DOI: 10.48305/jhsr.v19i4.1519 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 19, No. 4, Winter

Received: 07.09.2022 Accepted: 13.03.2023 Published: 06.12.2023

Emotional Lived Experiences of Women Attempting Suicide

Neda Shirani-Esfahani[1], Azra Mohammadpanah-Ardakan[2], Yasser Rezapour-Mirsaleh[3]

Original Article

Abstract

Background: Suicide is a serious problem in the field of public health and is currently the tenth leading cause of death worldwide. Shockingly, statistics show that every 11 minutes, one person loses their life to suicide. Suicide is a complex phenomenon involving individual, emotional, social, psychological, and genetic factors. People who commit suicide have diverse lived experiences. Since unsuccessful suicide attempts are more common in women than men and it is one of the important risk factors for future suicide, the purpose of this study was to investigate the emotional lived experiences of women who have attempted suicide.

Methods: To conduct the present study, from all women attempting to commit suicide who had referred to the Social Emergency of Meybod City, Iran, 9 people were selected using purposive sampling. In order to collect data, semi-structured interviews were conducted, and data analysis was performed using the 7-step Claizian method. The reliability and validity of this research were based on the criteria of "transferability, reliability, verifiability, and authenticity".

Findings: The findings from emotional experiences included 7 main categories: "experience of spouse betrayal", "experience of marital problems", "emotional inefficient coping methods", "experience of negative feelings", "experience of lack of warmth and support from the family", "experience of parental marital discord", and "experience of sexual abuse in childhood and adolescence" and 15 subcategories.

Conclusion: Most women who commit suicide have experienced sexual, physical, and emotional abuse during their childhood and adolescence. Therefore, it is necessary to prioritize the implementation of support and educational programs aimed at preventing and reducing the harm caused by experience of sexual, physical, and emotional abuse for women in health, medical, and educational centers.

Keywords: Attempted suicide; Lived experience; Emotional experiences; Women

Citation: Shirani-Esfahani N, Mohammadpanah-Ardakan A, Rezapour-Mirsaleh Y. **Emotional Lived Experiences of Women Attempting Suicide.** J Health Syst Res 2024; 19(4): 325-35.

1- Department of Psychology, School of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran
2- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran
3- Associate Professor, Department of Counseling, School of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran
Corresponding Author: Azra Mohammadpanah-Ardakan; Assistant Professor, Department of Psychology, School of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran; Email: azramohammadpanah@ardakan.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

DOI: 10.48305/jhsr.v19i4.1519 Published by Vesnu Publications

تجربه زیسته عاطفی زنان اقدام‌کننده به خودکشی

ندا شیرانی اصفهانی[۱]، عذرا محمدپناه اردکان[۲]، یاسر رضاپور میرصالح[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: خودکشی مشکلی جدی در حوزه سلامت و دهمین علت مرگ و میر می‌باشد؛ به نحوی که در هر ۱۱ دقیقه، یک نفر در جهان بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهد. خودکشی، پدیده پیچیده‌ای است که عوامل فردی، عاطفی، اجتماعی، روانی و ژنتیکی در آن دخیل می‌باشد. افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، تجارب زیسته متفاوتی دارند. از آن‌جایی که اقدام به خودکشی ناموفق، در زنان بیشتر از مردان است و یکی از عوامل خطر مهم برای خودکشی در آینده به شمار می‌رود، پژوهش حاضر با هدف بررسی تجربه زیسته عاطفی زنان اقدام‌کننده به خودکشی انجام شد.

روش‌ها: برای انجام این مطالعه، از بین کلیه زنان اقدام‌کننده به خودکشی که به اورژانس اجتماعی شهرستان میبد مراجعه کرده بودند، ۹ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته انجام گردید و داده‌ها به روش هفت مرحله‌ای Colaizzi مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اعتماد و اعتبار تحقیق بر اساس معیارهای «انتقال‌پذیری، اطمینان‌پذیری، تأییدپذیری و باورپذیری» بود.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از تجربیات عاطفی شامل هفت مقوله اصلی «تجربه خیانت زوجین، تجربه مشکلات زناشویی، روش‌های مقابله‌ای ناکارامد هیجان‌مدار، تجربه احساس منفی، تجربه فقدان گرمی و حمایت از سوی خانواده، تجربه اختلاف زناشویی والدین و تجربه آزار جنسی در دوران کودکی و نوجوانی» و ۱۵ مقوله فرعی بود.

نتیجه‌گیری: اغلب زنانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، تجربه آزار جنسی، جسمی و عاطفی در کودکی و نوجوانی خود دارند. بنابراین، لازم است اجرای برنامه‌های حمایتی و آموزشی در جهت پیشگیری و کاهش آسیب‌های ناشی از تجارب آزار جنسی، جسمی و عاطفی برای زنان، در اولویت مراکز بهداشتی، درمانی و آموزشی قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اقدام به خودکشی؛ تجربه زیسته؛ تجربیات عاطفی؛ زنان

ارجاع: شیرانی اصفهانی ندا، محمدپناه اردکان عذرا، رضاپور میرصالح یاسر. **تجربه زیسته عاطفی زنان اقدام‌کننده به خودکشی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۲؛ ۱۹ (۴): ۳۲۵-۳۳۵

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۶/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۲ تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۹/۱۵

مقدمه

خودکشی یکی از دغدغه‌های اصلی بهداشت عمومی است. به همین دلیل، دهم سپتامبر (۱۹ شهریور) به عنوان روز جهانی پیشگیری از خودکشی نام دارد. گزارش‌های اخیر نشان می‌دهد که خودکشی دهمین علت اصلی مرگ در تمام سنین و دومین علت اصلی مرگ و میر جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله است (۱)؛ به طوری که بیشتر نوجوانان و بزرگسالان جوان بر اثر خودکشی فوت می‌کنند تا بیماری عروق کرونر، سکته مغزی، ناهنجاری‌های مادرزادی، آنفولانزا، ذات‌الریه، بیماری مزمن تنفسی و قتل (۲). ارزیابی‌ها نشان می‌دهد که بین سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۰ بیشترین میزان بروز اقدام به خودکشی مربوط به استان‌های اصفهان، یزد، سمنان و قم با میزان ۱۱۴/۷ در ۱۰۰ هزار نفر و کمترین میزان بروز نیز مربوط به استان‌های چهارمحال و بختیاری، کهکیلویه و بویراحمد و خوزستان با ۳۷ در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده است (۳). میزان و روش خودکشی در دو جنس متفاوت است. نتایج پژوهش Curtin و همکاران نشان داد خودکشی در زنان در سنین ۱۰ تا ۱۴ سال به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد؛ در حالی که میزان خودکشی در مردان سنین ۴۵ تا ۶۴ سال بیشتر است (۴). همچنین، زن بودن و مبتلا شدن به افسردگی، با ایده‌پردازی خودکشی و اقدام به خودکشی رابطه معنی‌دار و شدیدی دارد (۵). رایج‌ترین روش خودکشی در ایران، مصرف دارو می‌باشد؛ چرا که استفاده از آن، آسان و قابل دسترس است. همچنین، خودسوزی یکی از روش‌های رایج محسوب می‌شود (۶).

علاوه بر این که روش‌های مختلفی برای خودکشی وجود دارد، انگیزه اقدام به خودکشی یا ساز و کارهایی که باعث اقدام به خودکشی می‌شود، می‌تواند با انگیزه‌های خودکشی کاملاً متفاوت باشد. انگیزه‌های اقدام به خودکشی اغلب جلب توجه، فریاد کمک‌خواهی، اهرمی برای فشار وارد کردن به طرف مقابل، جلب ترحم، مظلوم‌نمایی و به دست آوردن چیزی یا رسیدن به هدف خاصی است. یعنی فردی که اقدام به خودکشی می‌کند، در اغلب موارد قصد مرگ ندارد، اما در خودکشی، تصمیم شخص برای مردن قطعی است (۷).

توضیح این که چرا برخی از افراد تصمیم می‌گیرند که به زندگی خود خاتمه

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
۳- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
نویسنده مسؤول: عذرا محمدپناه اردکان؛ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
Email: azramohammadpanah@ardakan.ac.ir

دهند، دشوار است، اما خودکشی را می‌توان یک اقدام چند عاملی دانست (۸). عوامل پیچیده‌ای از جمله عوامل ژنتیکی، محیطی، فرهنگی و روان‌پزشکی با خودکشی مرتبط می‌باشد (۹). همچنین، افکار خودکشی با انواعی از اختلالات روانی مانند افسردگی اساسی، اختلال شخصیت مرزی (BPD یا Borderline personality disorder) و اختلال سوء مصرف مواد مرتبط است (۱۰). از میان تمام عوامل خطر، سابقه اقدام به خودکشی و تاریخچه خانوادگی خودکشی، مهم‌ترین عوامل خطر برای اقدام مجدد و خودکشی کامل می‌باشد (۱۱)؛ به‌گونه‌ای که اغلب افرادی که خودکشی می‌کنند و زنده می‌مانند، ۱۰ تا ۲۰ درصد احتمال دارد که طی یک سال، دوباره اقدام به خودکشی کنند و برآورد می‌شود که ۱۰ تا ۱۵ درصد از افرادی که خودکشی می‌کنند، می‌میرند (۱۲).

