیت و بیان خود را نابود کرده و خودکشی پاسخی به ناتوانی و محتوم سرنوشت بودن است.

عنبری و بهرامی (۱۳۸۹) در مقاله‌ای تحت عنوان «بررسی آثار فقر و خشونت بر میزان خودکشی؛ مورد مطالعه: روستاهای شهرستان پلدختر» بر اساس مصاحبه کیفی با ۵۳ نفر از اقدام‌کنندگان به خودکشی نشان می‌دهند که فقر و نابرابری بنیان‌مشاجره و اختلاف

برخاسته از سبک‌های زندگی را فراهم می‌سازند. فقر سبب می‌شود خشونت خانگی بیشتر شود و زمینه افسردگی، ناامیدی و خودکشی را فراهم می‌سازد. دو پژوهش فوق، اندکی ما را به سوی تناقضات و تعارضات ساختاری نزدیک می‌کنند اما نشان نمی‌دهند که چرا فقر در غرب کشور سبب بروز ناامیدی و خودکشی می‌شود اما در سیستان و بلوچستان چنین نیست.

جمشیدی‌ها و قلی‌پور (۱۳۸۶) در مقاله‌ای تحت عنوان «مدرنیته و خودکشی زنان و دختران لک» تلاش می‌کنند که خودکشی زنان را در درون ساختارهای اجتماعی و فرهنگی تحلیل کنند. از نظر آن‌ها با اینکه شیوه تولید کوچروی منسوخ شده است اما روساخت آن همچنان به قوت خود باقی است. عناصر این روساخت که جمع‌گرایی، درون‌همسری و همالی هستند نقش روزافزونی در بروز پدیده خودکشی داشتند. نسل جدید (متولدین دهه ۶۰) نه از طریق روساخت ایلی بلکه از طریق رسانه و آموزش عمومی جامعه‌پذیر شدند؛ بنابراین، تلاش کردند که در انتخاب همسر، سبک زندگی و مدیریت بدن فرد گرایانه عمل کنند اما به ناگاه با الگوهای رفتاری روبرو شدند که ماهیت جمع‌گرایانه داشتند و مواجهه‌ای ناگوار رخ داد که زمینه شکست و ناتوانی و بروز خودکشی برای زنان را فراهم کرد. جامعه هدف این پژوهش زنان است و درباره خودکشی مردان بحث نمی‌کند و از این جهت لازم است خودکشی مردان را نیز در تحلیل‌های خویش جای دهد.

قلی‌پور و امیری (۱۳۹۹) در مقاله‌ای تحت عنوان «تحلیلی مردم‌شناختی درباره خودکشی در زاگرس میانی» به دنبال تحلیل این پدیده در ساختارهای اجتماعی هستند. روش پژوهش تاریخی است. از نظر آنان جاهایی که سنت‌های ایلی تداوم دارند میزان خودکشی نیز بالاست؛ بنابراین تضاد این سنت‌ها که زمانی راهبر زندگی بودند با الگوهای مدرن سبب‌ساز ناملایمت، استرس، ناراحتی و خودکشی در این مناطق شده است. از نظر آنان در سه دهه گذشته برخی از این سنت‌ها با الگوهای مدرن در سبک زندگی زنان در تضاد قرار گرفتند و خودکشی زنان را به وجود آوردند. دهه گذشته نیز برخی دیگر از این

الگوها در تضاد با فضای مصرفی کنونی شرایط را برای نان‌آوران خانواده دشوار ساخته‌اند. مرادخانی (۱۴۰۲) در مقاله‌ای تحت عنوان «سیاست اسکان، تولید فضا و نظام‌های چندگانه رؤیت‌پذیری: شرایط امکان‌پذیرش سوژه خودکشی در ایلام» نشان می‌دهد که با مداخله دولت از دهه شکل جدیدی از مسائل اجتماعی ظهور کرد. این مداخلات مازادی از سوژگی‌ها را خلق کرد که امکان اجرای آن در زیست روزمره وجود نداشت. شهرهای این دوره توان خلق تاب‌آوری کالبدی و عاطفی را نداشتند که بتواند مشکلات سوژه را حل کند؛ بنابراین خودکشی همچون امکانی برای رهایی از وضعیت ناگوار بود.

قادری و نظری (۱۳۹۸) در مقاله‌ای تحت عنوان «تحلیل جامعه‌شناختی خودکشی در ایران» تلاش می‌کنند بر اساس داده‌های کلان علل خودکشی را توضیح دهند. آنان فشار اجتماعی مانند طلاق، ضرب و جرح و توهین و نداشتن همبستگی اجتماعی (اقتصادی و اجتماعی) را دلایل اصلی معرفی می‌کنند. این مطالعه تلاش می‌کند دلایل خودکشی را توضیح دهد؛ اما چندان به بافت و زمینه اجتماعی و تنوع ساختارهای اقتصادی و اجتماعی در ایران توجه نمی‌کند. برای مثال برخی استان‌های زاگرس‌نشین و سیستان و بلوچستان جملگی از سطح توسعه کمتری برخوردارند اما نمی‌تواند توضیح دهد که چرا در زاگرس خودکشی حالت مرضی دارد اما در سیستان و بلوچستان بهنجار است.

نبوی و مرادی انصاری (۱۳۹۶) در مقاله‌ای تحت عنوان «تلاش برای به رسمیت شناخته شدن: تبیین فرهنگی کنش خودکشی در ایلام» تلاش می‌کنند با توجه به معانی و تحلیل‌های فرهنگی به فهم خودکشی دست یابد. آنان خودکشی را واکنشی اعتراضی و رهایی‌بخش می‌دانند که از جانب اقدام‌کنندگان برای رهایی و گریز از مشکلات است.

زارع شاه‌آبادی و همکاران (۱۳۹۶) در مقاله‌ای تحت عنوان «اقدام به خودکشی بین زنان آبدانان: انگیزه‌ها و شرایط» اقدام به خودکشی را مناسب‌ترین راه برای بیان مطالبات خویش می‌دانند و از این طریق سعی دارند که به فشار اجتماعی واکنش نشان دهند و فضای مسالمت‌آمیزتری را برای خویشتن مهیا سازند.

هرکدام از این مطالعات به سویه‌های گوناگون تأثیرگذار بر خودکشی توجه کرده‌اند

اما تاکنون به عوامل محافظ و عوامل خطر اشاره نکرده‌اند. افزون براین در این مطالعات شیوع‌شناسی خودکشی مدنظر قرار نگرفته است.

چارچوب نظری

دورکیم (۱۳۷۸) در پژوهش مبسوط «خودکشی»، این نوع کنش را در درون ساختارهای اجتماعی کشورهای اروپایی تحلیل می‌کند. وی بر این باور بود که اگر در جامعه‌ای همبستگی اجتماعی یا پیوندهای اجتماعی قوی باشد، اعضای آن جامعه بیشتر با ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی هم‌نوا می‌شوند. ولی اگر در جامعه‌ای همبستگی اجتماعی ضعیف باشد، ممکن است مردم به‌سوی رفتار خارج از عرف کشیده شوند. وی بر اساس مفاهیمی چون انسجام، کنترل و بی‌هنجاری که در کتاب «درباره تقسیم کار» ارائه کرده بود، چهار نوع خودکشی خودخواهانه^۱، دیگرخواهانه^۲، خودکشی ناشی از نابهنجاری^۳ و خودکشی تقدیرگرایانه^۴ را مورد مطالعه قرار داد. از نظر او خودکشی خودخواهانه ناشی از ظهور فردگرایی در جامعه مدرن است. «خودکشی در جهت عکس میزان یکپارچگی مذهبی، یکپارچگی اجتماع خانوادگی و یکپارچگی نظام سیاسی تغییر می‌یابد» (دورکیم، ۱۳۷۸: ۲۴۰). بدین روی، پروتستان‌ها (به دلیل استقلال فردی در انجام وظایف مذهبی) به نسبت کاتولیک‌ها و زنان و مردان بیوه (به دلیل منزوی بودن) به نسبت زنان و مردان متأهل بیشتر مستعد خودکشی هستند. انسجام اجتماعی بسیار ضعیف به موقعیت احساس تنهایی و خودکشی خودخواهانه منجر می‌گردد. خودکشی دیگرخواهانه، ناشی از محو کامل فردیت در گروه است. انسجام اجتماعی بسیار قوی به خودکشی دیگرخواهانه منجر می‌شود زیرا منافع گروه اجتماعی نسبت به منافع شخصی در اولویت و ارجحیت قرار می‌گیرند؛ مانند خودکشی زنان هندی بعد از مرگ شوهر. خودکشی ناشی از نابهنجاری بیش از دو مورد قبل برای دورکیم جذابیت دارد و آن را خصیصه بارز جامعه جدید می‌داند. علت این

1. Egoistic Suicide

2. Altruistic Suicide

3. Anomic Suicide

4. Fatalistic Suicide

نوع خودکشی ضعف پیوندهای فرد با جامعه است. انتظام اجتماعی پایین این نوع خودکشی را به وجود می‌آورد که در آن افراد در دنیای آشفته‌ای گم شده‌اند، هیچ کنترلی بر تمایلاتشان ندارند و دچار سرخوردگی شده‌اند. در جوامع جدید «هستی اجتماع تحت انتظام عادات قرار ندارد؛ افراد دائماً در حال رقابت‌اند؛ انتظار آن‌ها از هستی بسیار زیاد است و در نتیجه دائماً طعمه رنج ناشی موجود میان تمایلات و خشنودی‌های خویش هستند» (آرون، ۱۳۹۳: ۳۶۶). دورکیم در اواخر فصل ۵ در پاورقی، خودکشی تقدیرگرایانه را معرفی می‌کند. این نوع خودکشی از کنترل مفرط و افراط در نظم و قاعده ناشی می‌شود. اشخاصی دست به چنین خودکشی‌ای می‌زنند که «آینده‌شان به‌طور بی‌رحمانه‌ای مسدود شده است و احساساتشان به شدت با نظامات و قواعد آزاردهنده سرکوب شده است» (دورکیم، ۱۳۷۸: ۳۳۱). دورکیم توجهی به این نوع خودکشی نشان نمی‌دهد و می‌گوید که امروزه این نوع خودکشی اهمیت کمتری دارد و تأکید بر آن را بی‌فایده می‌داند. دورکیم خودکشی‌های دیگرخواهانه و قدرگرایانه را خاص جوامع سنتی و غیرغربی می‌داند که هنوز با مدرنیته روبرو نشده‌اند.

