

بررسی عوامل اجتماعی و روان‌شناختی مؤثر بر گرایش

به خودکشی: نمونه موردی زنان ۱۶ تا ۴۰ ساله شهر یاسوج

آرمان حیدری^۱، کیهان رسائی پور^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۱۳ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۵

چکیده

خودکشی پدیده‌ای چندبعدی و فرایندی است که از ناراحتی، تمایلات به خودکشی، خودکشی نافرجام تا خودکشی کامل را شامل می‌شود. اکثر پژوهش‌های پیشین، با اتکای بر متغیرهای جامعه‌شناختی یا روان‌شناختی صرف با تکیه بر آمارهای رسمی و داده‌های سری‌های زمانی، تنها خودکشی کامل را مورد توجه قرار داده و گرایش به خودکشی را نادیده گرفته‌اند. از این رو، مقاله حاضر با در نظر گرفتن هر دو دسته متغیرهای جامعه‌شناختی و روان‌شناختی، و با روش پیمایشی مقطعی به بررسی میزان گرایش به خودکشی زنان ۱۶-۴۰ ساله ساکن شهر یاسوج پرداخته است. براساس نتایج پژوهش مجردها نسبت به متأهل‌ها، جوانان نسبت به میان‌سالان، و بیکاران و دانشجویان نسبت به شاغلان و خانه‌داران گرایش بیشتری به خودکشی داشته‌اند. همبستگی متغیرهای دینداری و افسردگی با گرایش به خودکشی، به ترتیب، منفی و مثبت بوده است. مهم‌ترین متغیر تأثیرگذار بر گرایش به خودکشی افسردگی و تأثیر دینداری بر گرایش به خودکشی بیشتر غیرمستقیم بوده است. در نهایت دو متغیر افسردگی و مجرد بودن توانسته‌اند بیش از نیمی از واریانس (۵۳ درصد) گرایش به خودکشی پاسخ‌گویان را تبیین کنند.

کلیدواژگان

افسردگی، مجرد، دینداری، زنان‌خانه‌دار، زنان، گرایش به خودکشی، یاسوج

۱. نویسنده مسئول، دکتری جامعه‌شناسی و استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه یاسوج

alheidari2011@yu.ac.ir

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه و طرح مسئله

خودکشی^۱ به معنای نابودکردن و از بین بردن خود، پدیده‌ای است که سالیان دراز از روابط عشیره‌ای و سنتی تا روابط پیچیده شهرهای بزرگ امروزی، گریبان بشر را گرفته و در فراز و نشیب تحولات اجتماعی قلب و روح خانواده‌ها و اجتماع را آزرده است. زندگی شهری، انبوهی جمعیت، تجانس نداشتن افراد با هم، احساس غربت و تنهایی ناشی از آن، کاهش محبت خانوادگی و رهاشدن فرد به سرنوشت خود، محرومیت در عشق، فقر مادی و ده‌ها عامل دیگر آن‌چنان ناراحتی‌هایی برای افراد فراهم آورد که فرد تنها راه نجات خود را در نابودی خویش جست‌وجو می‌کند (ستوده، ۱۳۸۹: ۲۱۹). در سال‌های اخیر، در سراسر جهان، میزان خودکشی در راستای رشد مدرنیزاسیون، صنعتی شدن و شهرنشینی افزایشی چشمگیر و ۶۰ درصدی داشته است (علی‌وردی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۰). خودکشی در ایالات متحده آمریکا، در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ ساله، سومین علت شایع مرگ است و در مردان سفیدپوست این گروه سنی، دومین علت شایع مرگ محسوب می‌شود (پناغی و غلامرضایی، ۱۳۹۰). بررسی و تبیین این پدیده، از همان ابتدا و سال‌های اولیه شکل‌گیری جامعه‌شناسی به منزله یک رشته علمی، جزء مهم‌ترین موضوعات مورد علاقه اندیشمندان علوم اجتماعی، به‌ویژه دورکیم، بوده است. اهمیت کار دورکیم این بود که با پیوند دادن خودکشی و «چگونگی سازمان اجتماعی» جامعه، از سویی، آغازگر سنت دیرین بررسی جامعه‌شناختی خودکشی شد و از سوی دیگر، «افسانه»‌ای بودن تبیین‌های فردی، روان‌شناختی و مالیخولیایی این پدیده را آشکار ساخت.

امروزه، مسائل روش‌شناختی نظریه دورکیم، به‌رغم استحکام نظری و تجربی‌اش (احمدپور، ۱۳۸۸: ۱۴۹) آشکار شده است. زیرا از شاخص‌هایی مسئله‌دار برای بررسی خودکشی استفاده کرده است و ترکیبی از عوامل را مطرح می‌کند که فرضی شود، به یکسان، همه مردم ساکن در یک ناحیه یا منطقه را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در صورتی که شرایط اجتماعی‌ای که در یک ناحیه ویژه نشانه یکپارچگی است در ناحیه دیگر یا برای گروهی دیگر از افراد همان ناحیه بیانگر از هم گسیختگی است. نرخ‌های متفاوت خودکشی در درون جوامع، مناطق، بخش‌ها و گروه‌های مختلف سنی و جنسی جمعیت بیانگر موضوع بالاست. بنابراین فرض می‌شود محرک‌های اساسی تغییرات برای گروه‌های مختلف، متفاوت باشند. در بیشتر جاها سن و جنس افراد در تعیین کردن فرصت‌هایشان مهم‌تر و مؤثرتر از عضویتشان در یک گروه خاص یا

محل سکونتشان است (Dorling & Gunnell, 2003). برای مثال، به‌رغم اینکه در همه جهان، مناطق مختلف جهان (به‌استثنای چین) و ایران نرخ خودکشی مردان به‌مراتب بالاتر از زنان است؛ در استان کهگیلویه و بویراحمد نرخ خودکشی زنان تقریباً سه برابر مردان، شیوه خودکشی آنان (۹۸/۱ درصد) خشن‌تر از مردان و بیشترین آنها (۹۲/۱ درصد) مربوط به زنان متأهل بوده است (روزنامه همبستگی ۱۳۸۳/۱۰/۱ به نقل از سروستانی، ۱۳۸۹: ۱۵۸).^۱

از دیگر ایرادهای اساسی تحلیل‌های مربوط به خودکشی، اینکه اغلب پژوهشگران با تمرکز صرف بر آمارهای گزارش‌شده خودکشی توسط پزشکان قانونی و ادارات رسمی، پدیده «خودکشی نافرجام»^۲ را کمتر مورد توجه و پژوهش قرار داده‌اند و می‌دهند. تا جایی که می‌توان یکی از رایج‌ترین یافته‌های مربوط به این حوزه پژوهشی را به این خطای روش‌شناختی نسبت داد. زیرا در اکثر پژوهش‌هایی که با اتکای صرف بر خودکشی‌های کامل انجام شده است، نرخ خودکشی مردان بیشتر از زنان بوده است. اما متخصصان معتقدند برای هر خودکشی کامل ۶ تا ۸ مورد اقدام به خودکشی وجود دارد. حتی لستر نرخ اقدام به خودکشی را ۸ تا ۲۵ برابر بیشتر از خودکشی کامل می‌داند (پناغی و غلامرضایی، ۱۳۹۰). جالب‌تر اینکه زنان تقریباً ۲/۳ برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند. بنابراین می‌توان نرخ بالاتر خودکشی مردان در مقایسه با زنان را «افسانه‌ای رایج و ایدئولوژیک» و ناشی از اتکای صرف بر آمارهای رسمی خودکشی و نادیده یا کم‌اهمیت گرفتن موارد زیاد اقدام به خودکشی‌ها یا تمایل به خودکشی^۳ دانست (Kushner, 1985). همچنین، متخصصانی که بر نرخ‌های خودکشی موفق^۴ تمرکز می‌کنند تنها برآیند و نه انگیزه را مورد توجه قرار می‌دهند. به عبارتی، خود مفروضات شکل‌دهنده داورهای مربوط به خودکشی فردی، به‌منزله علل تنوعاتی مطرح می‌شوند که در بین آنان آشکار نیستند. پارادوکس این است که هرچند آمارهای رسمی منعکس‌کننده نیت افراد نیستند یا توانایی سنجش آنها را ندارند، متخصصان از آنها برای تبیین

۱. در بررسی اولیه‌ای که دانشجویان برای پژوهش پیرامون درس جامعه‌شناسی پزشکی انجام دادند، پژوهشگران پی بردند که در تمام لیست‌های بایگانی‌شده مربوط به مرگ‌ومیرهای بیماران منتهی به فوت بیمارستان‌های شهر یاسوج، در هر لیست حداقل علت مرگ ۱ تا ۳ نفر از فوت‌شدگان خودسوزی یا خودکشی بوده است.

2. Attempt to Suicide

3. Suicidality

4. Successful Suicide

انگیزه خودکشی استفاده می‌کنند. در بهترین حالت، این داده‌ها تنها بیانگر نرخ‌های خودکشی کامل بوده و درخصوص نیت افراد خودکشی‌کننده نشان‌دهنده هیچ‌چیزی نیستند. این واقعیت موجب تداوم سبب‌شناسی خودکشی در «فضایی مردانه»^۱ و تبیین آن در یک «چارچوب خاص جنسی و جامعه‌شناختی»^۲ نما شده است (Kushner, 1985).

