

تأملی بر پدیده خودکشی؛ تحلیل‌ها، سیاست‌ها و راهبردها

مورد مطالعه: استان سمنان

معصوم آقازاده

معصوم آقازاده دارای مدرک کارشناسی ارشد رشته پژوهش علوم اجتماعی از دانشگاه خوارزمی، عضو هیئت علمی جهاددانشگاهی است. موضوع پایان‌نامه ایشان، بررسی عوامل اجتماعی و محیطی موثر بر وندالیسم در بین نوجوان شهر تهران بوده است. علائق پژوهشی ایشان پیرامون مسائل اجتماعی ایران، رفتارهای فرهنگی و سیاسی ایرانیان است. او علاوه بر نگارش مقالات علمی و ترویجی، پژوهشگر و ناظر چندین طرح پژوهشی و نظرسنجی در سطوح مختلف ملی، استانی و شهری بوده است. ایشان علاوه بر فعالیت در مرکز افکارسنجی جهاددانشگاهی (ایسپا)، با سازمان‌های مختلف نیز همکاری پژوهشی دارد. علاوه بر فعالیت‌های پژوهشی، ایشان به عنوان استاد مدعو با دانشگاه‌های آیت‌الله بروجردی، علوم انتظامی و علمی - کاربردی همکاری آموزشی داشته است.

چکیده:

جامعه ایران از جمله جوامع در حال توسعه است که در فرایند مدرنیزاسیون، در کنار رشد جمعیت شهرها، با مسائل و مشکلات اجتماعی زیادی مواجه است. وقوع و شیوع مسائلی از قبیل اعتیاد به مواد مخدر، مصرف مشروبات الکلی، خودکشی، حاشیه‌نشینی، سرقت و ... مدیریت و برنامه‌ریزی را برای سیاست‌گذاران بیش از پیش دشوار کرده است. با توجه به رهیافت سیاستی مقاله حاضر، سعی شد وضعیت خودکشی در ایران و استان سمنان بر اساس داده‌های ثبتی توصیف شود. در کنار توصیف وضعیت این پدیده، وضعیت استان در برخی آسیب‌های اجتماعی نیز مورد بررسی قرار گرفت. در کنار این توصیف، مروری بر تحقیقات قبلی و مباحث تئوریک مرتبط با خودکشی انجام شد که در تحلیل نهایی نیز از تئوری‌های دورکیم، فشار عمومی اگنیو و یکپارچگی پایگاهی گیبز و مارتین استفاده شده است. نتایج اطلاعات موجود از وضعیت خودکشی در استان سمنان، نشان می‌دهد که این پدیده در سال‌های اخیر روند صعودی داشته و استان سمنان جزو استان‌های کشور است که پدیده خودکشی در آن، در مقایسه با اکثر استان‌ها، چشمگیر است. با توجه به عدم طرح سیاستی مشخص در مقابله با پدیده خودکشی، این موضوع نیز در مطالعه حاضر، مورد نقد و بررسی قرار گرفته است و ملزومات سیاست اجتماعی مورد نیاز ارائه شده است.

واژگان کلیدی: خودکشی، خودکشی خودخواهانه، یکپارچگی پایگاهی، فشار عمومی، سیاست اجتماعی.

مقدمه و بیان مسئله:

در فرایند تحولات زندگی بشری و دگردیسی‌های متوالی جهان اجتماعی کنشگران، همواره شاهد زندگی پر پیچ و خم انسان‌ها در ابعاد مختلف هستیم. پیچیدگی روزافزون جامعه و جهان امروزی در کنار ملزومات سعادت و آسایش قسمی از افراد و گروه‌ها، مسائل و معضلاتی را برای محیط اجتماعی انسان‌ها با خود به همراه آورده است که وجود این مسائل و معضلات، برخی افراد را در شرایطی قرار می‌دهد که خود را در ادامه حیات ناتوان دیده و تصمیم می‌گیرند به حیات خود پایان دهند. در تبیین کلی پدیده‌های اجتماعی، چندی از محققان در فرایند توسعه و مدرنیزاسیون، وقوع برخی مسائل و آسیب‌ها را به عنوان پیامد شکل جدید زندگی و حیات امروزی تلقی می‌کنند. عده‌ای دیگر نیز بر تقلیل این مسائل و پیشگیری از وقوع آنها از طریق برنامه‌ریزی و توسعه موزون تأکید دارند. اما مسائل اجتماعی آنقدر پیچیده هستند که غالب محققان به چند علتی بودن وقوع آسیب‌ها و مسائل اجتماعی اذعان دارند و نه تنها نمی‌توان به علت‌های منفرد اتکال کرد بلکه تبیین و تفسیر انواع رفتارهای اجتماعی مستلزم بررسی دقیق، فرایندوار، مکانیسم‌محور و چندبعدی است.

جوامع کنونی با پیدایش مسئله یا مسائل اجتماعی برخاسته از تحولات جمعیتی، پارادایم‌های جدید معرفتی و تغییر در بنیادهای فکری مواجه‌اند (معدفر، ۱۳۸۷). ایران از جمله کشورهای در حال توسعه است که در فرایند توسعه، در کنار رشد جمعیت شهرها، با مسائل و مشکلات اجتماعی زیادی مواجه است. وقوع مسائلی از قبیل اعتیاد به مواد مخدر، مصرف مشروبات الکلی، خودکشی، حاشیه‌نشینی، سرقت و ... مدیریت و برنامه‌ریزی را برای سیاستگذاران بیش از پیش دشوار کرده است.

در مطالعه حاضر، به تحلیل شیوع پدیده «خودکشی» در استان سمنان پرداخته شده است. خودکشی یکی از رفتارهای پر خطر در جوامع کنونی است که در زمره مسائل و آسیب‌های رایج قرار می‌گیرد. خودکشی اقدامی آگاهانه و مرگبار می‌باشد که توسط فرد و با آگاهی او از سرانجام آن صورت می‌پذیرد (WHO, 1993). خودکشی به معنای نابودکردن و از بین بردن خود، پدیده‌ای است که سالیان دراز از روابط عشیرهای و سنتی تا روابط پیچیده شهرهای امروزی، گریبان بشر را گرفته است و در فراز و نشیب تحولات اجتماعی قلب و روح خانواده‌ها و اجتماع را آزرده است. اما در دنیای جدید خودکشی جاذبه‌ای استثنایی دارد زیرا هیچ چیز برای فرد از این فردی‌تر نیست که وی با دست خود به حیات خویش پایان دهد (معدفر و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۲۴). در جهان سالانه بیش از یک میلیون نفر خودکشی می‌کنند. میزان بروز خودکشی طی نیم قرن اخیر سیر صعودی داشته است بطوری که پیش‌بینی می‌گردد در سال ۲۰۲۰ میلادی تقریباً یک میلیون و پانصد و سی هزار خودکشی در جهان رخ دهد. طبق گزارش WHO میزان اقدام به خودکشی بین ۴۰-۱۰ بار بیشتر از خودکشی موفق بوده است و طی نیم قرن اخیر میزان اقدام به خودکشی به جای افراد مسن، در جوانان رو به افزایش است. (WHO, 2003). در ایران نیز تا سال ۱۳۹۱ نرخ خودکشی کمتر از ۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده است. از بین اقدام کنندگان به خودکشی در سال ۱۳۹۱، بیشترین میزان اقدام به خودکشی متعلق به جوانان گروه سنی (۱۵-۲۴) سال می‌باشند. این نرخ در بین زنان برابر با ۱۵ و در بین مردان برابر با ۱۱.۷ است. استان سمنان بعد از

استان‌های ایلام، لرستان، و کرمانشاه بیشترین آمار خودکشی را دارد. این مقاله سعی دارد بر اساس داده‌های ثبتی، وضعیت خودکشی در ایران و استان سمنان را توصیف و سپس بر اساس چارچوب تئوریک، به تحلیل این پدیده و نقد و بررسی سیاست‌های پیشگیری بپردازد. بنابراین آزمون مدل خاصی مد نظر نوشتار حاضر نیست گرچه نگاه تئوریک در تحلیل پدیده خودکشی پررنگ خواهد شد و پارادایم‌های نظری به بحث گذاشته می‌شود. چه امروزه برخی تحقیقات رویکردی تقلیل‌گرایانه به پدیده خودکشی دارند و برای آن نه تنها علت واحدی قائل هستند بلکه در بیشتر موارد اقدام به خودکشی را مسئله‌ای فردی و روانی (افسردگی و اختلالات روحی) تلقی می‌کنند. تبیین‌های جامع‌نگر، نشان می‌دهند پدیده خودکشی در بسیاری از موارد با وجود برخی از پدیده‌های اجتماعی، بیشتر خود را بروز می‌دهد. یعنی بستر تعیین‌کننده در وقوع آن، فی‌نفسه اجتماعی است که این بسترها و زمینه‌های اجتماعی در سطوح مختلف، بروز خودکشی را تسهیل می‌دهد و وقوع آن برای خانواده عامل به طور خاص و جامعه به طور عام، زیانبار خواهد بود. یعنی در چنین شرایطی فضای روانی خانواده‌ها و حتی جامعه ناآرام می‌شود که این خود بستری است که بالقوه پدیده خودکشی را بازتولید می‌کند. البته الگوهای علی ممکن است بر حسب گروه‌های مختلف سنی متفاوت باشد.