یکی از عوامل اجتماعی مؤثر در خودکشی، رویدادهای استرس‌زای زندگی مانند ترومای کودکی است که از آن جمله می‌توان به غفلت عاطفی، غفلت فیزیکی، سوء استفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی و سوء استفاده عاطفی اشاره کرد که باعث افزایش خطر خودکشی می‌شوند (۱۳). شواهد نشان می‌دهد که قرار گرفتن در معرض زودرس استرس و ترومای کودکی، بر رشد مغز تأثیر منفی می‌گذارد که منجر به افزایش خطر علایم روانی می‌گردد (۱۴). یکی از این علایم، اختلالات هیجانی است. سوء استفاده و غفلت در دوران کودکی، منجر به ناتوانایی‌های مزمن در مقابله با نوسان هیجانات و در نتیجه، افزایش اختلالات هیجانی از جمله افسردگی می‌شود (۱۵). از آن‌جایی که افسردگی یکی از دلایل خودکشی است و ترومای کودکی سبب افسردگی می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت که ترومای کودکی می‌تواند باعث خودکشی گردد. به بیان دیگر، قرار گرفتن در معرض تروماهای کودکی متعدد و شدید، احتمال ارتکاب فرد به رفتار خودکشی را افزایش می‌دهد. به عنوان مثال، احتمال اقدام به خودکشی در زنانی که در دوران کودکی مورد آزار جنسی قرار گرفته بودند در مقایسه با زنانی که تجربه سوء استفاده جنسی نداشتند، ۲ تا ۴ برابر بیشتر بود و این تأثیر حتی در مردان زیادتر بود. احتمال اقدام به خودکشی در قربانیان سوء استفاده جنسی در مردان، در مقایسه با کسانی که در دوران کودکی سوء استفاده جنسی را تجربه نکرده بودند، ۴ تا ۱۱ برابر بیشتر بود (۱۶). زنان بیشتر از مردان در کودکی سابقه تروما دارند و این امر می‌تواند بخشی از دلیلی باشد که زنان، میزان بالاتری از افسردگی و اقدام به خودکشی را تجربه می‌کنند (۱۷).

خیانت، یکی دیگر از عوامل مؤثر می‌باشد که می‌تواند منجر به واکنش‌هایی مانند قتل، اقدام به خودکشی و... از جانب فرد قربانی خیانت شود (۱۸). به عبارت دیگر، زمانی که فرد خیانت دیده از این موضوع مطلع شود، مشکلات روانی و هیجانات منفی زیادی را تجربه می‌کند (۱۹). همچنین، اطلاع از خیانت همسر، باعث آشفتگی جسمانی و روانی، احساسات ناخوشایند، اشتغال فکری مداوم با چرایی رخداد و سوگ و حسرت در فرد آسیب دیده می‌شود (۲۰). احساسات ناخوشایند، عامل مهمی در ایجاد اختلالات روانی و خودکشی می‌باشد (۲۱). علاوه بر این، طلاق والدین با افسردگی، اضطراب، اقدام به خودکشی، افکار خودکشی، مصرف الکل و مواد مخدر همراه است (۲۲).

پدیده خودکشی تأثیرات مهمی بر جای گذاشته است که از آن جمله می‌توان به آسیب زدن به سلامت روان افراد و تخریب بنیاد خانواده، نابود کردن نیروهای فعال جامعه، افزایش احتمال رفتارهای خودکشی در سایر اعضای خانواده و جامعه، تحمیل هزینه‌های سنگین بر نظام خانواده و سازمان بهداشت و روان و حاکمیت قضایی از یأس و ناامیدی بر جامعه اشاره نمود (۲۳).

با توجه به اثراتی که خودکشی بر فرد، خانواده و جامعه می‌گذارد، لازم است تحقیقات عمیق و گسترده‌تری در این حوزه انجام شود. تحقیقاتی در زمینه خودکشی صورت گرفته است، اما بیشتر آن‌ها به صورت کمی بوده و از روش کیفی (تجربه زیسته) استفاده نشده است، به منظور فهمیدن بعد فکری و دیدگاه منحصر به فرد همه افرادی که تجربه یا تلاش برای خودکشی را دارند، خیلی مهم است که به دقت به آن‌ها گوش دهیم و اجازه دهیم تا داستان و روایت‌های زندگی خود را در فضای غیر داوری و قابل اعتماد تعریف کنند (۲۴). تجربه زیسته، بهترین راه برای بررسی عمیق شرایط، زمینه‌ها و پیامدهای خودکشی متناسب با زندگی اقدام‌کنندگان می‌باشد. تجربه زیسته به معنی دانش شخصی در مورد جهان که از طریق دخالت مستقیم و دست اول در رویدادهای روزمره به دست می‌آید و نه از طریق بازنمایی‌های ساخته شده توسط افراد دیگر می‌باشد. همچنین، به معنی دانش افرادی است که از تعامل مستقیم چهره به چهره به دست می‌آید و نه از طریق یک وسیله تکنولوژی (۲۵). ما هرگز دسترسی به تجارب اشخاص نداریم. بنابراین، سعی می‌کنیم تا حد ممکن به آن‌ها نزدیک شویم و به اظهارات و روایت‌های گویندگان در مورد تجارب زیسته آن‌ها اعتماد کنیم (۲۶). پژوهش حاضر به دنبال درک و کشف تجارب اقدام‌کنندگان در مورد خودکشی بود. شناخت هرچه بهتر عوامل و تجارب زیسته اقدام‌کنندگان به خودکشی، منجر به درک بهتر و ارایه حمایت‌ها از سوی خانواده، جامعه و سازمان‌ها می‌شود. در نتیجه، مطالعه حاضر به دنبال پاسخ این سؤال بود که تجربیات، برداشت‌ها و احساسات عاطفی زنان اقدام‌کننده به خودکشی چیست؟

روش‌ها

این تحقیق از نوع کیفی بود و با رویکرد پدیدارشناسی و با روش Colaizzi به تحلیل تجربه عاطفی اقدام‌کنندگان به خودکشی پرداخت. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان اقدام‌کننده به خودکشی بود که به اورژانس اجتماعی شهرستان میبد مراجعه کرده بودند. با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند، افرادی که ملاک‌های ورود یعنی اقدام به خودکشی، سابقه اقدام به خودکشی و درک مناسب برای پاسخگویی به سؤالات را داشتند، انتخاب شدند و افرادی که معیار خروج شامل سابقه مصرف مواد مخدر داشتند، حذف شدند. تعداد نمونه به اندازه‌ای انتخاب شد که عناصر اساسی مطالعه به حد اشباع برسند (۲۷). پس از مصاحبه و ثبت پاسخ‌های ۸ نفر، پاسخ‌های افراد به حالت اشباع رسید و انجام مصاحبه متوقف گردید. به منظور افزایش تنوع و غلظت مفهومی بیشتر، پس از رسیدن به حالت اشباع، مصاحبه‌ها با یک فرد دیگر نیز ادامه یافت.

اجرای تحقیق به این صورت بود که پس از مراجعه به اورژانس اجتماعی شهرستان میبد و کسب مجوز لازم از مسؤول مربوطه، به بررسی پرونده‌های مددکاری مربوط به اقدام‌کنندگان به خودکشی و انتخاب ۹ نفر از آن‌ها باتوجه به ملاک‌های ورود و خروج، پرداخته شد. سپس با تماس تلفنی از سوی اورژانس با اقدام‌کنندگان، زمانی برای مصاحبه با هر فرد به صورت جداگانه تعیین گردید و به مرکز دعوت شدند. پس از تشکیل جلسه مصاحبه، ابتدا توضیحاتی درباره پژوهش و اهداف آن به مراجعان ارایه شد و برای جلب همکاری بیشتر افراد، به آن‌ها اطمینان داده شد که برای محرمانه ماندن نام آن‌ها، از کد استفاده می‌گردد. از مراجعان درخواست گردید که با توجه به توضیحات بیان شده از سوی مصاحبه‌گر، به تمام سؤالات با دقت پاسخ دهند. همچنین، برای جمع‌آوری داده‌ها و آگاهی از تجربه زیسته اقدام‌کنندگان به خودکشی، از مصاحبه نیمه

ساختار یافته استفاده شد. البته به دلیل محاوره‌ای بودن مصاحبه با توجه به پاسخ‌های مصاحبه‌شونده، سؤالات جدید مطرح می‌شد. اولین سؤال مطرح شده در این مصاحبه «لطفاً جریان اقدام به خودکشی‌تان را تعرف کنید، چه اتفاقاتی افتاد که منجر به این اقدام شد؟» بود. فرایند مصاحبه‌ها به مدت یک ماه به طول انجامید و تا جایی ادامه یافت که پاسخ‌های شرکت‌کنندگان تکراری شد یا به حالت اشباع رسید و در نهایت، ۹ نفر انتخاب شدند. در زمان انجام مصاحبه، گفتگوها با اجازه مراجعان ضبط شد و در انتهای مصاحبه، پیشنهادها و انتقادهای آن‌ها در یک دفتر جداگانه با قلم خود مراجعان ثبت و امضا گردید و پس از مصاحبه و جمع‌آوری اطلاعات، محتوای مصاحبه‌ها به صورت کتبی تایپ و به شیوه Colaizzi در هفت مرحله تجزیه و تحلیل شد.

