

The Roots and Causes of Suicide in Iranian Society: An Overview of National Surveys (2002–2025)

Taha Ashayeri^{*}
Ali Mirzapour^{**}

Suicide, as a complex social harm, results from the interaction of multidimensional factors and has been on the rise in Iranian society. This study aims to systematically explain and analyze the social, cultural, economic, and psychological factors influencing suicidal tendencies in Iran. The research method employed was a quantitative meta-analysis. Through systematic searches in the SID, Magiran, and IranDoc databases, 32 valid studies from the period 2002 to 2025 were selected. Data were analyzed using CMA software version 3 with a random-effects model. The findings indicate that social factors (family conflicts, substance abuse, social capital, social pressures, social deprivation, and history of deviant behavior), cultural factors (cultural capital, media consumption, risky lifestyles, religiosity, literacy, and cultural awareness), economic factors (class inequality, unemployment, economic instability, and inflation), and psychological factors (social isolation, self-confidence, social hope, and sense of worth) have significantly influenced the tendency toward suicide during 2002–2025. The conclusion emphasizes that preventive interventions should focus on strengthening social and cultural capitals (especially religiosity and support networks) and reducing structural risk factors (inequality, isolation, and risky lifestyles).

Keywords: Suicide, Social Capital, Religiosity, Class Inequality, Social Isolation.

^{*} Corresponding Author: Associate Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabili, Iran.

t.ashayeri@uma.ac.ir

<https://orcid.org/0000-0001-8210-8899>

^{**} M.A. Student in Sociology, Faculty of Social Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabili, Iran.

Alimirzapour027@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-4392-2301>

Introduction

Suicide refers to the intentional act of ending one's own life and is widely recognized as a preventable phenomenon with profound consequences for individuals, families, and societies. A wide range of social, cultural, and contextual conditions influence mental health outcomes and may increase the likelihood of suicidal behavior. Cultural norms, collective traditions, and social environments can therefore shape suicide-related behaviors and provide a basis for prevention strategies. In legal and medical contexts, suicide is identified when evidence confirms that an individual intentionally performed an act to end their life. Suicidal behavior is generally understood as the outcome of complex interactions among psychological vulnerabilities and broader social and economic conditions. Factors such as poverty, developmental inequalities, and public health crises can influence suicide patterns, although their impact varies across socio-cultural contexts. In addition, cultural norms, poverty, and limited social awareness, along with family conflicts, social disintegration, depression, anxiety, and substance abuse, have been identified as important risk factors. Globally, suicide remains a major public health concern, accounting for approximately 800,000 deaths annually and occurring particularly among young people aged 15–25. From a sociological perspective, Durkheim conceptualized suicide as a social fact shaped by structural conditions rather than merely individual issues. Subsequent studies have emphasized the role of broader social contexts such as welfare systems, family structures, and employment opportunities as the reasons of suicide. In Iran, suicide has increased in recent years. Between 2011 and 2021 (1390–1400), the annual average of suicide reached 3,616 cases, rising from 2,598 to 5,085, indicating a clear upward trend. Despite numerous studies on suicide conducted between 2002 and 2025 (1381–1404), findings remain fragmented and lack of theoretical integration. Therefore, this study employs a quantitative meta-analysis to synthesize previous empirical research and identify the most significant social, cultural, economic, and psychological determinants of suicidal tendencies in Iran.

Theoretical Framework

Suicide has long been conceptualized as a multidimensional phenomenon shaped by the interaction of social, psychological, cultural, and biological factors. Although the term derives from the Latin *sui* (self) and *caedere* (to kill) sociological approaches emphasize that suicide cannot be reduced to an individual or pathological act. Durkheim regarded suicide as a social fact reflecting dysfunctions within the social structure rather than merely personal pathology. Contemporary institutional definitions similarly define suicide as intentional self-inflicted death while distinguishing suicidal ideation, suicide attempts, and completed suicide. Suicidal behavior encompasses a broad spectrum including suicidal ideation, self-harm, symbolic gestures, interrupted attempts, near-lethal attempts, and completed suicide. In this framework, suicidal ideation may involve verbal expressions of self-destructive intent or non-lethal self-injurious. Consequently, suicide attempts and non-suicidal self-injury have become major areas of sociological and medical inquiry. Among sociological theories, Durkheim's Suicide theory (1897) remains foundational. Through comparative statistical analysis, he argued that suicide rates are shaped by broader social conditions rather than solely by individual psychology. Durkheim identified two central structural dimensions: social integration, referring to individuals' attachment to collective life, and social regulation, referring to normative constraints governing behavior. Balanced levels of both dimensions maintain social order, whereas imbalance increases suicide risk. Based on these dimensions, Durkheim identified four types of suicide: egoistic suicide resulting from weak integration, altruistic suicide from excessive integration, anomic suicide from weakened regulation during periods of instability, and fatalistic suicide from excessive regulation and oppressive control. Accordingly, suicide reflects broader structural dynamics and the relationship between individuals and society rather than merely individual pathology.