با توجه به انتقادات بالا، هدف مقاله حاضر این است که برای رهایی از کاستی‌های نظری و تجربی پژوهش‌های پیشین، با اتکا بر چند پیش‌فرض زیر، به بررسی عوامل اجتماعی و روان‌شناختی مرتبط با گرایش به خودکشی زنان شهر یاسوج بپردازد: ۱. اگرچه ماریس^۳، از «در رختخواب گذاشتن دورکیم» سخن می‌گوید؛ ما با قبول این فرض که «تداوم می‌تواند تنها با تمرکز بر تئوری پیشروانه دورکیم حاصل شود» (Pope, 1979)، براساس تئوری دورکیم یکی از مهم‌ترین عوامل مرتبط با خودکشی یا گرایش به آن را دینداری فرض کرده‌ایم؛ ۲. در سایه چندبعدی و فرایندی دیدن پدیده خودکشی، انتقاد از تمرکز صرف بر عوامل اجتماعی (جامعه‌گرایی دورکیمی) و این واقعیت که «وجود افسردگی به‌تنهایی میزان مرگ بر اثر خودکشی را بیست برابر افزایش می‌دهد» (Kutcher, 2007)؛ افسردگی به منزله یکی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار بر خودکشی در نظر گرفته شده است؛ ۳. براساس این واقعیت که «دقیقاً نمی‌توان پیش‌بینی کرد چه کسی و در چه زمانی خودکشی می‌کند و تنها شاید بتوان با بررسی عوامل خطرزا و محافظت‌کننده احتمال خودکشی را تخمین زد» (پناغی و غلامرضایی، ۱۳۹۰: ۴۲)؛ و اینکه پدیده گرایش به خودکشی (نه خودکشی کامل) کمتر در شهر یاسوج بررسی شده است، در این مقاله میزان گرایش پاسخ‌گویان به خودکشی بررسی شده است؛ ۴. از آنجا که در استان کهگیلویه و بویراحمد بیشترین قربانیان خودکشی زنانند، جامعه آماری این مقاله زنان در نظر گرفته شده‌اند.

سؤالات اساسی ای که مقاله در پی پاسخ‌گویی به آنها تدوین شده است عبارتند از:

۱. میزان دینداری چه رابطه‌ای با گرایش زنان شهر یاسوج به خودکشی دارد؟
۲. متغیرهای سن، اشتغال، سواد و وضع تأهل چه رابطه‌ای با گرایش زنان شهر یاسوج به خودکشی دارند؟
۳. افسردگی چه رابطه‌ای با گرایش زنان شهر یاسوج به خودکشی دارد؟

-
1. Male Sphere
 2. Psedusociological
 3. Maris

ادبیات پژوهش

امیرمردادی و همکاران (۱۳۸۴) پژوهشی پیرامون «بررسی علل اقدام به خودسوزی زنان متأهل»، در بین مراجعین به مرکز سوانح سوختگی شهید مطهری تهران انجام دادند. براساس پژوهش آنها، بیشترین گروه سنی خودسوزی کنندگان ۲۱-۲۵ ساله بودند، ۸۰ درصدشان تحصیلات زیر دیپلم داشتند و ۶۸/۸ درصد آنان از خانواده‌هایی با درآمد ماهیانه کمتر از ۱۰۰ هزار تومان بودند. ۹۴ درصد از واحدها، خشونت فیزیکی و کلامی شوهر خویش را تجربه کرده بودند، ۶۰ درصد آنان از شوهر خود به عنوان مقصر اصلی یاد کرده بودند و ۹۱/۴ درصد آنان از منابع حمایتی در جامعه اطلاع نداشتند. پژوهشگران بیشترین علل اقدام به خودسوزی در زنان متأهل بررسی شده را «خشونت خانوادگی و مشکلات زناشویی» می‌دانند. شاید بتوان گفت کامل‌ترین پژوهش را تقوی (۱۳۷۶) در این خصوص انجام داده است که با روش‌های پیمایشی، آسنادی، علی مقایسه‌ای و پس‌رویدادی و در دو جامعه آماری شاهد و گواه، به بررسی «عوامل مؤثر بر خودکشی در استان آذربایجان شرقی» پرداخته است. به گفته پژوهشگر، از کل خودکشی‌ها ۵۶ درصد موفق و ۴۴ درصد ناموفق بوده‌اند. در سطح استان ۵۷/۳ درصد از خودکشی کنندگان را مردان و ۴۲/۷ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. ۶۰/۷ درصد از خودکشی کنندگان در سنین ۱۶-۳۰ سالگی و ۱۹/۶ درصد در سنین ۱۵-۱۶ سالگی هستند. اختلافات خانوادگی مهم‌ترین انگیزه خودکشی بوده‌اند. پس از آن وجود بیماری‌های روانی و جسمانی و فقر و بدهی‌های مالی قرار دارند. در گروه گواه، در بین عوامل اجتماعی فرهنگی، بیماری روانی، سطح سواد فرد، سن خودکشی کننده، اختلافات خانوادگی فرد، ارزیابی شغلی، اعتقادات دینی فرد، اعتقادات دینی والدین، اشتغال، ارزیابی درآمد و ثروت و دارایی، رابطه‌ای قوی با خودکشی داشته‌اند (تقوی، ۱۳۸۸). شاید یکی از نظام‌مندترین پژوهش‌های داخلی درباره گرایش به خودکشی را محسنی تبریزی و همکاران (۱۳۸۸) انجام داده‌اند. نتایج این پژوهش که درباره افراد مجرد ۱۵ تا ۲۴ سال در خانواده‌های تهرانی بوده است نشان می‌دهد تمایل به خودکشی در مردان بیشتر از زنان بوده است. همچنین احتمال گرایش به خودکشی در بین بچه‌هایی با والدین دارای سابقه طلاق بیشتر بوده است. با افزایش سن و تحصیلات تمایل به خودکشی کاهش می‌یابد و در طبقات بالا تمایل کمتری به خودکشی وجود داشته است. پژوهشگران ادعا می‌کنند که متغیرهای سابقه طلاق در خانواده، تحصیلات، پایگاه اقتصادی اجتماعی خانواده، انسجام خانوادگی، انتظام خانوادگی، ره‌اشدگی از خانواده و کنترل درونی (خودتنظیمی) ناشی از تعلق خانواده، پیش‌بین‌های تمایل به خودکشی بوده‌اند و با هم توانسته‌اند ۶۸ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند.

یکی از پژوهشگرانی که بیشترین مطالعات را درباره خودکشی انجام داده است، استاک^۱ (۱۹۸۹، ۱۹۸۳) بوده است. وی در سال ۱۹۸۹ به بررسی «تأثیر طلاق بر خودکشی در نروژ طی سال‌های ۱۹۵۱-۱۹۸۱» پرداخت. پژوهشگر می‌گوید برخلاف درجه شدید همگونی فرهنگی که تصور می‌شود به مثابه سپری در برابر خودکشی عمل کند، تحلیل داده‌های سری‌های زمانی بیانگر یک رابطه بین طلاق و خودکشی‌اند. به گونه‌ای که افزایش درصدی طلاق با افزایش ۴۱ درصدی خودکشی همراه بوده است. اما پیوند اغلب مشاهده شده بین بیکاری و خودکشی در نروژ پیدا نمی‌شود، واقعیتی که می‌توان آن را با سیاست‌های استخدام کامل سرمایه‌داری رفاه مرتبط دانست. همچنین عامل مذهبی رابطه‌ای با خودکشی ندارد. دانیگلس و پوپ^۲ (۱۹۷۹)، به بررسی تأثیر کاهش ارزش‌های جمع‌گرایانه در مجموعه مذهبی/ خانگی بر خودکشی در ایالات متحده پرداخت. شاخص‌های کاهش ارزش‌های جمع‌گرایانه، افزایش نرخ طلاق و مشارکت نیروی کار مادران در شبکه نهادی خانواده، کاهش قابل ملاحظه بعضی شاخص‌های کلیدی دینداری مانند حضور در کلیسا در بین جوانان بوده‌اند.

کرول و تروواتو^۳ (۱۹۹۴)، به بررسی رابطه خودکشی با تضعیف ارزش‌های جمع‌گرایانه (سنت‌گرایی و دین‌گرایی) در کبک کانادا پرداخت. وی نرخ‌های خودکشی خاص گروه‌های سنی زنانه و مردانه در کبک را برای سال‌های ۱۹۳۱ تا ۱۹۸۱ بررسی کرد. پژوهشگر این سال‌ها را به دو دوره قبل از انقلاب خاموش و بعد از انقلاب خاموش تقسیم می‌کند. زیرا دوره انقلاب خاموش^۴ دوره یکپارچگی و تنظیم شدید بود که به موجب آن هنجارها و ارزش‌ها بر اهمیت دین و زندگی خانگی تأکید داشتند. به عکس، سال‌های پس از انقلاب خاموش دوره هنجارها و ارزش‌های در حال تغییر بود، جایی که سنت و تبعیت شدید از دین جایش را به فردگرایی به عنوان ایدئولوژی مسلط داد. به نظر پژوهشگران متغیرهای طلاق، بی‌دینی، بیکاری و بی‌بجگی بیشترین تأثیر را بر مخاطره خودکشی مردان داشته‌اند. اما خودکشی زنان بیشتر متأثر از طلاق بوده است. همچنین، مشارکت بیشتر زنان در بازار کار و اقتصاد، به کاهش نرخ خودکشی آنان در دوره مذکور کمک کرده است. زیرا به منزله یک منبع مهم یکپارچگی برای

