

نقش پیامدهای اجتماعی و بهداشتی مهاجرت در اقدام به خودکشی مهاجرین حاشیه نشین تبریز: مطالعه ای اکتشافی در چارچوب گراند تئوری

علی فخاری: گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

E-mail: A_fakhari@yahoo.com

بهرام صمدی راد: هیأت سم شناسی و پزشکی قانونی، مرکز پزشکی قانونی تبریز
محمد اخباری شجاعی: گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه تبریز
ناهید الفتی: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۶/۱۲/۷، پذیرش: ۸۷/۸/۲۹

چکیده

زمینه و اهداف: نتایج پژوهشها نشان می دهد که خودکشی در گروههای جمعیتی مهاجرین، به تبع پیامدهای اجتماعی و بهداشتی مهاجرت، نمود بارزی پیدا کرده است. این پژوهش به عنوان بخشی از یک پروژه تحقیقی کلان در مورد خودکشی، که نشان داده است تعداد افراد اقدام کننده به خودکشی در میان گروههای جمعیت مهاجر بیشتر است، به صورت یک تحقیق کیفی سبب شناختی طراحی و اجرا شد.

روش بررسی: جامعه مورد بررسی گروههایی از مهاجرین هستند که یا مستقیماً خودکشی را تجربه کرده یا با آن در ارتباط بوده اند. داده های پژوهش از تعداد ۳۴ نفر نمونه با استفاده از تکنیک مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع آوری شده و سپس داده ها مطابق تجزیه و تحلیل روش نظریه زمینه ای استراتوس و کوربین (۱۹۹۸) کدگذاری و دسته بندی شدند. نهایتاً یافته ها با نتایج تحقیقات پیشین، پیرامون موضوع تحقیق، مقایسه و تحلیل شدند.

یافته ها: یافته های تحقیق در دو عنوان کلی و ۶ طبقه موضوعی تبیین شدند: فقر، بیکاری و مشاغل کاذب؛ شاخصهای بهداشت و سلامت اجتماعی، فردی و محیطی نازل؛ و سکونت در محلات پرخطر تحت عنوان کلی مسائل و معضلات ساختاری حاشیه نشینی مهاجران دسته بندی شدند. تقابلات بین نسلی، پیامدهای ناگوار فرهنگ مردسالاری اقتدارگرایانه بر سلامت جسمی و روحی زنان، و تضاد هنجاری میان انتظارات خانواده های سستی گسترده و خانواده های هسته ای تحت عنوان کلی تضادهای دوگانه در حیات مهاجرین طبقه بندی و بیان شدند.

بحث و نتیجه گیری: با وجود اینکه یافته های این بررسی دو گروه عمده از فاکتورهای علی و زمینه ساز خودکشی را در بین مهاجران مشخص نمود، اما مقوله اصلی تحقیق بیانگر آنست که خودکشی پدیده ای است که در مجموعه ای از عوامل متعامل در هم تنیده قابل تبیین است و این امر مورد توافق بسیاری از نتایج تحقیقات ارزشمند انجام یافته است.

کلید واژه ها: خودکشی، مهاجرت، تئوری زمینه ای، اقدام به خودکشی، کیفی

مقدمه

و اهداف تحقیقاتی بوده است که پژوهشگران به اهمیت توجه بنیادین به وضعیت حاد آن میان مهاجرین تاکید داشته اند. برای نمونه، نتایج مطالعات Faria و Waquas و Van Bergen و همکاران در کشورهای انگلستان و هلند نشان می دهد که خودکشی از جمله معضلات و مشکلات مربوط به سلامت گروههای جمعیتی مهاجرین است که به تبع پیامدهای اجتماعی و اقتصادی، برخورد فرهنگی و تبعات روحی و روانی حاصله از مهاجرت نمود حاد و

افزایش مهاجرت در سرتاسر جهان باعث توجه به سلامت گروههای جمعیتی مهاجر شده است. مطالعات انجام شده نشان می دهد در مجموع مسایل و مشکلات مربوط به بهداشت و سلامت اجتماعی و فردی گروههای جمعیتی مهاجر نسبت به تر کیب کل جمعیت جوامع بیشتر است که این امر، زمینه مطالعاتی بسیار وسیعی را برای پژوهشگران حیطه سلامت مهیا کرده است (۲۰۱). در این میان، پدیده خودکشی نیز از جمله موضوعات

شده داده شد. سپس با مقایسه مداوم کدها با یکدیگر و با سایر داده های بدست آمده از مصاحبه ها، به طبقه بندی دسته های موضوعی فرعی و طبقات بر مبنای ویژگیهای مشابه، وجوه مشترک و تناسب میان مقولات پرداخته شد. در این مرحله، با استفاده از کدگذاری محوری، رابطه موجود درون خوشه ها، و روابط میان طبقات فرعی بادسته های موضوعی تعیین و پردازش گردید. با رسیدن به مرحله اشباع داده ها، کلیه مقوله ها و طبقات با بهره گیری از کدگذاری انتخابی یکپارچه سازی و ترکیب شدند که منجر به شکل گیری دو طبقه مفهومی اصلی گردید. تحلیل نهایی از یافته ها به تشخیص تعامل و رابطه کلی میان طبقات اصلی، دسته های موضوعی و زیر مقولات انجامید که فرایند روانی اجتماعی اساسی تحقیق را آشکار نمود. در نهایت، برای حصول اطمینان از صحت و دقت مطالعه، با استفاده همزمان از نتایج مطالعات پیشین و بازخوانی مستقل نسخه ها توسط همکاران (۵) مشخص شد که نتایج و تفاسیر انجام یافته مناسب و همسو بوده اند.