Methodology

This study utilizes a quantitative meta-analysis to systematically synthesize empirical research on determinants of suicidal tendencies in Iran. The statistical population comprises 70 studies published between 2002 and 2025 (1381–1404), with 32 selected through

purposive sampling based on inclusion criteria emphasizing relevance and availability of quantitative data such as effect sizes, correlations, or significance values. Studies lacking sufficient quantitative data or methodological clarity were excluded. Systematic searches were conducted in major Iranian academic databases (Magiran, NoorMags, SID, Humanities Research Institute), supplemented by accessible sampling to ensure comprehensive coverage. Data extraction and coding were rigorously performed from selected studies. Data analysis employed Comprehensive Meta-Analysis (CMA) software. A random-effects model was used to accommodate heterogeneity across studies and estimate pooled effect sizes, elucidating the relationship between social, cultural, economic, and psychological factors and suicidal tendencies in Iran.

Findings

The meta-analytic results indicate that all examined categories of variables show statistically significant relationships with suicidal tendencies in Iran ($p < 0.001$). Among social factors, family conflicts demonstrate a positive relationship with suicidal tendencies (effect size = 0.183), suggesting that heightened familial tensions increase the likelihood of suicidal inclinations. Similarly, weak social support and social isolation were associated with increased suicidal tendencies, reflecting the importance of social integration and interpersonal networks in protecting individuals from suicide risk. Regarding cultural factors, variables such as cultural norms, value conflicts, and social stigma surrounding mental health also showed significant associations with suicidal tendencies. These findings highlight the role of cultural expectations, traditional norms, and community attitudes in shaping individuals' coping strategies and help-seeking behaviors. Economic factors likewise demonstrated meaningful relationships with suicidal tendencies. Conditions such as unemployment, economic insecurity, and financial stress were positively associated with suicide risk, indicating that structural economic pressures and material deprivation can intensify feelings of hopelessness and social marginalization. Finally, psychological factors showed some of the strongest associations with suicidal tendencies. Variables including depression, anxiety, hopelessness, and substance abuse were

significantly related to suicide risk, underscoring the interaction between psychological vulnerability and broader social conditions. Overall, the meta-analysis demonstrates that suicidal tendencies in Iran are shaped by the combined influence of social, cultural, economic, and psychological determinants, reflecting the multidimensional nature of suicide as both a psychosocial and structural phenomenon.

Discussion and Conclusion

Suicide in Iranian society transcends an individual psychological crisis, representing structural dysfunctions in social integration, cultural meaning, and economic stability. This meta-analysis reveals that suicidal tendencies arise from the interplay of social pressures, economic insecurity, diminishing social capital, and psychological vulnerabilities. The uneven suicide risk among youth, women, and marginalized populations underscores the structural dimension of this issue. Social determinants such as family conflicts and substance abuse elevate suicide risk by undermining primary support systems, whereas social capital serves as a crucial protective factor. Echoing Durkheim's social integration and Merton's strain theory, pressures amplify when culturally valued goals—like employment and family formation—are unattainable (Durkheim, 1897; Merton, 1938). Social deprivation and deviant behaviors further reflect marginalization, increasing psychosocial vulnerability. Cultural factors yield dual effects: religiosity is the strongest protective influence, offering moral frameworks that alleviate existential despair. Cultural capital and literacy bolster cognitive resilience, whereas high-risk lifestyles and suicide-related media exposure heighten vulnerability, especially among youths navigating normative uncertainty in social transition. Economic variables, including class inequality, unemployment, inflation, and instability, highlight how structural economic stresses foster suicidal tendencies. These contribute to relative deprivation and economic anomie, particularly where social status is tied to occupational identity. Psychological dimensions—social isolation, low self-confidence, reduced social hope, and diminished self-worth—mirror the internalization of structural inequalities. Aligned with Honneth's recognition theory, lack of social acknowledgment deepens identity crises, escalating suicide risk. In sum, suicide in Iran

is a multidimensional phenomenon shaped by interlinked social, cultural, economic, and psychological factors. Prevention demands integrated strategies: strengthening community networks, expanding economic opportunities, nurturing cultural resilience, and promoting psychological well-being through coordinated social and health policies.

References

- Arafat, S. M. Y. & Kar, S. K. (2025) Social structure and suicidal behavior. In S. M. Y. Arafat & S. K. Kar (Eds.), *Ecological and social determinants of suicidal behavior* (pp. 47–61). Springer Nature Singapore Pte Ltd.
<https://psycnet.apa.org/record/2026-65846-002>
- Birmingham and Solihull Mental Health Foundation Trust (2018) Serious incident overview.(Accessed July 1, 2020).
<https://www.cqc.org.uk/provider/RXT/inspection-summary>
- Bursztein, C., & Apter, A. (2009) Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 1–6.
<https://www.ovid.com/00001504-200901000-00002>
- Centers for Disease Control and Prevention (2024) Facts about suicide. Retrieved from. <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html>
- Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson, D. J., Pilcher, C., & Brent, D. A. (2019) Meta-analysis of mood and substance use disorders in proximal risk for suicide deaths. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 278–292.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12417>
- Douglas, J. (2015) *Social meanings of suicide*. Princeton University Press.60-89.
https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/9781400868117/html?srsId=AfmBOooXmX8_MyfZNRLTFy3X_UJ6UmQCS6Mxm7WG-qybT5kRb2fhBGhY
- Elnour, A. A., & Harrison, J. (2009) Suicide decline in Australia: Where did the cases go? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 33(1), 67–69.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1326020023006805>
- Fei, W. (2010) *Suicide and justice: A Chinese perspective*. Routledge. 1-50.
<https://doi.org/10.4324/9780203849033>