-
1. Stack
 2. Danigelis & Pope
 3. Krull & Trovato
 4. Quiet Revolution

آنها عمل کرده است. مکی^۱ (۲۰۱۰)، به بررسی مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی در بین افراد ۱۵- ۶۴ ساله فنلاند، در یک دوره ۳۰ ساله ۱۹۷۱- ۲۰۰۰ پرداخته است. به نظر وی نرخ متفاوت خودکشی در بین خرده‌گروه‌های جمعیتی، تا حدی به دو فاکتور اجتماعی جمعیت‌شناختی قابل ملاحظه مربوط می‌شود که مردم را در معرض مخاطره متفاوت خودکشی قرار می‌دهند: وضعیت اقتصادی اجتماعی و استخدام. آنهایی که سواد پایینی دارند، در مشاغل دولتی استخدام شده‌اند، درآمد پایینی دارند و کسانی که بیکارند مخاطره خودکشی بالاتری دارند. به نظر پژوهشگر، نرخ خودکشی در همه گروه‌های استخدامی از ۱۹۸۸ به‌استثنای زنانی که در طولانی‌مدت بیکار بوده‌اند کاهش یافته است. همچنین، سواد، طبقه اجتماعی مبتنی بر شغل و درآمد خانوار به معکوسی و به شدت با هر دو نوع خودکشی همراه شده با مصرف یا بدون مصرف الکل، در بین هر دوی مردان و زنان، رابطه داشته‌اند. نروگهام^۲ (۲۰۱۰)، رابطه خودکشی نافرجام و افسردگی را در بین دبیرستان‌های نروژی در سه دوره زمانی ۱۹۹۸- ۱۹۹۹، ۲۰۰۳- ۲۰۰۴ و ۲۰۰۵- ۲۰۰۵ بررسی کرده است. به نظر پژوهشگر نشانه‌های افسردگی احساس شناختی مانند غمگینی و احساس ناکامی به‌طور قوی‌تری با تمایل به خودکشی رابطه داشته‌اند تا نشانه‌های افسردگی فیزیکی مانند بی‌نظمی‌های اشتها و بی‌خوابی. به نظر وی، هرچند افسردگی یک عامل مخاطره‌ای مهم تمایل به خودکشی است، اما تنها سهم محدودی از افراد افسرده به‌طور کامل خودکشی می‌کنند. این عامل خودکشی در بین دختران شدیدتر است تا پسران.

چارچوب نظری پژوهش

مؤلفان کتاب *راهنمای بین‌المللی خودکشی و خودکشی نافرجام*، در تلاششان برای فهم رفتار خودکشی چارچوب‌های نظری را مطرح کرده‌اند که در هر یک، یکی یا چند تا از عوامل زیر برجسته تر بوده‌اند: جنبه‌های بیولوژیکی، پزشکی و روانپزشکی، روان‌شناسی، سبب‌شناسی، جامعه‌شناسی و ژنتیک. بعضی رشته‌ها بر علل نزدیک خودکشی (مانند اختلال‌های روانی یا تجاوز جسمی) تمرکز کرده‌اند، درحالی‌که دیگر حوزه‌ها علل دورتری را مورد توجه قرار داده‌اند. روان‌پزشکان و روان‌شناسان

1. Maki

2. Nrugham

تمایل داشته‌اند به مطالعه و تبیین این موضوع پردازند که چرا افراد خاصی اقدام به خودکشی می‌کنند، درحالی‌که جامعه‌شناسان در جست‌وجوی علل اجتماعی نرخ خودکشی یک جامعه یا گروه اجتماعی خاص بوده‌اند (Maki, 2010). روان‌شناسان مهم‌ترین عامل خودکشی یا گرایش به آن را افسردگی می‌دانند. براساس تحلیل محتوای یادداشت‌های باقی‌مانده از خودکشی‌کردگان و گزارش‌های کسانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، بیشتر آنها که به زندگی خود پایان داده‌اند، چنان دچار افسردگی بوده‌اند که رابطه خود را با آنچه در زندگیشان گذشته است، قطع کرده‌اند (سروستانی، ۱۳۸۹: ۱۵۷). همچنین، ۹۰ درصد بزرگسالانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، به اختلال روانی قابل تشخیصی دچار هستند که رایج‌ترین آنها افسردگی است. افسردگی مهم‌ترین اختلال همراه در خودکشی است و در بیشتر کتاب‌های آسیب‌شناسی روانی، مبحث خودکشی ذیل عنوان افسردگی قرار دارد. بسیاری گزارش‌ها نشان داده‌اند که ۵۰ درصد افرادی که بر اثر خودکشی مرده‌اند افسرده‌اند (Nrugham, 2010؛ کوچر، ۲۰۰۷؛ به نقل از پناغی و غلامرضایی، ۱۳۹۰: ۲۷-۲۸).

از طرف دیگر، پژوهش‌های جامعه‌شناختی مربوط به خودکشی، اغلب پارادایم یکپارچگی-تنظیم^۱ دورکیم را آزموده‌اند و استدلال‌های مربوط به پیوند دادن خودکشی با خودمداری و جنبه‌هایی از آنومی در این ادبیات غالب بوده‌اند. درواقع تحلیل‌های جامعه‌شناختی در حوزه خودکشی، در شکل انتقاد و توسعه بیشتر تئوری ساختاری دورکیم بوده است. در کل، در این حوزه، می‌توان دو رشته تبیین نظری را از هم متمایز کرد. تئوری‌های دورکیمی که بیشتر بر ساختار اجتماعی و ویژگی‌های آن متمرکز می‌شوند. لاکپرا^۲ (۱۹۷۲)، قضیه دورکیم درخصوص مذهب و خودکشی را «یک قانون» جامعه‌شناسی دانسته است. تئوری دورکیم درباره یکپارچگی مذهبی و خودکشی حول دو بعد دین ساخته می‌شود: باورهای مشترک و کردارهای مذهبی مشترک. هر چه تعداد این حالت‌ها، باورها و کردارهای جمعی بیشتر و قوی‌تر باشد، یکپارچگی اجتماع مذهبی قوی‌تر و ارزش محافظت‌کننده زیادتر و خودکشی و گرایش به آن کمتر است (Stack, 1983). بیشترین پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه خودکشی براساس این رهیافت صورت پذیرفته‌اند

1. Integration- Regulation

2. La Capra

(Pope, 1979; Danigelis & Pope, 1979, Stack, 1983).^۱ در طرف مقابل، رهیافت وبری قرار دارد که بر کنشگران انسانی فردی و ساخت واقعیت اجتماعی به واسطه الصاق معانی ذهنی‌ای که کنشگران به آنها نسبت می‌دهند، تمرکز می‌کند. داگلاس^۲ (۱۹۶۷) می‌گوید ما باید از بررسی سطوح تجمعی^۳ خودکشی به‌منزله یک واقعیت اجتماعی دست بکشیم و برای فهمیدن معنی رفتارهای خودکشی، با بررسی جهان درونی افراد مستعد خودکشی به مطالعه الگوهای جهان واقعی کنش‌ها و معانی، افکار، باورها، نگرش‌ها و انگیزه‌هایشان - ذهنی افراد بپردازیم. اینگلهارت (۱۹۹۷) نیز رفتارهای انسانی را بیشتر متأثر از فرهنگی می‌داند که فرد در آن جامعه‌پذیر شده است. منظور اینگلهارت از فرهنگ، جنبه‌های ذهنی نهادهای یک جامعه است که به نظامی از نگرش‌ها، ارزش‌ها، باورها، دانش و مهارت‌هایی اشاره دارد که به‌طور گسترده‌ای در درون یک جامعه مشترک است، از نسلی به نسل دیگر منتقل و از سوی مردم یک جامعه معین درونی می‌شود.

به‌رغم اهمیت رهیافت‌های روان‌شناختی (تأکید بر اختلال‌های روانی و به‌ویژه افسردگی) و جامعه‌شناختی خودکشی (دورکیمی و وبری) می‌توان گفت با توجه به ماهیت چندبعدی بودن پدیده خودکشی؛ و اینکه شامل پیوستاری است که از بیزاری از زندگی، تمایل به خودکشی، تصور خودکشی تا تلاش در جهت خودکشی و خودکشی کامل را در بر می‌گیرد، ترکیب و تلفیق چند عامل برای تبیین آن مناسب‌تر است. واسرمان و واسرمان^۴ (۲۰۰۹) در این خصوص

۱. البته هرچند نظریه‌پردازان فوق انتقاداتی را بر تئوری دورکیم در مورد مذهب و خودکشی و تأکید آن بر یکپارچگی وارد کرده‌اند. اول اینکه همگرایی بین کاتولیسیسم و پروتستانتیسم افزایش یافته است. دوم، مطالعات زیادی هیچ‌گونه رابطه یا رابطه‌ای معکوس بین یکپارچگی مذهبی و خودکشی یافته‌اند. همچنین، با کنترل متغیر مدرنیزاسیون، مقدار رابطه پیوستگی مذهبی و خودکشی به‌صورت قابل ملاحظه‌ای کاهش، و حتی در مواردی حالت معکوس یافته است (Pope, 1976: 63-72). حتی از نیاز به تئوری جدیدی درباره تأثیر دین بر خودکشی سخن می‌گویند که بر مفاهیم مذهبی جایگزین مانند تعهد مذهبی و سنجه‌های جدید دینداری مبتنی باشد (Stack, 1983). یا برخلاف دورکیم که محتوای باورها و کردارهای مذهبی را در مقایسه با کمیت آنان غیرمهم می‌دانست؛ آنها با تمرکز بر باورها، کردارها و دیگر خصوصیات خاص یک مذهب آن را با خودکشی پیوند می‌دهند (Danigelis & Pope, 1979).

2. Douglas

3. Aggregate

4. Wasserman & Wasserman

می‌گویند: «حوزه خودکشی مسائلی در ارتباط با زمینه‌های فرهنگی اجتماعی و ساختاری، همچنین، کارکردهای سیستم عصبی مرکزی در سطح زیستی مولکولی را شامل می‌شود. رفتار خودکشی یک پدیده زیستی روانی اجتماعی پیچیده است و پژوهشگران باید مطالعه جنبه‌های گوناگون این پدیده را مهم بدانند.» تازه، هرچه ما از مطالعه خودکشی کامل به سمت مطالعه خودکشیهای نافرجام و ایده‌های خودکشی (برنامه‌ها و اندیشه‌ها) حرکت می‌کنیم پیچیدگی مطالعه خودکشی دوجندان می‌شود. زیرا در این صورت مقایسه مطالعات بین و در درون گروه‌ها، کشورها و جمعیت‌های بررسی شده، به دلیل ناهماهنگی‌های روان‌شناختی و ملاحظات فرهنگی اجتماعی، سخت تر می‌شود (Sisaskl, 2010).