پس از ثبت دو مصاحبه، داده‌ها به روش Colaizzi تحلیل شد و در ادامه، داده‌های حاصل از دیگر مصاحبه‌ها تحلیل گردید. به این صورت که تمام مصاحبه‌ها و تعاملات به دقت ثبت و بارها مرور و الگوهای مشترک در بین آن‌ها شناسایی شد. در اولین مرحله از تجزیه و تحلیل داده‌ها، محقق چندین بار با خواندن هر حکایتی، با داده‌های مصاحبه آشنا شد. در مرحله دوم، تمام عبارت‌هایی که به پدیده مربوط بود، شناسایی گردید. در مرحله سوم، هر گزاره مربوطه مورد توجه قرار گرفت و معانی یا کدهای آن‌ها مشخص شد. در مرحله چهارم، کدها در مقوله‌های مشترک قرار گرفت. همچنین، یک بار دیگر جهت جلوگیری از سوگیری محقق، از طبقه‌بندی استفاده گردید. سپس این مقوله‌های مشترک به عنوان پایه و اساس برای ایجاد توصیف کامل و جامع از تجربه که پنجمین مرحله روش Colaizzi است، استفاده شد. در مرحله ششم، توصیف جامع به یک ساختار اساسی تبدیل گردید (ساختار اساسی یک عبارت متراکم و حاوی چیزی است که تصور می‌شود ماهیت پدیده باشد). در هفتمین مرحله و آخرین مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها، به دنبال اعتبارسنجی داده‌ها، عبارات ساختار اساسی به شرکت‌کنندگان نشان داده شد تا مشخص گردد که این توضیحات با نظر شرکت‌کنندگان مطابقت دارد یا ندارد.

به منظور صحت واعتبار داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، از معیارهای «انتقال‌پذیری، اطمینان‌پذیری، تأییدپذیری و باورپذیری» استفاده شد. از آن‌جایی که معیار انتقال‌پذیری به میزانی که نتایج تحقیق بتواند به یک محیط متفاوت دیگر منتقل شود و برای یک جمعیت متفاوت به کار رود، اطلاق می‌گردد. بنابراین، با ثبت و توصیف روشنی از فرایند پژوهش به ویژه نمونه مورد بررسی، معیار مذکور حاصل گردید. در جهت اطمینان‌پذیری به عنوان معیار دوم که به نحوه جمع‌آوری و به کاربردن داده‌ها اشاره دارد، کلیه فرایند پژوهش اعم از جمع‌آوری داده‌های خام، شناسایی عبارت‌های مرتبط، کدگذاری‌ها و تشکیل مقوله‌ها چندین بار با دقت مرور شد و مورد بررسی قرار گرفت. تأییدپذیری به عنوان معیار سوم به این امر اشاره دارد که یافته‌ها در عمل و واقعاً مبتنی بر داده‌ها باشد. بدین ترتیب، جهت رسیدن به این معیار، تلاش گردید که از قضاوت زودهنگام، پیش‌داوری و تصورات شخصی جلوگیری شود. در جهت باورپذیری به عنوان معیار آخر، از روش مؤثر جمع‌آوری داده‌ها و بهره‌مندی از نظرات متخصصان برای کنترل دقیق‌تر فرایند تحقیق استفاده شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش در جدول ۱ ارایه شده است.

نتایج با تجزیه و تحلیل اطلاعات کسب شده از مصاحبه با ۹ زن اقدام‌کننده به خودکشی حاصل گردید. از نظر تحصیلات، ۳ نفر دیپلم، ۲ نفر ابتدایی، یک نفر کارشناسی، یک نفر کاردانی و دو نفر دبیرستان بودند. از لحاظ سابقه اقدام به خودکشی، ۶ نفر سابقه اقدام قبلی داشتند و ۳ نفر سابقه اقدام نداشتند.

تجربیات عاطفی زنان اقدام‌کننده به خودکشی در جدول ۲ ارایه شده است.

تجربه خیانت زوجین

در تحلیل مصاحبه‌ها، مقوله‌های فرعی «ورود به رابطه عاطفی بی‌ثبات و ورود همسر به رابطه فرازناشویی» تحت عنوان مقوله اصلی تجربه خیانت زوجین طبقه‌بندی شد.

ورود به رابطه عاطفی بی‌ثبات: مفاهیم ورود به رابطه فرازناشویی و بی‌ثباتی در رابطه فرازناشویی در مقوله ورود به رابطه عاطفی بی‌ثبات کدگذاری گردید. کد ۱ در این باره گفت: «همسرم اولش که خبر نداشت این قضیه است. پسر داییم هم می‌اومد، صبح، بعداز ظهر زنگ می‌زد. می‌گفت: ناهار واسم درست کن، می‌خوام بیام اونجا، یعنی تا این حد با هم یکی شده بودیم. بعدش یهو ولم می‌کرد و می‌رفت، می‌رفت دو هفته خبری ازش نمی‌شد، من اعصابم به هم می‌ریخت. همش تقصیر پسر داییم بود. پسرداییم وارد زندگیم شد، الکی ادعای مهربونی کرد که زندگیتو خوب می‌کنم، این زندگی که تو داری به دردت نمی‌خوره، تو حیفی... طلاق بگیر و بیا زن خودم شو...».

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی

شرکت‌کننده	سن (سال)	جنسیت	سطح سواد	وضعیت تأهل	تعداد فرزند	ابزار اقدام	سابقه اقدام
A[1]	۳۱	زن	دیپلم	متأهل	دو	قرص، مایع ضد عفونی	دارد
B[2]	۳۲	زن	دیپلم	متأهل	دو	قرص	ندارد
C[3]	۳۷	زن	دیپلم	مطلقه	دو	قرص، برق	دارد
D[4]	۱۷	زن	دوازدهم	مجرد	-	زدن رگ دست	ندارد
E[5]	۲۶	زن	پنجم ابتدایی	متأهل	دو	قرص، سم	دارد
F[6]	۲۷	زن	کارشناسی	متأهل	دو	قرص	دارد
G[7]	۱۵	زن	نهم ابتدایی	مجرد	-	قرص، زدن رگ دست	دارد
H[8]	۲۱	زن	دوم دبیرستان	مطلقه	دو	قرص	دارد
I[9]	۳۸	زن	کاردانی	متأهل	دو	قرص	ندارد

http://hsr.mui.ac.ir

جدول ۲. تجربیات عاطفی شرکت‌کنندگان

مفاهیم	مقوله فرعی	مقوله اصلی
ورود به رابطه فرازناشویی	ورود به رابطه عاطفی بی‌ثبات	تجربه خیانت زوجین
بی‌ثباتی در رابطه فرازناشویی		
تجربه خیانت شوهر در زندگی زناشویی	ورود همسر به رابطه فرازناشویی	
تجربه مکرر خیانت همسر		
مشکل در زندگی زناشویی	نارضایتی از زندگی زناشویی	تجربه مشکلات زناشویی
عدم تفاهم با همسر		
دعوا با همسر		
نارضایتی از زندگی عاطفی		
بی‌مسؤولیتی در زندگی زناشویی		
بی‌توجهی به وجود زن در زندگی		
عدم رضایت از رابطه جنسی	نارضایتی از رابطه جنسی	
بی‌میلی جنسی		
عدم تمایل به ازدواج با همسر فعلی به دلیل اعتیاد	ازدواج تحمیلی	
احساس انتقام شدید نسبت به دیگران	خودکشی برای انتقام گرفتن از دیگران	روش‌های مقابله‌ای ناکارامد (هیجان‌مدار)
خودکشی برای ایجاد عذاب وجدان		
خودکشی برای جلب توجه همسر	خودکشی برای جلب توجه و تسلیم دیگران	
خودکشی برای جلب توجه معشوق		
مهرطلبی به واسطه خودکشی		
خودکشی برای لجبازی		
خودکشی برای رسیدن به اهداف		
خودکشی در یک لحظه	رفتار تکانشی	
تنفر از زندگی	احساس تنفر	تجربه احساس منفی
تنفر از آدم‌ها		
مقصر دانستن دیگران	احساس تقصیر	
مستبد بودن پدر	بی‌محبتی از سمت پدر	تجربه فقدان گرمی و حمایت از سوی خانواده
بی‌توجهی پدر		
سردی و بی‌توجهی مادر	بی‌محبتی از سمت مادر	
عدم پشتیبانی از سوی خانواده	عدم ادراک حمایت خانواده	
بی‌محبتی از سمت خانواده		
درگیری مداوم والدین		تجربه اختلافات زناشویی والدین
تجربه طلاق والدین		
تجربه آزار جنسی از دوران کودکی تا نوجوانی از سوی پدر	تجربه آزار جنسی در دوران کودکی	تجربه آزار جنسی در دوران کودکی و نوجوانی
تجربه آزار جنسی در دوران کودکی از سوی عمو		
تعرض جنسی در دوران کودکی	تجربه تعرض جنسی در دوران کودکی	

ورود همسر به رابطه فرازناشویی: طبق تجارب برخی مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، ورود همسر به روابط فرازناشویی، برای فرد خیانت تلقی می‌شود و ضربات جبران‌ناپذیری به سلامتی عاطفی وی وارد می‌کند. کد ۸ بیان کرد: «شوهرم با خانم‌های دیگه جلوی چشم خودم ارتباط داشت. این آخری‌ها که اذیتم می‌کرد، دیگه کارش نداشتم... جلوی خودم با خانم می‌رفتند بیرون و میومدند. این اولین ضربه‌ای بود که همسرم به من زد. ضربه‌های بعدیش هم هی پشت سرهم و با افراد رفیق می‌شد».