- Gallagher, K., Phillips, G., Corcoran, P., Platt, S., McClelland, H., O'Driscoll, M., & Griffin, E. (2025) The social determinants of suicide: An umbrella review. *Epidemiology Review*, 47(1), mxaf004.
<https://doi.org/10.1093/epirev/mxaf004>
- Gatov, E., Kurdyak, P., Sinyor, M., Holder, L., & Schaffer, A. (2018) Comparison of vital statistics definitions of suicide against a coroner reference standard: A population-based linkage study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(3), 152–160.
<https://doi.org/10.1177/0706743717727243>
- Hill, C., & Cook, L. (2011) Narrative verdicts and their impact on mortality statistics in England and Wales. *Health Statistics Quarterly*, 49(1), 81–100. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21372846/>
- Jones, R. A. (1986) *Émile Durkheim: An introduction to four major works*. Sage Publications.20-51.
<https://archive.org/details/emiledurkheimint0000jone>
- Kaya, N. (2014) The relationship of suicide probability to problem solving skills, social support and self esteem in adolescence period [Master's thesis, Near East University]. 60-101.
- Khan, A., Leventhal, R. M., Khan, S., & Brown, W. A. (2002) Suicide risk in patients with anxiety disorders: A meta-analysis of the FDA database. *Journal of Affective Disorders*, 68(2–3), 183–190.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00354-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00354-8)
- King, C. A., & Merchant, C. R. (2008) Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 181–196.
<https://doi.org/10.1080/13811110802101203>
- Lopez-Castroman, J., Guillaume, S., Olie, E., Jaussent, I., Baca-Garcia, E., & Courtet, P. (2015) The additive effect on suicidality of family history of suicidal behavior and early traumatic experiences. *Archives of Suicide Research*, 19(2), 275–283.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2014.915778>
- Maloku, A. (2020) Theory of differential association. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 9(1), 170-178.
<https://doi.org/10.36941/ajis-2020-0015>
- Meda, N., Angelozzi, L., Poletto, M., Patane', A., Zammarrelli, J., Slongo, I., Sambataro, F., & De Leo, D. (2025) How many people die by suicide each year? Not 727,000: a systematic review and meta-analysis of suicide underreporting across 71 countries over 122 years. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1609580.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1609580>

- National Institute of Mental Health (2025) Suicide. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>
- Nock, M. K. (2009) Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- O’Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996) Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237–252.
<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00275.x>
- Odejimi, O., Webb, K., Bagchi, D., & Tadros, G. (2021) Root causes of deaths by suicide among patients under the care of a mental health trust: thematic analysis. *BJPsych Bulletin*, 45(3), 140–145.
<https://doi.org/10.1192/bjb.2020.66>
- Papyrus UK. (2020) New high court judgement. <https://papyrus-uk.org/new-high-court-judgement-on-suicide-rulings-will-save-young-lives/> (Accessed February 19, 2020).
- Reseland, S., Le Noury, J., Aldred, G., & Healy, D. (2008) National suicide rates 1961–2003: Further analysis of Nordic data for suicide, autopsies and ill-defined death rates. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(2), 78–82.
<https://doi.org/10.1159/000112883>
- Rockett, I. R. H., Hobbs, G., De Leo, D., Stack, S., Frost, J. L., & Ducatman, A. M. (2010) Suicide and unintentional poisoning mortality trends in the United States, 1987–2006: two unrelated phenomena? *BMC Public Health*, 10, 705.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-705>
- Shabani, A., & Maloku, A. (2019) Tema të përzgjedhura nga patologjia sociale. *Kolegji Iliria*. 100–171.
- Shojania, K. G., Burton, E. C., McDonald, K. M., & Goldman, L. (2003) Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: A systematic review. *JAMA*, 289(21), 2849.
<https://doi.org/10.1001/jama.289.21.2849>
- Snowdon, J., & Choi, N. G. (2020) Undercounting of suicides: Where suicide data lie hidden. *Global Public Health*, 15(12), 1894–1901.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32744898/>
- The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health. (2018) Annual report 2018.
- Tøllefsen, I. M., Hem, E., & Ekeberg, Ø. (2012) The reliability of suicide statistics: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 12(1), 9.

- <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-9>
- World Health Organization (2019) Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (Accessed November 15, 2019).
- World Health Organization (2023) Suicide prevention. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/suicide>
- World Health Organization (2024) Suicide data quality. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data-quality> (Accessed December 17, 2024).
- World Health Organization (2024) Suicide mortality rate (per 100–000 population). <https://data.who.int/indicators/i/F08B4FD/16BBF41> (Accessed October 24, 2024).
- World Health Organization (2025) Suicide worldwide in 2021: Global health estimates. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069> (Accessed June 16, 2025).
- Wray, M., Colen, C., & Pescosolido, B. A. (2011) The sociology of suicide. *Annual Review of Sociology*, 37(1), 503–528. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-081309-150058>
- Azarimehr, A. A. (2024) A sociological study of suicide attempts and influencing factors among adolescents and youth in Baghmalek County in 2023 [Master's thesis, Payame Noor University, Khuzestan Province, Abadan Center, Faculty of Social Sciences]. Supervisor: Jafar Kordzangeneh. (In Persian)
- Asadi, M. (2024) Factors influencing suicidal tendencies among adolescents aged 13 to 18 in Mahneshan County [Master's thesis, Arman Razavi Institute of Higher Education, Department of Psychology]. Supervisor: Amir Mohdian Khorasani. (In Persian)
- Ayar, A., & Vali Piri. (2010) Investigating the relationship between anomie feeling and suicidal thoughts: An empirical study of Azad University Darreh Shahr students. In *Proceedings of the First National Conference on Suicide: Causes and Consequences*, Tehran. (In Persian)
- Izadrad, H., Zangeneh Baygi, M., Narouei, F., & Mohammadi, P. (2025) Epidemiological study of factors influencing suicide in the catchment area of Zahedan University of Medical Sciences in 2023. *Payesh Journal*, 24(3), 399–407. https://payeshjournal.ir/search.php?slc_lang=fa&sid=1 (In Persian)
- Biravan, H., & Marjani, M. (2022) Investigating factors influencing suicidal thoughts and attempts among girls under 18 years old referred to Imam Reza Hospital, Mashhad [Master's thesis, Arman Razavi