یافته ها

فرایند روانی اجتماعی اساسی یا مقوله مرکزی بدست آمده از مصاحبه با نمونه های مورد بررسی عبارت از این بود که: هر اقدام به خودکشی در نتیجه تعامل و تاثیرگذاری عوامل متعدد اجتماعی-اقتصادی، روانشناختی و زیستی حاصل می شود. از میان این عوامل، بخشی به صورت ساختاری فرای اراده و خواست افراد بر روند زندگی ایشان تاثیر می گذارد و بخشی به ناتوانی های ایشان در حل مشکلات و یا انطباق با شرایط ناهنجار و تنش زا بر می گردد. مقوله یا متغیر مرکزی پژوهش حاضر، در برگیرنده شش دسته موضوعی از عوامل خطر ساز و زمینه ساز خودکشی است که در قالب دو عنوان کلی به شرح زیر تبیین و تشریح گردید.

مسائل و معضلات زمینه ای و ساختاری حاشیه نشینی

۱. فقر، بیکاری و مشاغل کاذب

از جمله موارد مطرح شده در مصاحبه با افراد خودکشی کننده، موضوعات و مسایل اقتصادی بودند که به خصوص در میان مردان جوان و سرپرستان خانواده ها بیشتر مورد اشاره قرار می گرفت. موضوعات و مسایل اقتصادی علاوه بر اینکه در موارد خاصی به عنوان انگیزه مستقیم برخی از اقدام های به خودکشی افراد مطرح می شد، اما در اکثریت موارد از فقر، بیکاری و مشاغل سخت و کم درآمد به عنوان عوامل زمینه ساز تعیین کننده یاد می شد. مرد ۳۸ ساله ای که در پی اقدام به خود سوزی با نقت در بیمارستان بستری بود، می گوید:

«از دوران بچگی تا چند وقت پیش فریبانی می کردم... درآمد کم و شغل سختی بود، کم کم دیگه اعصابم نکشید و نتونستم کار کنم، تو خونه بد خلقی می کردم و اختلاف می شد... تا اینکه تو اطراف تبریز در کوره آجرپزی کار کردم... چند روز پیش دختر بزرگم تشنج کرده بود که مجبور شدم چند روز کار نرم... وقتی برگشتم دیگه نداشتن کار کنم، بجام کس دیگری رو گذاشته

آشکاری پیدا کرده است (۳،۲). با این حال، متأسفانه در کشور ما دلیل عدم وجود داده های آماری متقن و نبود مطالعات و بررسی های دقیق (۴)، شناخت و آگاهی کافی درباره وضعیت سلامت گروههای مهاجر در دست نیست که ضرورت انجام مطالعات متعدد اپیدمیولوژیکی، توصیفی و تبیینی را به منظور ارتقای سطح سلامت مهاجرین حاشیه نشین را می طلبد. پژوهش حاضر نیز، پس از آنکه نتایج اولیه یک پروژه تحقیقی در مورد خودکشی، نشان داد که در بین نمونه های مورد بررسی تعداد افراد اقدام کننده به خودکشی از میان گروههای جمعیتی مهاجر با منشأ روستایی و شهرستانی ساکن در محلات فقیر نشین و حاشیه ای شهر تبریز قابل ملاحظه است، به صورت یک تحقیق کیفی سبب شناختی طراحی و اجرا شد. از نوآوریهای تحقیق حاضر، شناسایی و نیز بررسی شرایط سلامت اجتماعی و فردی گروههای مهاجر حاشیه نشین در ارتباط با پدیده خودکشی می باشد که با توجه به نبود آمار و اطلاعات لازم در مورد وضعیت سلامت گروههای مهاجر بویژه در مورد مقوله خودکشی این گروه جمعیتی در سطح کشور، همزمان از ابعاد مطالعاتی و اکتشافی برخوردار است.

مواد و روش ها

این مطالعه، یک پژوهش کیفی از نوع نظریه زمینه ای است. نظریه زمینه ای، یکی از رایجترین شیوه های پژوهش کیفی است که ریشه در نظریه تعامل نمادین دارد و تمرکز آن بر معانی حوادث برای افراد در محیطهای طبیعی زندگی است (۵). جامعه مورد بررسی این تحقیق را افراد مربوط به گروههای جمعیتی مهاجر حاشیه نشینی تشکیل می دهند که یا مستقیماً خودکشی را تجربه کرده یا با آن در ارتباط بوده اند که بر مبنای آگاهی داشتن نسبت به عمل اقدام به خودکشی و داشتن سن بالای ۱۵ سال وارد مطالعه شده و مورد بررسی قرار گرفتند. در مطالعه حاضر، تا رسیدن به مرحله اشباع، مجموعاً ۳۴ بر مبنای نمونه گیری هدفمند مورد بررسی قرار گرفتند.