تجربه مشکلات زناشویی

در تحلیل مصاحبه‌ها، مقوله‌های فرعی «نارضایتی از زندگی زناشویی، نارضایتی از رابطه جنسی و ازدواج تحمیلی» تحت عنوان مقوله اصلی تجربه

مشکلات زناشویی طبقه‌بندی گردید.

نارضایتی از زندگی زناشویی: طبق تجارب برخی مشارکت‌کنندگان، زمانی که زن یا مرد در زندگی زناشویی خود احساس خشنودی و رضایت نداشته باشند و بین وضعیت موجود در روابط خود با وضعیت مورد انتظار، فاصله وجود داشته باشد، نارضایتی زناشویی ایجاد می‌گردد. مفاهیم مشکل در زندگی زناشویی، عدم تفاهم با همسر، دعوا با همسر، نارضایتی از زندگی عاطفی، بی‌مسؤولیتی در زندگی زناشویی و بی‌توجهی به وجود زن در زندگی، در مقوله نارضایتی از زندگی زناشویی کدگذاری گردید. کد ۱ اظهار داشت: «تو زندگیمون خیلی مشکل داریم. خیلی‌های دیگه هم بودن توی زندگیم، اومدند و همچین حرفی زدند، مشکل زندگی ما خیلیه. دوازده ساله نه خونه داریم، آقامون بی‌خیال، سرش تو لاک خودشه، اصلاً انگار نه انگار... بی‌بخاره، زمانی هم که پول دستش میاد، زود به باد می‌ده، با من اصلاً مشورت نمی‌کنه، هرکاری دوست داره خودش می‌کنه. اصلاً انگار نه انگار که من تو زندگیش هستم، فقط مادر بچه‌هاش هستم و خلاص. مسؤولیت زندگی رو تا جایی که در توانش باشه به عهده داره، ولی تا جایی که در توانش نیست، بیخیال».

نارضایتی از رابطه جنسی: زوجینی که از کیفیت و کمیت رابطه جنسی خود رضایت نداشته باشند و همسر خود را از لحاظ روابط جنسی، کافی و رضایت‌بخش ندانند، موجب اثرات منفی در زمینه جسمانی و روانی یکدیگر می‌شوند. مفاهیم عدم رضایت از رابطه جنسی و بی‌میلی جنسی در مقوله نارضایتی از رابطه جنسی کدگذاری شد. کد ۸ عنوان کرد: «نه... من به خاطر این کاراش اصلاً نمی‌گذاشتم که دست بهم بزنه یا رابطه‌ای داشته باشه باهام. بعضی وقت‌ها دیگه ۳ ماه، ۴ ماه می‌شد و دیگه منو به زور کتک می‌گرفت و کارشو انجام می‌داد... دیگه سرد شده بودم، دوست نداشتم بیاد سمتم، اصلاً ازش بدم می‌ومد».

ازدواج تحمیلی: بر طبق تجارب برخی از مشارکت‌کنندگان، ازدواج تحمیلی زمانی است که پیوند زناشویی رسمی، با رضایت و اراده زوجین نمی‌باشد یا رضایت یکی از آن‌ها نادیده گرفته می‌شود و برای برقراری این ارتباط و پیوند، از انواع فشارهای جسمانی یا روانی استفاده می‌شود. مفهوم عدم تمایل به ازدواج با همسر فعلی به دلیل اعتیاد در مقوله ازدواج تحمیلی کدگذاری شد. کد ۲ در این زمینه گفت: «از روز اول با این ازدواج مخالف بودم، چون نتونستم نه بگم به خانواده و مجبور شدم تحمل کنم. وقتی ازدواج کردیم، شوهرم مواد می‌فروخت و معتاد بود، هی آدم می‌رفت و می‌اومد خونمون، به من می‌گفت که نیا از اتاق بیرون، اگه تکون می‌خوردم، می‌اومد منو می‌زد. نمی‌گذاشت خونه مامانم برم».

روش‌های مقابله‌ای ناکارامد (هیجان‌مدار)

در تحقیق حاضر، برخی از مشارکت‌کنندگان زمانی که با مسأله‌ای در زندگی مواجه می‌شدند، از مجموعه روش‌هایی به منظور مقابله با منبع فشار و بهبود احساسات ناشی از موقعیت فشارزا استفاده می‌کردند، اما این روش‌ها باعث بدتر شدن وضعیت می‌شد. در تحلیل مصاحبه‌ها مقوله‌های فرعی «استفاده از خودکشی برای انتقام گرفتن از دیگران، خودکشی برای جلب توجه دیگران و تسلیم دیگران و رفتار تکانشی» تحت عنوان مقوله اصلی روش‌های مقابله‌ای ناکارامد (هیجان‌مدار) طبقه بندی گردید.

خودکشی برای انتقام گرفتن از دیگران: بر طبق تجارب مشارکت‌کنندگان، گاهی اوقات آن‌ها برای انتقام‌جویی و ایجاد احساس عذاب وجدان در اطرافیان، دست به رفتارهایی از جمله خودکشی می‌زدند. مفاهیم احساس انتقام شدید نسبت به دیگران و خودکشی برای ایجاد عذاب وجدان در مقوله خودکشی برای انتقام گرفتن از دیگران کدگذاری شد. کد ۱ بیان کرد: «می‌خواستم خودکشی کنم تا از کسایی که عذابم دادند انتقام بگیرم. آدم‌هایی که اذیتم کردند، عذاب وجدان بگیرند».

خودکشی برای جلب توجه دیگران و تسلیم آن‌ها: در مواقعی مشارکت‌کنندگان قصد کشتن خود را نداشتند و تنها برای رسیدن به خواسته‌های خود و جلب نظر دیگران اقدام به خودکشی می‌کردند. مفاهیم خودکشی برای جلب توجه همسر، خودکشی برای جلب توجه معشوق، مهرطلبی به واسطه خودکشی، خودکشی برای لجبازی و خودکشی برای رسیدن به اهداف در طبقه خودکشی برای جلب توجه دیگران کدگذاری گردید. کد ۷ عنوان نمود: «وقتی با دوست پسرم کات می‌کردیم، دستمو با تیغ می‌زدم و بهش می‌گفتم دستمو زدم و بدون تو نمی‌تونم. اصلاً نمی‌خواستم خودکشی کنم، فقط از لج مادرم که قبول کنه و بترسه».

رفتار تکانشی: برخی از مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر، رفتارهایی را به طور ناگهانی، بدون تأمل و بدون تحلیل و ارزیابی صحیح از پیامدهای مثبت و منفی آن انجام می‌دادند. مفهوم خودکشی در یک لحظه، در مقوله رفتار تکانشی کدگذاری شد. کد ۴ اظهار کرد: «تصمیمی نبود که خیلی روش تمرکز کرده باشم، یهو شد واقعاً». کد ۴ گفت: «شاید واقعاً توی یک ثانیه تصمیم گرفتم یهو... تیغ رو یادم نیست واسه چی خریده بودم، فکر کنم یه کار با چوب داشتیم یا تو مدرسه تیغ لازم داشتیم. یادمه واسه یه چیزی گرفته بودم، نه واسه این که به خودم بزنم... بعد یادم آمد که فلان جا گذاشتمش، بعد رفتم و واقعاً توی یک ثانیه رگمو زدم، بعدشم توی شوک بودم».

تجربه احساس منفی

در تحلیل مصاحبه‌ها، «احساس تنفر و تقصیر» تحت عنوان مقوله اصلی تجربه احساس منفی طبقه‌بندی گردید.

احساس تقصیر: مفهوم مقصر دانستن دیگران، در مقوله احساس تقصیر کدگذاری شد. کد ۸ بیان نمود: «من اصلاً تو هیچ کار خودمو مقصر نمی‌دانم. مثلاً می‌گم اگه ازدواجم این‌طوری شده، من بچه بودم هیچی نمی‌دونستم، اما می‌گم خب چرا باید این‌طوری بشه؟ خدایا چرا قسمت منو این‌طوری نوشتی؟ من تو هیچ کاری خودمو مقصر نمی‌دونم».