- Institute of Higher Education, Department of Psychology]. Supervisor: Hossein Behrovan. (In Persian)
- Tajbakhsh, G., & Lak, N. (2022) Factors influencing suicide among youth in Dorud County [Master's thesis, Ayatollah Al-Ozma Boroujerdi University, Faculty of Humanities]. Supervisor: Gholamreza Tajbakhsh. (In Persian)
- Torabi, A. (2009) Investigating factors influencing suicide in Boyer-Ahmad County [Master's thesis, Shiraz University, Faculty of Law and Political Science]. Supervisor: Shahram Ebrahimi. (In Persian)
- Jangjoo Hasan-Kohl, F. (2022) Examining Tabriz University students' attitudes towards suicide and its influencing factors [Master's thesis, University of Tabriz, Faculty of Law and Social Sciences]. Supervisor: Kamal Koohi. (In Persian)
- Jahani Dowlat Abad, E., Eshaeiri, T., & Shiri, M. (2023) The relationship between macroeconomic indices and suicide rates in Iranian provinces: Secondary analysis of 2011–2021 data. *Strategic Research on Iran's Social Issues*, 3(42), 41–62.
<https://doi.org/10.22108/srsp.2023.138482.1921> (In Persian)
- Chashpar, V. (2012) A study of social factors affecting attitudes toward suicide among adolescents in Abadan County [Master's thesis, Shahid Bahonar University of Kerman, Faculty of Literature and Humanities]. Supervisor: Leila Yazdanpanah. (In Persian)
- Hekmat, A. (2009) A study of social and cultural factors affecting women's suicidal tendencies (Case study: Piranshahr city) [Master's thesis, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Faculty of Humanities]. (In Persian)
- Hamedani, A. H. (2022) Investigating the relationship between social support and suicidal ideation in Iranian society: The mediating role of COVID-19 anxiety [Master's thesis, Ferdowsi University of Mashhad, Faculty of Educational Sciences and Psychology]. Supervisor: Ali Mashhadi. (In Persian)
- Rahmani, S., & Rahimi, E. (2025) Predicting suicidal tendency based on attachment styles and dark personality traits with the mediating role of perceived social support among Farhangian University students. *Journal of Social Psychology Research*, (58), 17–36.
<https://doi.org/10.22034/spr.2025.495184.2047> (In Persian)
- Rostami, R., & Ghasemabadi, N. (2024) The relationship between family structure and rumination with suicide attempts among adolescents aged 13–18 referring to hospitals in Hormozgan Province [Master's thesis, Payame Noor University, Hormozgan Province, Qeshm Center]. Supervisor: Rouhollah Rostami. (In Persian)

- Rasoulzadeh Aghdam, S., & Saadati, M. (2015) Descriptive study of factors influencing suicide attempts among citizens of East Azerbaijan Province. *East Azerbaijan Law Enforcement Quarterly*, 5(1), 109–128. http://eastaz.jrl.police.ir/article_13900.html (In Persian)
- Raoufkish, A. (2012) Social, economic and psychological factors related to suicide in Gilan-e Gharb County [Master's thesis, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Faculty of Educational Sciences and Psychology]. Supervisor: Aliyeh Shakerbeigi. (In Persian)
- Zivari Tabatabaei, A. S. (2010) Factors influencing suicide attempts with emphasis on social support [Master's thesis, Allameh Tabataba'i University, Faculty of Social Sciences]. Supervisor: Akbar Sharifian. (In Persian)
- Sazavar, F. (2023) The impact of economic and social factors on suicidal behavior in Iranian society (with emphasis on economic risk and instability) [Master's thesis, University of Tehran, Faculty of Psychology and Educational Sciences]. Supervisor: Manijeh Firoozi. (In Persian)
- Arefi, M. (2002) A study on the rate of suicide in West Azerbaijan Province between 1998 and 1999 and identification of influential variables. *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 32(1), 141–162. https://journal.ut.ac.ir/article_10624.html (In Persian)
- Alivardinia, A. (2010) Status cohesion and female suicide: Gibbs and Martin's theory. *Journal of Social Sciences*, Faculty of Literature and Humanities, Mashhad, (4), 143–154. <https://doi.org/10.22067/jss.v0i0.3094> (In Persian)
- Fathi, S. (2024) Investigating factors influencing the prediction of suicidal ideation in adolescents with emphasis on systems theory [Master's thesis, Payame Noor University, Fars Province, Shiraz Center]. Supervisor: Fariba Tabebardbar. (In Persian)
- Fayz, M. H. (2024) Explaining factors influencing suicidal thoughts in male addicts referred to addiction treatment centers in Qom [Master's thesis, Toloue Mehr Institute of Higher Education, Qom]. Supervisor: Houshang Garavand. (In Persian)
- Kadivori, R. (2020) Investigating characteristics of suicide attempts and their relationship with family history of suicide in Shahid Beheshti Hospitals of Taft and Shah Vali, Yazd in 2019–2020 [Professional doctoral dissertation, Islamic Azad University, Yazd Branch]. Supervisor: Hamid Oliaei. (In Persian)
- Kasbi, Z. (2018) Investigating the prevalence of substance abuse and suicidal tendency among soldiers in Bandar Abbas County [Master's