برای جمع آوری اطلاعات از تکنیک مصاحبه نیمه عمیق که از ابزارهای مرسوم در مطالعات کیفی می باشد (۶)، استفاده گردید. بدین منظور، با اخذ مجوز از مسولین ذیربط و کسب رضایت کتبی نمونه ها برای شرکت در تحقیق، و رضایت شفاهی از برخی همراهان بیمار در صورت اقتضاء، همچنین اطمینان به محرمانه بودن اسامی همراه تفهیم کامل حقوق مشارکت کننده تحقیق در خروج یا کناره روی از مطالعه، مصاحبه ها در مکانی آرام انجام یافته و به صورت صوتی ضبط شدند.

تمامی مصاحبه ها در سه بیمارستان امام خمینی، سینا، رازی و نیز، در مرکز پزشکی قانونی تبریز انجام یافتند. میانگین زمانی مصاحبه ها نیز در حدود ۳۵ دقیقه بود. برای تحلیل داده ها از روش شش مرحله ای کدگذاری و مقایسه مداوم «Strauss و Corbin ۱۹۹۸» استفاده شد (۷،۵). به این صورت که ابتدا با استفاده از کدگذاری باز، برجسبهایی به مقولات، موضوعات و وقایع بیان

«تو هجده سالگی با پسر ۲۴ ساله هم محل آشنا شدم. با اصرار هر دو ازدواج کردیم... بعداً متوجه شدم که مواد مصرف می کنه و با دوستاش می فروشه... البته تو محل ما این مواد پره... هر خونه به معتاد پیدا میشه... رو این موضوع با هم اختلاف پیدا کردیم... به خاطر مصرف هروئین و کریستال به زندان افتاد من هم دیگه درآمدی نداشتم نمی دونستم چکار کنم... تو خونه پدرم هم قبولم نکردن که رفتم هر چی قرص دستم اومد انداختم».

نمونه های تحقیق اظهار می داشتند که چگونه آسیبهای و خطرات شایع در منطقه سکونت و محل شغل افراد خواسته و ناخواسته بر مسیر زندگی افراد تحمیل شده بود. این در حالی است که حتی اقدامات درمانی و جبران کننده نیز در اغلب موارد به دلیل تداوم وضعیت ناهنجار ظرفیت لازم را در حل مشکلات به پیش آمده را نداشته است. چنانچه پدر پسر ۲۶ ساله ای که با حلق آویز کردن خود اقدام به خودکشی کرده بود می گوید: «پسرم رو سه بار برای ترک اعتیاد به کمپهای ترک اعتیاد بردیم ولی فایده نداشت چون همیشه دور و برش آدمایی هستن که باز هوس مصرف مواد رو تو سرش می انداختند».

یافته های مطالعه نشان می دهد آسیبهای حاصله از فضای زیستی پر خطر خودکشی کنندگان در اغلب موارد با اختلال در کارکردهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی افراد، منجر به آسیبهای دیگری چون طلاق، بیکاری، از دست رفتن روابط و حمایت های اجتماعی و خانوادگی ایشان می انجامد. این امر مجموعه ای از مسایل و مشکلات اجتماعی، اقتصادی، روحی و روانی را تشکیل می دهد که ناتوانی در مواجهه و حل مشکلات در هم تنیده ایشان، زمینه مناسبی را برای اقدام به خودکشی مهیا می دارد.

تضادهای دوگانه در زندگی مهاجران

۱. تقابلات بین نسلی

تضادهای بین نسلی از جمله موارد اختلاف برانگیز بیان شده در میان خانواده ها بود که در اقدام به خودکشی نسلهای مختلف دو جنس مهاجرین نقش بسزایی داشت. این اختلافات در پی برخورد میان فرهنگ و انتظارات متفاوت بین نسلهای ساکن در یک خانواده یا چند خانواده کاملاً وابسته به هم بوجود می آید که در نهایت منجر به واکنشهای رفتاری، افسردگی و یا خودکشی فردی می شود که در این اختلاف منزوی و تنها شده است. برای نمونه برادر مرد میانسالی که با حلق آویز کردن خود اقدام به خودکشی کرده بود می گوید:

«برادرم کارش ساز زن سستی (عاشق) بود... پسر بزرگش که ۱۸ سال داره و کارش نصب سقف کاذبه، تازگی با دختر دانشجویی که اهل... نامزد کرده که برادرم رضایت نمی داد... اما به هر صورت عقد شد... دختره خیلی چیزها رو اصلاً رعایت نمی کرد و باعث اختلاف شدید تو خونه برادرم شده بود... حتی برادرم رو مجبور کردن خونهایش رو بفروشه تا اونا خونه مستقل اجاره بگیرن... دیروز بعد اختلاف شدید هر دوشون با برادرم، خودش رو کشته». یافته های تحقیق نشانگر آنست که تفاوت در نگرش و التزام به رعایت

بودن... اعتراض کردم و درگیر شدیم... هم کتک خوردم و هم اخراج شدم... فایده این زندگی چیه!».

در موارد بسیاری نیز شرایط سخت اقتصادی با تبعات و مسایلی چون مصرف مواد مخدر، طلاق و جرم یا زندان همراه بود که باعث تشدید نابسامانی زندگی و عمیق تر شدن وضعیت جسمی و روحی افراد شده بود. چنانچه مرد جوانی توضیح می داد چگونه ناتوانی های اقتصادی وی با مصرف مواد مخدر و نیز شکست در ازدواج همراه شده که نهایتاً وی برای رهایی از چنین وضعیتی اقدام به خودکشی با دارو نموده بود.