احساس تنفر: مفهوم تنفر از زندگی و تنفر از آدم‌ها، در مقوله احساس تنفر کدگذاری شد. کد ۲ در این زمینه اظهار کرد: «خیلی سرد شدم از این زندگی... از این دنیا متنفر شدم، از همه آدمای دور و برم هم تنفر دارم».

تجربه فقدان گرمی و حمایت از سوی خانواده: در تحلیل مصاحبه‌ها، مقوله‌های فرعی مستبد بودن پدر، بی‌محبتی از سمت پدر، سردی و بی‌توجهی مادر و عدم ادراک حمایت خانواده تحت عنوان مقوله اصلی تجربه فقدان گرمی و حمایت از سوی خانواده، طبقه‌بندی شد. کد ۹ گفت: «حقیقتش من با مادرم زیاد در ارتباط نیستم، به خاطر این که مادرم یه آدم فوق‌العاده سردی هست و ازدواج کرده و رفته و هیچ وقت سراغمو نگرفته، هیچ وقت حال من واسش مهم نبوده، منم اصلاً حس خوبی بهش نداشتم».

تجربه اختلاف زناشویی والدین

مفاهیم «مستبد بودن پدر و تجربه طلاق والدین» در مقوله تجربه اختلاف زناشویی والدین قرار داده شد. کد ۴ در این زمینه عنوان نمود: «از موقعی که از بچگی دراومدم و فهمیدم پدر و مادرم مشکل دارند، فقط جنگ و دعوا و کشمکش بوده...».

تجربه آزار جنسی در دوران کودکی و نوجوانی

تعدادی از مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر، رفتارهایی از جمله مزاحمت‌های خیابانی تا سوء استفاده جنسی و تجاوز جنسی را به عنوان آزار جنسی تلقی کرده بودند و در برخی اوقات، فرد آزار دهنده با فردی که مورد آزار قرار گرفته شده است، دارای نسبت خانوادگی، دوستی یا دارای روابط شغلی بود و برخی مواقع غریبه می‌باشد. طبق تعریف آزار جنسی در تحلیل مصاحبه‌ها، مقوله‌های فرعی تجربه آزار جنسی در دوران کودکی و تجربه تعرض جنسی در دوران کودکی، تحت عنوان مقوله اصلی تجربه آزار جنسی در دوران کودکی و نوجوانی طبقه‌بندی شد. کد ۴ بیان کرد: «من رفتم سر کوچه و هرچی منتظر سرویس بودم، نیومد... شاید نیم ساعت ایستادم. یهویی یه سرویس اومد جلوم دقیقاً مشابه همون ماشین... من نمی‌دونم واقعاً چی شد که متوجه شده بود، گفت که راننده نمیاد امروز و من جای اون اومدم. ماشین هم همون بود، اونم پراید بود، خوب منم بچه بودم دیگه، سوار شدم. بعد دیدم داره بیراهه می‌ره، هی جیغ زدم تو ماشین، فایده‌ای نداشت؛ بعد رفتیم خیابونای زندان، طرف‌های میدون، بیابونه دیگه، این خیابون رو تا ته رفت، بعد پیچید تو جاده خاکی، بعدش بهم دست زد، من صندلی عقب بودم، اومد پایین و اومد عقب و... من اولش هی جیغ می‌زدم، ولی بعدش دیگه ترسیدم، می‌ترسوند من را واقعاً، هی تهدیدم می‌کرد که می‌کشمت و فلانت می‌کنم. من از هیکلش و چهره‌اش خیلی ترسیده بودم، چقدر اذیت شدم، چقدر درد کشیدم، اولش جیغ می‌زدم، دستشو گذاشته بود روی دهنم...».

بحث

مقوله‌های حاصل از تحلیل داده‌ها، تلاشی در جهت رسیدن به هدف اصلی پژوهش یعنی درک و کشف تجربه زیسته (تجارب عاطفی) زنان اقدام‌کننده به خودکشی بود که به منظور کسب آگاهی بیشتر و عمیق‌تر انجام شد.

خیانت زوجین، یکی از مقوله‌های مرتبط با خودکشی است که در مطالعات Naveed (۲۸) و Snyder و همکاران (۲۹) نیز تأیید شد. خیانت یا رابطه فرازناشویی زمانی اتفاق می‌افتد که یک فرد متأهل، با شخصی غیر از همسرش درگیر رابطه جنسی شود. روابط زناشویی شامل خیانت (جنسی، عاطفی و روانی) فردی است که ازدواج کرده است (۳۰). زمانی که فرد خیانت دیده از این موضوع مطلع شود، مشکلات روانی و هیجانات منفی زیادی را تجربه می‌کند (۱۹). در واقع، خیانت باعث ایجاد افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه (Posttraumatic stress disorder یا PTSD) می‌گردد و در این میان، زنان بیشتر از مردان در برابر خیانت همسر خود، دچار افسردگی می‌شوند و به دنبال آن، اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهند (۳۱). Shackelford و همکاران در تحقیق خود بیان کردند که خیانت می‌تواند منجر به واکنش‌هایی مانند قتل، اقدام به خودکشی و... از جانب فرد قربانی خیانت شود (۱۸). فرد خیانت دیده، عواطف متعددی همچون احساس شرم، گناه، خشم، افسردگی، درماندگی و طرد را تجربه می‌کند (۳۲). مطابق با مطالب بیان شده، زمانی که خیانت در روابط زناشویی صورت می‌گیرد، بنیان خانواده متزلزل می‌شود، اعتماد از بین می‌رود و احساسات متعارض شکل می‌گیرند. فرد خیانت دیده دچار شوک روانی، احساس انتقام‌جویی، خشم، گناه، افسردگی و ناامیدی می‌شود. به صورت مداوم در مورد خیانت نشخوار فکری دارد، اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهد، تصور بدی از خود پیدا می‌کند و احساس طردشدگی وجود آن را فرا می‌گیرد، خود را مسبب خیانت می‌داند و به دلیل این اتفاق، شروع به خودسرزنش‌گری می‌کند و برای فرار از این هیجانات و احساسات ممکن است دست به خودکشی بزند و به زندگی خود پایان دهد.

تجربه مشکلات زناشویی، یکی از مقوله‌های مهمی است که با خودکشی ارتباط دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های گرگی و همکاران (۳۳) و معماری و همکاران (۳۴) همسو می‌باشد. مشکلات زناشویی شامل نارضایتی جنسی، عدم تفاهم، اعتیاد، مشکلات اقتصادی، عدم مسؤولیت‌پذیری، دخالت دیگران و اخلاقیات بد همسر است. چنانکه زن و شوهر تمام جنبه‌های زندگی خود را بررسی و احساس شادی، رضایت و لذت را تجربه نمایند، به این معنی است که از زندگی زناشویی خود رضایت دارند (۳۵)، اما اگر نگرش منفی و احساس ناخرسندی کنند، نارضایتی و اختلافات زناشویی به وقوع می‌پیوندد. تعارضات میان زوجین به معنای درگیری و اختلاف بر سر گرفتن پایگاه قدرت و حذف امتیازات طرف مقابل است (۳۶). همچنین، تعارض به معنای عدم توافق است که می‌تواند در باورها و عقاید، هیجانات و رفتارها وجود داشته باشد. از جمله متداول‌ترین علل تعارض میان زن و مرد می‌توان به انتظارات غیر معمول، بی‌احترامی، عدم صمیمیت، نارضایتی از روابط جنسی، عدم کنترل خشم، اعتقاد به تغییر طرف مقابل مطابق با خواسته خود، مشکل در ارتباط با دیگران و نزاع‌های خانوادگی اشاره کرد (۳۷). افرادی که مبتلا به اختلالات روانی از جمله اختلالات خلقی، اضطرابی و یا سوء مصرف مواد باشند، مشکلات زناشویی و فردی بیشتری دارند (۳۸). میان افسردگی و تعارضات زناشویی ارتباط وجود دارد؛ به طوری که اگر یکی از زوجین افسرده باشد، رفتارهای خصمانه و خلق مضطرب را تجربه می‌کند و روابط آشفته ایجاد می‌گردد (۳۹). یکی از علل تعارض زوجین، نارضایتی جنسی است. هرچه میزان نارضایتی جنسی بیشتر باشد، میزان اختلافات زناشویی بیشتر می‌شود (۱۹).