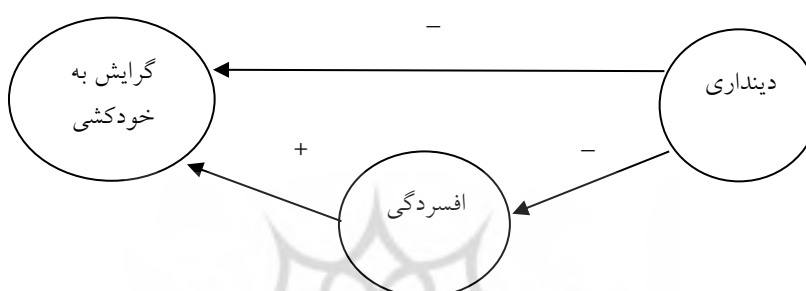
با در نظر گرفتن پیچیدگی مطالعه گرایش به خودکشی، برای تبیین پدیده خودکشی از هر دو دسته متغیرهای روان‌شناختی (افسردگی) و جامعه‌شناختی (دینداری، اشتغال و سواد) استفاده شد. البته باید توجه داشت در اینجا پژوهشگران فرض کرده‌اند که دین علاوه بر تأثیر مستقیمی که بر گرایش به خودکشی دارد (تقویت باورها و کردارهای مشترک جمعی، تعهد مذهبی، تحمل رنج‌ها و مصائب)، به صورت غیرمستقیم، و از طریق کاهش افسردگی نیز می‌تواند بر گرایش به خودکشی تأثیر اساسی داشته باشد. زیرا دین می‌تواند مصائب این دنیایی را کوتاه‌مدت، موقت، ناشی از اراده خداوندی، نشانه امتحان خداوند و ارزیابی میزان صبر و استقامت فرد جلوه دهد (Stack, 1983). استارک و بین بریج^۱ (۱۹۸۰) معتقدند دین تشفی‌بخش همه گونه‌های ناملایمات انسانی، مانند فقر، بیکاری، سلامتی ضعیف، طلاق و غیره است. در پرتوی توجه به رستگاری و جاودانی ابدی، تحمل مصائب دنیوی آسان و رنج نه به مثابه حادثه‌ای بی‌معنا و تصادفی، که به منزله اراده و حکمت خداوند دیده می‌شود. بنابراین، ایدئولوژی‌های مذهبی درخصوص رنج و مصیبت به مثابه ضربه‌گیری^۲ بین فرد و رنج و مصائب عمل می‌کنند. به معنی دقیق کلمه آنها به جلوگیری از خودکشی کمک می‌کنند. جنبه دیگر مذهب که می‌تواند موجب تعدیل خودتخریبی باشد، این است که یک نظام قشربندی جایگزین فراهم می‌کند (Gouldner, 1975). نظام قشربندی‌ای که اصولاً حول اصول اخلاقی ساخته می‌شود. به میزانی که شخص در زندگی هر روزه‌اش از این اصول پیروی کند حائز رتبه نسبتاً بالایی است. سطح چنین موفقیت معنوی می‌تواند سازنده اعتماد به نفس^۳ باشد. به عبارتی، اگر یک موقعیت نسبتاً پایین در نظام قشربندی مادی جامعه موجب تهدید اعتماد به

1. Stark & Bainbridge

2. Buffer

3. Esteem- builder

نفس شخص شود، مذهب می‌تواند یک منبع جایگزین برای ارتقای اعتماد به نفس شخص باشد. بدین ترتیب، ناکامی در جامعه ممکن است وارد قلب نشود. به عبارتی شخص به عوض اینکه در فکر خودکشی باشد به پی‌گیری دستاوردهای معنوی یا اخلاقی می‌پردازد. بنابراین، می‌توان گفت دینداری علاوه بر اینکه به صورت مستقیم موجب کاهش گرایش افراد به خودکشی می‌شود؛^۱ به صورت غیرمستقیم از طریق کاهش و یا تعدیل میزان افسردگی گرایش و تمایل افراد به خودکشی را تضعیف می‌کند.



شکل ۱. مسیر و جهت تأثیر مستقیم و غیرمستقیم دینداری بر گرایش به خودکشی

با توجه به چارچوب نظری مقاله، مهمترین فرضیات تحقیق، علاوه بر متغیرهای زمینه‌ای سن، وضعیت تأهل، سواد و شغل، موارد زیر هستند:

۱. بین میزان دینداری زنان و گرایش آنان به خودکشی رابطه وجود دارد.
۲. بین میزان افسردگی زنان و گرایش آنان به خودکشی رابطه وجود دارد.
۳. بین میزان دینداری و میزان افسردگی زنان، و در نتیجه گرایش آنان به خودکشی رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

روش انجام پژوهش، پیمایشی (از نوع مقطعی) و ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بوده است. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان ۱۶ تا ۴۰ ساله ساکن شهر یاسوج بوده

۱. که البته در خصوص اینکه چرا دین چنین کارکردی دارد اتفاق نظری بین اندیشمندان وجود ندارد. دلایل ارائه شده شامل یکپارچگی، تنظیم اخلاقی، توجیه فقر، معنادادن به زندگی و... هستند.

است^۱. براساس سرشماری سال ۱۳۹۰، تعداد زنان این شهر در این دامنه سنی، ۸۲۳۳۰ نفر بوده‌اند. از این تعداد، ۳۷۰ نفر براساس جدول تعیین حجم نمونه لین، به منزله نمونه پژوهش انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری، روش طبقه‌ای (مناطق مختلف شهر یاسوج)، سهمیه‌ای (گروه‌های سنی) و تصادفی بوده است. متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش (به‌جز متغیرهای زمینه‌ای)، به ترتیب، دینداری، افسردگی و گرایش به خودکشی بوده‌اند.

دینداری: کونینگ و همکارانش^۲ (۲۰۰۱) دین را نظام سازمان‌یافته‌ای از باورها، اعمال، مناسک و نهادها تعریف می‌کنند که برای تسهیل پیوند و نزدیکی با امر قدسی یا متعالی طراحی شده‌اند. آنها دوازده بعد مذهب را برشمرده‌اند: باور مذهبی، پیوستگی و فرقه مذهبی، دینداری سازمانی، دینداری غیرسازمانی، دینداری ذهنی، تعهد/انگیزش مذهبی، درخواست دینی، تجربه دینی، آرامش دینی، حل مسئله دینی، دانش دینی و پیامد دینی (Sisask, 2010). مطالعات متعددی نشان داده‌اند تعهد دینی اساساً و به‌طور معکوسی با رفتارهای خودکشی رابطه دارد. اما اینکه دقیقاً کدام عناصر مشارکت دینی مخاطره خودکشی را کاهش می‌دهد به‌آسانی قابل تشخیص نیست. عده‌ای جنبه‌های یکپارچگی و تنظیمی ناشی از پیوندهای مذهبی و تأمین منابع حمایتی و عاطفی دین را مهم‌ترین عامل می‌دانند (Ibid). دینداری و هویت دینی افراد یک جامعه از یک سو شامل پایبندی افراد به جوهر دینی و ارزش‌های دینی و از سوی دیگر، بیانگر دلبستگی جمعی و عمومی افراد جامعه به شعائر، مناسک و نهادهای دینی است. بعلاوه، افراد دیندار تمایل و پایبندی بیشتری به انجام اعمال دینی و شرکت در مراسم و آیین‌های مذهبی و دینی دارند که موجب پیوستگی و همبستگی بیشتر آنان با افراد دیگر جامعه می‌شود (اخترشهر، ۱۳۸۶: ۱۰۲). در این مقاله ما میزان دینداری افراد را براساس ۱۰ گویه با طیف لیکرت سنجیدیم که شامل انجام اعمالی مانند روزه‌گرفتن، نمازخواندن، تقلید از مراجع، میزان پایبندی به اعمال دینی و لزوم حفظ ایمان و اعتقادات دینی و پایبندی به حجاب بوده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ این گویه‌ها با یکدیگر ۰/۸۵ بوده است.

۱. پژوهش‌های مختلف انجام‌شده پیرامون این موضوع بالاترین نرخ خودکشی را در سال‌های متفاوتی برآورد کرده است: سنین ۲۴-۴۴ سال (ابویلی و براندل، ۱۹۹۸؛ به نقل از صدیق سروستانی، ۱۳۸۹: ۱۵۶؛ ۱۰-۲۹ سال (پیشین: ۱۶۲)؛ ۱۶-۳۰ سالگی (تقوی، ۱۳۸۸: ۱۸۲)؛ ۱۵-۲۵ سالگی (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱)؛ ۲۰-۲۴ و سپس ۲۷-۲۹ سالگی (پناغی و غلامرضایی، ۱۳۹۰). بدین ترتیب پژوهشگران با در نظر گرفتن همه فاکتورهای بالا گروه سنی ۱۵-۴۰ سال را برای بررسی انتخاب کردند.