- thesis, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch]. Supervisor: Kobra Hajali-zadeh. (In Persian)
- Moradi, A., Moradi, R., & Mostafavi, E. (2012) Investigating the rate and related factors of suicide in Bahar County. *Behavioral Sciences Research*, 10(1), 10–27.
<https://doi.org/10.1001.1.17352029.1391.10.1.7.1> (In Persian)
- Monti, R. (2018) Sociological explanation of factors influencing suicide in Ilam Province [PhD dissertation, Sociology of Social Issues of Iran, Faculty of Humanities, Kashan University]. Supervisor: Mohsen Niazi. (In Persian)
- Monhaser, R. (2022) Assessing suicide risk among adolescent girls and influencing factors [Master's thesis, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch, Faculty of Humanities]. Supervisor: Azita Amirfakhraei. (In Persian)
- Mousavi, F., Sajadi, H., Rafiee, H., & Feyzi, A. (2008) Some family factors related to suicide attempts. *Social Welfare Quarterly*, 7(27), 53–72.
<http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-2015-fa.html> (In Persian)
- Vafaei, A., & Dolatiaryan, K. (2025) Structural analysis of factors influencing high-risk suicidal behavior in Nourabad, Lorestan. *Geography and Urban Planning Quarterly*, 15(58), 89–110.
<https://faculty.kashanu.ac.ir/vafaei/fa/articlesInPublications/18335> (In Persian)

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره هجدهم، زمستان ۱۴۰۴: ۳۵-۶۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۳

نوع مقاله: پژوهشی

ریشه و دلایل خودکشی در جامعه ایرانی: مروری بر پیمایش‌های ملی (۱۳۸۱ الی ۱۴۰۴)

طاها عشایری *

علی میرزاپور **

چکیده

خودکشی به عنوان یک آسیب اجتماعی پیچیده، ناشی از تعامل عوامل چندبُعدی است که در جامعه ایرانی، روند روزافزونی دارد. این پژوهش با هدف تبیین و تحلیل نظام‌مند عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و روانی مؤثر بر گرایش به خودکشی در ایران انجام شده است. روش تحقیق، فراتحلیل کمی بود که با جست‌وجوی سیستماتیک در پایگاه‌های اطلاعاتی SID، Magiran و IranDoc، ۳۲ مطالعه معتبر در بازه زمانی ۱۳۸۱ تا ۱۴۰۴ انتخاب شد. داده‌ها با نرم‌افزارهای CMA نسخه ۳ و با استفاده از مدل اثرات تصادفی تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که عوامل اجتماعی (اختلافات خانوادگی، مصرف موادمخدر، سرمایه اجتماعی، فشارهای اجتماعی، محرومیت اجتماعی و سابقه رفتار انحرافی)، فرهنگی (سرمایه فرهنگی، مصرف رسانه‌ای، سبک زندگی پرخطر، دین‌داری، سواد و آگاهی فرهنگی)، اقتصادی (ناابرابری طبقاتی، بیکاری، بی‌ثباتی اقتصادی و تورم) و عوامل روانی (انزوای اجتماعی، اعتماد به نفس، امیدواری اجتماعی و احساس ارزشمندی)

* نویسنده مسئول: دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

t.ashayeri@uma.ac.ir

http://orcid.org/0000-0001-8210-8899

** دانشجوی کارشناسی‌ارشد جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

alimirzapour027@gmail.com

http://orcid.org/0009-0004-4392-2301



در گرایش به خودکشی طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۴۰۴ تأثیرگذار بوده است. نتیجه‌گیری نشان داد که مداخلات پیشگیرانه باید بر تقویت سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی (به‌ویژه دین‌داری و شبکه‌های حمایتی) و کاهش عوامل خطر ساختاری (نابرابری، انزوا و سبک زندگی پرخطر) متمرکز شوند.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، سرمایه اجتماعی، دین‌داری، نابرابری طبقاتی، انزوای اجتماعی.

مقدمه و بیان مسئله

خودکشی، به عمل آگاهانه پایان دادن به زندگی خود اطلاق می‌شود. این پدیده عمدتاً قابل پیشگیری است و می‌تواند افراد همه سنین را تحت تأثیر قرار دهد و پیامدهای زیادی برای فرد، خانواده و جامعه به دنبال داشته باشد (Lopez et al, 2015: 276). نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی و عوامل زمینه‌ای می‌تواند به طور معناداری بر سلامت روان تأثیر بگذارد (Hill & cook, 2011: 81). شرایط جامعه، فرهنگ و سنت‌های اجتماعی به عنوان پیش‌بینی‌کننده رفتار خودکشی نیز عمل می‌کند و مبنایی برای تدوین اقدامات پیشگیرانه فراهم می‌آورد (King & Merchant, 2008: 194). حکم خودکشی تنها پس از ارائه شواهد از گزارش خودکشی صادر می‌شود که نشان دهد «بر اساس تعادل احتمالات»، فرد عملی را انجام داده و قصد کرده است که منجر به پایان دادن به زندگی شود (Papyrus, 2020: ر.ک).