مروری بر پیشینه، رویکردها و نظریات مرتبط با موضوع:

پژوهشی به روش مرور سیستماتیک و فراتحلیل به توصیف پدیده خودکشی بر اساس اقلیم‌های هفت‌گانه طی سال‌های ۹۳-۸۰ پرداخته است که در آن حدود ۳۰ پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است. طبق یافته‌های این پژوهش، منطقه اقلیمی ۵ (اصفهان، یزد، سمنان و قم)، دارای بیشترین میزان بروز اقدام به خودکشی و کمترین میزان بروز خودکشی موفق بوده است. در این مطالعه عوامل اکولوژیکی و جغرافیایی عامل موثر در پدیده خودکشی تحلیل شده است (دلیری و همکاران، ۱۳۹۵). تحقیق دیگری که پیرامون بررسی متغیرهای دموگرافیک اقدام‌کنندگان خودکشی (۱۲۱۷ مورد) طی سال‌های ۸۷ و ۸۸ در استان سمنان انجام شده است بر اساس نتایج آن، تعداد این افراد بین زنان بیشتر از مردان بود و در بین مردان، افراد مجرد بیشتر از متاهلین بود و در بین زنان، متاهلین بیشتر از مجردین اقدام به خودکشی کرده بودند (پورعزیزی و همکاران، ۱۳۹۳).

در یکی دیگر از مطالعات که بین ۴۲۲۶ نفر از عاملان خودکشی انجام شده است اختلافات خانوادگی، مهمترین عامل موثر در بین افراد اقدام‌کننده خودکشی و خودکشی موفق در استان مرکزی در اواسط دهه ۸۰ بوده است (رفیعی و سیفی، ۱۳۸۷). بر اساس نتایج مطالعات دیگر، مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز اقدام به خودکشی، اختلالات روان‌پزشکی شامل اختلالات خلقی، ناامیدی، افسردگی و سابقه سوء استفاده جنسی و فیزیکی در کودکی و وجود سابقه مثبت فامیلی هستند (رفیعی و سیفی، ۱۳۸۷).

روث و لیو در مطالعه‌ای با عنوان "نزدیکی (صمیمیت) والدین و جوانان و اندیشیدن جوانان به خودکشی" را انجام داده‌اند. اطلاعات این پژوهش، به یک نمونه معروف ملی از نوجوانان در دو مقطع زمانی مربوط است. مسأله مورد بررسی آزمون، تأثیر جنسی صمیمیت والدین و جوانان بر روی اندیشیدن جوانان به خودکشی و تغییرپذیری آن تحت تأثیر مراحل بلوغ و نژاد یا قومیت است. بر اساس تحلیل رگرسیونی این مطالعه، صمیمیت با پدر، تأثیر مهمی بر روی

دختران دارد و این تأثیر بدون تغییر در مراحل بلوغ و قومیت و نژاد مشاهده می‌گردد. تأثیر پدر بر روی پسران نسبت به بلوغ دیررس کاهش نیافته و تأثیر پدران در میان پسران آسیایی - آمریکایی و بومیان آمریکایی مشخص‌تر است؛ صمیمیت با مادران برای پسران در مراحل اولیه و پایانی نوجوانی مهم، اما در مراحل میانی نوجوانی اهمیتی نداشته است (روث و لیو، ۲۰۰۵).

در تئوری‌های جامعه‌شناختی، معروفترین نظریه در باب خودکشی مربوط به دورکیم است. به نظر او خودکشی، بیماری اجتماع در حال تغییر است و نشانه تضعیف هنجارهای تنظیم کننده رفتار است (سخاوت، ۱۳۷۹: ۶۵). او یکی از انواع خودکشی‌ها را در جوامع مدرن، خودکشی خودخواهانه یا فردگرایی افراطی می‌داند. دورکیم معتقد است خودکشی خودخواهانه با انسجام اجتماعی همبستگی منفی دارد؛ یعنی افرادی که از نظر اجتماعی منزوی تر هستند، بیشتر تمایل به خودکشی دارند. خودکشی خودخواهانه در پرتو همبستگی موجود میان میزان خودکشی و چهارچوب‌های ادغام اجتماعی تحلیل شده است (آرون، ۱۳۷۰: ۳۶۳). هرگاه انسان از جامعه‌اش بر کنار افتد و به امیال شخصی‌اش واگذار شود و پیوندهایی که پیش از این، او را به همگنانش وابسته می‌ساختند، سست گردد، او برای خودکشی خودخواهانه یا فردگرایانه آمادگی می‌یابد (کوزر، ۱۳۸۵: ۱۹۳). بنابر این، طبق این نظریه تمایل افراد به خودکشی تحت تأثیر رابطه‌شان با دیگران قرار دارد و هر خودکشی انفرادی مستقیماً تحت تأثیر زمینه و بافت جامعه‌ی بزرگتر قرار دارد. به عبارت دیگر، بین نگرش جامعه به خودکشی و رفتار متمایل به خودکشی در میان افراد رابطه وجود دارد و گرایش کلی یک جامعه ممکن است بر رفتار متمایل به خودکشی افراد تأثیر بگذارد.

صورت‌بندی اصلی دورکیم یک رابطه U شکل را می‌پذیرد: انسجام اجتماعی بسیار ضعیف به موقعیت احساس تنهایی و خودکشی خودخواهانه منجر می‌گردد. انسجام اجتماعی بسیار قوی به خودکشی دگرخواهانه منجر می‌شود، زیرا منافع گروه اجتماعی نسبت به منافع شخصی در اولویت و ارجحیت قرار می‌گیرند. انتظام اجتماعی پایین خودکشی آنومیک را به وجود می‌آورد که در آن افراد در دنیای آشفته‌ای گم شده‌اند، هیچ کنترلی بر تمایلاتشان ندارند و دچار سرخوردگی و ناامیدی شده‌اند. از طرف دیگر، انتظام اجتماعی بیش از حد (افراطی) به خودکشی تقدیرگرایانه منجر می‌شود (جانسون، ۱۹۹۴؛ ۱۹۹ به نقل از علیوردی‌نیا، ۱۳۹۰).

بر اساس نظریه بک یک نظام باوری خودکشی^۱ (SBS) وجود دارد که دارای چهار موضوع اصلی است. الگوسازی بر اساس این نظریه نشان داده است که این چهار موضوع عبارتند از: بی‌یاوری، دوست داشتنی نبودن، عدم تحمل درماندگی، و احساس خستگی و ازپادآمدگی (رود، ۲۰۰۴). این نحوه تفکر بیمار را به این باور هدایت می‌کند که برای مشکلاتش راه‌حلی وجود ندارد و بنابراین یکی از مفاهیم مطرح در آسیب‌شناسی شناختی این بیماران، ضعف آنها در حل مسئله است (اسپکنس و همکاران، ۲۰۰۵)؛ (گرچی و همکاران، ۱۳۸۷).

^۱ . Suicidal Belief System

وفق نظریه فشار عمومی آگنیو^۱، اجتماع مسئول کجروی‌ها است. زیرا نقطه شروع نظریه فشار، این تصور است که جرم اصولاً پدیده‌ای اجتماعی است. مطابق دیدگاه آگنیو به طور بالقوه سه منبع برای فشار وجود دارد:

- فشار در اثر عدم موفقیت در دستیابی به اهداف ارزشمند ایجاد می‌شود؛
- فشار ممکن است نتیجه حذف محرکی باشد که برای فرد ارزشمند است؛
- فشار بعنوان تحمیل محرک منفی؛ فشار ممکن است نتیجه تحمیل محرک‌های منفی یا زیان‌آور نیز باشد (علی‌وردی نیا و یوسفی، ۱۳۹۳: ۶۷).