یکی دیگر از عوامل مربوط به مشکلات خانوادگی، ازدواج اجباری است. در ازدواج اجباری، رضایت فرد نادیده گرفته می‌شود و به دلیل نبود تفاهم بین طرفین، خوشبختی نصیب آن‌ها نمی‌شود و در طی زمان، میزان تنفر و انزجار نسبت به یکدیگر بیشتر می‌شود (۴۰). بنابراین، ازدواج اجباری خطر خودکشی را افزایش می‌دهد (۳۴). با توجه به توضیحات بیان شده می‌توان گفت که تعارضات زناشویی، ابعاد متفاوتی دارد و اگر هر کدام از زوجین، روش‌های صحیح حل تعارض را به کار نبرند، منجر به عمیق شدن مشکلات می‌شود. این تعارضات بر خلق و عملکرد افراد در زندگی اثر می‌گذارد. بر اساس تحلیل مصاحبه‌ها، نارضایتی از زندگی زناشویی و رابطه جنسی و ازدواج تحمیلی جزء تعارضات زوجین بود. ازدواج تحمیلی، بی‌توجهی و عدم مسؤولیت‌پذیری در زندگی، باعث نارضایتی از زندگی می‌گردد و می‌تواند رابطه جنسی زن و مرد را تحت تأثیر قرار دهد و بی‌میلی جنسی را افزایش دهد. از طرف دیگر، تعارضات زوجین باعث بروز اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب می‌شود. افسردگی هم ناامیدی و افکار خودکشی را افزایش می‌دهد. در حقیقت، یک چرخه تکراری و معیوب به وجود می‌آید که در آن، مشکلات زناشویی باعث اختلالات روانی می‌شوند، اختلالات روانی هم اختلافات زناشویی را افزایش می‌دهند و در نتیجه، زوجین ممکن است تصمیم به طلاق، روابط فرازناشویی و حتی خودکشی بگیرند.

روش‌هاش مقابله‌ای ناکارامد، یکی از مقوله‌های مرتبط با خودکشی می‌باشد که شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر آن را بیان کردند. این یافته با نتایج تحقیقات کدیور و زاهدی (۴۱) و وجودی و همکاران (۴۲) همسو می‌باشد. زندگی سرشار از تغییر و انسان ناگریز است که همسو با این تغییرات، سازگار

شود. افراد روش‌های مقابله‌ای متفاوتی در برابر تغییرات و استرس‌های ناشی از آن را به کار می‌برند. مقابله به معنی سعی و کوشش شناختی، هیجانی و رفتاری در جهت مدیریت و کنترل استرس‌های درونی و بیرونی است. در مقابله مسأله‌مدار، فرد به دنبال آن است که عوامل پدید آورنده فشارهای هیجانی را کاهش دهد، اما در مقابله هیجان‌مدار، تمرکز بر فشارهای هیجانی است (۴۳). سبک‌های مقابله هیجان‌مدار ناکارامد شامل استفاده از دارو و مواد برای فرار از رنج، تفکر منفی، رفتارهای تکانشی، انکار و... می‌باشد. این روش‌های مقابله، نه تنها کمکی به فرد نمی‌کند، بلکه باعث بدتر شدن وضعیت می‌شود. راهبردهای مقابله‌ای ناکارامد با افزایش افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و آسیب به خود همراه است (۴۴). با توجه به مطالب ذکر شده در ارتباط با سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار ناکارامد، می‌توان گفت چنان‌که فرد در موقعیت استرس‌زا و حوادث تهدیدکننده قرار گیرد، فشار هیجانی به وی وارد می‌شود و به جای تمرکز بر مشکل و حل مسأله برای کاهش آشفتگی هیجانی، بدون این که فکر کند رفتار تکانشی انجام می‌دهد، فقط بر جنبه‌های منفی مشکل تمرکز می‌کند و در نتیجه، برای به دست آوردن حمایت عاطفی و جلب توجه و یا فرار از رنج روانی، ممکن است اقدام به خودکشی کند.

یکی دیگر از مقوله‌های مرتبط با خودکشی، تجربه احساس منفی می‌باشد که در نتایج پژوهش Zheng و همکاران (۲۱) نیز به آن اشاره شده است. هیجان شامل وضعیت‌های پیچیده‌ای از آگاهی است و تأثیر بسزایی بر زندگی افراد دارد (۴۵). خشم، غم، ترس، اضطراب، ناامیدی، حسادت، تنفر و احساس ناکامی، انواعی از هیجان‌ها هستند. ناتوانی در تنظیم هیجان، با اختلالات روانی مرتبط است (۴۶). همچنین، بسیاری از نظریه‌ها، هیجانات منفی را به عنوان عامل خطر مهمی برای ایده‌های خودکشی در نظر گرفته‌اند. به عنوان مثال، نظریه فرار از خودکشی استدلال می‌کند که هدف از خودکشی، فرار از هیجان یا افکار غیر قابل تحمل است (۴۷). بر این اساس، می‌توان بیان کرد که موقعیت‌های مختلف باعث ایجاد هیجانات متفاوت می‌شوند. برخی از هیجانات مخرب و ناخوشایند هستند. اگر فرد به طور متناوب در معرض موقعیت‌های آسیب‌زا قرار گیرد و مجهز به راهبردهای تنظیم هیجان نباشد، ممکن است به اختلال افسردگی و اضطراب مبتلا شود و غم و نگرانی را مکرر تجربه نماید و فکر و احساس منفی خوره مانند ذهن فرد را آزار دهد؛ به ویژه اگر فرد خود را در پیش آمدن موقعیت‌های آسیب‌زا مسؤول نداند. هیجانات منفی، دردناک و غیر قابل تحمل هستند. در نتیجه، فرد برای رهایی و اجتناب از آن‌ها، ممکن است به خودکشی روی آورد و به زندگی خود پایان دهد.

مقوله بعدی مرتبط با خودکشی، تجربه فقدان گرمی و حمایت از سوی خانواده است. این یافته با نتایج مطالعات سیمبر و همکاران (۴۸) و Macalli و همکاران (۴۹) همخوانی داشت. خانوده نخستین نهاد اجتماعی است که شخصیت و روان اعضا در بستر آن شکل می‌گیرد. اعتقاد بر این است که حمایت خانوادگی یعنی افراد خانواده به راحتی قادر و مایل هستند تا در شرایط دشوار به یکدیگر کمک کنند (۵۰). والدین وظیفه دارند که به نیازهای جسمانی، روانی، عاطفی و... کودکان پاسخ دهند. گاهی به دلایل متعددی، خانواده به صورت عمدی، آسیب‌های جسمانی، عاطفی و جنسی به کودک وارد می‌کند و یا آن را مورد غفلت و بی‌توجهی قرار می‌دهد. به این فرایند کودک‌آزاری گفته می‌شود (۵۱). کودکانی که مورد اذیت و آزار قرار می‌گیرند، نشانه‌های ترس و اضطراب از خود نشان می‌دهند. همچنین، افسردگی، عزت نفس کم، انزوا، دیدگاه منفی، ناسازگاری و رفتارهای خودکشی در آن‌ها نمود پیدا می‌کند (۵۲). علاوه بر این، عدم حمایت اجتماعی با افزایش احساس انزوا و گوشه‌گیری ارتباط دارد (۵۳). انزوا یک عامل کلیدی در ایجاد میل به مرگ است. بر اساس نتایج تحقیق حاضر، در مورد مقوله تجربه فقدان گرمی و حمایت از سوی خانواده، می‌توان گفت که آزار جسمانی، عاطفی و بی‌توجهی به نیازهای کودک، با افزایش ابتلا به اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب، PTSD، رفتارهای پرخاشگرانه و اعتماد به نفس کم همراه است. از طرف دیگر، افرادی که از حمایت اجتماعی کمی برخوردار هستند، قادر به تحمل شرایط تهدیدکننده و آسیب‌زا نیستند و در نتیجه، ممکن است احساس تنهایی و ناامیدی کنند و تمام این اتفاقات باعث می‌شود که فرد تصور کند نه تنها مهارت لازم برای مقابله با شرایط و فشارهای روانی را ندارد، بلکه دلیلی دال بر ادامه زندگی هم وجود ندارد و بنابراین، خودکشی را به عنوان بهترین گزینه انتخاب می‌کند.