از همین رو و مطابق با دیدگاه دورکیم، نمی‌توان رفتارهای فردی مانند خودکشی را بر مبنای علل روانی و درونی افراد تحلیل کرد، بلکه فهم علل شکل‌گیری و شیوع پدیده‌هایی همچون خودکشی، نیازمند توجه به ساختارهای کلان‌تری است که به میزان زیادی تولیدکننده نیروهایی است که رفتار افراد را شکل می‌دهد.

هویت افراد را عضویشان در گروهی خاص تعیین می‌کند چون هویت محصول نیروهای اجتماعی و فرهنگی است. در این دیدگاه، ما اساساً حاملانی هستیم که جامعه و فرهنگ از طریق ما خودشان را بیان می‌کنند، هرچند این امر قطعیت کاملی ندارد، اما در نهایت رفتارها و کردارهای انسان‌ها به میزان زیادی تابع جامعه و فرهنگی است که در آن زندگی می‌کنند (فی، ۱۳۸۸).

از این رو این دیدگاه مطرح می‌شود که پدیده‌های اجتماعی را باید در سطح تحلیل خودشان، یعنی سطح اجتماع مورد مطالعه قرار داد. این امر ما را به سمت این نکته رهنمون

می‌سازد که جامعه واقعی غیر قابل تقلیل به روانشناسی و رفتار فردی است و توضیح رفتارهای به‌ظاهر فردی به کارکرد قوانین و نیروهای غیرشخصی خاص کلیت‌های اجتماعی بازمی‌گردد. الگوهای تکرارشونده رفتار اجتماعی ماهیت هرگونه علم اجتماعی و انسانی است. به همین دلیل خودکشی، این فردی‌ترین کردار، درواقع واقعی اجتماعی است و این جامعه است که شرایطی را پیش می‌آورد که فرد دست به خودکشی می‌زند. از این منظر هر ساختاری منطق درونی دارد که عناصر داخل سیستم را به هم مرتبط می‌کند. سیستم‌ها و نظام‌های واقعی و گفتمانی- هویت‌های جمعی را می‌آفرینند که درنهایت شکل‌دهنده کردارهای اجتماعی افراد خواهد بود. بر همین منطق ما الگوی زیر را برای تبیین آسیب‌های اجتماعی به طور عام و خودکشی به طور خاص مطرح کرده‌ایم.

مدل ۱- الگوی تبیین آسیب‌های اجتماعی با تأکید بر پدیده خودکشی



بر مبنای این الگو، وضعیت حاشیه‌نشینی در کرمانشاه و نرخ بالای آن، محصول پدیده‌هایی مثل فقر و نابرابری است. این امر به نوبه خود می‌تواند احساس نابرابری را به شدت تشدید کرده و فرد را به سمت گسست از جامعه سوق می‌دهد. شرایط در حال گذار در کرمانشاه، با آسیب‌های اجتماعی زیادی همچون اعتیاد، طلاق و خودکشی همراه بوده که این آسیب-

ها پیامدهای رفتاری مختلفی به همراه خواهند داشت.

فرضیات پژوهش

- به نظر می‌رسد احساس نابرابری بر خودکشی (افکار، قصد و اقدام) تأثیر دارد.
- به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی بر خودکشی (افکار، قصد و اقدام) تأثیر دارد.
- به نظر می‌رسد اختلالات روانی و افسردگی بر خودکشی (افکار، قصد و اقدام) تأثیر دارد.
- به نظر می‌رسد مهاجرت بر خودکشی (افکار، قصد و اقدام) تأثیر دارد.
- به نظر می‌رسد رضایت از زندگی بر خودکشی (افکار، قصد و اقدام) تأثیر دارد.

روش^۱

روش انجام این پژوهش ترکیبی (کمی-کیفی) است. در بخش کمی سنجش وضعیت خودکشی و در بخش کیفی تبیین وضعیت آن صورت گرفت. روش به کاررفته در بخش کمی پیمایش است.

عملیاتی کردن مفاهیم

شیوع شناسی خودکشی: از طریق ابعاد انضمامی تری مانند تفکر خودکشی، قصد خودکشی و اقدام به خودکشی عملیاتی شد. برای هر کدام از این ابعاد به ترتیب ۲، ۱ و ۱ گویه ارائه شد. هر کدام از گویه‌ها با بلی و خیر سنجیده شدند.

حمایت اجتماعی: این سازه با ۱۹ گویه عملیاتی شد. هر گویه با طیف ۳ قسمتی مخالفم (۱) تا حدودی (۲)، موافقم (۳) سنجیده شد؛ بنابراین کسی نمره ۱۹ کسب کند کمترین حمایت اجتماعی و فردی که ۵۷ نمره کسب کند بیشترین حمایت اجتماعی را دارد. بار عاملی تمام گویه‌ها بالای ۰/۷ و مقادیر $kmo=0/72$ و $0/000=$ آزمون بارتلت) نشان می‌دهد که گویه‌های این مقیاس داری همسازی درونی هستند. آلفای کرونباخ ۰/۷۴ است؛ بنابراین این مقیاس اعتبار و روایی است.

احساس نابرابری: این مفهوم با دو گویه عملیاتی شد. هر گویه با طیف ۶ قسمتی کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نسبتاً مخالفم (۳)، نسبتاً موافقم (۴)، موافقم (۵) و کاملاً موافقم (۶) سنجیده شد؛ بنابراین فردی که نمره ۲ کسب کند کمترین احساس نابرابری و فردی که ۱۲ نمره کسب کند بیشترین احساس نابرابری را دارد.

جامعه هدف این پژوهش ۲۰ محله حاشیه‌نشین در استان کرمانشاه است. حجم نمونه ۲۰۰۰ نفر و به ازای هر محله ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شد. بخش کیفی که به دنبال تبیین چرایی وضعیت موجود است، از طریق روش تحلیل مضمون و فن مصاحبه انجام شد. با ۱۵ نفر از متخصصان استان و مدیران بخش‌های مرتبط با آسیب‌های اجتماعی مصاحبه عمیق انجام شد. داده‌ها پس از پیاده‌شدن فایل‌های صوتی بر اساس مراحل پنج‌گانه زیر تحلیل شدند.

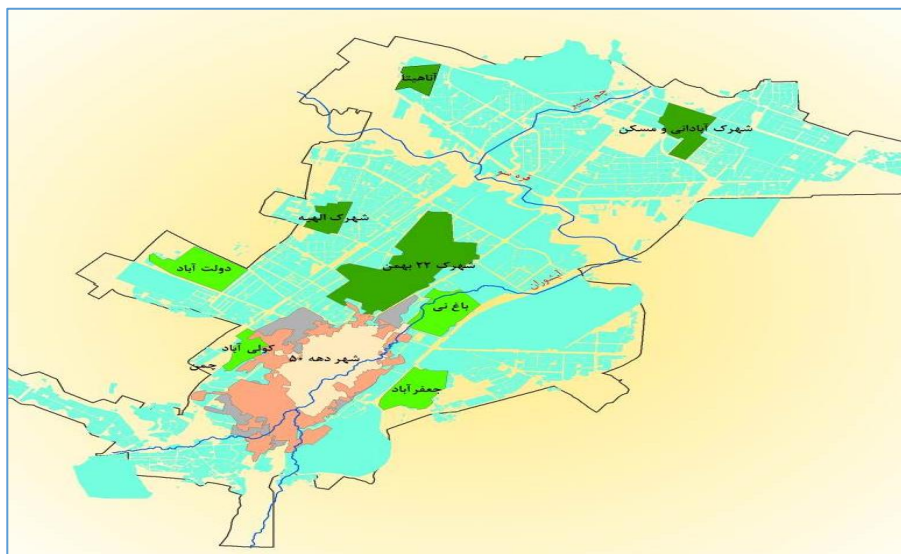
۱. سازمان‌دهی داده‌ها: داده‌ها بر اساس جایگاه آن‌ها در چهارچوب مقاله جای گرفتند.
۲. طبقه‌بندی داده‌ها، موضوع‌های اصلی و الگوها: داده‌ها در چهار قسمت ماهیت خودکشی، عوامل خطر، رابطه علی عوامل تأثیرگذار بر خودکشی و عوامل محافظ طبقه‌بندی شدند.
۳. آزمون پرسش مقاله با توجه به داده‌ها: برای آزمون شرایط بروز خودکشی در محله‌های حاشیه‌نشین داده‌ها بازبینی شدند.
۴. جستجو برای توجیه‌های مختلف این داده‌ها: داده‌ها در راستای تأیید و پشتیبانی ایده اصلی مقاله به کار گرفته شدند.
۵. نوشتن و تهیه گزارش (مارشال و راسمن، ۱۳۸۱: ۱۵۷).