هر یک از انواع فشارهای توصیف شده در بالا، احتمال تجربه احساسات منفی در افراد را افزایش خواهند داد. این احساسات منفی شامل دامنه وسیعی از احساسات از قبیل خشم، سرخوردگی، ناامیدی، افسردگی، اضطراب و ترس می‌باشند (کارسن، ۲۰۰۷: ۱۲). از میان این احساسات، برجسته‌ترین احساس واسطه‌ای در ارتباط بین فشار و بزهکاری، خشم است. خشم از آن جهت به عنوان یک احساس کلیدی است چون احساس آسیب‌دیدگی و صدمه دیدن را افزایش می‌دهد، احساس تمایلی در فرد برای انتقام یا تلافی ایجاد می‌کند، فرد را به عمل وا داشته و قدرت عوامل بازدارنده را پایین می‌آورد (گالوپ، ۲۰۰۶: ۱۲ به نقل از علی‌وردی نیا و یوسفی، ۱۳۹۳: ۶۹).

گیز و مارتین در تئوری یکپارچگی پایگاهی و تضاد نقش اجتماعی^۲، استدلال کردند پایداری و تداوم تعاملات اجتماعی به طور اساسی افراد را از اقدام و ارتکاب به خودکشی محافظت می‌کند. آنها ضمن اشاره به مشکلات ذاتی در سنجش روابط اجتماعی، مفهوم "یکپارچگی پایگاهی" را پیشنهاد کردند که هم قابل سنجش و هم قابل آزمون است. تئوری یکپارچگی پایگاهی نه برای تبیین موارد فردی خودکشی بلکه برای تبیین تغییرات میزان خودکشی در میان جمعیت توسعه یافته است. این تئوری یک پیکربندی اجتماعی است که به جامعه یا طبقه خاصی محدود نیست. آن به طور برابر برای پیش‌بینی میزان خودکشی بر حسب شغل، نژاد، جنس، وضعیت روحی، مذهب، دولت یا ملت مناسب است. یکپارچگی پایگاهی، به عنوان وضعیتی تعریف شده که در آن فرد چند نقش را به طور همزمان دارد (پدر یا مادر، شاغل، عضو کلیسا، و ...) که این نقش‌ها مداوم، بهم پیوسته و در تداخل هستند. اگر این وضعیت‌ها با یکدیگر متناقض یا ناسازگار باشند یکپارچگی پایگاهی ضعیف می‌شود. این ضعف در یکپارچگی پایگاهی فرد، منجر به تعارض نقش، از دست دادن روابط اجتماعی و در نهایت خودکشی می‌شود. یک مرد ممکن است روابط اجتماعی گسترده به واسطه شغل خود داشته باشد، اما انطباق نقش‌ها با وضعیت شغلی خود، به تنهایی نمی‌تواند روابط اجتماعی خود را با همسر و فرزندان خود حفظ کند. حفظ این روابط فقط در نقش شوهر و پدر امکانپذیر است. انطباق با نقش‌های یک وضعیت معمولاً دشوار نیست. مگر اینکه فرد نتواند نقش‌های گوناگون خود را بر حسب وضعیت یا پایگاه خود تطبیق دهد و این تطبیق را مانع حفظ روابط اجتماعی‌اش بداند (مسکیل و هودگز، ۲۰۰۵: ۱۲).

¹ . Agnew's General Strain Theory

² . Status integration and social role conflict

در جمع‌بندی مباحث نظری برای رسیدن به یک چارچوب نظری، باید گفت که سعی این مقاله بر این بوده است که نشان دهد خودکشی گر چه به صورت فردی اتفاق می‌افتد اما پدیده‌ای است که در بستر اجتماعی به وقوع می‌پیوندد. اگر برخی پژوهش‌ها به عوامل فردی و اختلالات روانی اشاره می‌کنند بسترها و شرایط اجتماعی فرد خودکشی کننده را نادیده می‌گیرند. شاید در برخی موارد خاص، اختلالات جسمی یا روانی باعث شود فرد به زندگی خود پایان دهد اما در بیشتر موارد، بسترهای اجتماعی و شرایط جامعه، تعیین کننده این موضوع هستند. پدیده خودکشی مثل بسیاری از پدیده‌های اجتماعی، تک معلولی نیست و تحت تأثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی رخ می‌دهد. خودکشی از جمله پدیده‌های اجتماعی است که ممکن است در کنار پدیده‌هایی چون طلاق، خشونت خانگی، اختلافات خانوادگی، اعتیاد، عدم کامیابی و ... رخ دهد اما نمی‌توان به این عوامل صرفاً، عامل علی موثر نگاه کرد گر چه زمینه را برای گرایش به خودکشی و اقدام آن فراهم می‌کنند. بنابر این، پارادایم‌های جامعه‌شناسی برای تبیین این پدیده مناسب به نظر می‌آیند. رویکردهای نظری که قبلاً تشریح شده همه آنها به جز دیدگاه بک - که یک رویکرد روانشناختی است - مبنای جامعه‌شناختی دارند و واحدهای اجتماعی را برای وقوع خودکشی تعیین کننده می‌دانند. مشاهده شد که در بخشی از نظریه دورکیم، روابط ضعیف فرد با جامعه و منزوی شدن او، فرد را به سوی خودکشی جذب می‌کند. در نظریه فشار عمومی اگنیو، منابع فشار از قبیل عدم موفقیت، حذف محرک‌های مثبت (مشکلات مالی، خانوادگی (از دست دادن والدین بر اثر طلاق یا فوت) و ...)، تحمیل محرک منفی (بی‌توجهی به کودکان، تضاد در خانواده، عدم موفقیت تحصیلی) باعث ایجاد احساسات منفی مثل خشم، سرخوردگی، ناامیدی، افسردگی و ... می‌شود و بر اثر این فشارها، فرد به فکر خودکشی می‌افتد و برای آن اقدام می‌کند. در بخشی از نظریه دورکیم نیز مشاهده می‌شود که فرد به علت پیوندهای سست با جامعه و خانواده تحت فشارهایی قرار می‌گیرد که دست به خودکشی می‌زند. در نظریه گیبز و مارتین، روابط اجتماعی حاکم بر خانواده، مولد شرایطی می‌شود که فرد را برای خودکشی آماده می‌کند. این شرایط زمانی پیش می‌آید که والدین نتوانند نقش پدری و همسری خود را به علت مشغله کاری ایفا کنند و روابط گسترده و پیوسته با خانواده را از دست داده و زمینه را برای خودکشی فرزند یا همسر می‌سازند. اگر سه نظریه دورکیم، اگنیو، گیبز و مارتین در کنار هم برای تبیین خودکشی مطرح شده‌اند وجوه مشترکی در مفروضات این سه دیدگاه وجود دارد که آنها را برای یک چارچوب تلفیقی تئوریک در تحلیل و تبیین خودکشی تضمین کرده است.

روش مطالعه:

در مطالعه حاضر از دو روش اسنادی و تحلیل ثانویه برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. تحلیل ثانوی فی نفسه روش خاصی نیست. بلکه تحلیل جدیدی از داده‌هایی است که به منظور دیگری گردآوری شده است. عموماً تحلیل ثانوی از داده‌های گردآوری شده پیمایشی برای مطالعه موضوعی جدا از موضوع پژوهشگر اول است. دلیل دیگر انجام تحلیل ثانوی استفاده از داده‌های موجود پیمایشی برای مطالعه روش تحقیق است. مثلاً با بکار بردن فنون روش‌شناسی دیگر در مورد همان داده‌ها مطالب زیادی درباره فنون آماری آموخته می‌شود. این روش یکی از روش‌های غیرمزاحم یا

غیرمداخله‌ای محسوب می‌شود (بیکر، ۱۳۹۱). البته یکی از مزایای تحلیل ثانوی این است که پژوهشگر را به تفکر بیشتر درباره مطالب اساسی و اهداف نظری مطالعه می‌کشانند تا مسائل روش‌شناسی گردآوری جدید. تحلیل سریع یافته‌های دیگران و ارزیابی دوباره آنها از دیگر مزایای این روش است (حبیبی، ۱۳۹۳: ۳۴۰). این نکته را باید گفت که داده‌های آمده در مطالعه حاضر، مستند، معتبر و متقن می‌باشد که این موضوع به تحلیل‌های تئوریک کمک وافری می‌کند.