مقوله دیگر مرتبط با خودکشی، تجربه اختلاف زناشویی والدین است. این یافته با نتایج پژوهش‌های Thompson و همکاران (۵۴) و Ai و همکاران (۵۵) مشابهت داشت. بی‌ثباتی زناشویی مانند تغییر در والدین و افزایش درگیری‌های خانوادگی، به افزایش خطر خودکشی در کودکان کمک می‌کند (۵۶). طلاق والدین به عنوان مجموعه‌ای از درگیری‌ها و چالش‌های مختلف خانوادگی قبل و بعد از طلاق، با افزایش خطر ابتلا به بیماری روانی کودک همراه است (۵۷). به عنوان مثال، طلاق والدین با افسردگی، اضطراب، اقدام به خودکشی، ایده‌های خودکشی، مصرف الکل و مواد مخدر (۲۲) و مشکلات اجتماعی یا رفتارهای پرخاشگرانه همراه می‌باشد (۵۸). همچنین، این کودکان، پیشرفت تحصیلی، سازگاری روانی، خودپنداره و روابط اجتماعی کمتری نسبت به فرزندان خانواده‌های عادی دارند (۵۹). علاوه بر این، کودکان خانواده‌های مطلقه نسبت به کودکان دیگر، بیشتر مضطرب و غمگین هستند و احساس تنهایی، عصبانیت، نگرانی و غم و اندوه نسبت به خود و والدینشان دارند (۶۰). تعارضات زناشویی و طلاق والدین، رویداد مهمی برای فرزندان است و امکان دارد منجر به استرس‌های آسیب‌زا و چالش‌های روانی گردد. روند طلاق به دلیل نگرانی‌های مالی، از دست دادن روابط اجتماعی، سیستم‌های حمایتی و شریک زندگی، منجر به استرس شدیدی می‌شود. مشکلات مالی و استرس والدین، مانع از ارضای نیازهای جسمانی و عاطفی فرزندان می‌شود. بنابراین، منجر به اختلال در پیشرفت تحصیلی و خودپنداره فرزندان می‌گردد. از سوی دیگر، استرس عاطفی والدین، باعث افسردگی، اضطراب، ناامیدی، تحریک‌پذیری، کاهش تنظیم هیجان و اعتماد به نفس فرزندان می‌شود و فرزندان طلاق، خود را مسؤول جدایی و نزاع والدین می‌دانند و احساس گناه می‌کنند. در نتیجه، اختلافات زناشویی و طلاق والدین، با افزایش خودکشی در فرزندان همراه است.

آخرین و مهم‌ترین مقوله که بیشتر شرکت‌کنندگان آن را تجربه کرده بودند، تجربه آزار جنسی در دوران کودکی و نوجوانی بود؛ به طوری که از بین ۹ شرکت‌کننده، ۴ نفر از آن‌ها سابقه سوء استفاده و آزار جنسی در کودکی و نوجوانی داشتند. این یافته با نتایج مطالعات سیمبر و همکاران (۴۸) و Caravaca و همکاران (۶۱) همسو می‌باشد. بدرفتاری دوران کودکی شایع‌تر است و با افزایش خطر اختلال خلقی، بازگشت مجدد دوره، بیماری‌های همراه، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی همراه است (۶۲). سوء استفاده جنسی یک مشکل جهانی است که میلیون‌ها کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. حدود ۱ درصد از کودکان سالانه مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرند (۶۳). خشونت

جنسی، به طیف وسیعی از رفتارها مانند تلاش برای مقاربت، تماس‌های جنسی ناخواسته و اظهارنظر یا تلقینات جنسی توسط هر فردی صرف نظر از رابطه آن‌ها با قربانی اشاره دارد (۶۴). افرادی که سابقه سوء استفاده جنسی دارند، ممکن است نشانه‌های افسردگی، پرخاشگری و یا PTSD را از خود نشان دهند. همچنین، به بیماری‌های مقاربتی و مشکلات جنسی مبتلا شوند، کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس داشته باشند و رفتارهای خودآسیب‌رسان در آن‌ها مشهود گردد و یا از دارو و الکل استفاده کنند (۶۶، ۶۵). با توجه به توضیحات بیان شده، می‌توان گفت که سوء استفاده جنسی در دوران کودکی و نوجوانی، با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های خلقی، PTSD، شخصیت اضطرابی و... همراه است. قربانیان تجاوز احتمال دارد که اعتماد خود را به دیگران از دست بدهند و قادر به ایجاد روابط پایدار در آینده نباشند یا حتی خودشان متجاوزگری در آینده شوند. بیشتر تجاوزها از سوی افراد نزدیک قربانی انجام می‌گیرد و هرچه این رابطه نزدیک‌تر باشد، آسیب‌های روانی بیشتری به همراه دارد. گاهی اوقات خانواده از این که فرزندانشان مورد سوء استفاده قرار گرفته است، دچار شرمساری می‌شوند و برای حفظ آبروی خانوادگی، ممکن است پیگیری‌های قانونی و درمانی را انجام ندهد. از سوی دیگر، برخی خانواده‌ها نه تنها فرزندشان را حمایت نمی‌کنند، بلکه او را مقصر می‌دانند و تا سال‌ها فرد را سرزنش و با وی بدرفتاری می‌کنند. بنابراین، او ممکن است خود را مقصر این تجاوز بداند. در نتیجه، احساس شرم، گناه و ناامیدی می‌کند و خود را به دلیل این اتفاق سرزنش می‌کند که تمام این عوامل، فرد را به سمت خودکشی سوق می‌دهد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، می‌توان نتیجه گرفت که عواطف و هیجانات می‌توانند بر افکار و رفتار افراد اثر بگذارند. همچنین، شیوه مواجهه افراد با شرایط و بحران‌های زندگی، ناشی از عواطف و احساسات می‌باشد. بر این اساس، افرادی که در زندگی زناشویی خود تجربه خیانت از شریک زندگی و یا مشکلات زناشویی داشته‌اند، احساسات و هیجانات متعددی شامل شوک، غم، خشم، شرم و... را تجربه می‌کنند و به دنبال آن، ممکن است دست به کشتن خود بزنند. علاوه بر این، در خانواده‌هایی که حمایت و صمیمیت وجود ندارد و نیازهای جسمانی، عاطفی و روانی نادیده گرفته می‌شود، اعضای خانواده احساس تنهایی و انزوا می‌کنند و در صورت بروز مشکل، به تنهایی قادر به حل آن نیستند. از سوی دیگر، طلاق والدین می‌تواند آسیب بزرگی به فرزندان وارد کند و آن‌ها را به سمت خودکشی سوق دهد. همچنین، کودکان و نوجوانانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند، ممکن است در بزرگسالی دچار اختلالات افسردگی و اضطراب شوند و اعتماد به نفس و عزت نفس خود را از دست بدهند و در نتیجه، اقدام به خودکشی کنند. تمام این اتفاقات باعث ایجاد احساسات منفی از جمله خشم، غم، ترس، ناامیدی، حسادت، تنفر و ناکامی می‌شود. در نهایت، به دلیل این که افراد فاقد مهارت‌های مقابله‌ای کارامد در مواجهه با این احساسات و بحران‌ها هستند، تصمیم می‌گیرند به زندگی خود پایان دهند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، ضروری است که مسؤولان و دولت، بسته‌های آموزشی در جهت افزایش مهارت‌های مقابله‌ای کارامد و کنترل خشم تهیه کنند. همچنین، برنامه‌های درمانی و روان‌شناختی از قربانی‌های آزار جنسی جهت کاهش آسیب‌های ناشی از آن، تدارک ببینند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با شماره ۲۸۱۲۷۱۵ و کد اخلاق IR.YAZD.REC.1399.021، مصوب دانشگاه یزد می‌باشد. بدین وسیله از مرکز اورژانس اجتماعی میبد و شرکت‌کنندگان پژوهش که با وجود حساسیت موضوع مورد نظر، در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Drapeau CW, McIntosh JL. USA Suicide 2017: Official Final Data [Online]. [cited 2018 Dec 10]; Available from: URL: https://suicidology.org/wp-content/uploads/2019/04/2017datapgsv1-FINAL.pdf
2. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. 10 Leading causes of death by age group, United States-2014 [Online]. [cited 2016]; Available from: URL: https://www.cdc.gov/injury/wisqars/pdf/leading_causes_of_death_by_age_group_2014-a.pdf
3. Daliri S, Bazyar J, Sayehmiri K, Delpisheh A, Sayehmiri F. The incidence rates of suicide attempts and successful suicides in seven climatic conditions in Iran from 2001 to 2014: A systematic review and meta-analysis. SJKU 2017; 21(6): 1-15.
4. Curtin SC, Warner M, Hedegaard H. Increase in Suicide in the United States, 1999-2014. NCHS Data Brief 2016; (241): 1-8.
5. Duarte-Velez YM, Bernal G. Suicide behavior among Latino and Latina adolescents: conceptual and methodological issues. Death Stud 2007; 31(5): 435-55.
6. Nazarzadeh M, Bidel Z, Ayubi E, Asadollahi K, Carson KV, Sayehmiri K. Determination of the social related factors of suicide in Iran: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health 2013; 13: 4.
7. Hassanzadeh SM. Why do some people commit suicide? Causes, consequences and ways to prevent suicide. 2nd ed. Tehran, Iran: Ghareh publications; 2010. [In Persian].
8. Shermer M. A mysterious change of mind. Sci Am 2018; 319(4): 81.
9. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. Lancet 2007; 369(9569): 1302-13.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™. 5th ed.