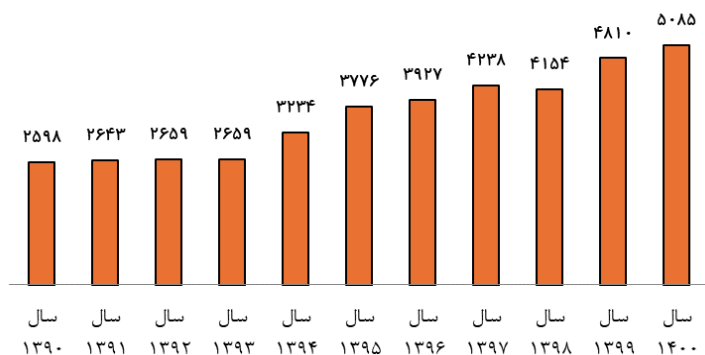
خودکشی، پیامدی است از تعامل پیچیده میان عوامل خطر متعدد و حوزه‌های روانی تا ابعاد گسترده اجتماعی-اقتصادی همچون فقر، شاخص‌های توسعه، جنگ و همه‌گیری‌ها تأثیر می‌پذیرد. این عوامل خطر بر اساس موقعیت جغرافیایی و ساختار اجتماعی- فرهنگی، متفاوت هستند (Arafat & Kar, 2025: 50). به طور کلی عوامل فرهنگی (سنت و هنجارها، فقر، فقدان سواد و دانش اجتماعی) (Kahn et al, 2002: 184) و اجتماعی شامل از دست دادن اعضای خانواده، تعارضات خانوادگی و عوامل روانی شامل اختلالات اضطرابی، افسردگی، مصرف موادمخدر، اختلالات روان‌تنی، نگرانی‌های تحصیلی مرتبط با مدرسه، عوامل اقتصادی- اجتماعی، محرومیت اجتماعی (Conner et al, 2019: 288)، بسترهای خودکشی را تقویت می‌کنند.

خودکشی، یکی از مسائل بهداشتی جهانی محسوب شده، تخمین زده می‌شود که سالانه حدود ۸۰۰.۰۰۰ نفر در سطح جهان بر اثر خودکشی فوت می‌کنند (WHO, 2019) که این امر در سراسر جهان همزمان با تغییرات اقتصادی جهانی، افزایش شهرنشینی و صنعتی شدن، بیشتر نمایان می‌شود (WHO, 2019: ر.ک). بیش از یک‌چهارم بیمارانی که بر اثر خودکشی فوت می‌کنند، دارای بیماری روانی زمینه‌ای بوده و پیش از فوت، شناخته‌شده سیستم خدماتی بوده‌اند (Birmingham & Solihull, 2018) و بیشتر در سنین میان ۱۵ الی ۲۵ ساله رخ می‌دهد (WHO, 2024).

بر این اساس مرگ‌های ناشی از خودکشی از دیرباز به عنوان دغدغه‌ای ماندگار در

اپیدمیولوژی مطرح بوده (Durkheim, 1897: 45) و از زمان آثار دورکیم، پژوهشگران و سازمان‌های بین‌المللی در تلاش بوده‌اند تا تغییرپذیری نرخ‌های خودکشی در سطح ملی را بر اساس شاخص‌های فرهنگی-اجتماعی، توسعه پایدار و توسعه اجتماعی درک کنند (Öhberg & Lönnqvist, 1998: 217). با شروع کارهای علمی دورکیم، بحث درباره دلایل و رفتارهای خودکشی، حالتی اجتماعی-فرهنگی به خود گرفت و از سنخ جسمانی-ارثی خارج شد (Rockett et al, 2010: 100). به این ترتیب مسئله خودکشی با ظهور اندیشه‌های این جامعه‌شناس معروف با وجود تلاش و توسعه علمی-تجربی، همچنان در چهار طبقه نوع‌دوستانه، تقدیرگرایانه، آنومیک و فردگرایانه تحلیل می‌گردد (Reseland et al, 2008: 78) و آینده نیز ممکن است در همین الگوهای دورکیمی، باز شرح شود و طبقه‌بندی جدیدی اتفاق بیفتد (Shojania et al, 2003: 111).

به طور کلی همه متفکران بر این موضوع اجتماع دارند که خودکشی، عملی تصادفی نیست و ریشه در رفتارهای فردی تعمدانه دارد (Snowdon & Choi, 2020; Tolfen et al, 2012: 9). شرایط مکانی-جغرافیایی، وضعیت رفاهی و ساختار خانواده و اشتغال‌زایی، تعیین‌کننده محسوب می‌شود (Eleanor & Harrison, 2009; Gatovu et al, 2018: 157). خودکشی در ایران طی سال‌های اخیر روندی افزایشی داشته است. جدول شماره (۱) نشان می‌دهد که اقدام به خودکشی، به جزئی از مسائل اجتماعی حال حاضر جامعه ایرانی تبدیل شده است.