یافته‌ها

حاشیه‌نشینی در کلانشهر کرمانشاه پدیده مدرنی است و ظهور آن از دهه ۴۰ خورشیدی است (قلی‌پور، ۱۳۹۳). در نتیجه سیاست اصلاحات ارضی و توجه دولت به عمران شهری دافعه روستا و جاذبه شهری زیاد شد به نحوی که دامنه مهاجرت روستا به شهر شدت گرفت. مهاجران به همراه برخی فقرای شهری نتوانستند در محدوده شهر سکونت کنند. آنان به

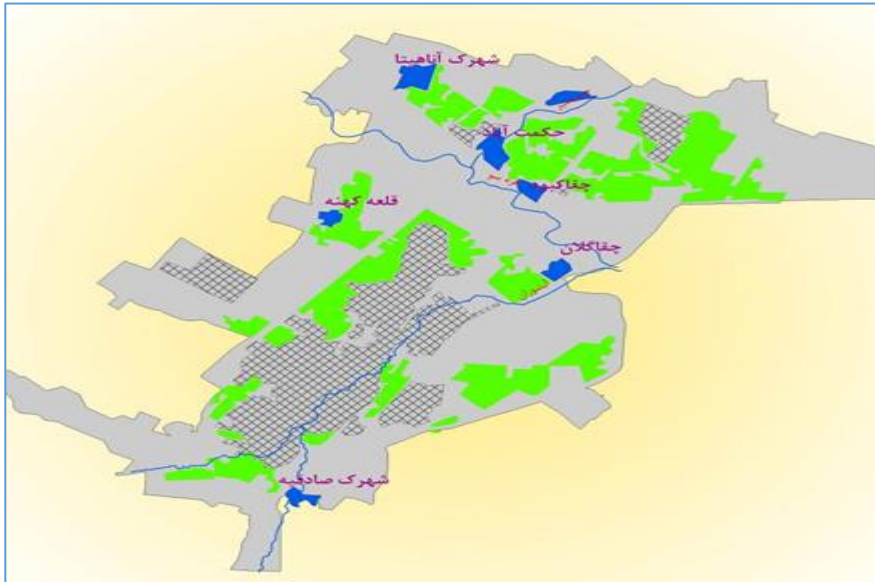
شیوه‌های گوناگون مانند تصرف عدوانی، تصرف خزنده و باز تقسیم زمین چهار محله حاشیه‌نشین شاطرآباد (باغ‌نی)، جعفرآباد، دولت‌آباد و کولی‌آباد را به وجود آوردند. از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۵ مهاجرت روستاییان به شهر کرمانشاه تداوم یافت و جمعیت ۲۹۰۶۰۰ نفری این شهر در سال ۱۳۵۵ به ۵۶۰۵۱۴ نفر در سال ۱۳۶۵، ۶۹۳۱۵۷ نفر در سال ۷۵، ۷۹۴۸۶۳ نفر در سال ۱۳۸۵ و ۸۵۱۴۰۵ نفر در سال ۱۳۹۰ افزایش یافت. علاوه بر مهاجرت، جنگ تحمیلی ایران و عراق سبب شد بسیاری مرزنشینان به کرمانشاه مهاجرت کنند که حجم عظیمی از آنان به جمعیت حاشیه‌نشین پیوستند تا سال ۱۳۶۵ هفت محله دیگر به آنان اضافه شد.

نقشه ۱- ظهور محله‌های حاشیه‌نشین شاطرآباد، جعفرآباد، دولت‌آباد و کولی‌آباد از اواسط دهه ۴۰ تا اواسط دهه ۵۰ خورشیدی



مأخذ: آمایش سرزمین، مجلد نظام شهری ۱۳۹۶

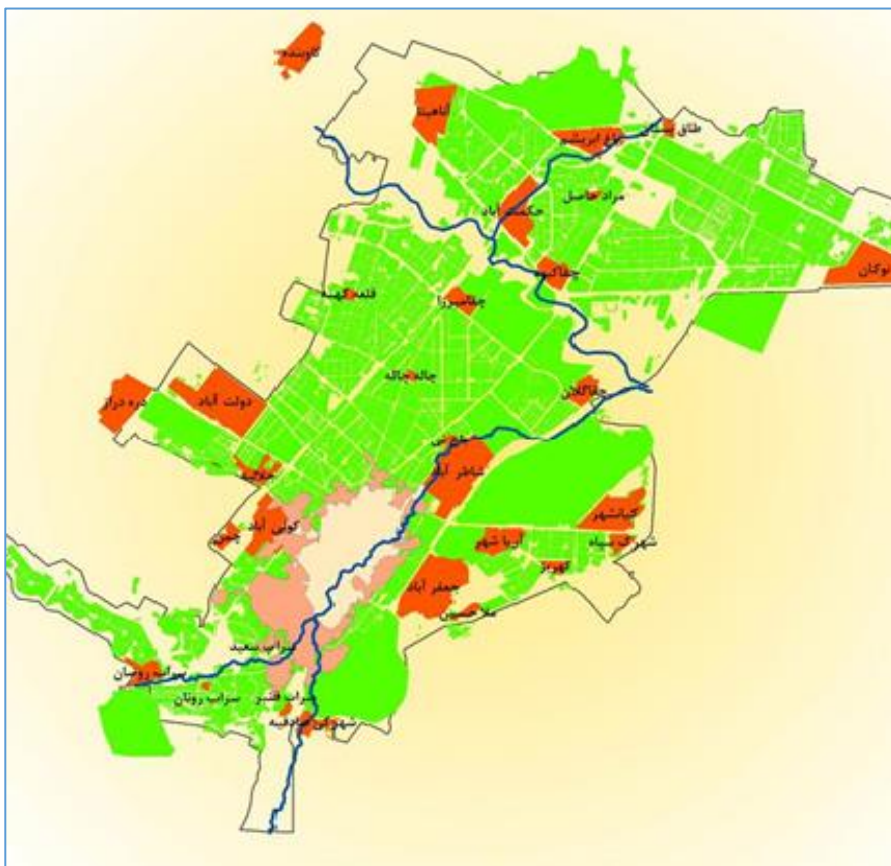
نقشه ۲- محله‌های حاشیه‌نشین کرمانشاه در دهه ۶۰



مأخذ: آمایش سرزمین، مجلد نظام شهری ۱۳۹۶

بر اساس داده‌های نقشه ۲ این محله‌ها عبارت‌اند از آناهیتا، چقاگلان، چقاکبود، حکمت‌آباد، قلعه کهنه، مرادحاصل، شهرک صادقیه، باغ ابریشم و سرخه‌لیژه. محلات حاشیه‌نشین که در دوره قبل تولیدشده بودند در این دوره متراکم‌تر شدند. طبق داده‌های طرح جامع ۱۳۶۲ در جعفرآباد ۵۰۱۸۳ نفر، در دولت‌آباد ۲۶۴۸۳ نفر و در کولی‌آباد ۱۷۷۷۴ نفر زندگی می‌کردند. روی‌هم‌رفته ۱۳۳۲۵۳ نفر بودند. چنانچه این اعداد را با جمعیت حاشیه‌نشین همین محلات در سال ۱۳۵۲ که ۲۷۰۰۰ نفر بودند مقایسه کنیم متوجه می‌شویم که ۱۰۶۲۵۳ در عرض یک دهه بر تعداد آن‌ها افزوده شده است.

نقشه ۳- محله‌های حاشیه‌نشین کرمانشاه در دهه ۸۰



مأخذ: آمایش سرزمین، مجلد نظام شهری ۱۳۹۶

تداوم مهاجرت روستا به شهر و فقیر شدن بخشی از جمعیت شهری همچنان سبب رشد محلات حاشیه‌نشین بیشتر در شهر کرمانشاه شد و «تا اوایل دهه ۸۰ تعداد آن‌ها به ۳۴ محله افزایش یافت که ۱۳ محله آن در وضعیت حاد قرار دارند» (تدبیر شهر ۱۳۸۲). آمار سرشماری ۱۳۹۵ جمعیت محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه را ۳۰ درصد گزارش کرد. بر طبق داده‌های نقشه ۳ محله‌های ملاحسنی، کهریز، نوکان، گاوبنده، شهرک سپاه و ... به آن‌ها اضافه شد. تاکنون ۳۳ محله در وضعیت حاشیه‌نشینی باقی ماندند و کرمانشاه بعد از مشهد دومین شهر ایرانی است که بیشترین جمعیت حاشیه‌نشین را دارد.