تشریح جزییات، ابعاد و توصیف وضع موجود

با استناد به آمارهای رسمی و ثبتی کشور در ارتباط با آسیب‌های اجتماعی استان سمنان می‌توان گفت، میزان افراد دستگیر شده قتل در این استان از سال ۱۳۸۰ تا سال ۱۳۹۱ روندی سینوسی همراه با افزایش داشته است. میزان معتادین مواد مخدر دستگیر شده در استان سمنان در طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۱ روندی کاهشی داشته است. بیشترین میزان معتادین مواد مخدر دستگیر شده با میزان ۵۱۰.۲ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت استان مربوط به سال ۱۳۸۵ است.

میزان ارتکاب جرایم جنسی در استان سمنان از ۴۸۲ مورد در سال ۸۰ با روندی صعودی به ۱۷۵۹ در سال ۹۱ رسیده است. با توجه به این آمارها و سایر جرائم، تعداد زندانیان استان نیز با روندی صعودی از ۱۹.۹ مورد در هر ۱۰ هزار نفر در سال ۷۵ به ۴۱.۵ مورد در سال ۹۲ رسیده است.

همچنین بررسی روند تغییرات تعداد و میزان خالص طلاق به تفکیک مناطق شهری و روستایی مشخص می‌سازد که هم در مناطق شهری و هم در مناطق روستایی استان تعداد و میزان طلاق‌های ثبت شده افزایش داشته است که در کل استان میزان طلاق از ۱ درصد در سال ۷۵ به ۱.۸ درصد در سال ۸۵ و ۳.۴ درصد در سال ۹۰ رسیده است. شاخص نسبت طلاق به ازدواج در استان نشان می‌دهد که نسبت طلاق به ازدواج استان سمنان در سال ۱۳۹۲ برابر با حدود ۲۱ طلاق در برابر هر یکصد واقعه ازدواج می‌باشد که در مقایسه با سال‌های گذشته به ویژه سال ۱۳۷۵، حدود چهار برابر افزایش یافته است یعنی از ۵.۱ درصد در سال ۱۳۷۵ با روندی افزایشی به ۲۰.۸ درصد در سال ۱۳۹۲ رسیده است. در سال ۱۳۷۵ وضعیت مشارکت اقتصادی استان سمنان، ۹۳.۳ درصد بوده است به عبارت دیگر از هر ۱۰۰ نفر واقع در سن فعالیت ساکن در این استان حدود ۳۴.۹ نفر مشغول به کار یا به دنبال کار است. در مقایسه با نرخ مشارکت اقتصادی کشور، درصد مشارکت اقتصادی استان پایین می‌باشد. این شاخص در سال ۸۵ برابر با ۳۸.۲ و در سال ۱۳۹۰ برابر با ۳۷ بوده است که میزان آن پایین تر از نرخ مشارکت اقتصادی کل کشور بوده است.

نرخ اشتغال استان نیز نشان می‌دهد که میزان آن از ۹۵.۳ درصد در سال ۷۵ به ۹۰.۱ درصد در سال ۹۰ رسیده است که از نرخ اشتغال کل کشور بیشتر بوده است. این در حالی است که نرخ اشتغال جمعیت جوان استان در سال ۹۰ برابر با ۸۱.۴ در مقابل ۷۴.۷ درصدی کل کشور در همان سال می‌باشد با این وضعیت نرخ بیکاری جوانان در سال ۹۰ برابر با ۱۸.۶ درصد می‌باشد. همچنین نرخ بیکاری جمعیت دارای تحصیلات عالی در استان از ۸ درصد در سال ۷۵ به ۲۹.۲ درصد در سال ۹۰ رسیده است (وزارت کشور، ۱۳۹۵).

علاوه بر آمارهای ثبتی در بالا، یافته‌های پژوهشی نگرش مردم در خصوص برخی آسیب‌های اجتماعی در کشور و استان قابل توجه است. طبق یافته‌های پژوهشی در سال ۹۵، بیکاری با میانگین ۷۹.۳ از ۱۰۰، طلاق با میانگین ۶۹.۷، اعتیاد صنعتی با میانگین ۶۷.۸ و اختلافات و نابسامانی‌های خانوادگی با میانگین ۶۵.۵ از جمله مهمترین آسیب‌های اجتماعی توسط شهروندان تلقی شده‌اند. استان سمنان با میانگین ۵۳.۴ در رتبه بیستم میزان بروز جرائم و آسیب‌های اجتماعی قرار دارد. میانگین جرائم مربوط به فساد اخلاقی استان برابر با ۵۶.۲ که در رتبه ۱۳ قرار دارد (ناجا، ۱۳۹۵).

وضعیت خودکشی در ایران و استان

خودکشی را از لحاظ ماهیت می‌توان به سه نوع تقسیم کرد: نوع اول خودکشی موفق که شخص مرتکب عملی می‌شود که زندگی خود را پایان می‌دهد. نوع دوم خودکشی ناموفق که امروزه از آن با عنوان اقدام به خودکشی یاد می‌کنند در مواقعی است که شخص علی‌رغم داشتن قصد و نیت برای نابودی خود موفق نمی‌شود و نوع سوم خودکشی پنهان یا مزمن می‌باشد که در این نوع از خودکشی نیز علی‌رغم این که فرد می‌داند ادامه بعضی از رفتارها و یا عادات منجر به مرگ وی می‌شود اما به رفتار و عادات خود ادامه می‌دهد که اعتیاد به مواد مخدر بهترین مثال برای این نوع از خودکشی است.

داده‌های ثبت شده از آمار اقدام به خودکشی و فوت شدگان اقدام به خودکشی طی سال‌های ۷۵ تا سال ۹۱ به شرح ذیل است.

جدول شماره ۱: مقایسه تعداد و میزان اقدام به خودکشی استان سمنان و کشور به تفکیک جنس، در سال‌های ۷۵-۹۱

(در هر صد هزار نفر جمعیت)

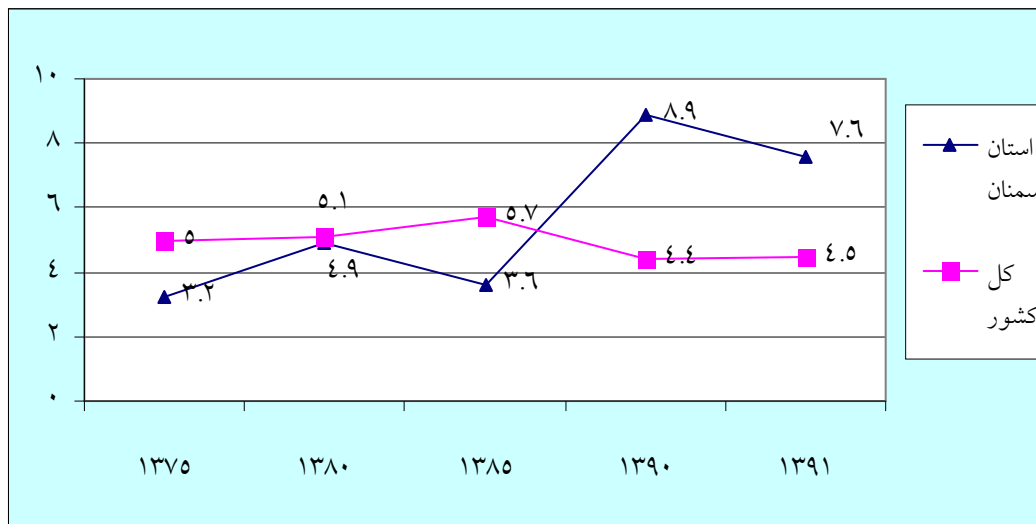
شرح	سال	کل		مرد		زن	
		تعداد	میزان	تعداد	میزان	تعداد	میزان
کل کشور	۱۳۷۵	۲۹۷۶	۵.۰	۱۵۳۱	۵.۰	۱۴۴۵	۴.۹
	۱۳۸۰	۳۲۷۵	۵.۱	۲۰۴۵	۶.۲	۱۲۳۰	۳.۹
	۱۳۸۵	۳۵۹۴	۵.۷	۲۳۸۲	۶.۶	۱۲۱۲	۳.۹
	۱۳۹۰	۳۳۱۵	۴.۴	۲۳۶۳	۶.۲	۹۵۲	۲.۶
	۱۳۹۱	۳۴۵۸	۴.۵	۲۴۶۵	۶.۴	۹۹۳	۲.۶
استان سمنان	۱۳۷۵	۱۶	۳.۲	۱۱	۴.۳	۵	۲.۱
	۱۳۸۰	۲۷	۴.۹	۱۴	۴.۹	۱۳	۴.۹
	۱۳۸۵	۲۱	۳.۶	۱۹	۶.۳	۲	۰.۷
	۱۳۹۰	۵۶	۸.۱	۳۸	۱۱.۹	۱۸	۵.۸
	۱۳۹۱	۴۹	۷.۶	۳۴	۱۰.۵	۱۵	۴.۷