شکل ۱- تعداد خودکشی‌های واقع شده در کشور در دوره زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰

(مأخذ: جهانی و دیگران، ۱۴۰۲: ۴۱)

اطلاعات شکل (۱) نشان می‌دهد که در فاصله سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ به طور متوسط سالانه ۳۶۱۶ مورد خودکشی در کشور به ثبت رسیده است. با این حال آمارهای کلی این موضوع در دوره زمانی یادشده با نوساناتی همراه بوده است. تعداد خودکشی‌های ثبت‌شده در سال ۱۳۹۰، عدد ۲۵۹۸ را نشان می‌دهد که پایین‌ترین میزان در بین سال‌های مورد بررسی محسوب می‌شود. اما این عدد تا سال ۱۴۰۰، روندی صعودی در پیش گرفته و در این سال به ۵۰۸۵ مورد افزایش یافته است که بالاترین میزان ثبت‌شده در دوره یادشده قلمداد می‌شود. این آمارها به وضوح نشان‌دهنده افزایش تدریجی تعداد خودکشی در طول دهه ۱۳۹۰ است؛ به طوری که می‌توان اذعان نمود که تعداد خودکشی در طول این دهه تقریباً دو برابر شده است (شکل ۱).

درباره دلایل افزایش خودکشی در ایران، مطالعات مختلفی طی دوره‌های ۱۳۸۱-۱۴۰۴ به روش پیمایش (پرسشنامه‌ای) در سطح استان‌های ایران انجام گرفته است. با توجه به یافته‌های مختلف و فقدان یک اجماع نظری- تجربی درباره علت جامعه‌شناختی وقوع خودکشی با فرض ناهمگونی تحقیق‌ها؛ پژوهش حاضر بر آن شد تا فراتحلیل کمی را برای انسجام‌بخشی به یافته‌ها و دستیابی به دلایل اصلی خودکشی در ایران اجرا نماید. بر این اساس پژوهش فعلی با مروری بر پژوهش‌های سابق (جدول ۱) قصد دارد به پرسش‌های زیر پاسخ دهد:

الف) عوامل اجتماعی مؤثر بر گرایش به خودکشی در ایران طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۴۰۴ کدامند؟

ب) عوامل فرهنگی مؤثر بر گرایش به خودکشی در ایران طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۴۰۴ کدامند؟

ج) عوامل اقتصادی مؤثر بر گرایش به خودکشی در ایران طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۴۰۴ کدامند؟

د) عوامل روانی مؤثر بر گرایش به خودکشی در ایران طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۴۰۴ کدامند؟

مبانی نظری

دورکیم، خودکشی را امری اجتماعی و بیانگر وجود کژکارکردی در ساختار جامعه

می‌داند (Wray et al, 2011). خودکشی، ریشه در زبان لاتین دارد و از ترکیب دو بخش *sui* (به معنای خود) و *caedere* (به معنای کشتن) شکل گرفته است (Kaya, 2014). سازمان جهانی بهداشت، خودکشی را «عمل عمدی کشتن خود» تعریف نموده و تأکید دارد که این پدیده، حاصل تعامل پیچیده عوامل زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی است و نباید آن را صرفاً نتیجه یک اختلال روانی فردی دانست (WHO, 2023).

مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده^۱ (۲۰۲۴) در چارچوب پایش اپیدمیولوژیک، خودکشی را «مرگ ناشی از آسیب‌رسانی عمدی به خود با قصد پایان دادن به زندگی» می‌داند و برای استانداردسازی داده‌ها، آن را به وضوح از «اقدام به خودکشی» و «ایده‌پردازی خودکشی» متمایز می‌کند. مؤسسه ملی سلامت روان آمریکا^۲ (۲۰۲۵)، تعریفی سه‌لایه ارائه می‌دهد که شامل «ایده‌پردازی خودکشی»، «اقدام به خودکشی» و «مرگ خودکشی» است و بر لزوم سنجش دقیق قصد، دسترسی به ابزار کشنده و زمینه‌های بالینی پیش از مداخله تأکید دارد.

رفتار خودکشی، مجموعه‌ای از انواع رفتاری ناپیوسته و ناهمگون است؛ به طوری که افکار خودکشی، تهدیدهای خودکشی، حرکات نمادین، خودزنی، تلاش‌های خودکشی با خطر پایین، تلاش‌های خودکشی متوقف‌شده، تلاش‌های خودکشی نزدیک به مرگ و خودکشی واقعی در مقوله رفتار خودکشی قرار می‌گیرد (Burstein & Apter, 2009). هدف اصلی خودکشی، پایان دادن عمدی به خودکشی و افکار خودکشی شامل خودآسیب‌رسانی بدون قصد خودکشی، تخریب مستقیم و عمدی بافت بدن بدون قصد کشنده (Nock, 2009: 78)، افکار خودکشی همراه با تهدید اطرافیان (O'Carroll et al, 2040: 1996) است. آسیب‌رسانی غیر خودکشیانه به خود و تلاش خودکشی در مطالعات جامعه‌شناسی و علوم پزشکی تحلیل و ارزیابی می‌شوند (Maloku, 2020: 170).