نیمرخ جمعیتی پاسخگویان

در این پژوهش ۵۱,۸ درصد از پاسخگویان زن و ۴۸,۲ درصد مرد بوده‌اند. همچنین ۲۹,۹ درصد از پاسخگویان ۱۵ تا ۲۵ ساله و ۲۴,۷ درصد نیز ۲۵ تا ۳۵ سال سن داشته‌اند. همچنین ۲۰,۵ درصد از پاسخگویان ۳۵ تا ۴۵ سال سن داشته‌اند. از سوی دیگر ۱۲,۳ درصد ۴۵ تا ۵۵ سال و ۱۲,۷ درصد نیز بیش از ۵۵ سال سن داشته‌اند. از سوی دیگر ۵۹,۲ درصد از پاسخگویان متأهل و ۳۲,۶ درصد مجرد هستند. ۳,۹ درصد طلاق گرفته و ۴,۲ درصد نیز همسرشان فوت کرده است. داده‌ها نشان می‌دهد ۷۴,۷ درصد از پاسخگویان شیعه و ۱۶ درصد سنی بوده‌اند. همچنین ۹,۲ درصد اظهار کرده‌اند که در گزینه سایر قرار گرفته‌اند. وضعیت تحصیلات نیز به این صورت بوده که ۱۴,۴ درصد از پاسخگویان بی‌سواد و ۱۹,۷ درصد نیز دارای تحصیلات ابتدایی هستند. ۱۹,۴ درصد راهنمایی و ۳۴,۱ درصد نیز دارای مدرک دبیرستان یا دیپلم بوده‌اند. از سوی دیگر ۴,۴ درصد دارای مدرک فوق‌دیپلم و ۶,۷ درصد نیز مدرک کارشناسی داشته‌اند. در نهایت ۱,۳ درصد نیز دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر هستند. همچنین ۲۵,۳ درصد از پاسخگویان شاغل و ۱۳,۱ درصد نیز محصل یا دانشجو هستند. ۳۹ درصد نیز خانه‌دار بوده‌اند. ۱۹,۲ درصد نیز اظهار کرده‌اند که بیکار هستند. کمتر از یک درصد سرباز و ۲,۶ درصد از پاسخگویان نیز بازنشسته بوده‌اند. در نهایت ۷۰,۲ درصد از پاسخگویان غیر مهاجر و ۲۹,۸ درصد از آن‌ها مهاجر بوده‌اند.

وضعیت خودکشی و ریسک خودکشی در جمعیت هدف

برای سنجش وضعیت خودکشی در محلات حاشیه‌نشین استان کرمانشاه، ما خودکشی را بر اساس فرآیند آن، در سه مرحله تفکر خودکشی، قصد خودکشی و اقدام به خودکشی دسته‌بندی و موردسنجش قرار داده‌ایم. ۱۲,۸ درصد از افراد در گذشته به خودکشی فکر کرده‌اند. در چند ماه اخیر نیز ۱۲,۵ درصد از افراد دارای افکار خودکشی هستند. این وضعیت نشان‌دهنده مناسب نبودن مناطق حاشیه‌ای استان کرمانشاه در مقوله خودکشی است؛ بنابراین همه افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند، افکار خود را عملی نخواهند کرد. بحث بعدی در این رابطه است که آیا افراد در مورد چگونگی خودکشی نیز فکر

کرده‌اند یا خیر؟ طبق داده‌های ۱۲,۶ درصد از افراد در گذشته و ۱۲,۲ درصد افراد در چند ماه اخیر به شیوه‌های خودکشی فکر کرده‌اند. این مرحله، شدت بیشتری نسبت به تفکر درباره خود خودکشی دارد. در این مرحله فرد تصمیم دارد تا تفکرات خود را عملی کند. همان‌طور که داده‌ها نشان می‌دهد اغلب افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند به شیوه خودکشی نیز فکر کرده‌اند؛ بنابراین، این تفکرات لحظه‌ای نبوده و ممکن است به میزان زیادی ذهن افراد را درگیر کرده باشد.

قصد خودکشی: معمولاً -هرچند نه همیشه- پس از مدت‌زمانی تفکر درباره خودکشی، در صورت حل نشدن مسئله، افراد قصد خودکشی را درون خود می‌پرورانند. در این مرحله فرد تصمیم خود را گرفته است و به‌صورت جدی‌تر در مورد شیوه خودکشی، زمان و مکان خودکشی شروع به برنامه‌ریزی می‌کند. از میان کسانی که دارای افکار خودکشی هستند در گذشته ۹,۸ درصد تلاش کرده‌اند تا افکار خود را عملی کنند. این میزان در چند ماه اخیر به ۸,۳ درصد می‌رسد که بازهم نرخ بسیار بالای قصد خودکشی در جامعه هدف را نشان می‌دهد. علاوه بر قصد تمرین برای خودکشی نشان از جدی‌تر شدن قصد افراد داشته است. در کل ۴,۷ درصد در گذشته و ۴,۶ درصد در چند ماه اخیر برای خودکشی تمرین کرده‌اند.

مرحله نهایی در فرآیند خودکشی اقدام افراد برای کشتن خود است. کسانی که به این سؤال پاسخ مثبت داده‌اند افرادی هستند که دارای اقدام ناموفق بوده و در بسیاری از موارد جزو افراد دارای ریسک بسیار زیاد محسوب می‌شوند.

جدول ۱- جدول میزان اقدام به خودکشی

سؤال	در گذشته				چند ماه اخیر			
	بلی		خیر		بلی		خیر	
	فروانی	درصد	فروانی	درصد	فروانی	درصد	فروانی	درصد
آیا اقدام به خودکشی کرده‌اید؟	۱۱۱	۵,۹	۱۷۶۰	۹۴,۱	۷۳	۴	۱۷۶۰	۹۶

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که ۵,۹ درصد از پاسخگویان در گذشته و ۴ درصد از آن‌ها در چند ماه اخیر اقدام به خودکشی داشته‌اند.

رابطه عوامل اجتماعی (حمایت اجتماعی و احساس نابرابری اجتماعی و ...) و خودکشی

در جدول ۲ وضعیت رابطه همبستگی سه حالت مرتبط با خودکشی، یعنی تفکر، قصد و اقدام به خودکشی با ۵ شاخص اصلی پژوهش، یعنی احساس نابرابری، حمایت اجتماعی، اختلالات روانی و افسردگی، مهاجرت و رضایت از زندگی را مورد ارزیابی قرار داده‌ایم. در بعد اول رابطه همبستگی احساس نابرابری با سه مقوله تفکر، قصد و اقدام خودکشی بررسی شد. احساس نابرابری، در مرحله تفکر و قصد همبستگی معنادار و مثبتی دارد و در هر دو مورد نیز شدت آن نسبتاً متوسط بوده است؛ اما در میان کسانی که اقدام خودکشی داشته‌اند، دیگر این مقوله اهمیت خود را از دست می‌دهد؛ اما در رابطه با حمایت اجتماعی موضوع متفاوت بوده است به‌طوری‌که در همه موارد، حمایت اجتماعی رابطه منفی و معناداری با تفکر، قصد و اقدام خودکشی داشته است؛ به عبارت دیگر هر چه افراد از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند میزان گرایش آنان به سمت تفکرات، قصد و اقدام خودکشی کاهش می‌یابد. در رابطه با اختلالات روانی و افسردگی، همان‌طور که پیش‌بینی می‌شد رابطه همبستگی مثبت و معنادار بسیار قوی با هر سه مقوله افکار، قصد و اقدام به خودکشی دارد.

جدول ۲- رابطه حمایت اجتماعی و احساس نابرابری اجتماعی افکار خودکشی

متغیرهای مستقل	متغیر وابسته	آزمون همبستگی			آزمون کای اسکور	
		میزان آزمون	معناداری	شدت	میزان آزمون	معناداری
احساس نابرابری	افکار خودکشی	۴,۲۸	/۰۰۲	/۲۳	۱۳,۹۸۹	/۰۰۰
حمایت اجتماعی		۶,۶۴۴	/۰۰۰	-/۲۵	۸۲,۱۰۲	/۰۰۰
اختلالات روانی و		۲۱,۴۱۸	/۰۰۰	/۴۵	۱۱۸,۲۴۵	/۰۰۰

آزمون همبستگی		آزمون کای اسکور		متغیرهای مستقل	متغیر وابسته
میزان آزمون	معدناداری	شدت	میزان آزمون	معدناداری	
					افسردگی
۱,۳۲۱	/۱۸۷	-	-	-	مهاجرت
۶,۲۱۲	/۰۰۰	/۲۴	۴۵,۸۱۹	/۰۰۰	رضایت از زندگی
۲,۳۱۹	/۰۲۱	/۱۲	/۰۰۵	۱۵,۰۶۷	احساس نابرابری
۴,۹۷۰	/۰۰۰	-/۲۱	/۰۰۰	۷۹,۶۳۴	حمایت اجتماعی
۱۹,۸۱۸	/۰۰۰	/۴۳	۱۲۴,۲۸۴	/۰۰۰	اختلالات روانی و افسردگی
۶۵۹	/۵۱۰	-	-	-	مهاجرت
۴,۷۹۱	/۰۰۰	-/۱۷	۲۵,۶۳۶	/۰۰۰	رضایت از زندگی
۵۳۴	/۵۹۳	-	-	-	احساس نابرابری
۰۰۱	۳,۴۴۹	-/۰۸	۳۳,۵۵۸	/۰۰۰	حمایت اجتماعی
۰۰۰	۱۱,۹۶۵	/۲۷	/۰۰۰	۱۳۲,۹۹۳	اختلالات روانی و افسردگی
۱,۱۷۱	/۲۴۲	-	-	-	مهاجرت
۳,۰۲۳	/۰۰۳	-/۱۰	/۰۴۲	۹,۸۹۹	رضایت از زندگی

شایان ذکر است که مهاجرت ارتباط معناداری با مقولات مختلف خودکشی ندارد، دلیل این مهم این است که مهاجرت‌های مهم و گسترده در پنجاه سال پیش رخ دادند و اکنون تفاوت شهر و روستا کمتر از گذشته است. میزان رضایت از زندگی در محله عامل اصلی دیگری است که رابطه آن با هر سه مقوله خودکشی معنادار بوده است به این معنا که هر چه میزان رضایت از زندگی در این محلات بیشتر بوده است، میزان گرایش‌های به خودکشی کاهش می‌یابد.