2. Koenig et al

افسردگی: وجود اختلالات روانپزشکی یکی از خطرناک‌ترین عوامل است. تخمین زده شده است که ۹۰ درصد افرادی که با خودکشی به زندگی خود پایان داده‌اند، به‌نوعی اختلال روانی داشته‌اند. ۶۰ درصد آنان در برهه‌هایی از زمان افسرده بوده‌اند. وجود افسردگی به‌تنهایی مرگ بر اثر خودکشی را ۲۰ برابر می‌کند. افسردگی به منزله یک حالت روانی تعریف می‌شود که از طریق احساسات غمگینی، تنهایی، ناامیدی، اعتماد به نفس پایین، و سرزنش کردن خود مشخص می‌شود. افسردگی با علائمی همراه است که شامل تأخیر رشد روانی، آشفتگی، امتناع از تماس بین شخصی و نشانه‌های وضعیتی مانند بی‌خوابی و بی‌اشتهایی همراه است (Sadock and Sadock, 2004). افرادی که تنها نشانه‌های افسردگی دارند، نسبت به بیمارانی که ملاک‌های کامل افسردگی را دارند، در معرض خودکشی کمتری هستند. علائم افسردگی عبارت‌اند از: خلق افسرده، لذت‌نبردن و نبود علاقه، کاهش انرژی، مشکل در تمرکز، کاهش اشتها، احساس بی‌ارزشی و ناامیدی، احساس گناه، مشکلات خواب. علاوه بر افسردگی، برخی علائم همراه آن مانند ناامیدی، حملات هراس، اضطراب شدید، احساس بی‌لذتی و بی‌علاقگی به زندگی خطر اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد (پناغی و غلامرضایی، ۱۳۹۰: ۴۷-۴۸). در این مقاله، میزان افسردگی پاسخ‌گویان از طریق ۸ گویه با طیف لیکرت سنجیده شد که بیانگر میزان موافقت یا مخالفت پاسخ‌گویان با مواردی مانند احساس بی‌ارزش بودن خود، ناتوانی تصمیم‌گیری، نداشتن رضایت و تنفر از خود، احساس جذاب نبودن، تنهایی و بی‌علاقگی به مردم بودند. ضریب آلفای کرونباخ این گویه‌ها ۰/۸۱ بوده است.

گرایش به خودکشی: اولین گام برای تحلیل خودکشی، تمایز گذاشتن بین خودکشی کامل^۱، خودکشی نافرجام^۲ و تمایل به خودکشی^۳ است. یکی از ایرادهای اساسی روش‌شناختی اکثر مطالعات انجام‌شده در این حوزه این است که آنها سه پدیده فوق را معادل هم دانسته‌اند^۴. درحالی‌که بیشتر متخصصان موافقند که در برابر هر خودکشی کامل، ۶ تا ۸ هشت مورد اقدام به خودکشی وجود دارد. بعلاوه، زنان تقریباً ۲/۳ برابر مردان اقدام به

1. Suicide

2. Attempted Suicide

3. Suicide Tendency

۴. البته یکی از محدود پژوهش‌های داخلی که در بررسی خودکشی، به‌صورت کاملی تمایزات فوق را مدنظر قرار داده است، مقاله محسنی تبریزی و همکاران (۱۳۸۸) است.

خودکشی می‌کنند؛ درحالی‌که مردان ۲/۳ برابر بیشتر از زنان خودکشی کامل می‌کنند (Kushner, 1985). گرایش به خودکشی یک پیوستار از پایین‌ترین (بیزاری از زندگی، تصور خودکشی) تا بالاترین (تلاش خودکشانۀ جدی و خودکشی کامل) سطح تمایل به خودکشی است. بر این اساس دامنه رفتارهای خودکشی از خودکشی‌های کامل فراتر می‌رود و خودکشی‌های نافرجام و ایده‌های خودکشی را نیز در بر می‌گیرد (Sisask, 2010). ماریس^۱ (۲۰۰۲) خودکشی را پیوستاری می‌داند که ایده‌ها تا حرکات، تا سبک‌های زندگی پرخطر، طرح‌های خودکشی، تلاش‌ها برای خودکشی، و بالاخره خودکشی کامل را در بر می‌گیرد. در این مقاله، ما خودکشی را براساس نیت خودکشی، به‌منزلهٔ جدیت یا شدت آرزوی یک شخص برای پایان‌دادن به زندگی‌اش تعریف کرده‌ایم. در این تعریف، خودکشی نه به‌عنوان مرگ‌های خود تحمیلی، بلکه به‌عنوان فرایندی تعریف می‌شود که طی آن فرد به‌دلیل ناسازگاری‌اش با تقاضاهای ویژهٔ شرایط محیط زندگی‌اش، طی زمان، به درجات متفاوتی به خودکشی می‌اندیشد. اندیشه‌ای که می‌تواند به خودکشی کامل منجر شود یا خیر (Portner, 1992). در این مقاله، براساس پژوهش‌های پیشین و به‌ویژه با اتکای بر کار سیساک^۲ (۲۰۱۰)، ۱۰ گویۀ مبتنی بر طیف لیکرت برای ارزیابی میزان تمایل به خودکشی پاسخ‌گویان در نظر گرفته شد. این گویه‌ها بر روی طیفی از نگرش منفی یا مثبت نسبت به خودکشی، تا فکرکردن دربارهٔ خودکشی، صحبت دربارهٔ خودکشی، داشتن سابقهٔ آسیب به خود و اقدام به خودکشی جای می‌گرفتند. ضریب آلفای کرونباخ این گویه‌ها، ۰/۸۰ بوده است.^۳

یافته‌های پژوهش

براساس داده‌های جدول ۱، از کل پاسخ‌گویان، بیشترین درصد (۴۴/۳ درصد) در گروه سنی ۱۶-۲۱ سال قرار داشته‌اند. ۶۱ درصد افراد مطالعه مجرد و ۳۹ درصد متأهل بوده‌اند. بیشترین تعداد پاسخ‌گویان (۴۱/۱ درصد) تحصیلاتی در حد دیپلم و فوق دیپلم داشته‌اند؛ همچنین بیشترین تعداد آنها (۴۴/۹ درصد) دانشجویان بوده‌اند.

1. Maris

2. Sisak

۳. ضریب آلفای همهٔ متغیرها در جدول ۲ آمده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌گویان بر حسب سن، تأهل، تحصیلات و فعالیت آنان

سن		تأهل		تحصیلات		نوع فعالیت پیامدی	
۱۶-۲۰	۲۱-۲۵	۲۶-۳۰	۳۱-۳۵	۳۶-۴۰	۴۱-۴۵	۴۶-۵۰	۵۱-۵۵
۱۶۴	۱۰۳	۷۶	۲۷	۲۲۴	۱۴۳	۷۸	۱۵۰
۴۴/۳	۳۷/۸	۲۰/۵	۷/۳	۶۱	۳۹	۲۱/۱	۴۱/۱
۲۷	۴۱	۷۶	۱۵۰	۵۸	۱۴۰	۱۵۰	۲۷
۷/۶	۱۱/۱	۲۰/۸	۴۴/۹	۱۵/۷	۳۷/۸	۴۱/۱	۲۱/۱

داده‌های جدول ۲ بیانگر توزیع فراوانی و درصدی پاسخ‌گویان بر حسب میزان دینداری، افسردگی و گرایش آنان به خودکشی است. دسته‌بندی پاسخ‌گویان بر اساس قاعده میانگین $\pm$ انحراف معیار انجام شده است. توزیع پاسخ‌گویان نشان می‌دهد که ۴۴/۳ درصد پاسخ‌گویان به میزان متوسط، ۳۰/۵ درصد به میزان زیاد و ۲۵/۱ درصد به میزان کم دیندار بوده‌اند. بر اساس مقادیر میانگین (۳۶/۱۴)، میانه و نما می‌توان گفت میزان دینداری پاسخ‌گویان بیشتر از میانگین بوده است. بر اساس توزیع فراوانی پاسخ‌گویان، ۴۴/۶ درصد پاسخ‌گویان به میزان متوسط، ۲۹/۷ درصد به میزان کم و ۲۴/۹ درصد به میزان زیاد افسرده بوده‌اند. بر اساس مقادیر میانگین (۲۰/۰۳)، میانه و نما میزان افسردگی پاسخ‌گویان کمتر از میزان متوسط بوده است. در نهایت ۴۴/۳ درصد پاسخ‌گویان به میزان متوسط، ۲۸/۱ درصد به میزان زیاد و ۲۷/۶ درصد پاسخ‌گویان به میزان کم گرایش به خودکشی داشته‌اند. بر اساس مقادیر میانگین (۱۸/۹)، میانه و نما، گرایش به خودکشی پاسخ‌گویان کمتر از میانگین بوده است. ضرایب آلفای کرونباخ مربوط به گویه‌های هر متغیر بیانگر این هستند که آلفای هر سه متغیر بالاتر از ۸۰ درصد است.

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصدی میزان دینداری، افسردگی و گرایش به خودکشی پاسخ‌گویان و تعداد، ضرایب آلفا و میانگین متغیرها

	دینداری		افسردگی		خودکشی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کم	۹۳	۲۵/۱	۱۱۰	۲۹/۷	۱۰۲	۲۷/۶
متوسط	۱۶۴	۴۴/۳	۱۶۵	۴۴/۶	۱۶۴	۴۴/۳
زیاد	۱۱۳	۳۰/۵	۹۲	۲۴/۹	۱۰۴	۲۸/۱
تعداد گویه	۱۰		۹		۹	
ضریب آلفای کرونباخ	۰/۸۵		۰/۸۱		۰/۸۰	
میانگین	۳۶/۱۴		۲۰/۰۳		۱۸/۹	
انحراف استاندارد	۸/۷۲		۷/۱۴		۷/۰۵	
میانه	۳۸		۱۹		۱۸	
نما	۴۳		۲۰		۱۱	

داده‌های جدول ۳ بیانگر نتایج آزمون رابطه وضع تأهل (آزمون T) و سواد پاسخ‌گویان (آزمون F) با میزان گرایش آنان به خودکشی است. براساس نتایج آزمون T، زنان مجرد با میانگین ۲۰/۳۲، در مقایسه با زنان متأهل، گرایش بیشتری به خودکشی دارند. این نابرابری گرایش به خودکشی در بین زنان مجرد و متأهل، با مقدار T، ۵/۲۹ و سطح معناداری بالاتر از ۹۹ درصد اطمینان تأیید می‌شود. این یافته مؤید یافته‌های اکثر پژوهش‌های پیشین است که پی برده‌اند گرایش به خودکشی در بین افراد مجرد شدیدتر از همین گرایش بین افراد متأهل است و علت آن را یکپارچگی اجتماعی بیشتر زنان متأهل نسبت به زنان مجرد می‌دانند. اما رابطه متغیر میزان سواد پاسخ‌گویان با گرایش آنان به خودکشی از نظر آماری معنادار نبوده است.