Arlington, VA: APA; 2013.
11. Irigoyen M, Porras-Segovia A, Galvan L, Puigdevall M, Giner L, De Leon S, et al. Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. J Affect Disord 2019; 247: 20-8.
12. Kan CK, Ho TP, Dong JY, Dunn EL. Risk factors for suicide in the immediate post-discharge period. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007; 42(3): 208-14.
13. Barbosa LP, Quevedo L, da Silva GG, Jansen K, Pinheiro RT, Branco J, et al. Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14-35 years in southern Brazil. Child Abuse Negl 2014; 38(7): 1191-6.
14. Marshall BD, Galea S, Wood E, Kerr T. Longitudinal associations between types of childhood trauma and suicidal behavior among substance users: A cohort study. Am J Public Health 2013; 103(9): e69-e75.
15. Wingenfeld K, Schaffrath C, Rullkoetter N, Mensebach C, Schlosser N, Beblo T, et al. Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. Child Abuse Negl 2011; 35(8): 647-54.
16. Molnar BE, Berkman LF, Buka SL. Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. Psychol Med 2001; 31(6): 965-77.
17. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. J Affect Disord 2004; 82(2): 217-25.
18. Shackelford T, Buss D, Weekes-Shackelford V. Wife Killings Committed in the Context of a Lovers Triangle. Basic Appl Soc Psychol 2003; 25(2): 137-43.
19. Rahimi A. Extramarital relationships, injuries and treatments. Isfahan, Iran: Sana Publications; 2015. [In Persian].
20. Kamali s, Ameri F, Khosravi Z, Ramezani MA. Lived experience of women of their husbands extramarital relationships: A phenomenological study. Journal of Family Research 2018; 14(1): 95-112. [In Persian].
21. Zheng F, Wu W, Wang L, Ngoubene-Atioky AJ, Chen L. Childhood trauma and suicidal ideation among Chinese female prisoners: The mediating roles of negative emotions and social support. Pers Individ Dif 2021; 168: 110405.
22. Auersperg F, Vlasak T, Ponocny I, Barth A. Long-term effects of parental divorce on mental health - A meta-analysis. J Psychiatr Res 2019; 119: 107-15.
23. Fadaian A, Khorramabadi Y. Studying the relationship between religiosity and suicidal thoughts in Ilam city. Proceedings of the International Congress on Culture and Religious Thought; 2014 June 11; Qom, Iran. [In Persian].
24. Littlewood DL, Gooding P, Kyle SD, Pratt D, Peters S. Understanding the role of sleep in suicide risk: qualitative interview study. BMJ Open 2016; 6(8): e012113.
25. Oxford Reference. Lived Experience [Online]. [cited 2018 Mar 8]; Available from: URL: https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/oi/authority.20110803100109997
26. Beuthin R. Breathing in the Mud: Tensions in Narrative Interviewing. Int J Qual Methods 2014; 13: 122-34.
27. Hariri N. Principles and methods of qualitative research. Tehran, Iran: Islamic Azad University, Science and Research Branch; 2016. [In Persian].
28. Naveed M. Infidelity as a risk factor of divorce and suicidal ideation among married couples [PhD Thesis]; London, UK: University of West London; 2017
29. Snyder DK, Baucom DH, Gordon KC. Treating infidelity: An integrative approach to resolving trauma and promoting forgiveness. In: Peluso PR, editor. Infidelity. New York, NY: Routledge; 2007. p. 99-125.
30. Johnson S. The Secret World of Emotional Affairs: Key Facts about Emotional Affairs [Online]. [cited 2017]; Available from: URL: https://www.goasksuzie.com/the-secret-world-of-emotional-affairs/
31. O'Connor JJM, Pisanski K, Tigue CC, Fraccaro PJ, Feinberg DR. Perceptions of infidelity risk predict women's preferences for low male voice pitch in short-term over long-term relationship contexts. Pers Individ Dif 2014; 56: 73-7.
32. Allen ES, Rhoades GK, Stanley SM, Markman HJ, Williams T, Melton J, et al. Premarital precursors of marital infidelity. Fam Process 2008; 47(2): 243-59.
33. Gorgi Z, Sheikh Fathollahi M, Askarizadeh MK, Rezaeian M. Epidemiology of suicide and attempted suicide in the Larestan and Gerash during 2008 to 2012. J Rafsanjan Univ Med Sci 2014; 13(7): 597-608. [In Persian].
34. Memari AM, Ramim T, Amirmoradi F, Khosravi K, Godarzi Z. Causes of suicide in married women. Hayat 2006; 12(1): 47-53. [In Persian].
35. Ellis A. Rational-emotive therapy. In: Corsini RJ, Wedding D, editors. Current psychotherapies. Itasca, IL: F E Peacock Publisher. 1989. p. 197-238.
36. Babakhani V, Navabinejad S, Shafiabady A, Kiamanesh A. Effectiveness of Feldman integrated training approach on the increase of mindfulness and decrease of marital conflicts of couples. Journal of Family

Psychology 2021; 2(2): 79-92. [In Persian].
37. Wynne LC. Family research and family therapy: A reunion? J Marital Fam Ther 1983; 9(2): 113-7.
38. Halford WK, Bouma R, Kelly A, McD YR. Individual psychopathology and marital distress. Analyzing the association and implications for therapy. Behav Modif 1999; 23(2): 179-216.
39. Sayers SL, Kohn CS, Fresco DM, Bellack AS, Sarwer DB. Marital cognitions and depression in the context of marital discord. Cognitive Therapy and Research 2001; 25(6): 713-32.
40. Golchin M, Ahmadi M, Soleymani S, seyedi F. The narrative of suicide from the perspective of actors: A study of the contexts, causes and consequences. Journal of Social Problems of Iran 2020; 10(2): 271-98. [In Persian].
41. Kadivar P, Zahedi F. The coping styles and suicide attempted among the female undergraduate students. Social Welfare 2007; 6(25): 111-32. [In Persian].
42. Vojoudi B, Hashemi T, Abdolpour G, Abbasi NM. Predicting suicide ideation based on identity styles and coping strategies. Contemporary Psychology 2015; 10(1): 47-56. [In Persian].
43. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, NY: Springer; 1984.
44. Elgar FJ, Arlett C, Groves R. Stress, coping, and behavioural problems among rural and urban adolescents. J Adolesc 2003; 26(5): 574-85.
45. Dellandrea E, Liu N, Chen L. Classification of affective semantics in images based on discrete and dimensional models of emotions. Proceedings of the 2010 International Workshop on Content Based Multimedia Indexing (CBMI); 2010 June 23-25; Grenoble, France. 2010.
46. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2010; 30(2): 217-37.
47. Baumeister RF. Suicide as escape from self. Psychol Rev 1990; 97(1): 90-113.
48. Simbar M, Golezar S, Alizadeh S, Hajifoghaha M. Suicide risk factors in adolescents worldwide: A narrative review. J Rafsanjan Univ Med Sci 2018; 16(12): 1153-68. [In Persian].
49. Macalli M, Cote S, Tzourio C. Perceived parental support in childhood and adolescence as a tool for mental health screening in students: A longitudinal study in the i-Share cohort. J Affect Disord 2020; 266: 512-9.
50. Julkunen J, Greenglass ER. Family Support Measure [Unpublished Research Manual] 1989.
51. Shah Mohammadi N. Child abuse, its dimensions and types. Preschool Education Development 2018; 11(36): 46-9. [In Persian].
52. Mohammadkhani P. Prevalence of child abuse, the most common forms of abuse among middle school students in Tehran [Research Project]. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2001. [In Persian].
53. Berman AL, Schwartz RH. Suicide attempts among adolescent drug users. Am J Dis Child 1990; 144(3): 310-4.
54. Thompson RG, Alonzo D, Hu MC, Hasin DS. The influences of parental divorce and maternal-versus-paternal alcohol abuse on offspring lifetime suicide attempt. Drug Alcohol Rev 2017; 36(3): 408-14.
55. Ai T, Xu Q, Li X, Li D. Interparental conflict and Chinese adolescents' suicide ideation and suicide attempts: The mediating role of peer victimization. J Child Fam Stud 2017; 26(12): 3502-11.
56. Fergusson DM, Lynskey MT. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34(10): 1308-17.
57. Shimkowski JR, Ledbetter AM. Parental divorce disclosures, young adults' emotion regulation strategies, and feeling caught. J Fam Commun 2018; 18(3): 185-201.
58. Tebeka S, Hoertel N, Dubertret C, Le SY. Parental divorce or death during childhood and adolescence and its association with mental health. J Nerv Ment Dis 2016; 204(9): 678-85.
59. Amato PR. Research on divorce: Continuing trends and new developments. J Marriage Fam 2010; 72(3): 650-66.
60. Storksen I, Thorsen A, Overland K, Brown SR. Experiences of daycare children of divorce. Early Child Dev Care 2012; 182(7): 807-25.
61. Caravaca SF, Ignatyev Y, Mundt AP. Associations between childhood abuse, mental health problems, and suicide risk among male prison populations in Spain. Crim Behav Ment Health 2019; 29(1): 18-30.
62. Lippard ETC, Nemeroff CB. The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. Am J Psychiatry 2020; 177(1): 20-36.
63. Kellogg N. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics 2005; 116(2): 506-12.
64. Speizer IS, Goodwin M, Whittle L, Clyde M, Rogers J. Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala. Child Abuse Negl 2008; 32(4): 455-62.
65. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.
66. Slep AM, Heyman RE, Foran HM. Child maltreatment in DSM-5 and ICD-11. Fam Process 2015; 54(1): 17-32.