یافته های تحقیق نشان می دهد فقر و مشکلات اقتصادی در اکثریت موارد مورد بررسی به نحوی گریبانگیر افراد بوده و در انگیزش اقدام به خودکشی نقش تعیین کننده ای داشته است.

۲. شاخصهای بهداشت و سلامت محیطی، اجتماعی و

فردی نازل

اطلاعات عمومی بدست آمده از نمونه های تحقیق نشان می دهد که اکثریت موارد خودکشی کننده در بطن خانواده های پرجمعیت کم سواد زندگی کرده اند که معمولاً نیز با خانه های مسکونی کم مساحت و ناسالمی همراه است. همسو با این شرایط، شیوع گسترده بیماریها و اختلالات جسمی و روحی شدید نیز به وخامت اضاع زندگی این افراد شدت بخشیده بود.

برای نمونه مادر پسر ۲۰ ساله ای که اقدام به خودسوزی با تینر کرده بود می گوید:

«ما خانواده ۷ نفری هستیم... شوهرم کاگر ساختمانی است... تو خونه ۷۵ متری... زندگی می کنیم... هر دوی ما بی سواد هستیم که از ۲۴ سال قبل به تبریز اومدیم... پسرم از بچگی تشنج داشت که دایم اذیتش می کرد البته یه خواهر کوچکشم تشنج داره... از چند روز پیش می گفت خودم رو میکشم تا راحت بشم... وقتی ما خونه نبودیم رفته تینر خریده و تو حیات خودش رو سوزونده».

داده های تحقیق نشان می دهد که تراکم در فاکتورهای ناسالم اجتماعی-اقتصادی و فردی افراد زمینه ای مناسب را برای انواع اختلالات جسمی و روحی و نهایتاً خودکشی بوجود می آورد. این شرایط منجر به هم افزایی مشکلات و شرایط سخت روحی و روانی و ناتوانی در کارکردهای اجتماعی و اقتصادی این افراد شده که زمینه مناسبی را برای خودکشی فراهم می نماید.

۳. زندگی در محلات و مناطق پر خطر

افراد مشارکت کننده در تحقیق در تشریح زمینه های موثر در اقدام به خودکشی به بیان خطرات و معضلاتی می پرداختند که بنا به گفته آنها در محلات مورد سکونت ایشان شایع بود. مصاحبه شوندگان نمونه های عینی از ویژگیهای عمومی محلات خود توصیف می کردند که موضوعاتی چون شیوع گسترده مواد مخدر، بالا بودن میزان جرم و جنایت، تعدد زندانی ها، رفتارهای خشونت آمیز و سوء استفاده های جنسی را در بر می گرفت. زن جوان ۲۱ ساله ای که به دلیل اقدام به خودکشی به روش مسمومیت دارویی در بیمارستان بستری بود، می گوید:

۳. انتظارات هنجاری متضاد خانواده های گسترده سنتی با خانواده های هسته ای جدید

از موضوعاتی که نمونه‌های زن تحقیق از آن به عنوان عامل اختلافات بین فردی و مشاجرات و خشونت های خانوادگی یاد می‌کردند، تفاوت و تضاد میان انتظارات و هنجارهای خانواده های سنتی گسترده مداخله گر با علایق، خواسته ها و ارزشهای اجتماعی خانواده های هسته ای تازه تشکیل یافته بود. اغلب این موارد، زنان جوان تازه ازدواج کرده ای بودند که همراه خانواده شوهر در یک مکان و بصورت خانواده گسترده زندگی می‌کردند با این امید که با پس انداز نمودن پول، بعدها بتوانند برای خود خانه ای تهیه نمایند. در طی این دوره آنها مجبور بوده اند تا در شرایط ناهنجار، خانواده های شلوغ و پر جمعیتی همراه فشارهای روحی و روانی زندگی نمایند. برای نمونه زن جوان ۲۴ ساله ای که با مسمومیت دارویی اقدام به خودکشی کرده بود پس از تشریح بغض آلود چنین شرایطی اظهار داشت: «خواستم بدون من آدمم نه برده». یافته های تحقیق نشان می‌دهد که این شرایط بدلیل ویژگی اجتماعی-اقتصادی مهاجرین حاشیه نشین بصورت اجتناب پذیر از زمینه های مناسبی را برای تنشها و مشاجرات خانوادگی دامنه دار فراهم می‌نماید که ایشان پس از مدتی ازدواج، در یک وضعیت روحی ناسامان، و احساس درماندگی و افسردگی برای رهایی از چنین شرایطی اقدام به خودکشی می‌نمایند.