منبع: مرکز ملی رصد اجتماعی کشور ۱۳۹۴

بر اساس اطلاعات جدول فوق، میزان اقدام به خودکشی استان روندی سینوسی را طی کرده است. در سال ۱۳۷۵ در هر صد هزار نفر جمعیت استان تقریباً ۳ نفر اقدام به خودکشی نموده اند که پس از طی روند افزایش و کاهش می‌توان آن در سال ۱۳۹۱ به ۷.۶ نفر در صد هزار نفر رسیده است. در استان سمنان در تمام سالها (به غیر از سال ۱۳۸۰ که میزان مساوی است) میزان اقدام به خودکشی مردان بیشتر از زنان است. همچنین خودکشی مردان در استان سمنان روندی افزایشی داشته است و از ۴.۳ نفر در سال ۱۳۷۵ به ۱۰.۵ نفر در سال ۱۳۹۱ رسیده است.

بر اساس آمار ناجا، در سال ۱۳۹۱ بحرانی‌ترین استان کشور در مقوله خودکشی استان ایلام است که نرخ اقدام به خودکشی آن ۷۱.۹ بوده که شانزده برابر نرخ کشوری (۴.۵) می‌باشد. با این نرخ خودکشی استان ایلام عملاً بالاترین نرخ خودکشی در جهان را دارا است. بعد از ایلام نرخ اقدام به خودکشی چهار استان لرستان ۸.۴، کرمانشاه ۸.۲، سمنان ۷.۶ و کهگیلویه و بویر احمد ۷.۵ نفر در هر یکصد هزار نفر بوده و در بین استان های کشور از وضعیت مطلوبی در این خصوص برخوردار نیستند.

نمودار شماره ۱: مقایسه میزان اقدام به خودکشی استان سمنان و کشور، در سال‌های ۷۵-۹۱



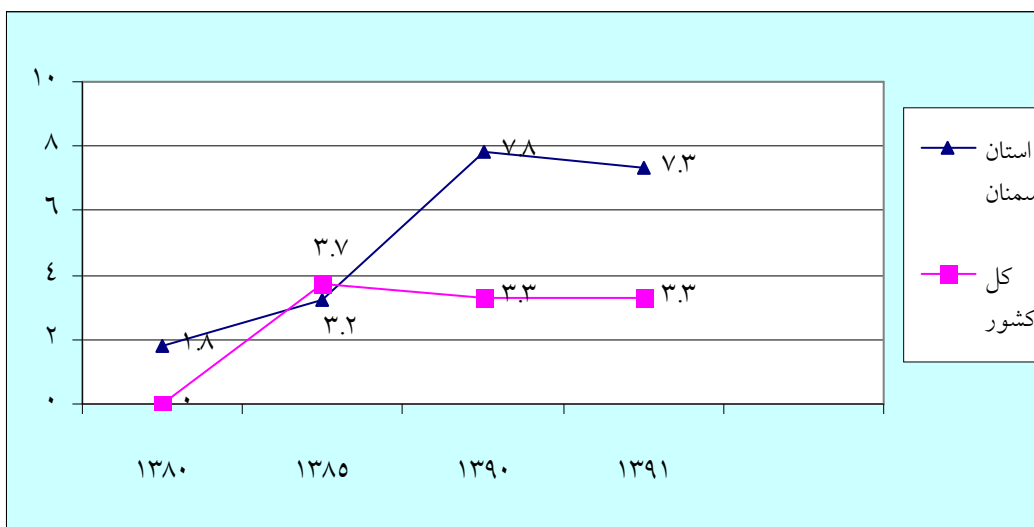
تعداد بسیار زیادی از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند توسط اطرافیان به مراکز درمانی برده شده و نجات می‌یابند و تعداد بسیار کمی از افراد فوت می‌کنند. به همین دلیل آمار افرادی که با خودکشی فوت می‌کنند بسیار کمتر از افراد اقدام کننده به خودکشی می‌باشد. جدول زیر میزان فوت شدگان در اثر خودکشی استان سمنان را با کل کشور نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: مقایسه تعداد و میزان فوت شدگان اقدام به خودکشی استان سمنان و کشور به تفکیک جنس، در سال های ۷۵-۹۱
(در هر صد هزار نفر جمعیت)

شرح	سال	کل		مرد		زن	
		تعداد	میزان	تعداد	میزان	تعداد	میزان
کل کشور	۱۳۸۰	۱۹۸۵	۳.۱	۱۴۲۱	۴.۳	۵۶۴	۱.۸
	۱۳۸۵	۲۳۵۵	۳.۷	۱۸۱۵	۵.۱	۵۴۰	۱.۷
	۱۳۹۰	۲۴۶۲	۳.۳	۱۸۷۷	۵.۰	۵۸۵	۱.۶
	۱۳۹۱	۲۴۸۷	۳.۳	۱۹۳۰	۵.۰	۵۵۷	۱.۵
استان سمنان	۱۳۸۰	۱۰	۱.۸	۷	۲.۵	۳	۰.۳
	۱۳۸۵	۱۹	۳.۲	۱۸	۶.۰	۱	۰.۳
	۱۳۹۰	۴۹	۷.۸	۳۴	۱۰.۶	۱۵	۴.۸
	۱۳۹۱	۴۷	۷.۳	۳۳	۱۰.۲	۱۴	۴.۴

میزان فوت شدگان استان طی سال های ۸۰-۹۱ روندی افزایشی داشته است و بیشترین میزان مربوط به سال ۱۳۹۰ می باشد که در هر صد هزار نفر جمعیت استان ۷.۶ نفر در اثر خودکشی فوت کرده‌اند و کمترین میزان مربوط به سال ۱۳۸۰ می باشد که در هر صد هزار نفر جمعیت استان ۱.۸ نفر در اثر خودکشی فوت کرده‌اند. همچنین میزان فوت شدگان اقدام به خودکشی در مردان بیش از زنان است.

نمودار شماره ۲: مقایسه میزان فوت شدگان اقدام به خودکشی استان سمنان و کشور، در سال های ۷۵-۹۱



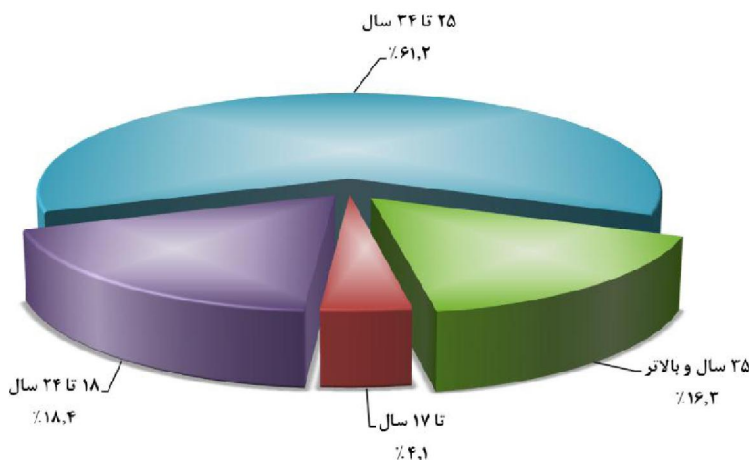
جدول زیر تعداد و توزیع درصد اقدام به خودکشی به تفکیک گروه‌های سنی استان سمنان را نشان می‌دهد. در سال ۱۳۸۵ بیشترین درصد اقدام به خودکشی در کشور در سن ۱۸ تا ۲۴ سال رخ داده است، یعنی ۴۲ درصد از جمعیت اقدام‌کنندگان به خودکشی در کل کشور در این سن می‌باشند.