تحلیل مضامین

ماهیت آسیب خودکشی: اولین بخش از تحلیل مضمون حاصل از مصاحبه‌های نهادی، ماهیت خود آسیب بوده است. به این معنا که آسیب خودکشی در استان کرمانشاه دارای چه ابعاد و مؤلفه‌هایی است که آن را به یک مسئله اجتماعی معنادار تبدیل کرده است،

عبارت‌اند از: خودکشی زنان، خودکشی مردان، خودکشی جوانان و نوجوانان، کاهش سن خودکشی، خودزنی، افزایش افکار خودکشی.

عوامل خطر خودکشی: به‌طور کلی عوامل خطر خودکشی، مربوط به مؤلفه‌ها و مقولاتی ذهنی، روانی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و ... می‌شود که فرد را به سمت افکار و یا اقدامات خودکشی سوق می‌دهد. درواقع خودکشی حاصل واکنش به متغیرهای محیطی است که ممکن است فرد را دچار فرسایش کرده و ادامه زندگی را برای وی دشوار سازد. بر اساس یافته‌های جدول ۳ بیست مورد از مهم‌ترین عوامل خودکشی عبارت‌اند از: اعتیاد، خشونت خانگی، طلاق، حاشیه‌نشینی و

جدول ۳- عوامل خطر خودکشی

دست‌رسی آسان به ابزارهای خودکشی	عوامل خطر خودکشی
اعتیاد	
خشونت خانگی	
اختلافات و تعارضات خانوادگی	
طلاق	
فقر و نابرابری	
حاشیه‌نشینی	
بیکاری	
فشارهای سیاسی	
ناامیدی از بهبود وضعیت و کاهش امید به آینده	
تأثیرات منفی بازنمایی‌های رسانه‌ای	
ضعف در مهارت‌های حل مسئله	
ضعف در زیرساخت‌های تفریحی و فراغتی	
بیماری‌های جسمی مثل دردهای مزمن	
اختلالات خلقی، افسردگی، دوقطبی	
انگ و برچسب اجتماعی در مراجعه به روان‌پزشک و مشاوره	
تجاوز	
احساس تنهایی و طردشدگی	
از دست دادن نزدیکان به دلیل فوت، مانند همسر، والدین، فرزند، دوست و ...	
سابقه و زمینه خانوادگی خودکشی	

در رابطه با عوامل خطر خودکشی، می‌توان دسته‌بندی‌های مختلفی از آن ارائه کرد. برای مثال در یک دسته‌بندی می‌توان سطوح مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی یا همان سطوح خرد، میانه و کلان تأثیرگذار بر گرایش افراد به خودکشی را نام برد. در یک دسته‌بندی دیگر، عمده عواملی که به تشدید خودکشی اشاره دارد رابطه آن با سایر آسیب‌های اجتماعی و یا مسائل اجتماعی است. آسیب‌هایی مانند اعتیاد، فقر، تجاوز و خشونت از جمله محورهایی هستند که منجر به تشدید این پدیده در استان شده‌اند. در کنار این آسیب‌ها، مسائل اجتماعی نیز وجود دارند که می‌تواند گرایش به سمت خودکشی را تشدید کند. فقر و نابرابری، بیکاری، حاشیه‌نشینی و حتی در مواردی فشارهای سیاسی جزو مواردی هستند که در بحث مربوط به عوامل خطر خودکشی به آن‌ها اشاره شده است؛ اما در یک سطح دیگر، وضعیت روانی و ذهنی افراد است که مورد تأکید قرار می‌گیرد. احساس تنهایی و طردشدگی، اختلالات روانی و ذهنی و حتی بیماری‌های جسمی و مزمن جزو مشکلات در سطوح فردی هستند که می‌تواند عامل خودکشی باشند. علاوه بر این، برخی مسائل در سطوح خانواده، مثل سابقه و زمینه خانوادگی خودکشی، اختلافات بین زوجین و حتی کودکان حاصل از خانواده‌های طلاق نیز از دیگر دسته‌بندی‌هایی است که می‌توان از عوامل خطر خودکشی ارائه کرد.

برخی مقولات نیز در سطوح مهارت مطرح شده است و بسیاری از خبرگان معتقد بودند که ضعف‌های مهارتی در زندگی و در ابعاد مختلف آن باعث سوق داده شدن افراد به سمت خودکشی می‌رود. این موارد با مسائلی مانند انگ‌زنی و برچسب‌زنی همراه شده و منجر به تشدید شدن این پدیده می‌شود. در کنار همه این عوامل، موضوعاتی مانند ضعف در زیرساخت‌های فراغتی، تأثیرات مربوط به بازنمایی‌های رسانه‌ای و حتی دسترسی آسان به ابزارهای خودکشی نیز جزو مواردی است که در بالا به آن اشاره شده است.

رابطه علی عوامل تأثیرگذار بر خودکشی: هرچند به نظر می‌رسد پدیده خودکشی به معنای افکار، قصد و یا اقدامات افراد برای پایان دادن به زندگی خود یک مسئله بدیهی است، اما از پیچیدگی‌های بسیار زیادی برخوردار است. افراد و گروه‌های اجتماعی، قومی

و حتی طبقات اقتصادی مختلف ممکن است دلایل و علل بسیار متفاوتی برای خودکشی داشته باشند. از سوی دیگر، ابزارها و روش‌های خودکشی و به تبع آن ابزارها و روش‌هایی که برای پیشگیری از خودکشی می‌توان پیش‌بینی کرد نیز متنوع خواهد بود. برای مثال علت خودکشی یک زن حاشیه‌نشین طبقه فرودست جامعه که طلاق گرفته و یا تحت خشونت خانگی قرار دارد با یک نوجوان طبقه متوسط شهری که دچار بحران هویت و معنا شده است متفاوت خواهد بود. با این حال می‌توان نوعی روابط علی بین برخی از متغیرها که می‌تواند بخش قابل توجهی از علل خودکشی در استان را تبیین می‌کند ارائه کرد. هرچند در بسیاری از موارد روابط علی بین مؤلفه‌ها ممکن است معکوس شده و یا اینکه خودکشی و این مؤلفه‌ها همدیگر را تقویت می‌کنند.

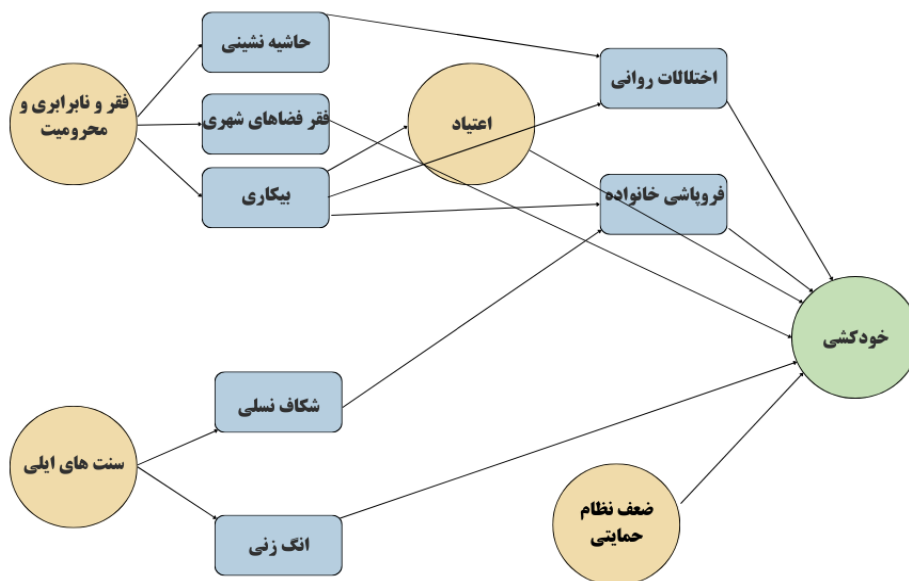
در بحث رابطه علی، ما برای فهم علل گرایش به سمت خودکشی از متغیرهای کلان اجتماعی به عنوان ریشه‌های شکل‌گیری افکار خودکشی استفاده کرده‌ایم. دو متغیر کلان به عنوان ریشه‌های خودکشی شناسایی شده‌اند که اولی اقتصادی و دومی اجتماعی-فرهنگی است. در بعد اقتصادی فقر، نابرابری و محرومیت به عنوان نشانگر اصلی سطوح پایین توسعه‌یافتگی استان و به تعبیر دیگر توسعه‌نیافتگی معرفی شده است. به واقع استان کرمانشاه به عنوان بالاترین نرخ فلاکت و توسعه‌نیافتگی یکی از بالاترین نرخ‌های مربوط به فقر و نابرابری را داشته است. نتیجه فقر و نابرابری و به تعبیر عام‌تر توسعه‌نیافتگی در وهله اول، توسعه حاشیه‌نشینی در استان است که مطابق با آمارهای رسمی حدود نیمی از مردم شهر کرمانشاه در محلات حاشیه‌نشین که از وضعیت بافت و مسکن مناسبی برخوردار نیستند، زندگی می‌کنند. محلاتی مانند آقاجان، جعفرآباد، دولت‌آباد، دره دراز و... جزو مناطقی شهری محسوب می‌شوند که از حداقل امکانات زیست شهری محروم هستند و نکته اصلی اینجا است که بالاترین نرخ‌های مربوط به خودکشی نیز در همین محلات رخ می‌دهد. چنین وضعیتی از حاشیه‌نشینی بیشترین نرخ‌های مربوط به احساس نابرابری و محرومیت را هم به همراه داشته است. از این رو نفس زندگی در حاشیه‌های شهری هرگونه امید برای بهبود کیفیت زندگی و یک زیست مناسب شهری را از بین می‌برد. رنج حاصل از موقعیت