جدول ۳. آزمون معناداری تفاوت میانگین گرایش به خودکشی بر حسب وضع تأهل پاسخ‌گویان

فاکتورهای مستقل	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	F / T	Sig	LEVENE TEST	وضع تأهل
مجرد	۲۲۶	۲۰/۳۲	۷/۴۲	۵/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۲۸	وضع تأهل
متأهل	۱۴۴	۱۶/۶۷	۵/۷۷				
زیر دیپلم	۷۸	۱۸/۴۴	۷/۴۴				
دیپلم و فوق	۱۵۲	۱۹/۱۳	۷/۱۶	۰/۲۴	۰/۷۸	۰/۴۵	سواد
لیسانس و بالاتر	۱۴۰	۱۸/۹۰	۶/۷۴				

جدول ۴ بیانگر بررسی رابطه نوع فعالیت پاسخ‌گویان با گرایش آنان به خودکشی است. از آنجایی که تعداد افراد متعلق به همه مقولات شغلی برابر یا نزدیک به هم نبود از آزمون ناپارامتریک میانگین رتبه کروسکال و والیس استفاده شد. همان‌طور که میانگین رتبه‌ها نشان می‌دهد، بیکاران، دانشجویان، دانش‌آموزان، شاغلان و خانه‌داران، به ترتیب، بیشترین گرایش را به خودکشی داشته‌اند. این یافته مؤید یافته ماتا^۱ (۲۰۱۰) است که پس از بررسی رابطه روندهای اقتصادی اجتماعی و تفاوت‌های خودکشی برحسب سن و جنس می‌گوید، طبقه اجتماعی مبتنی بر شغل، وضعیت استخدام و به‌ویژه بیکاری طولانی‌مدت در بین زنان، تأثیراتی علی بر مخاطره خودکشی دارند. مقدار کا اسکوتر برابر ۲۵/۷۲ با سطح معناداری فراتر از ۹۹ درصد است که بیانگر غیرتصادفی بودن رابطه بین نوع فعالیت پاسخ‌گویان و گرایش آنان به خودکشی است. برای پی‌بردن به تفاوت‌های بین گروه‌ها و مقایسه دوبه‌دوی آنها از آزمون شفه استفاده شد. همان‌طور که مقدار تفاوت میانگین گروه‌ها نشان می‌دهد بیشترین تفاوت به تفاوت گروه خانه‌داران- بیکاران مربوط است. بعد از آن تفاوت گرایش دو گروه شاغلان و بیکاران قرار دارد. به نظر می‌رسد کسانی که از منابع مدرن دستیابی به شغل (سواد و تحصیلات) برخوردارند اما با واقعیت سخت و شدید دسترسی‌نداشتن به فرصت‌های شغلی برابر (صادقی فسایی، کلهر، ۱۳۸۶: ۷) یا جداسازی در بازار کار و نابرابری‌های جنسی افقی و عمودی در زمینه اشتغال (افشاری و شیبانی، ۲۰۰۶: ۳۲)^۲ مواجهند، بیشترین گرایش به خودکشی را دارند. پدیده‌ای که مصداق «ناهمخوانی و ناسازگاری انتظارات با واقعیت» است (Beck, 2007).

جدول ۴. آزمون معناداری تفاوت میانگین گرایش به خودکشی برحسب نوع فعالیت پاسخ‌گویان و

نتایج آزمون شفه

نوع فعالیت	بیکار	دانشجو	دانش آموز	شاغل	خانه دار	کا اسکوتر	Sig
تعداد	۲۸	۱۶۶	۵۸	۴۱	۷۷	۲۵/۷۲	/۰۰۰
میانگین رتبه	۲۳۱/۷۱	۲۰۴/۶۲	۱۸۰/۳۰	۱۶۹/۷۹	۱۳۹/۷۶		
نتایج آزمون شفه	گروه‌های مورد	تفاوت میانگین گروه‌ها					Sig
	دانش آموز- بیکار	- ۵/۰۵					/۰۳
	دانشجو- خانه دار	۴/۱۴					/۰۰۱
	خانه دار- بیکار	-۷/۱۵					/۰۰۰
	شاغل- بیکار	-۵/۴۸					/۰۳

1. Mata

2. Afshari& Sheibani

داده‌های جدول ۵ نتایج آزمون همبستگی دوسویه و جزئی متغیرهای مستقل با سطح سنجش فاصله‌ای و گرایش به خودکشی هستند. براساس نتایج آزمون، افسردگی بالاترین همبستگی مثبت و مستقیم (۰/۶۹) را با خودکشی داشته؛ و در مرتبه بعد، دینداری بالاترین همبستگی منفی و معکوس را با افسردگی (۰/۲۹-) و گرایش به خودکشی (۰/۲۴-) داشته است. بعلاوه، همبستگی منفی سن با افسردگی و گرایش به خودکشی جالب توجه است؛ زیرا با بالا رفتن سن افراد میزان افسردگی و گرایش به خودکشی آنان کاهش می‌یابد. برای بررسی همبستگی خالص دو متغیر دینداری و گرایش به خودکشی، از آزمون همبستگی جزئی استفاده شد. نتایج آزمون بیانگر آن هستند که بعد از کنترل متغیر افسردگی، معناداری همبستگی متغیر دینداری با گرایش به خودکشی از بین رفت و مقدار همبستگی دو متغیر سن و گرایش به خودکشی نیز به مقدار قابل ملاحظه‌ای (۰/۰۹) کاهش یافت. بنابراین، می‌توان گفت افسردگی مهم‌ترین متغیری است که گرایش زنان به خودکشی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تأثیر دینداری بر خودکشی بیشتر از آنچه که به صورت مستقیم باشد، به صورت غیرمستقیم و به واسطه تأثیری است که بر کاستن میزان افسردگی پاسخ‌گویان دارد.

جدول ۵. همبستگی دو متغیره متغیرهای مستقل پژوهش با یکدیگر و با متغیر وابسته

سن	دینداری	افسردگی	خودکشی
سن	۱	۰/۰۳	۰/۲۰**
دینداری	۱	۰/۲۹**	۰/۲۴**
افسردگی		۱	۰/۶۹**
خودکشی			۱
همبستگی جزئی	سن	۱	۰/۱۱-
(کنترل افسردگی)	دینداری	۱	۰/۰۵-

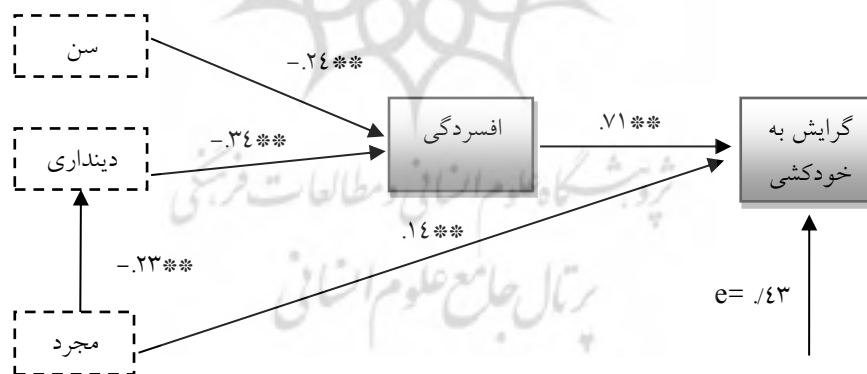
* در سطح ۹۵ درصد معنادار است. ** در سطح ۹۹ درصد معنادار است.

برای پیش‌بینی گرایش به خودکشی پاسخ‌گویان از آزمون رگرسیون چندمتغیره به شیوه گام‌به‌گام استفاده شد. بدین منظور قبل از انجام آزمون، متغیرهای اسمی وضع تأهل و اشتغال، به متغیرهای دامی فاصله‌ای تبدیل شدند. براساس نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیره (جدول ۶)، از متغیرهای وارد شده به معادله (سن، دینداری، مشاغل مختلف)، دو متغیر افسردگی و مجردها در معادله رگرسیون باقی ماندند که با هم توانستند بیش از نیمی از (۵۳ درصد) واریانس گرایش به خودکشی پاسخ‌گویان را تبیین کنند که مقدار قابل توجهی است.

جدول ۶. آزمون رگرسیون چندمتغیره متغیرهای مستقل با شیوه گام به گام

نام	R	Adj.R ²	B	Beta	t	Sig
متغیرهای افسردگی	.۷۱	.۵۱	.۷۰	.۷۱	۱۷/۸۹	.۰۰۰
مستقل مجرد	.۷۳	.۵۳	۲/۰۸	.۱۴	۳/۵۳	.۰۰۰

براساس مدل تجربی و فرض اساسی پژوهش، گفته شد دینداری می‌تواند به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم بر گرایش به خودکشی تأثیر بگذارد. به منظور بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل مسیر استفاده شد. اما همان‌طور که نتایج آزمون تحلیل مسیر نشان می‌دهد (همانند همبستگی جزئی)، دینداری تنها به صورت غیرمستقیم و از طریق کاهش دادن افسردگی پاسخ‌گویان بر میزان گرایش آنان به خودکشی تأثیرگذار است. همچنین می‌توان گفت دین خودش می‌تواند در سلسله‌مراتب علی به منزله سپری در برابر گرایش به خودکشی عمل کند. زیرا براساس نمودار تحلیل مسیر، مجرد بودن تأثیری منفی بر میزان دینداری دارد، دینداری که خود به صورت غیرمستقیم و از طریق کاهش دادن افسردگی موجب تضعیف گرایش به خودکشی می‌شود. بنابراین همان‌طور که در بخش نظری پژوهش گفته شد پدیده خودکشی و مخصوصاً گرایش به خودکشی، پدیده‌ای چندوجهی و چندبعدی بوده و تحت تأثیر عوامل جامعه‌شناختی (دینداری، اشتغال و وضع تأهل) و روان‌شناختی (افسردگی) چندگانه‌ای قرار دارد.