جدول شماره ۳: تعداد و توزیع درصد اقدام به خودکشی استان سمنان و کشور بر حسب گروه‌های سنی طی سال‌های ۹۱-۸۰

شرح	سال	سال				کل	
		تا ۱۷ سال	۱۸ تا ۲۴ سال	۲۵ تا ۳۴ سال	۳۵ سال و بالاتر		
کل کشور	۱۳۸۰	تعداد	۳۳۹	۱۲۴۸	۸۹۵	۳۲۷۵	
		درصد	۱۰.۴	۳۸.۱	۲۷.۳	۲۴.۲	
	۱۳۸۵	تعداد	۲۶۳	۱۵۰۹	۱۱۷۵	۳۵۹۴	
		درصد	۷.۳	۴۲.۰	۳۲.۷	۱۸.۰	
	۱۳۹۰	تعداد	۱۶۶	۱۳۵۸	۱۲۸۷	۳۳۱۵	
		درصد	۵.۰	۴۱.۰	۳۸.۸	۱۵.۲	
	۱۳۹۱	تعداد	۱۶۵	۱۳۰۷	۱۳۲۲	۳۴۵۸	
		درصد	۴.۸	۳۷.۸	۳۸.۵	۱۸.۹	
	استان سمنان	۱۳۸۰	تعداد	۳	۱۱	۶	۲۷
			درصد	۱۱.۱	۴۰.۷	۲۲.۲	۲۵.۹
		۱۳۸۵	تعداد	۱	۱۰	۱۰	۲۱
			درصد	۴.۸	۴۷.۶	۴۷.۶	۰
۱۳۹۰		تعداد	۰	۱۱	۳۳	۵۶	
		درصد	۰	۱۹.۶	۵۸.۹	۲۱.۴	
۱۳۹۱		تعداد	۲	۹	۳۰	۴۹	
		درصد	۴.۱	۱۸.۴	۶۱.۲	۱۶.۳	

در استان سمنان در سال‌های ۸۰ و ۸۵، بیشترین درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی در سن ۱۸ تا ۲۴ سال بوده‌اند و در سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ بیشترین درصد اقدام‌کنندگان در سن ۲۵ تا ۳۴ سال جای گرفته‌اند. در سال ۹۱، ۶۱.۲ درصد افرادی که اقدام به خودکشی نموده‌اند در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ قرار گرفته‌اند. به طور کلی بیشترین اقدام‌کنندگان به خودکشی در سنین ۱۸ تا ۳۴ سال قرار دارند که قابل تأمل می‌باشد که لازم است برای شناسایی انگیزه‌ها و دلایل آنها، اقدامات مناسب پژوهشی و سیاسی انجام شود.

نمودار شماره ۳: توزیع درصد اقدام به خودکشی استان سمنان بر حسب گروه‌های سنی در سال ۱۳۹۱



تحلیل نظری خودکشی

همانطور که پیشتر اشاره شد پدیده خودکشی نیز مانند سایر پدیده‌های اجتماعی، خود ممکن است معلول برخی از آسیب‌ها و مسائل اجتماعی باشد و یا در تلازم با برخی از آن آسیب‌ها، حادث شود. در چارچوب نظری نیز بحث شد که پدیده‌هایی چون خودکشی در اثر شرایط سخت، غیر قابل تحمل و نابسامانی رخ می‌دهد که فرد تعلق خود به اطرافیان و خانواده را از دست می‌دهد شرایط جامعه یا خانواده و سایر محرک‌های منفی فرد را تحت شرایط و فشاری قرار می‌دهد که فرد در یک مکانیسم اجتماعی پیچیده از وجود مسئله و عدم توانایی در حل آن گرفته تا پیامدهای زیانبار مسئله نخستین، به فکر پایان زندگی افتاده و در فرصتی اقدام به خودکشی می‌کند. با این مفروضات تئوریک، با وجود مکفی نبودن اطلاعات و شاخص‌های اجتماعی، از وجود وضعیت شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی استان می‌توان در واکاوی پدیده خودکشی بیشتر بهره جست. بر اساس گزارش مرکز ملی رصد اجتماعی کشور، وضعیت استان سمنان از حیث میزان وقوع و شیوع بسیاری از آسیب‌های اجتماعی بجز معتادین مواد مخدر در شرایط مطلوبی قرار ندارد. میزان ارتکاب جرایم جنسی در استان سمنان از ۴۸۲ مورد در سال ۸۰ با روندی صعودی به ۱۷۵۹ در سال ۹۱ رسیده است. شاخص نسبت طلاق به ازدواج در استان نشان می‌دهد که نسبت طلاق به ازدواج استان سمنان در سال

۱۳۹۲ برابر با حدود ۲۱ طلاق در برابر هر یکصد واقعه ازدواج می‌باشد که در مقایسه با سال‌های گذشته به ویژه سال ۱۳۷۵، حدود چهار برابر افزایش یافته است. نرخ بیکاری جوانان استان نیز در سال ۹۰ برابر با ۱۸.۶ درصد می‌باشد که نرخ بیکاری جمعیت دارای تحصیلات عالی در استان از ۸ درصد در سال ۷۵ به ۲۹.۲ درصد در سال ۹۰ رسیده است.

بر اساس این یافته‌ها، مشاهده می‌شود که روند وقوع و شیوع پدیده‌ها و آسیب‌های اجتماعی، روندی صعودی است که در کنار روند افزایشی این آسیب‌ها، آمار اقدام به خودکشی در استان نه تنها، با وجود نوساناتی سیر صعودی دارد بلکه بر اساس آخرین آمارها، جز چهار استان اول در آمار اقدام به خودکشی است. بنابراین می‌توان گفت که وقوع همه این آسیب‌ها، تعداد کثیری از عوامل خودکشی را در شرایط مختلفی قرار می‌دهد که برخی منزوی شوند و با گسست از جامعه و محیط اجتماعی، احساس تنهایی و در نتیجه در باب خودکشی ایده‌پردازی و اقدام به آن می‌کند. وجود چنین شرایطی ممکن است با شکست در امور مختلف تحصیلی، مالی و ... و حذف محرک‌های مثبت در زندگی فرد همراه باشد و محرک‌های منفی از قبیل بی‌توجهی به نیازهای فرد به عنوان کودک یا همسر، شکست تحصیلی، اختلافات خانوادگی، عدم رسیدگی کافی دولت به خواست‌های افراد و ... بر او تحمیل شود و مجموع این شرایط، افراد را تحت فشارهای روانی از جمله خشم، سرخوردگی، ناامیدی، افسردگی و ... قرار داده و او بواسطه این فشارهای تصمیم به خاتمه زندگی خود می‌گیرد. اگر مفروضات تحلیل شده در بوطه آزمون تجربی قرار گیرد طبعاً می‌توان تحلیل‌های تئوریکی متقن و مستحکم‌تری ارائه داد. با وجود این، می‌توان استنباط نمود که پدیده خودکشی بیشتر در یک بستر اجتماعی با چند عامل تسهیل‌گر اتفاق می‌افتد که وقوع آن شرایط اجتماعی، علاوه بر پیامدهای اجتماعی دیگر، تبعات روانی نیز برای جامعه و فرد به دنبال دارد. بر همین اساس، می‌توان ادعا کرد که برای تقلیل آسیب‌های اجتماعی‌ای چون خودکشی، می‌بایست زمینه‌های بروز و شیوع آن را شناسایی کرد تا میزان آن را به حداقل رساند و خانواده و جامعه را از وقوع چنین آسیب‌های رهایی داد.