حاشیه‌ای، به همراه فقر در کیفیت زندگی و بسیاری از فشارهای دیگر موجب شکل‌گیری اختلالات روحی و روانی بسیاری در میان مردمان این مناطق می‌شود. شکل‌گیری فرهنگ خشونت (چه علیه دیگری به مثابه قتل و نزاع و درگیری و چه علیه خود به مثابه خودزنی و خودکشی)، به میزان زیادی پیامد همین فرهنگ فقر و فلاکت بوده که در نهایت منجر به تاب‌آوری پایین شده و در نهایت خودکشی یکی از پیامدهای آن خواهد بود.

اما پیامد دوم در رابطه با فقر و نابرابری و محرومیت در استان، فقر در فضاهای عمومی و به تعبیری کاهش امکانات فراغت، تفریحی و حوزه‌هایی است که کیفیت زندگی مردمان را ارتقا می‌دهد. متأسفانه در کرمانشاه به‌طور عام و در محلات حاشیه‌نشین به‌طور خاص، امکانات فراغت بسیار محدود می‌باشد و همین امکانات محدود نیز به میزان یکسان و برابری توزیع نشده است. علاوه بر این بسیاری از خبرگان حاضر در جلسه اذعان کرده‌اند که حتی هزینه‌های فراغت در استان بسیار گران بوده و از عهده بسیاری از خانواده‌ها خارج است. همچنین مصرف مواد مخدر حتی هزینه آن از مصرف سرانه‌های فراغت بیشتر بوده است. لذا چنین فرایندی امکان تخلیه روانی و فشارهای زندگی را از بین برده و همین امر در بلندمدت می‌تواند موجب یاس و ناامیدی شود. پیامد چنین امری در نهایت می‌تواند یکی از دلایل انباشتی خودکشی در استان باشد.

مسیر سوم علل اقتصادی خودکشی مربوط به مقوله بیکاری است. بیکاری هم علت فقر و نابرابری و هم معلول آن است. درواقع ساختارهای فقر و نابرابری توانمندی افراد برای ایجاد اشتغال را از بین برده و بیکاری نیز منتهی به تشدید فقر و نابرابری می‌شود. استان کرمانشاه همواره بالاترین نرخ‌های بیکاری در کشور را داشته است و انباشت بیکاران در محلات حاشیه‌نشین بیشتر از محلات دیگر است. از سوی دیگر حتی افرادی که شاغل هستند نیز درآمد چندانی ندارد. فقدان مهارت‌های شغلی اثرگذار، فقدان سرمایه مناسب برای ایجاد اشتغال، ظرفیت‌های اقتصادی پایین در این محلات و بسیاری مسائل و محورهای دیگر دست‌به‌دست یکدیگر داده‌اند و موجب شده تا بیکاری به‌عنوان یکی از نمود فقر و نابرابری و هم‌زمان تشدیدکننده آن باشد. همچنین بیکاری همواره به‌عنوان یکی

از مهم‌ترین علل گرایش‌ها به سمت اعتیاد به مواد مخدر باشد. فرار از تنش‌ها و فشارهای روحی و روانی و جسمی حاصل از بیکاری و فقر مطلق در این محلات، به میزان زیادی افراد را به سمت مصرف مواد مخدر سوق داده است. از طرف دیگر بیکاری در استان و فقدان مهارت برای یافتن و یا ایجاد شغل پایدار، بسیاری را به سمت خرید و فروش مواد مخدر کشانده است. نهایت چنین چرخه معیوبی شکل‌گیری آسیب اعتیاد در استان به‌طور عام و به شکل شدیدتر آن در محلات حاشیه‌نشین است. وجود و گستره آسیب اعتیاد نیز به‌عنوان یکی از مؤلفه‌ها و علل اصلی خودکشی در استان معرفی شده است. به‌واقع بخش قابل توجهی از افرادی که خودکشی کرده و یا دارای تفکرات خودکشی هستند، از افراد معتاد در استان می‌باشد.



مدل ۲- روابط علی میان متغیرهای تأثیرگذار بر خودکشی

از سوی دیگر باید توجه داشت که از پیامدهای مهم دیگر مربوط به این مسیر، یعنی فقر و نابرابری و در نتیجه آن بیکاری، فروپاشی بنیان خانواده است. این فروپاشی از چند جهت حائز اهمیت است. اول اینکه تمام زیربنای اقتصادی خانواده را فروپاشیده و در وهله دوم

آسیب‌های دیگری مثل طلاق، خیانت زوجین، خشونت درون خانواده و... همگی به اشکال مختلفی می‌توانند معلول همین فقر بوده و دسته کم فقر و بیکاری تشدیدکننده آن می‌باشد. طی مصاحبه گروهی با خبرگان بارها بحث فروپاشی خانواده و از بین رفتن مهم‌ترین حامی عاطفی افراد مطرح شده است. به همین دلیل فروپاشی خانواده به عنوان یکی از پیامدهای فقر و بیکاری، یکی از مهم‌ترین مسیرهای گرایش افراد به سمت خودکشی بوده است.

اما ریشه دومی که در بحث مربوط به خودکشی مورد بحث قرار گرفته، ساختار اجتماعی و فرهنگی استان کرمانشاه است. استان کرمانشاه و به ویژه شهر کرمانشاه، با وجود اینکه یکی از کلان‌شهرهای کشور بوده و به لحاظ وسعت نیز بزرگ‌ترین شهر غرب کشور است، اما ساختار آن به میزان زیادی ایلی است؛ زیرا خاستگاه^۱ مهاجران

۱. مهاجران از اطراف کرمانشاه بودند و شیوه زیست غالب آنان تا اوایل پهلوی کوچ‌روی بود (قلی‌پور، ۱۴۰۰). ایل‌های گوران و جاف در غرب؛ ایل‌های سنجابی و کلهر در غرب و جنوب؛ ایل‌های عثمانوند، جلالوند، احمدوند و کاکاوند در جنوب و شرق؛ ایل‌های ترکاشوند، زوله، جمور در شرق و شمال شرقی؛ ایل کلیایی و پایروند در شمال و ایل زنگنه در مرکز استان قرار داشتند. با اسکان عشایر بخش اندکی از آن‌ها یکجانشین شدند و روند یکجانشینی کامل در دهه ۴۰ و ۵۰ اتفاق افتاد به نحوی که این روند را می‌توان «یکجانشینی تاخیری» نامید. کوچروان دارای چند ویژگی برجسته مانند نظام حمایتی فراگیر سنتی یاریگری مبتنی بر شیوه معیشت و نظارت اجتماعی شدیدی بودند. نظام خانواده و خویشاوندی به همراه درون‌همسری تقویت‌کننده هر سه بود. نظارت اجتماعی در راستای وجدان جمعی هویت‌های جمعی گسترده‌ای در سلسله مراتب ایلی (ایل-طایفه-تیره-هوز) را در برداشت. مفاهیم هومالی، نخاص، نام‌ونسق هم پشتیبان یاریگری بودند و هم نظارت اجتماعی. علاوه بر این، آنان نابرابری شدید نداشتند و فقیرترین آنان چندین دام داشتند. مهاجران که زمینه کوچ‌روی داشتند برای سکونت کردن در کرمانشاه بر اساس الگوی مشخصی عمل کردند. هر کدام با توجه به موقعیت زیستگاه ایل در قسمت مشخصی ساکن شدند. در یک نگاه کلی ایل‌های کرد در غرب و ایل‌های لک در شرق ساکن شدند. ایل الگو در سطحی جزئی‌تر نیز تداوم یافت. برای مثال گورانی‌ها در محله دره‌دراز؛ جاف‌ها و گوران‌ها در دولت‌آباد؛ کاکاوند، جلالوند و عثمانوند در جعفرآباد؛ ... کلیایی‌ها در شاطرآباد؛ پایروندها در سرخه‌لیژه و باغ ابریشم. چنین الگویی سبب شد که مهاجران به طور پراکنده در شهر جذب نشوند و اجتماعات ایلی خود را در شهر بازتولید کنند. این اجتماعات دو ویژگی برجسته دارند. نخست، شیوه معیشت ایلی ندارند بنابراین همیاری و مشارکت‌های سنتی در میان آنان دیده نمی‌شود و هنوز انجمن‌های داوطلبانه مدرن نیز در بین آنان شکل نگرفته است (نک: قلی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹). دوم، سنت‌های ایلی مانند هومالی (رقابت و همکاری جمعی)، نام‌ونسق (انگ زدن)، نخاص (انتقام جمعی) و نظارت اجتماعی ناشی از آن‌ها همچنان به حیات خویش ادامه می‌دهند.