شکل ۲. تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها بر گرایش به خودکشی

نتیجه‌گیری

خودکشی یکی از بادوام‌ترین مسائلی است که از دیرباز مورد توجه اندیشمندان رشته‌های

مختلف و علوم اجتماعی بوده است. زیرا خودکشی حادثه‌ای غم‌انگیز و آشفتنه‌کننده است، به مرگ پیش از موعد اقدام‌کننده می‌انجامد، در ادیان الهی نکوهش شده است و یکی از شاخص‌های رنج و عذاب عمومی یا گروه‌های خاص اقدام‌کننده به خودکشی است. خودکشی به‌رغم اینکه پدیده‌ای ظاهراً فردی محسوب می‌شود، تنوع قابل ملاحظه‌ی نرخ‌های آن در بین و در درون کشورها، در دوره‌های زمانی متفاوت و در بین گروه‌های سنی و جنسی مختلف بیانگر تأثیرپذیری آن از شرایط و عوامل اجتماعی فرهنگی حاکم بر جامعه است. به گفته دورکیم، بنیانگذار مطالعه علمی خودکشی، نرخ‌های متفاوت خودکشی در نواحی مختلف، بیانگر تفاوت‌های کمی و کیفی ناشی از فشارهای حاکم بر زندگی جمعی انسان‌هاست. به‌رغم قدمت تاریخی این پدیده و افزایش رو به رشد آن در سال‌های اخیر، بررسی علمی آن با مسائل مفهوم‌شناختی و روش‌شناختی چندگانه‌ای همراه است. زیرا خودکشی و گرایش به آن پدیده‌ای چندوجهی است و از تصور خودکشی تا خودکشی کامل را شامل می‌شود؛ تحت‌تأثیر درونی و ناخودآگاه‌ترین متغیرهای روان‌شناختی تا بیرونی و آگاهانه‌ترین متغیرهای جامعه‌شناختی و بوم‌شناختی قرار دارد. بدلائل ذکرشده، اکثر پژوهشگران با اتکای صرف بر گزارش‌ها و آمارهای رسمی خودکشی، تمایلات به خودکشی یا خودکشی‌های نافرجام را نادیده می‌گیرند. درحالی‌که اقدام به خودکشی در حدود ۲ تا ۶ برابر خودکشی کامل است.

همچنین اکثر پژوهش‌هایی که تا کنون پیرامون این موضوع انجام شده است، با اتکای صرف بر یکی از دیدگاه‌های روان‌شناختی، پزشکی یا جامعه‌شناختی به این مسئله پرداخته‌اند و غلبه این نوع نگرش بر رهیافت‌های پژوهشی مانع تحقق یک رهیافت ترکیبی برای بررسی خودکشی شده است. روان‌شناسان، اختلالات روانی، به‌ویژه، افسردگی را مهم‌ترین عامل گرایش به خودکشی می‌دانند. جامعه‌شناسان نیز با پیروی از دورکیم، عوامل ایجادکننده یکپارچگی / تنظیم اجتماعی را مؤثرترین عوامل مرتبط با خودکشی می‌دانند. این عوامل شامل دینداری، وضع تأهل، اشتغال و حمایت اجتماعی هستند. اما شناخت پدیده پیچیده، چندبعدی و فرایندی‌ای مانند خودکشی، حداقل، مستلزم در نظر گرفتن هر دو دسته عوامل روان‌شناختی و جامعه‌شناختی است. بنابراین، مقاله حاضر با مهم دانستن هر دو دسته فاکتورهای روان‌شناختی (افسردگی به‌منزله عامل خطرزای خودکشی) و جامعه‌شناختی (دینداری، اشتغال و وضع تأهل به‌منزله عوامل محافظت‌کننده خودکشی) مرتبط با گرایش به خودکشی، به بررسی این پدیده در بین زنان شهر یاسوج پرداخت. گرایش به خودکشی به این دلیل در مقابل خودکشی انتخاب شد که دستیابی به خودکشی کنندگان کامل غیرممکن بود. بعلاوه، به‌دلیل

ناپسند بودن خودکشی در فرهنگ ایرانی اسلامی، به‌ویژه در شهری مانند یاسوج، با پشتوانه ایلی طایفه‌ای، که اکثر افراد یکدیگر را می‌شناسند، بازماندگان به دلیل فرار از انگ و سرزنش دیگران کمتر حاضر به اعتراف به خودکشی اقوامشان یا پاسخ‌گویی هستند. مهم‌تر اینکه نرخ گرایش به خودکشی چندین برابر خودکشی کامل است. زنان بدین دلیل انتخاب شدند که برخلاف همه جهان و مناطق ایران، که نرخ خودکشی مردان به میزان زیادی بالاتر از مردان است، در یاسوج نرخ خودکشی زنان خیلی بیشتر از مردان بوده است. سؤال اساسی مقاله این بود که: عوامل اجتماعی و روان‌شناختی چه رابطه‌ای با گرایش زنان ساکن شهر یاسوج به خودکشی دارند؟

برای پاسخ‌گویی به سؤال فوق در بین متغیرهای اجتماعی، متغیرهای دینداری، اشتغال، وضع تأهل و سن، براساس تئوری دورکیم، به‌منزله متغیرهای مهم انتخاب شدند. در بین متغیرهای روان‌شناختی نیز متغیر افسردگی براساس پیشینه‌های پژوهش انتخاب شد. انتخاب پاسخ‌گویان برای پاسخ‌گویی به سؤالات پژوهش براساس روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، سهمیه‌ای و تصادفی صورت گرفته است. مهم‌ترین نتایج پژوهش موارد زیر بوده است: زنان مجرد در مقایسه با زنان متأهل گرایش بیشتری به خودکشی داشته‌اند؛ اما سواد پاسخ‌گویان تأثیر معناداری بر گرایش آنان به خودکشی نداشته است. براساس وضعیت شغلی، نتایج آزمون کروسکال و والیس نشان داد که بیکاران و دانشجویان، به‌ویژه در مقایسه با خانه‌داران و شاغلان، بیشترین گرایش به خودکشی را دارند. براساس نتایج آزمون همبستگی، افسردگی بالاترین همبستگی مثبت و مستقیم را با گرایش به خودکشی داشته است و رابطه دینداری با هر دو متغیر افسردگی و گرایش به خودکشی منفی بوده است. همچنین همبستگی سن با گرایش به خودکشی منفی بوده است. نتایج آزمون همبستگی جزئی بیانگر این بود که افسردگی تأثیر بیشتری بر گرایش پاسخ‌گویان به خودکشی داشته است تا میزان دینداری آنان. براساس نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیره، دو متغیر افسردگی و مجرد بودن، به‌منزله تنها متغیرهای باقی‌مانده در مدل، توانستند بیش از نیمی از (۵۳ درصد) واریانس گرایش به خودکشی پاسخ‌گویان را تبیین کنند که میزان قابل توجهی است. نتایج آزمون تحلیل مسیر، نشان داد که از کل متغیرهای پژوهش، تنها دو متغیر افسردگی و تجربه صورت مستقیم گرایش به خودکشی پاسخ‌گویان را تحت تأثیر قرار داده‌اند. تأثیر متغیرهای دینداری و سن بر گرایش به خودکشی غیرمستقیم و از طریق تأثیر منفی‌ای است که بر افسردگی پاسخ‌گویان داشته‌اند. بنابراین، می‌توان گفت دینداری، تنها به‌صورت غیرمستقیم و از طریق کاهش دادن افسردگی توانسته است بر گرایش پاسخ‌گویان به خودکشی تأثیرگذار باشد.

یافته‌های پژوهش مؤید فرضیه‌های پژوهش است که دینداری و افسردگی بیشترین تأثیر را بر گرایش پاسخ‌گویان به خودکشی دارند. اما تأثیر دینداری، هنگامی که براساس میزان تأثیر متغیر افسردگی کنترل شد از میان رفت. بنابراین، می‌توان گفت دینداری تنها به‌صورت غیرمستقیم و از طریق آرامش روانی‌ای که به بار می‌آورد می‌تواند گرایش به خودکشی را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین هر دو متغیر وضع تأهل و اشتغال که در اکثر مطالعات مربوط به خودکشی به‌منزله شاخص‌های یکپارچگی در نظر گرفته می‌شوند، رابطه معناداری با گرایش به خودکشی داشته‌اند. بدین ترتیب که متأهلان و شاغلان و خانه‌داران که بیشتر درگیر روابط اجتماعی و فرایند یکپارچگی اجتماعی‌اند کمترین گرایش را به خودکشی داشته‌اند. یافته‌های پژوهش مؤید نتایج پژوهش‌های پیشین است مبنی بر اینکه متغیرهای دینداری، اشتغال، وضع تأهل رابطه‌ای منفی با گرایش به خودکشی دارند؛ و اینکه متغیر افسردگی مهم‌ترین متغیری است که موجب تشدید و تقویت گرایش به خودکشی می‌شود. می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین یافته‌های مقاله این است که در بررسی پدیده پیچیده و چندبعدی‌ای مانند خودکشی و گرایش به آن، پژوهشگران علاوه بر توجه به تأثیر مستقیم دینداری بر خودکشی، به نقش غیرمستقیم آن که بیشتر از طریق سازوکارهای روان‌شناختی صورت می‌گیرد توجه بیشتری بکنند. به‌علاوه، تبیین علمی گرایش به خودکشی در پرتوی مدل‌های تبیینی ترکیبی که هر دو دسته فاکتورهای اجتماعی و روان‌شناختی را مد نظر قرار می‌دهند منطقی و واقع‌بینانه‌تر خواهد بود. درنهایت اینکه به‌رغم اهمیت توجه به آمارهای منتشرشده و رسمی خودکشی، پژوهشگران این حوزه بیشتر به تمایلات به خودکشی و خودکشی‌های نافرجام و عوامل مرتبط با آنها توجه کنند. پدیده‌ای که تا کنون کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است.