جدول ۱: مشخصات نمونه ها

| ردیف | تعداد نمونه ها | درصد |
|------------------------------|----------------|------|
| ۱. جنس | | |
| مرد | ۲۱ | ۶۱/۷ |
| زن | ۱۳ | ۳۸/۳ |
| مجموع | ۳۴ | ۱۰۰ |
| ۲. روش اقدام | | |
| دارو و مواد سمی | ۱۵ | ۴۴ |
| خودسوزی | ۹ | ۲۶/۵ |
| حلق آویز | ۸ | ۲۳/۵ |
| اسلحه گرم | ۲ | ۶ |
| ۳. سن | | |
| ۱۵-۳۰ | ۱۷ | ۵۰ |
| ۳۰-۴۵ | ۸ | ۲۳/۵ |
| ۴۵-۵۵ | ۴ | ۱۲/۵ |
| ۵۵ به بالا | ۵ | ۱۴ |
| ۴. وضعیت تاهل | | |
| مجرد | ۱۶ | ۴۷ |
| متاهل | ۱۱ | ۳۲/۴ |
| طلاق گرفته و بیوه | ۷ | ۲۰/۶ |
| ۵. میزان تحصیلات نسبی | | |
| کم | ۲۶ | ۷۶/۵ |
| متوسط | ۸ | ۲۳/۵ |
| زیاد | - | - |

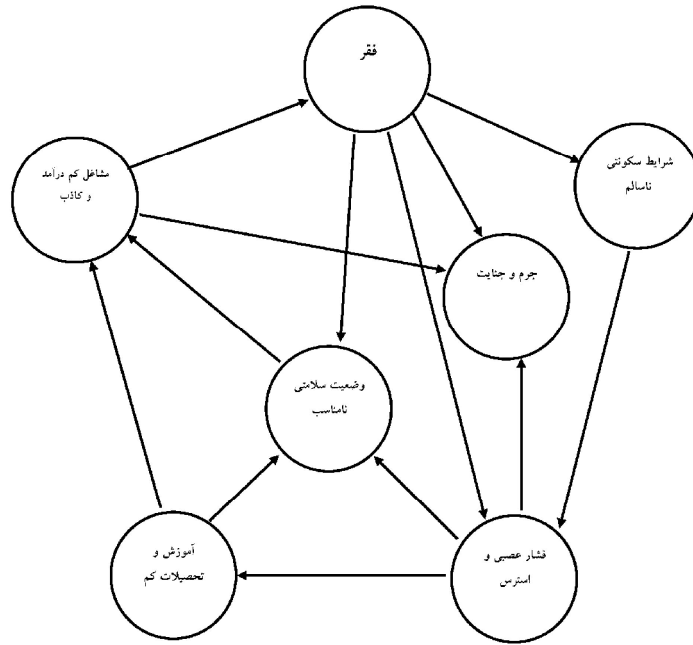
ارزشها و هنجارهای متفاوت در بین اعضای خانواده ها، منشاء اصلی ناتوانیهای ایشان در برقراری ارتباطی متقابل و مفاهمه میان اعضای متعلق به نسلهای متفاوت خانواده‌ها می‌باشد. از این رو، پیامد حضور باورها، فرهنگ، هنجارها و گرایشهای متفاوت و متضاد در خانواده ها به تقابلات بین نسلی پایدار و حل نشده‌ای می‌انجامد که زمینه ساز بسیاری از آسیبها و ناهنجاریهایی چون خودکشی می‌باشد.

۲. تبعات ناگوار فرهنگ مردسالاری اقتدارگرایانه بر سلامت جسمی و روحی زنان

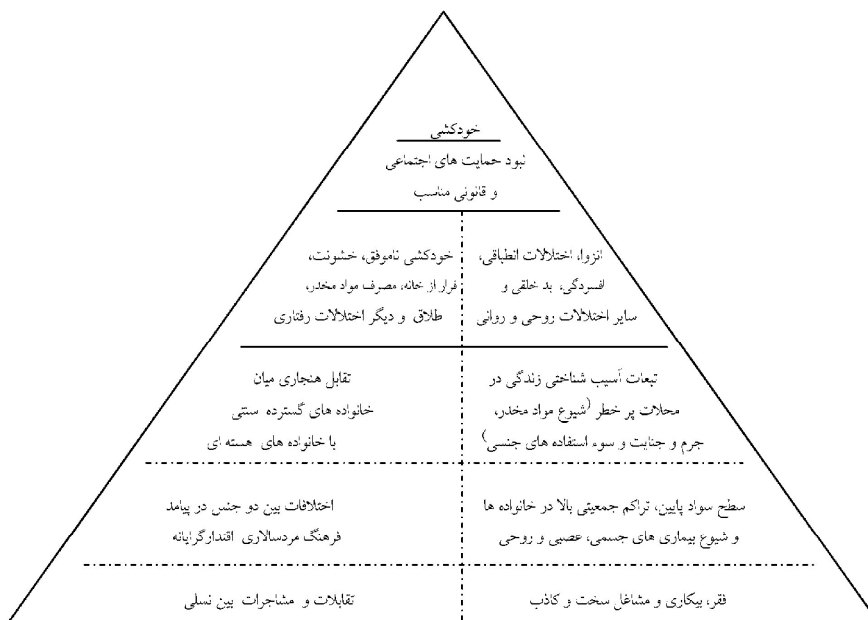
در مصاحبه های انجام شده با دختران و زنان جوان، مشخص ترین مواردی که مستقیماً مورد اشاره قرار می‌گرفت، مربوط به اختلافات و مشاجرات میان دو جنس در خانواده ها بود که در نتیجه استبداد هنجاری مردسالارانه در خانواده ها بوجود آمده بود. برای نمونه خواهر دختر ۲۱ ساله‌ای که اقدام به خودکشی کرده بود، توضیح می‌داد که چگونه اصرار خواهرش به کار در بیرون از منزل و سپس آشنایی با یک پسر منجر به مشاجره و خشونت شدید در خانواده شده بود، که نهایتاً به دلیل محدودیتهای خانواده اقدام به خودسوزی نموده بود. داده های تحقیق نشان می‌دهد که فرار از خانه، طلاق، ازدواج های با سنین پایین و بارداریهای زودهنگام نیز از مواردی هستند که به موازات یأس، افسردگی و خودکشی دختران جوان در محیط های خانوادگی ناسالم مبتنی بر ترس و خشونت که در آن به خواسته های ایشان توجهی نمی‌شود، بسیار شایع است چنانچه زن جوانی این شرایط را بدینسان شرح می‌دهد که:

« قبل از گرفتن دیپلم با پسر همشهریمون ازدواج کردم... شوهرم تو قنادی کار می‌کنه... سوادش هم از من کمتر... وضع اقتصادی شوهرم هم خوب نیست... اونم عین پدرم آدم بدخلق و عصبانیه که اجازه هیچ کاری رو به من نمی‌ده ... با دوست و آشنا قطع ارتباط کردیم... خیلی وقتها با هم اختلاف داریم و منو کتک می‌زنه... پارسال اونقدر کتکم زد که آخرش خودم رو از پشت بام پایین انداختم که پاهام شکست... وضعیت روحیم خیلی آشفته شده به روانپزشک می‌رم و قرص مصرف می‌کنم... از ترس توهم آوردم... خودم رو می‌کشم تا راحت بشم».

یافته های تحقیق بیانگر آنست زنان و دختران جوانی که در محیطهای خانوادگی مبتنی بر خشونت و اقتدار مردسالارانه زندگی می‌کنند، از شرایط روحی و روانی وخیمی در رنج هستند. آنها گرفتار حرمانهایی هستند که ناشی از عدم رسیدن به خواسته ها و آرزوها و نیز ناتوانی در تغییر شرایط غیر قابل تحمل خویش هستند که منجر به مسایلی چون بیماریهای روحی، طلاق، فرار از خانه، اقدام به خودکشی ناموفق و خودکشی های موفق را در پی دارد.



شکل ۱: چرخه فقر و تبعات آن



محتوای پر تنش زندگی مهاجران متأثر از تغییرات فرهنگی

مسائل و معضلات ساختاری حاشیه نشینی مهاجران

شکل ۲: مدل تحلیلی عوامل موثر در شکل گیری خودکشی در بین مهاجران

بحث

به امراض و بیماریهای جسمی بالایی برخوردارند، از طرف دیگر، این افراد از آموزش و مهارتهای لازم در مواجهه با مشکلات، و حل یا انطباق با این شرایط برخوردار نیستند. از این رو، مواجهه مداوم با بحرانها و مسایل، و ناتوانی در حل مشکلات و یا انطباق با آنها، به اختلالات روحی و رفتاری و آسیبهایی چون خودکشی می انجامد (۱۰ و ۱۱).

در مجموع این نتایج، مؤید روایی الگوی چرخه فقر، زمینه ها و پیامدهای آنست که Johnston و Lewis مطرح نموده اند (۱۶). مدل چرخه فقر در شکل شماره ۱ نشان داده شده است.

یافته‌های این تحقیق در انطباق با سایر مطالعات نشان داد که تغذیه از دو منبع فرهنگی متفاوت و تغییر در نقشهای اجتماعی سستی همراه با انتظارات نقش دوگانه در خانواده های مهاجرین به تضادی دایمی در بین اعضای متعلق به نسلهای مختلف این خانواده ها تبدیل می شود که انواع ناهنجاریهای رفتاری، اختلالات روحی و روانی، افسردگی و نهایتاً خودکشی به ویژه در میان جوانان، سالخوردهگان و زنان و دختران جوان از پیامدهای بارز این اختلالات است. در این راستا، نتایج مطالعه فاریا خان و وحید در انگلستان نیز نشان داد که چگونه تغییرات فرهنگی بوجود آمده میان نسلهای جوان و زنان و دختران خانواده های مهاجرین با منشاء هندی و پاکستانی، باعث از هم پاشیدگی ها در روابط خانوادگی، تقابلات بین نسلی، مشاجرات خانوادگی و آسیب های اجتماعی و روانی می شود که از نمودهای مشخص این آسیب ها افزایش نرخ خودکشی ما بین مهاجرین است (۳). بررسی های انجام یافته توسط قربانی و تقوی در استانهای کرمانشاه و آذربایجانشرقی نیز نشان داد مشاجرات و خشونت‌های خانوادگی از جمله علل و انگیزه های اساسی بوده اند که در برانگیختن خودکشی و مسایل روحی روانی به خصوص در بین جوانان، دختران و زنان جوان و سالخوردهگان نقش آشکاری داشته اند (۱۷)، (۱۸). فشار هنجاری فرهنگ مردسالاری اقتدارگرایانه حاکم بر روابط خانوادگی و تبعات جسمی و روحی آن از مهمترین موضوعاتی بود که زنان و دختران جوان در این مطالعه مستقیماً از آن به عنوان علتی اساسی در اقدام به خودکشی یاد می کردند. اکثر پژوهشهای مرتبط با خودکشی زنان بیانگر آنست که انزوا، نا امیدي و افسردگی ویژگی عمومی زنان و دختران جوانی است که در محیط های خانوادگی مبتنی بر ترس و خشونت، تمام آمال، امیدها و خواسته های خود را از دست رفته می بینند. در مطالعه ای که رحیمی به بررسی علل خودسوزی دختران ترکمن می پردازد، با استناد به مدل نظری امیل دورکیم در خصوص خودکشی تقدیرگرایانه، اظهار می دارد که خودسوزی برای دختران و زنان جوان به منزله رهایی از تقدیر گریز ناپذیری است که در جریان زندگی خود ناتوان از تغییر آنند (۱۹). دورکیم می گوید: در این حال اشخاصی دست به خودکشی می زنند که آینده اشان به طور