دهه‌های ۴۰ تا ۷۰ ایل‌های اطراف است. این ساختار در مواردی می‌توانند به‌مثابه انسجام اجتماعی و حمایت اجتماعی از افراد، به‌عنوان مانعی در برابر بسیاری از آسیب‌های اجتماعی و به‌ویژه بحران هویت و درنهایت خودکشی عمل کنند؛ اما در شرایط تاریخی و زمانی خاصی، همین ساختار می‌تواند کژکارکردهای زیادی به همراه داشته و به شکلی معکوس عمل کند به‌طوری که ریشه بسیاری از آسیب‌های اجتماعی را می‌توان به همین ساختار اجتماعی نسبت داد.

برای مثال و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین پیامدهای این ساختار ایلی، شکاف نسلی به‌ویژه بین زنان و دختران نسل جدید با نسل‌های قبلی است. ساختار ایلی همواره نظامی مردسالارانه داشته است و همچنان ساختار سلسله‌مراتبی خود را تا حد زیادی حفظ کرده است. برای نمونه می‌توان به اجازه ازدواج دختر توسط پدر و یا برادران، تصمیم‌گیری برای ابعاد مختلف زندگی زنان و... اشاره کرد. این ساختار ایلی هنوز هم در برابر بسیاری از سبک‌های زندگی شهری و مدرن مقاومت می‌کند درحالی‌که از سوی دیگر نسل جدیدتر و به‌ویژه دختران خواهان آزادی عمل بیشتر و سبک‌های زندگی مدرن‌تر و شهری هستند. تفاوت در دیدگاه‌های بین نسل‌های قدیمی و ساختار ایلیاتی با نسل‌های جدیدتر و به‌ویژه مدرن‌تر در کرمانشاه شدت بالایی دارد. این موضوع باعث شکل‌گیری دو آسیب جدی و هم‌زمان شده است که بنیان خانواده را نشانه گرفته است. مسئله اول تنش درون خانواده‌ها و به‌ویژه زن و مرد در رابطه با این نظام ایلی است که در آن ممکن است زنان خواهان آزادی بیشتری باشند. مسئله دوم شکل و نوع شکل‌گیری خانواده در استان کرمانشاه است که باعث می‌شود ماهیت آن آسیب‌زا باشد. برای مثال ازدواج در سنین پایین و اختلاف سنی زیاد بین زوجین از پیامدهای چنین ساختاری ایلیاتی است که باعث تزلزل در بنیان خانواده شده است. نهایت این مسیر می‌تواند به‌عنوان یکی از دلایل اصلی گرایش افراد به سمت خودکشی باشد.

مسیر دوم مربوط به همین سنت‌های ایلی، مکانیسم انگ‌زنی است. نظام طایفه‌ای و ایلی برای کنترل افراد، به‌راحتی و با استفاده از مکانیسم‌های انگ‌زنی و طرد باعث می‌شود

که افراد به میزان زیادی در مقابل این نظام آسیب‌پذیر باشند. انگ‌های مربوط به آبرو و ... به‌ویژه برای زنان و دختران جوان بسیار هزینه‌بر بوده و می‌تواند به‌مثابه شکلی از فشار اجتماعی برای گرایش افراد به سمت خودکشی عمل کند.

درنهایت، باید خاطرنشان کرد که درگیری بین سنت و مدرنیته در قالب تقابل بین سنت‌های ایلی و گرایش‌های افراد به سبک‌های زندگی مدرن منجر شده است که از یک‌سو نظام حمایتی ایلیاتی تضعیف شده و از سوی دیگر نظام‌های حمایتی مدرنی شکل نگرفته است که جایگزین قبلی شود. چنین وضعیتی، در کنار سایر عوامل و آسیب‌هایی که نام‌برده شد فرد را در مقابل بسیاری از بحران‌های اقتصادی-اجتماعی که فشارهای روحی و روانی زیادی بر افراد وارد می‌کند، بی‌پناه و تنها رها کرده و موجبات گرایش به سمت خودکشی را تقویت می‌کند.

عوامل محافظ خودکشی: در کنار عوامل خطر، برخی متغیرها و محورها وجود دارند که در مصون‌سازی افراد در مقابل خودکشی نقش دارند؛ به عبارت دیگر این عوامل می‌تواند مانع و بازدارنده گرایش‌ها به سمت خودکشی باشد. از طرف دیگر باید دقت کنیم که عوامل خطر در بالا اشاره به واقعیت‌های جامعه داشته و عوامل محافظ عموماً به ضرورت‌ها و نیازهای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در این حوزه می‌پردازد.

جدول ۴- عوامل محافظ آسیب خودکشی

حمایت خانواده	عوامل محافظ خودکشی
حمایت اجتماعی از افراد در معرض آسیب	
حمایت نهادی از مستمندان	
ارتباط با ارائه‌دهندگان خدمات حمایتی، مثل مشاوران تلفنی	
عضویت و مشارکت در نهادهای اجتماعی	
تقویت توانایی حل مسئله و حل تعارض	
ایجاد حس تعلق در گروه و اجتماع	
کاهش دسترسی به ابزارهای خودکشی	
مشاوره و ارجاع به روان‌پزشک	

تصویب قوانین حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر	
دسترسی فوری به متخصص و مشاور	
اشتغال	
خودمراقبتی و کنترل خشم	
اعتقادات مذهبی	
معنویت و وجود معنا در زندگی	
آموزش کودکان در سطح ملی در مدارس	

برای مقابله با خودکشی و یا همان عوامل محافظ خودکشی، مؤلفه‌ها در سه سطح مقابله با ریشه‌های شکل‌گیری خودکشی، مقابله با علل خودکشی و مقابله با علائم و روش‌های خودکشی مطرح شده است. برای مثال در سطح ریشه‌ها، مسائلی مانند فقر و نابرابری، بیکاری (اشتغال) و تقویت بحث مشارکت اجتماعی و پیوند فرد به جامعه مطرح می‌شود. در سطوح مربوط به علل خودکشی که به بحث‌هایی مانند آسیب‌ها و عوامل اجتماعی اشاره دارد، مؤلفه‌هایی مانند حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی مطرح شده است. در سطح علائم و نشانه‌های خودکشی مسائلی مانند ارجاع به روان‌پزشک و دسترسی فوری به متخصص و مشاوره مورد اشاره قرار گرفته است.

علاوه بر برنامه‌های حمایتی، مؤلفه‌های دیگر مربوط به عوامل محافظ خودکشی شامل آموزش‌های مهارتی، مانند کنترل خشم، آموزش کودکان در سطوح مدارس، تقویت و توانایی حل مسئله و... می‌شود. از سوی دیگر برخی از خبرگان معتقد بودند که تقویت اعتقادات مذهبی و تقویت معنویت در میان افراد می‌تواند به عنوان عامل محافظ در برابر خودکشی عمل کند.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش دو مسئله اصلی در رابطه با آسیب خودکشی در استان کرمانشاه با تأکید بر محلات حاشیه‌نشین بررسی شد. نخست، بحث شیوع‌شناسی و فهم ماهیت این آسیب در این محلات و تعیین رابطه آن با برخی از متغیرهای مهم تبیین‌کننده خودکشی بود که با

استفاده از روش پیمایش انجام شد. دوم تبیین ماهیت آسیب خودکشی، عوامل خطر و علل گرایش به این پدیده در کرمانشاه و سرانجام شناسایی عوامل محافظی بوده است که می-تواند به کاهش آسیب خودکشی در استان کمک کند. این مهم با استفاده از مصاحبه عمیق و ابزار تحلیل مضمون انجام گرفت.

در میان پاسخگویان ۸۶,۱ درصد بدون ریسک، ۹,۵ درصد دارای ریسک زیاد و ۴,۴ درصد دارای ریسک خیلی زیاد خودکشی هستند. ۱۲,۸ درصد از افراد در گذشته و ۱۲,۵ درصد از افراد دارای/افکار خودکشی هستند. ۱۲,۶ درصد از افراد در گذشته و ۱۲,۲ درصد افراد در چند ماه اخیر به شیوه‌های خودکشی فکر کرده‌اند. از میان کسانی که دارای افکار خودکشی هستند در گذشته ۹,۸ درصد تلاش کرده‌اند تا افکار خود را عملی کنند. این میزان در چند ماه اخیر به ۸,۳ درصد می‌رسد که بازهم نرخ بسیار بالای قصد خودکشی در جامعه هدف را نشان می‌دهد. علاوه بر مسئله قصد تمرین برای خودکشی نشان از جدی‌تر شدن قصد افراد داشته است. در کل ۴,۷ درصد در گذشته و ۴,۶ درصد در چند ماه اخیر برای خودکشی تمرین کرده‌اند. مرحله نهایی در فرآیند خودکشی اقدام افراد برای کشتن خود است. ۵,۹ درصد از پاسخگویان در گذشته و ۴ درصد از آن‌ها در چند ماه اخیر/اقدام به خودکشی داشته‌اند.