نقص سیاست‌های مقابله با پدیده خودکشی

وضع سیاست‌های مقابله با برخی آسیب‌های اجتماعی چند سالی است که نسبت به سال‌های گذشته شدت گرفته است. اما به طور کلی باید گفت که وضع و تدوین برنامه سیاستی لزوماً، کاهش پدیده اجتماعی مورد نظر را تضمین نمی‌کند. چون سیاست‌های اجتماعی، استراتژی رسمی تاثیرگذاری بر جامعه است (مشونیس، ۱۳۹۵: ۵۱). باید به طور مرتب ارزیابی شوند و برای ارزیابی باید موفقیت سیاست یا برنامه خاص را سنجید و مورد بررسی قرار داد و جامعه هدف سیاست اجتماعی را مشخص کرد تا بتوان از زمینه‌های وقوع هر گونه آسیب اجتماعی پیشگیری کرد. ردیابی توجه به مسائل اجتماعی در اسناد بالادستی که البته پدیده خودکشی در کنار سایر آسیب‌ها قدری مظلوم واقع شده است حاکی از آن است که رویکرد غالب به این قبیل از مسائل رویکرد دینی است و اهم شیوه‌های مواجهه و حل آن مبتنی بر این

گفتمان بوده است. این رویکرد و تقویت بنیه دینی عاملان گر چه در مواردی مرهم آلام می‌شود اما برای همیشه کافی نیست چرا که اعتقادات افراد بویژه نسل جدید متفاوت با نسل‌های دیگر است. در باب پدیده خودکشی تا کنون سیاست خاصی تدوین نشده است و از سال گذشته مقرر شده به این پدیده در کنار ۴ آسیب مطرح اجتماعی کشور توجه بیشتری شود (ستادی مشخص در وزارت کشور برای مقابله جدی با آسیب‌های اعتیاد، طلاق، حاشیه‌نشینی، مفاسد اخلاقی و خودکشی تشکیل شده است اما این ستاد خروجی مشخصی حداقل در خصوص خودکشی تا کنون نداشته است). سیاست‌های موقتی که در سطح استان سمنان بوده بیشتر مبتنی بر برگزاری یک سری دوره‌های آموزشی محدود بوده است. البته با توجه به اینکه خانواده نقش مهمی در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی از جمله خودکشی، اعتیاد و ... دارد، یکی از مهمترین اسناد در این زمینه، سیاست‌های کلی خانواده ابلاغی مقام معظم رهبری به عنوان سند و نقشه راهی است که توجه به آن و برنامه‌ریزی بلند مدت برای تحقق آن می‌تواند به این مهم کمک نماید. چه شناخت مسیر صحیح زندگی در بستر خانواده، کانون تعالی بخشی است که رشد و هدایت افراد خانواده و به تبع آن جامعه بزرگتر را فراهم کرده و ابزارهای سلامت و سعادت جامعه را گسترش می‌دهد. از این رو حفظ حریم خانواده براساس تعالیم و آموزه‌های ناب اسلامی، تنها راهکار حفظ آن از آسیب‌هایی است که ارکان خانواده را تهدید می‌کند. حفظ خانواده و هدایت آن به سمت مسیرهای متعالی نیازمند نقشه راه و برنامه جامع و مدونی است که مسئولان و سایر اقدار جامعه را در رساندن به هدف والای تحکیم خانواده یاری کند. اما با مشاهده شیوع و وقوع فزاینده آسیب‌های اجتماعی از قبیل خودکشی، ضعف عملیاتی شدن اسناد و سیاست‌های ابلاغی مذکور به چشم می‌خورد. گر چه تا کنون نیز سیاست یا کارگروه مشخصی برای مقابله با خودکشی تدوین و تعیین نشده است.

انتخاب‌های سیاستی و راهبردی

سیاست‌های اجتماعی، گاه به عنوان پاسخ‌هایی برای مسائل اجتماعی مطرح می‌شوند. البته آنها چیزی بیشتر از این هستند زیرا سیاست‌هایی وجود دارند که به هیچ عنوان بر روی مسائل متمرکز نمی‌گردند. هر سیاستی که برای تغییر یا حفظ ساختارها یا روابط اجتماعی، طراحی شده باشد، می‌تواند به عنوان یک سیاست اجتماعی تلقی شود و چنین گفته شده که ناتوانی و شکست در وضع چنین سیاست‌هایی نیز می‌تواند به عنوان شکلی از سیاست‌گذاری اجتماعی قلمداد گردد. (اسپیکر، ۱۳۹۲: ۶۷). سیاست‌های اجتماعی، عموماً بر گستره‌ای از اهداف مختلف متمرکز می‌شوند. آنها شامل سیاست‌هایی هستند که افراد، خانواده‌ها، خانوارها، اجتماعات، انواع مختلف گروه‌های اجتماعی و تمام جامعه را مورد هدف قرار می‌دهند. مناسب‌ترین تمرکز به دو صورت امکانپذیر است:

الف) این گروه‌ها تا کجا ممکن است به عنوان منبع مسائل و مشکلات مطرح شوند.

ب) تمرکز بر روی چنین گروه‌هایی به عنوان ابزاری برای پاسخ به مسئله، تا کجا مناسب تلقی می‌شود (همان، ۷۶ و ۷۷).

با توجه به توضیحات فوق، خودکشی به عنوان یک آسیب اجتماعی در کنار سایر مسائل اجتماعی، نیازمند تدوین سیاست‌ها، برنامه‌ها و اقدامات پیشگیرانه است و تدوین هر نوع سیاست اجتماعی در این خصوص باید مبتنی بر فرایند ذیل باشد:

الف) شناخت دقیق ابعاد خودکشی و الگوهای سنی و علمی خودکشی با انجام پژوهش‌های کمی و کیفی به منظور شناسایی پیش‌رانه‌ها و زمینه‌های گرایش به خودکشی و اقدام به آن.

به طور کلی، پژوهش، بخش اساسی در سیاست‌گذاری اجتماعی محسوب می‌شود. بنابراین در خصوص خودکشی نیز، شناخت شرایط اجتماعی و تأثیراتی که پاسخ‌ها بر روی آنها دارد، بشدت به توانایی داشتن اطلاعات خوب درباره آنچه در حال وقوع است، بستگی دارد. با اتخاذ پارادایم‌های پژوهشی و انتخاب برخی از تکنیک‌های کمی و کیفی، مکانیسم و شرایط وقوع خودکشی استخراج می‌شود. لازم است در بخش سیاست‌گذاری، مواد پژوهش انجام شده با دقت کامل تفسیر شود. چرا که هر نوع سیاست‌گذاری، نیازمند فهم تأثیرات سیاست‌ها و چگونگی فهم چیرستی واقعی آنهاست.

ب) تدوین برنامه‌ها و سیاست‌های مقابله با خودکشی

پس از انجام پژوهش‌های لازم در باب خودکشی، برای مقابله با آن باید سیاست‌ها و برنامه‌های لازم بر اساس یافته‌های پژوهش انجام شده، تدوین و تنظیم شود که برای تضمین اجرایی آن لازم است کارگروه‌های تخصصی تشکیل شود.

ج) تخصیص بودجه و اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های مقابله با خودکشی

دولت‌ها معمولاً در تخصیص بودجه برای حل مسائل، ممکن است برای اجرای سیاست‌های ابلاغی با کمبود هزینه مواجه باشند که حل آن نیازمند کمک همه گروه‌ها و نهادهاست اما اجرای سیاست تدوین شده مهمترین مرحله در مقابله با خودکشی است. در این خصوص از بین رهیافت‌های سیاست‌گذاری، رهیافت پراگماتیسم یعنی برداشتن گام‌های عملی در اجرای سیاست‌ها، می‌تواند و باید مورد توجه قرار گیرد. به عبارتی، مفید بودن یک سیاست به این معنی نیست که آیا با مفاهیم از پیش تعیین شده تطابق دارد بلکه به این معنی است که آیا درست کار کرده یا خیر.

د) ارزیابی سالانه برنامه‌های سیاستی مقابله با خودکشی

در ارزیابی برنامه‌های سیاستی پیرامون خودکشی، حداقل باید به این موارد توجه کرد: (۱) تعیین و شناسایی اهداف سیاست تدوین شده در باب خودکشی. (۲) شناخت نتایج و تأثیرات سیاست تدوین شده. (۳) مقایسه تأثیرات با اهداف سیاستی.