منابع

۱. احمدپور، محمد (۱۳۸۸) «خودکشی پدیده‌ای اجتماعی و چندبعدی»، مجموعه مقالات آسیب‌های اجتماعی ایران، انجمن جامعه‌شناسی ایران، تهران: آگه، صص: ۱۴۰ - ۱۶۵.
۲. اختر شهر، علی (۱۳۸۶) «رسانه‌های ارتباط جمعی و نقش آنها در جامعه‌پذیری دینی»، مجله معرفت، شماره ۱۲۳، صص ۱۰۱-۱۱۷.
۳. امیر مرادی، فرشته، معماری، اشرف‌الملوک، رمیم، طیب؛ مهران، عباس و خسروی، خدیجه (۱۳۸۴) «بررسی علل اقدام به خودسوزی زنان متأهل»، فصلنامه حیات، سال یازدهم، شماره ۲۴ و ۲۵، بهار و تابستان، صص: ۴۱-۵۰/ مقاله در مجله.
۴. پناغی، لیلی و غلامرضایی، مریم (۱۳۹۰) / رزیابی و مدیریت خودکشی، تهران: ناردیس/ کتاب با دو مؤلف.

۵. تقوی، نعمت‌اله (۱۳۸۸) «بررسی عوامل مؤثر در خودکشی، در استان آذربایجان شرقی»، مجموعه مقالات آسیب‌های اجتماعی ایران، انجمن جامعه‌شناسی ایران، تهران: آگه، صص: ۱۶۶-۱۹۲/ مقاله در کتاب ویراستاری شده.
۶. ستوده، هدایت‌الله (۱۳۸۹) *آسیب‌شناسی اجتماعی، جامعه‌شناسی انحرافات*، چاپ بیست و یکم، تهران: آوای نور/ کتاب.
۷. صادقی فسایی، سهیلا و کلهر، سمیرا، (۱۳۸۶). ابعاد شکاف جنسیتی و میزان تحقق کاهش آن در برنامه ی سوم توسعه، پژوهش زنان، دوره ی ۵، شماره ی ۲، پاییز، ۵-۲۸.
۸. صدیق سروستانی، رحمت‌الله (۱۳۸۹) *آسیب‌شناسی اجتماعی، جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی*، چاپ ششم، تهران: سمت/ کتاب.
۹. علیوردی‌نیا، اکبر؛ رضایی، احمد و پیروز، فریبرز (۱۳۹۰) «تحلیل جامعه‌شناختی گرایش دانشجویان به خودکشی»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و دوم، شماره پیاپی ۴۴، شماره چهارم، زمستان، صص: ۱-۱۸/ مقاله در مجله.
۱۰. محسنی تبریزی، علی‌رضا؛ مجدالدین، اکبر و دادگر، علی (۱۳۸۸). «خودکشی‌گرایی جوانان و تعیین متغیرهای ساختاری آن در خانواده» *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، زمستان*، ۴(۸)، صص ۱۷۳-۲۰۰.
11. Afshari, Zahra & sheibani, Iman, (2006). Women's participation in the Industrial sector of Iran: Evaluating the Scopes for Creating Jobs for Women, *Women's Studies*, Vol.3, No.3, winter, 71-96.
12. Beck, Ulrich, (2007). *Risk society: Towards a New Modernity*, seventh print, London: Sage.
13. Danigelis, Pope (1979) "Durkheim's Theory of Suicide as Applied to the Family: A Empirical Test", *Social Forces*, Vol.57, No.4, Jun, Pp.1081- 1106/ Essay in Journal.
14. Dorling, Danny & David, Gunnell (2003) " The Spatial and Social Components of Despair in Britain 1980- 2000", *Transactions of the Institute of British Geographer*, New Series, Vol. 28, No. 4, Dec, Pp.442- 460/ Essay in Journal.
15. Douglas, Jack D. (1967) "The Social Meaning of Suicide", USA: Princeton University Press.
16. Gouldner, A. (1975) *the Coming Crisis of Western Sociology*, New York: Avon/ Book.
17. Ingelhart, R. (1997). *Modernization and Postmodernization: Cultural, Economic and Political Change in 43 Societies*. USA: Princeton University.
18. Koenig, H.G.; Mc Cullough, M.E. & Larson, D.B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University press.
19. Krull, C. And Trovato, F. (1994). " The Quiet Revolution and the Sex Differetial in Quebec,s Suicide Rates: 1931- 1986", *Social Forces*, Vol. 72, No. 4 (Jun), 1121- 1147.
20. Krull, Catherine and Trovato, Frank (1994) "The Quiet Revolution and the Sex Differential in Quebec's Suicide Rates: 1931- 1986", *Social Forces*, Vol. 72, No. 4 (Jun), Pp. 1121- 1147/ Essay in Journal.
21. Kushner, Howard J. (1985) "Women and Suicide in Historical Perspective", *Signs*, Vol. 10, No. 3, Spring, Pp. 537- 552/ Essay in Journal.
22. Kutcher, S. (2007). *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. Malden, M A: Blackwell.

23. La Capra, D. O.(1972). Emile Durkheim. NY, Ithaca: Cornell University Press.
24. Maki, Netta(2010) " Not in all Walks of Life? Social Differences in Suicide Mortality" , Helsinki: University of Helsinki/ PhD Dissertation.
25. Maric, Rw(2010) "Suicide", Lancet 360, Pp. 319- 326/Essay in Journal.
26. Nrugham, Latha(2010) Associates and Predictors of Attempted Suicide among Depressed Adolescents , PhD Thesis, Norwegian: Trondheim University/ PhD Dissertation.
27. Pope,W.(1976). "Durkheim, s Suicide: A Classic Reanalyzed", Chicago: University of Chicago Press.
28. Portner, P. (1992). Situation Theory and the Semantics of Propositional Expressions. USA: UMass University.
29. Sadock, B.J. & Sadock, V.A.(2004). Comprehensive Textbook of Synopsis of Psychiatry(ed). U S A: LippincottWilliams& Wilkinson.
30. Sisak, Merike (2010). "The Social Construction and Subjective Meaning of Attempted Suicide", PhD Dissertation of Sociology at Tallinn University, Estoney: Tallinn University. www.tlu.ee.
31. Stack, Steven (1983) "The Effect of Religious Commitment on Suicide: A Cross-National Analysis", Journal of Health and Social Behavior, Vol. 24, No. 4, Dec, Pp. 362- 384/ Essay in Journal.
32. Stack, Steven (1987) "The Effect of Female Participation in the Labor Force on Suicide: A Time Series Analysis, 1948 – 1980", Sociological Forum, Vol. 2, spring, Pp. 257- 277/ Essay in Journal.
33. Stack, Steven (1992) " The Effect of Divorce on Suicide in Finland: A Time Series Analysis", Journal of Marriage and Family, Vol. 54, No. 3, Aug Pp. 636- 642/ Essay in Journal.
34. Stark,R.& Bainbridge, W.S.(1980). "Towards a Theory of Religions Commitment", Journal of the Scientific Study of Religion, 19: 114- 28.
35. Wasserman, W. ; Wasserman, D.(2009). " Gender and Suicide Risk: The Role of Wound Side " , Suicide and Life Threatening Behaviour, Issue1, February, 13-20
36. Suicide: A Classic Reanalyzed", Chicago: University of Chicago Press.
37. Portner, P. (1992). Situation Theory and the Semantics of Propositional Expressions. USA: UMass University.
38. Sadock, B.J. & Sadock, V.A.(2004). Comprehensive Textbook of Synopsis of Psychiatry(ed). U S A: LippincottWilliams& Wilkinson.
39. Sisak, Merikt (2010). "The Social Construction and Subjective Meaning of Attempted Suicide", PhD Dissertation of Sociology at Tallinn University, Estoney: Tallinn University. www.tlu.ee .
40. Stack, Steven (1983) "The Effect of Religious Commitment on Suicide: A Cross-National Analysis", Journal of Health and Social Behavior, Vol. 24, No. 4, Dec, Pp. 362- 384/ Essay in Journal.
41. Stack, Steven (1987) "The Effect of Female Participation in the Labor Force on Suicide: A Time Series Analysis, 1948 – 1980", Sociological Forum, Vol. 2, spring, Pp. 257- 277/ Essay in Journal.

42. Stack, Steven (1992) " The Effect of Divorce on Suicide in Finland: A Time Series Analysis", Journal of Marriage and Family, Vol. 54, No. 3, Aug Pp. 636-642/ Essay in Journal.
43. Stark,R.& Bainbridge, W.S.(1980). "Towards a Theory of Religions Commitment", Journal of the Scientific Study of Religion, 19: 114- 28.
44. Wasserman, W. ; Wasserman, D.(2009). " Gender and Suicide Risk: The Role of Wound Side " , Suicide and Life Threatening Behaviour, Issue1, February, 13-20