نتایج حاکی از آن است که نرخ گرایش به خودکشی در محلات حاشیه‌نشین، در سه بعد تفکر، قصد و اقدامات ناموفق خودکشی بالا است. همچنین وضعیت خودکشی در میان گروه‌های مختلف نیز متفاوت است. خودکشی پدیده‌ای است که حاکی از ناملایماتی در ساختارهای اجتماعی نظیر نابرابری اقتصادی و حاشیه‌نشینی است. این ساختارها سبب‌ساز خودکشی و دیگر آسیب‌های اجتماعی هستند. در این پژوهش احساس نابرابری به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مقولاتی بود که موجب شکل‌گیری گرایش به خودکشی در دو بُعد تفکر و قصد خودکشی بود. فقر کمتر عامل خودکشی بوده است اما نابرابری یا احساس نابرابری زمینه‌ساز ناملایمات اجتماعی است.

حمایت اجتماعی یکی از مهم‌ترین متغیرهای تبیین‌کننده خودکشی است. بودن فرد

در میان جمع و حمایت شدن از جانب آنان به مثابهٔ محافظی در برابر خودکشی است. حمایت اجتماعی دارای وجوه عاطفی، اقتصادی و اجتماعی است و در هر سطحی عامل محافظت از افراد در برابر ناملایمات است. اختلالات روانی و افسردگی نیز تأثیر زیادی بر افکار، قصد و اقدام به خودکشی داشتند. نکتهٔ حائز اهمیت این است که این دو نمی‌توانند نقش علی‌ایفاء کنند بلکه خود متأثر از شرایط کلان‌تر هستند. مهاجرت نقشی در شیوع‌شناسی خودکشی نداشت. گویا امروزه مهاجرت جایگاه تبیینی خود را برای فهم ریشه‌های آسیب‌های اجتماعی از دست داده باشد. ممکن است به علت شیوع بالای آسیب‌ها، هم در میان مهاجرین و هم غیرمهاجران، دیگر این مقوله قدرت تبیین‌کنندگی کافی را نداشته باشد. رضایت از زندگی نقش مستقیم و معکوسی در شیوع‌شناسی خودکشی داشت. با افزایش میزان رضایت از زندگی میزان شیوع خودکشی پایین می‌آید.

عوامل خطر شیوع خودکشی عبارت‌اند از: دسترسی آسان به ابزارهای خودکشی، اعتیاد، خشونت خانگی، اختلافات و تعارضات خانوادگی، طلاق، فقر و نابرابری، حاشیه‌نشینی، بیکاری، فشارهای سیاسی، ناامیدی از بهبود وضعیت و کاهش امید به آینده، تأثیرات منفی بازنمایی‌های رسانه‌ای، ضعف در مهارت‌های حل مسئله، ضعف در زیرساخت‌های تفریحی و فراغت، بیماری‌های جسمی مثل دردهای مزمن، اختلالات خلقی، افسردگی، دوقطبی، انگ و برچسب اجتماعی در مراجعه به روان‌پزشک و مشاوره، احساس تنهایی و طردشدگی، تجاوز، سابقه و زمینه خانوادگی خودکشی و از دست دادن نزدیکان به دلیل فوت، مانند همسر، والدین، فرزند، دوست و... عوامل محافظ خودکشی عبارت‌اند از: حمایت خانواده، حمایت اجتماعی از افراد در معرض آسیب، حمایت نهادی از مستمندان، عضویت و مشارکت در نهادهای اجتماعی، تقویت توانایی حل مسئله و حل تعارض، ایجاد حس تعلق در گروه و اجتماع، کاهش دسترسی به ابزارهای خودکشی، مشاوره و ارجاع به روان‌پزشک، تصویب قوانین حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر، دسترسی فوری به متخصص و مشاور، اشتغال، خودمراقبتی و کنترل خشم. در میان عوامل محافظ و خطر مرتبط با خودکشی، تلاش بر این شده است تا حد امکان، ریشه‌ها و علل شکل‌گیری

آسیب‌ها از علل ظاهرساز و پیامدهای رفتاری مرتبط با خودکشی تفکیک‌شده و رابطه منطقی بین سطوح مختلف تحلیل تبیین شود.

سپاسگزاری

از ساکنان محله‌های حاشیه‌نشین کرمانشاه که در این پژوهش ما را یاری رساندند، تشکر می‌کنیم.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارم.

ORCID

Siavash Gholipour

Alireza Moradi

Asra Alromahi



<http://orcid.org/0000-0001-9559-6246>



<http://orcid.org/0009-0005-0495-7008>



<http://orcid.org/0009-0005-1408-6196>

منابع

- آرون، ریمون. (۱۳۹۳). *مراحل اساسی سیراندیشه در جامعه‌شناسی*، ترجمه باقر پرهام، تهران: علمی فرهنگی.
- پیری، اسماء؛ قلی‌پور، سیاوش و امیری، نادر. (۱۳۹۸). «حق بر شهر محله صادقیه در کلان‌شهر کرمانشاه». *مجله مطالعات اقتصاد سیاسی بین‌الملل*، دوره ۲، شماره ۲: ۷۱۲-۶۸۷.
- جمشیدی‌ها، غلامرضا و قلی‌پور، سیاوش. (۱۳۸۹). «مدرنیته و خودکشی زنان و دختران لک». *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، دوره ۱، شماره ۱: ۱۰۶-۷۹.
- دورکیم، امیل. (۱۳۷۸). *خودکشی*، ترجمه، نادر سالارزاده، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- زارع شاه‌آبادی، اکبر؛ شفیع‌نژاد، مجتبی و مداحی، جواد. (۱۳۹۶). «اقدام به خودکشی بین زنان آبدانان: انگیزه‌ها و شرایط»، *زن در توسعه و سیاست*، دوره ۱۵، شماره ۳: ۴۴۶-۴۲۷.
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی. (۱۳۸۷). *رتبه‌بندی استان‌های کشور بر اساس برخی شاخص‌های آماری در سال ۱۳۸۵*، ارومیه: استانداری آذربایجان غربی.
- عنبری، موسی و بهرامی، اردشیر. (۱۳۸۹). «بررسی ارتباط باورهای فرهنگی با خودکشی: مورد مطالعه روستاهای شهرستان پلدختر»، *مجله مطالعات امنیت اجتماعی*، ۲۱، ۱۵۵-۱۲۱.
- عنبری، موسی؛ بهرامی، اردشیر. (۱۳۸۹). «بررسی آثار فقر و خشونت بر میزان خودکشی: مورد مطالعه روستاهای شهرستان پلدختر»، *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، دوره ۱، شماره ۲: ۲۹-۱.
- فی، برایان. (۱۳۸۸). *فلسفه امروزی علوم اجتماعی*، ترجمه خشیار دیهیمی، تهران: فرهنگ نشر نو.
- قادری، صلاح‌الدین و نظری، حامد. (۱۳۹۸). «تحلیل جامعه‌شناختی خودکشی در ایران»، *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*، دوره ۱۰، شماره ۱: ۲۱۵-۱۹۵.
- قلی‌پور، سیاوش (۱۴۰۰). «کوچ‌روی در زاگرس میانی (ایلام، کرمانشاه و لرستان)»، *مطالعات جامعه‌شناختی*، ۲۸ (۲)، ۱۵۳-۱۸۳.
- قلی‌پور، سیاوش و امیری، نادری. (۱۳۹۹). «تحلیلی مردم‌شناختی درباره خودکشی در زاگرس میانی»، *نامه انسان‌شناسی ایران*، دوره ۱۷، شماره ۳۱: ۲۴۷-۲۲۵.
- قلی‌پور، سیاوش. (۱۳۹۳). «بازگشت طردشدگان: ظهور سکونت‌گاه‌های غیررسمی در کرمانشاه»، *مطالعات جامعه‌شناختی*، دوره ۲۱، شماره ۱: ۸۷-۶۳.

مارشال، کاترین؛ راسمن، کرچمن (۱۳۸۱). *روش‌های تحقیق کیفی*، مترجمان: علی پارسائیان و سید محمد اعرابی، تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی.

محسنی تبریزی، علیرضا. (۱۳۷۲). *بررسی علل و عوامل مؤثر بر افزایش نرخ خودکشی در استان ایلام و شناخت طرق و راه‌های پیشگیری و درمان آن*، تهران: دانشگاه تهران، موسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی.

مرادخانی، همایون. (۱۴۰۲). «سیاست اسکان، تولید فضا و نظام‌های چندگانه رؤیت‌پذیری: شرایط امکان پیدایش سوژه خودکشی در ایلام»، *مطالعات جامعه‌شناختی*، دوره ۳۰، شماره ۱، ۳۷۸-۳۵۹.

معمارباشی، محمدرضا؛ فرهادی، محمد و قلی‌پور، سیاوش. (۱۳۹۹). «اقتصاد سیاسی طرد؛ حاشیه‌نشین‌سازی محله شهید در کرمانشاه»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ۲۱، شماره ۲: ۱۲۴-۹۶.

نبوی، سیدحسین و مرادی نصاری، طاهره. (۱۳۹۷). «تلاش برای به رسمیت شناخته شدن: تبیین فرهنگی کنش خودکشی در ایلام»، *مجله تحقیقات فرهنگی ایران*، دوره ۱۱، شماره ۳: ۲۱۲-۱۸۷.

استناد به این مقاله: عباسی. (۱۴۰۴). حاشیه‌نشینی، محرومیت و گرایش‌های خودکشی (مطالعه موردی: محله‌های حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه)، *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۳۲(۱۰۸)، ۱۴۲-۱۰۷. DOI: 10.22054/qjss.2025.82555.2848



Social sciences is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License...