با تجزیه و تحلیل داده ها مشخص شد که فقر، بیکاری و مشاغل سخت زمینه ساز بسیاری از اختلالات و آسیبهای زندگی اجتماعی و فردی من جمله خودکشی در میان مهاجرین کم درآمد است. یافته های تحقیق نشان می دهد اگرچه در برخی نمونه ها مشکلات اقتصادی انگیزه اصلی خودکشی محسوب می شوند اما در اغلب موارد، ناتوانیهای اقتصادی به شرایط نازلی از سلامت جسمی، روحی و اجتماعی می انجامد. در تأیید این موضوع، مطالعات Cooper و همکاران (۸) و Gerdham و همکاران (۹) در کشورهای اتحادیه اروپا و آمریکا نیز نشان داد که گروههای جمعیتی فقیر، بیکار و کم درآمد نسبت به سایر طبقات جامعه در سطوح سلامتی پایین تری قرار دارند و میزان مرگ و میرهای غیر معمول ایشان، از جمله خودکشی در بین این افراد بسیار بیشتر از سایر اقشار جمعیتی می باشد (۹،۸). همسو با این نتایج، خزاعی و پرویزی فر در استان آذربایجان شرقی (۱۰) و «مجبی و بوشهری» در استان آذربایجانغربی با بررسی موارد اقدام به خودکشی با روش مسمومیت دارویی دریافتند که فقر و بیکاری از عمده ویژگیهای دموگرافیکی و انگیزه های موثر بر اقدام به خودکشی در نمونه های مورد بررسی بوده است (۱۱). از سوی دیگر، فقر و درآمد پایین منجر به زندگی در محیط های پرخطر می شود. این امر، تبعات آسیب شناختی متعددی چون آشنایی با مواد مخدر، جرم و جنایت، آزارهای جنسی و فشارهای روحی و روانی را برای افراد بدنبال دارد که رابطه ای مستقیم با خودکشی دارند. در این راستا، نتایج پروژه بین المللی^۱ که به سفارش سازمان جهانی بهداشت در هشت کشور در حال توسعه منجمله ایران انجام یافت حاکی از آنست که مصرف مواد مخدر و ناراحتی های روانی از عمده فاکتورهای موثر بر اقدام به خودکشی در این کشورها می باشد (۱۲).

نتایج مطالعات Kidd و همکاران (۱۳)، Comtois و همکاران (۱۴) و Thomas و همکاران (۱۵) در آمریکا و ایتالیا نیز نشان داد که تجارب استفاده از مواد مخدر، بی خانمانی و تجزی اجتماعی و نهایتاً سوء استفاده های جنسی از جمله مهمترین عوامل موثر در اقدام به خودکشی نمونه های مورد بررسی با شرایط نابسامان اجتماعی-اقتصادی و روانی بوده است (۱۳، ۱۴ و ۱۵).

یافته های پژوهش حاضر همچنین نشان می دهد تراکم جمعیتی بالا در خانواده ها و محلات، تحصیلات و مهارتهای شغلی اندک و شیوع بیماریهای جسمی و روانی همسو با کم اطلاعی از مسایل و موضوعات بهداشتی و سلامتی باعث تداوم زندگی حاشیه نشینی، معضلات آن و همزیستی دایمی با خطرات آن می شود که زمینه های مناسبی را برای اقدام به خودکشی بوجود می آورد. در تبیین چنین شرایطی محققین با استناد به مطالعات انجام یافته بیان می دارند که اکثر افراد کم سواد که از مهارتهای شغلی اندکی برخوردارند، همواره در معرض مشکلات، آسیبها و مسایل مختلف زندگی فردی و اجتماعی قرار دارند و از احتمال گرفتاری

پرتنش، مشاجرات خانوادگی دامنه دار و اختلالات روحی و رفتاری ظاهر می‌شود.

با وجود اینکه بهبود شرایط معیشتی، محیطی و اجتماعی و انواع راهکارهای آموزشی برای حمایت از مهاجرین کم درآمد ضروری است، اما مهمترین رکن پیشگیری و یا جلوگیری از پیامدهای آسیب شناختی مهاجرت، از یک سو به برقراری تدابیر و راهکارهای صحیح در خصوص کنترل عوامل مهاجر فرستی از روستاها و شهرستانهای محروم برمی گردد، و از سوی دیگر توانمند سازی و مشارکتهای داوطلبانه افراد در روند بهبود شاخصهای توسعه فرهنگی، اقتصادی و سلامت محلی و منطقه‌ای را می‌طلبد.

تقدیر و تشکر

محققین وظیفه خود می‌دانند تا از همکارها و مساعی نظر مسئولین و کارکنان مراکز درمانی امام خمینی، سینا و رازی تبریز و مرکز پزشکی قانونی تبریز نهایت سپاسگزاری و تشکر را داشته باشند.

بی‌رحمانه مسدود شده و احساساتشان به شدت با نظامات هنجاری و قواعد آزار دهنده سرکوب شده است (۲۰).