راهبردهای پیشنهادی

ارائه راهبرد برای حل و پیشگیری مسائلی چون خودکشی مستلزم مطالعات اکتشافی، کمی و کیفی پیرامون آنهاست اما بر اساس مطالعات انجام شده در مقاله حاضر، بویژه تئوری فشار عمومی، راهبردهایی پیشنهاد می‌شود. اگنیو معتقد است عواملی از قبیل نوع فشار تجربه شده و ویژگی‌های افراد و محیطی که آنها در آن اقامت داشتند می‌تواند مهمترین عوامل در تعیین نوع راهبردهایی باشد که یک شخص در آن درگیر میشود. این ویژگیها شامل منابع و مهارت‌های مقابله‌ای،

میزان حمایت مرسوم، سطح کنترل اجتماعی، ارتباط با دوستان مجرم، حوزه‌های است که اشخاص خودشان را در موقعیتی می‌بینند که هزینه‌های جرم در آن پایین و فواید آن بالاست. بر اساس این تئوری، راهبردهای زیر پیشنهاد شده است:

- راهبرد **مقابله شناختی** است که شامل تفسیر دوباره فشار است و افراد را قادر می‌سازد محرک‌های تنش‌زا را به شیوه‌های مختلف توجیه و تفسیر کنند. این نوع راهبرد شامل سه بخش است: بخش اول به حداقل رساندن اهمیت فشار از طریق تفسیر مجدد آن. بخش دوم به حداکثر رساندن پیامدهای مثبت و یا به حداقل رساندن پیامدهای منفی یک حادثه از طریق کاهش اهداف اشخاص. بخش سوم پذیرفتن مسئولیت بخاطر شرایط است. هنگامی که یک شخص مسئولیتی را می‌پذیرد، بیش از خشم، بیشتر محتمل است که دچار احساس گناه و مقصر دانستن خود شود.
- دومین راهبرد، **استراتژی مقابله احساسی** است. این راهبرد، هدایت اثرات منفی تجربه شده توسط فرد در تلاش برای رهایی از ناراحتی‌های روانشناختی رنج آور را مدنظر قرار می‌دهد.
- سومین راهبرد، **راهبرد مقابله‌ای رفتاری** دربرگیرنده اعمالی است که برای مقابله با اثرات منفی فشار به کار گرفته می‌شود. دو شکل عمده از مقابله رفتاری وجود دارند که عبارتند از: ۱- از بین بردن و یا به حداقل رساندن علت فشار؛ ۲- انتقام گرفتن از منابع فشار.

برای پیشگیری از وقوع و شیوع خودکشی در دو سطح زیر می‌توان برنامه‌های مختلف را اجرا کرد:

الف) سطح کلان

در این سطح می‌بایست برنامه‌های جامع برای تقویت روابط افراد با جامعه و خانواده، تقویت اعتقادات مذهبی و هویت‌یابی افراد ارائه شود که این قبیل برنامه‌ها می‌تواند با تولید میزگردها، سریال‌ها، مستندهای تلویزیونی از طریق رسانه ملی برای عموم مردم پخش شود. محتوای چنین برنامه‌های می‌بایست به شرایط و زمینه‌هایی که فرد تحت فشارهای مختلف اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی قرار می‌گیرد اشاره کند. بویژه در چنین برنامه‌هایی نحوه برخورد و روابط خانواده با فرزندان و اعضای خانواده بر اساس معیارهای علمی و دینی تشریح شود. همچنین شیوه برخورد و رویارویی با مسائل پیش آمده و تلاش برای حل آنها، برای قاطبه افراد جامعه بویژه قشر جوان تبیین شود.

ب) سطح خرد

در این سطح می‌توان بر حسب عوامل و زمینه‌های خاص بر اساس شرایط اجتماعی و فرهنگی شهرهای مختلف استان، برنامه‌های مختلف را به شرح ذیل اجرا کرد:

- از افرادی که در معرض شرایط خاصی هستند و خیال‌پردازی می‌کنند باید مراقبت کرد که برای مدت طولانی تنها نباشند.
- گسترش فعالیت‌های مشترک خانوادگی، معاشرت‌ها و رفت و آمد با خویشاوندان

- تبلیغ مراکز بهزیستی و معرفی دستگاه‌های حمایتی برنامه‌محور به مددجو که مراکز خدمات بهزیستی در این زمینه می‌توانند نکات لازم را برای افرادی که در معرض فشارهای زندگی قرار می‌گیرند گوشزد کنند.
- آموزش مهارت‌های برخورد با مسائل مختلف اجتماعی، اقتصادی فرهنگی و روانی برای والدین و جوانان
- آموزش و انتقال زمینه‌های گرایش به خودکشی و اقدام به آن بر اساس تجربه‌های اقدام‌کنندگان به خودکشی
- انجام ورزش و فعالیت‌های منظم بدنی که موجب تقویت نشاط در بین افراد می‌شود.

منابع:

- آرون، ریمون (۱۳۷۳)، مراحل اساسی سیر اندیشه در جامعه شناسی، ترجمه باقر پرهام، انتشارات علمی و فرهنگی.
- اسپیکر، پل (۱۳۹۲)، موضوعات و رهیافت‌های سیاستگذاری اجتماعی، ترجمه حمیدرضا ملک محمدی، نشر؛ دانشگاه امام صادق (ع).
- بیکر، ترزال (۱۳۹۱)، حوه انجام تحقیقات اجتماعی، ترجمه هوشنگ نایی، انتشارات نی.
- پورعزیزی و همکاران (۱۳۹۳)، بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی ۲۱۲۱ مورد اقدام به خودکشی در استان سمنان، کومش، جلد ۶۱، شماره ۶ (پیاپی ۳۵)، پائیز ۹۳.
- دلیری، سلمان و همکاران (۱۳۹۵)، بررسی میزان بروز اقدام به خودکشی و خودکشی موفق بر حسب اقلیم‌های هفتگانه ایران طی سال‌های ۹۳-۸۰، یک مطالعه مرور سیستماتیک و فراتحلیل، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره بیست و یکم، بهمن و اسفند ماه.
- رفیعی، محمد و اکرم سیفی (۱۳۸۷)، بررسی اپیدمیولوژیک اقدام کنندگان به خودکشی ارجاع شده به بیمارستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران؛ دوره ۴، شماره ۳ و ۴.
- سخاوت، جعفر (۱۳۷۹)، جامعه‌شناسی انحرافات، چاپ پنجم، دانشگاه پیام نور
- علیوردی‌نیا، اکبر و ندا یوسفی (۱۳۹۴)، تبیین ایده‌پردازی خودکشی از دیدگاه نظریه فشار عمومی، فصلنامه توسعه اجتماعی، دوره ۱۰، شمار یک، پاییز، صص ۱۵۷-۱۸۶.
- علیوردی‌نیا، اکبر، احمد رضایی، فریبرز پیرو (۱۳۹۰)، تحلیل جامعه شناختی گرایش دانشجویان به خودکشی، جامعه شناسی کاربردی، سال بیست و دوم، شماره ی پیاپی (۴۴)، شماره چهارم، زمستان.
- کوزر، لوئیس آلفرد (۱۳۸۵)، زندگی و اندیشه بزرگان جامعه شناسی، ترجمه محسن ثلاثی، انتشارات علمی.
- مرکز آمار ایران، گزیده نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵
- مرکز امور اجتماعی وزارت کشور، دبیرخانه کمیته ملی پیشگیری و مبارزه با مشروبات الکلی، گزارش جامع مشروبات الکلی سال ۱۳۹۵
- مرکز ملی رصد اجتماعی کشور، گزارش تفصیلی سنجش سرمایه اجتماعی استان سمنان، سال ۱۳۹۴
- مرکز ملی رصد اجتماعی کشور، گزارش وضعیت شاخص‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و امنیتی استان سمنان، سال ۱۳۹۴
- مشونیس، جان (۱۳۹۵)، مسائل اجتماعی، ترجمه هوشنگ نایی، تهران، پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- معیدفر، سعید (۱۳۸۷)، جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، انتشارات نور علم.

- World Health Organization (WHO). Suicide Statistics. Available at, 1999-2000. Accessed on 22 Oct 2003.
- Caroline Maskill and Dr Ian Hodges(2005), **Explaining Patterns of Suicide**, “A selective review of studies examining social, economic, cultural and other population-level influences”, Published in December by the Ministry of Health PO Box 5013, Wellington, New Zealand.
- Liu, Ruth X (2005). "*Parent-Youth Closeness and Youths Suicidal Ideation:The Moderating Effects of Gender , Stages of Adolescence,and Race or Ethnicity*", *Youth & Society*, 37:145-175.