بصورت کلی، برآیند نهایی که از یافته‌های تحقیق بدست آمد، بیانگر آنست که خودکشی پدیده‌ای است که در مجموعه‌ای از عوامل متعامل درهم تنیده قابل تبیین است و هر گونه تبیین تک‌علیتی از آن گویای درستی از ماهیت چند وجهی آن نخواهد بود. این مطلب مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی نیز قرار گرفته است (۲۱). بر مبنای نتایج این تحقیق مدل تحلیلی استخراج شد که در شکل شماره ۲ ارایه شده است. این مدل، روابط متعامل در هم تنیده‌ای از فاکتورهای خطر ساز بنیادینی را بیان می‌دارد که به تدریج با اختلال در سلامت روانی افراد، زمینه مناسبی را برای اقدام به خودکشی فراهم می‌کند.

نتیجه گیری

مهاجرت صرفاً تغییری مکانی یا معیشتی نیست، بلکه دامنه این تغییر در پیامدهای متعددی که بهمراه دارد، تأثیرات عمیق تری را در محتوای زندگی مهاجران به جای می‌گذارد. این پیامدها عمدتاً در شکل محیط‌های جمعی نابسامان و ناسالم، شیوع فقر و انواع نابهنجارها، بیماری‌ها و آسیبهای اجتماعی، روابط خانوادگی

Reference

- Newbold KB, Dan forth J. Health status and Canada's immigrant population. *Soc Sci Med* 2003; **57**(10): 1981-95.
- Van Bergen D, Smit J H, Saharso S. Gender and Cultural Patterns of Suicidal Behavior: Young Hindustani Immigrant Women in the Netherlands. *Crisis* 2006; **27**(4): 181-188.
- Faria K, Waquas W. Suicide in Specific Populations: Suicide and self-harm in South Asian Immigrants. *Psychiatr serv* 2006; **57**: 283-285.
- Sheikhavandi D. Summarized Designed Discussions about Suicide. *Papers of First National Conference of Social Problems in Iran*. Iranian Sociological Association. 4th ed. Tehran, Tehran Agah, 2004; PP: 15-33.
- Parvizi S, Salsali M, Adib HajBagheri M. Qualitative Research Method. 1st ed. Boshra, 2007; PP: 83-150.
- Ministry of Health and Medical education. Qualitative research papers 5-8. Tehran Ministry of Health & Medical education, office of Continuing Education for Health Personell; 2000; PP: 11.
- Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 2nd ed, Thousand Oaks, Sage Publication Inc, 1998; PP: 100-241.
- Cooper D, Mc Causland WD, Theodossiou I. The health hazards of unemployment and poor Education: The socioeconomic determinants of health duration in the European Union. *Econ Hum Biol* 2006; **4**(3): 273-297.
- Gerdtham Ulf-G, Johannesson M. A note on the effect of unemployment on mortality. *J Health Econ* 2003; **22**(3): 505-518.
- Khazaei H, Parvizifar A. *Investigation of Demographical Characters & Mental Conditions of Suicide Attempters in Tabriz in 2001*. Behbood Journal. 3rd ed. 2003; PP: 42-51.
- Mohebi I, Boshehri B. Stressor Effects of Intentioned Suicide attempts: review of 400 cases. *The Journal of Uremia University of medical Sciences* 2006; **17**(3): 219-225.
- Project of Supre-Miss. 2004. <http://www.tehranpi.org/content/view/342/176/lang,pe.html> (Accessed April 2008).
- Kidd AS, Carroll RM. Coping and suicidality among homeless youth. *J Adolesc* 2007; **30**(2): 283-296.
- Comtois KA, Russo JE, Roy-Byrne P, Ries RK. Clinicians' Assessments of Bipolar Disorder and Substance Abuse as Predictors of Suicidal Behavior in Acutely Hospitalized Psychiatric Inpatients. *Biol Psychiatry* 2004; **56**(10): 757-763.
- Thomas E, Joiner J, Natalie J, Sachs-Ericsson, LaRicka R, Wingate, et al. Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide

- attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behav Res Ther* 2007; **45**(3): 539–547.
16. Johnston RJ, Derc G, Smith D. *The Dictionary of Human Geography*. 3rd ed. Cambridge Massachusetts, Black well publishers Ltd, 1994; PP: 118.
17. Gorbani S. *Investigation of Suicide Motivations in Kerman shah (1998-1999)*. *Papers of First National Conference of Social Problems in Iran*. Iranian Sociological Association. 4th ed. Tehran, Tehran Agah, 2004; PP: 139-164.
18. Tagavi N. *Investigation of effective Factors on Suicide in Eastern Azerbaijan*. . *Papers of First National Conference of Social Problems in Iran*. Iranian Sociological Association. 4th ed. Tehran, Tehran Agah, 2004; PP: 71-74.
19. Rahimi A. *Analysis of Self Burning of Turkmen Girls*. *Journal of Humanity & Social Sciences Institute of Jihad University*. 3rd ed. 1999; PP: 80-81.
20. Durkheim E. *Suicide*. 1st ed Tehran, Tabatabee University. 1999; PP: 331.
21. WHO. Preventing suicide. A resource for teacher and other school staff. 2000, <http://www.WHO.int/mentalHealth/evidence/en/prevention-of-mental-disorder-sr.html> (September 2007).