خودکشی در عین حال که عملی فردی و درونی محسوب می‌شود، پدیده‌ای است که جنبه‌های اجتماعی نیز دارد؛ زیرا اغلب بازتابی از رابطه ناسازگار فرد با ساختارهای اجتماعی، فشارهای محیطی و سرمایه‌های اجتماعی- روانی ناکافی است. این پدیده از

قرن‌ها پیش مورد توجه جوامع بوده است. «خودکشی»^۱ اثر امیل دورکیم، جامعه‌شناس بنیان‌گذار فرانسوی، یکی از متون کلاسیک جامعه‌شناسی محسوب می‌شود که به طور گسترده در رشته‌های روان‌شناسی و جامعه‌شناسی تدریس می‌گردد. این کتاب که در سال ۱۸۹۷ منتشر شد، نخستین پژوهش نظام‌مند جامعه‌شناختی درباره خودکشی محسوب می‌شود و نتیجه‌گیری آن مبنی بر اینکه خودکشی می‌تواند ریشه در عوامل اجتماعی داشته باشد، نه صرفاً در سرشت یا اختلالات فردی، در زمان انتشارش انقلابی و چالش‌برانگیز بود.

دورکیم با تحلیل آماری نرخ‌های خودکشی در جوامع مختلف، استدلال کرد که این پدیده را نمی‌توان تنها از طریق روان‌شناسی فردی تبیین کرد، بلکه باید در بافت ساختارهای اجتماعی مانند سطح یکپارچگی و نظارت اجتماعی بررسی شود. این اثر نه تنها پایه‌های روش‌شناسی جامعه‌شناسی کمی را تثبیت کرد، بلکه چارچوبی نظری برای درک پدیده‌های روانی-اجتماعی به عنوان محصول تعامل فرد و جامعه فراهم آورد (Jones, 1986: 33). وی فرضیه‌ای ارائه داد مبنی بر اینکه هرچند خودکشی در ظاهر پدیده‌ای فردی به نظر می‌رسد، در واقع نتیجه تأثیر واقعیت‌های اجتماعی و عوامل کلان‌جمعی است. این انتشار با داده‌های آماری گسترده‌ای از رفتار خودکشی در اروپا همراه بود و ثابت کرد که خودکشی، بازتابی از بستر اجتماعی کشور مربوطه است. بر اساس یافته‌های پژوهشی خود، دورکیم چهار نوع خودکشی را بر اساس میزان ادغام فرد در جامعه تعریف کرد (Douglas, 2015: 77).

یکپارچگی اجتماعی و نظارت اجتماعی، دو مفهوم کلیدی در نظریه خودکشی امیل دورکیم محسوب می‌شود. سطوح مناسب و متعادل از یکپارچگی و نظارت اجتماعی برای کاهش نرخ خودکشی در جامعه ضروری است. در ادامه، ویژگی‌های اصلی نقش این دو مفهوم در نظریه وی آورده شده است:

الف) یکپارچگی اجتماعی به میزان اتصال افراد به یکدیگر از طریق ارزش‌ها، باورها و تعلق به جامعه اشاره دارد. یکپارچگی اجتماعی بالا به معنای داشتن پیوندها و روابط قوی است.

ب) نظارت اجتماعی به قواعد و هنجارهایی اطلاق می‌شود که رفتار افراد را شکل

می‌دهد. نظارت اجتماعی مناسب، ثبات و هدایت را فراهم می‌آورد.

بر این اساس امیل دورکیم در اثر کلاسیک خود، «خودکشی» (۱۹۸۷)، چهار نوع خودکشی را شناسایی کرد که بر اساس نظریه وی، این انواع صرفاً از طریق ساختارهای اجتماعی، قابل درک هستند، نه عوامل فردی محض (Shabani & Maloku, 2019: 154) که در زیر دسته‌بندی و تحلیل شده‌اند:

- **خودکشی خودخواهانه**^۱: ناشی از کمبود یکپارچگی اجتماعی فرد در جامعه است. وقتی پیوندهای اجتماعی ضعیف باشد و فرد احساس تعلق کافی به گروه‌های اجتماعی (خانواده، دین و حرفه) نداشته باشد، مستعد این نوع خودکشی می‌گردد. دورکیم این نوع را در جوامع مدرن و افراد با گرایش‌های فردگرایانه بیشتر مشاهده کرد. این امر نه به دلیل ناتوانی‌های جسمی یا ذهنی، بلکه به سبب تنهایی اجتماعی و بی‌معنایی وجودی رخ داده و افراد احساس انزوا کرده، فاقد پیوندهای معنادار هستند.

- **خودکشی فداکارانه**^۲: در پی افراط در یکپارچگی اجتماعی رخ می‌دهد؛ یعنی زمانی که جامعه یا گروه بر فرد سلطه‌گری مطلق داشته، فرد هویت مستقل خود را در چارچوب جمعی تلف می‌کند. این نوع بیشتر در جوامع سنتی و نظام‌مند دیده شده و سه زیرمجموعه خودکشی افراد مسن یا بیمار برای رهایی از بار اجتماعی، خودکشی بیوه‌ها پس از مرگ همسر و خودکشی خدمتکاران یا سربازان پس از فوت سرپرست دارد.

- **خودکشی ناشی از آنومی**^۳: زمانی رخ می‌دهد که جامعه در بحران‌های ناگهانی (رشد اقتصادی سریع یا رکود عمیق) دچار بی‌هنجاری شود؛ یعنی هنجارها و ارزش‌های تنظیم‌کننده رفتار از بین رفته و فرد در وضعیتی از گیجی هنجاری و بی‌امیدی قرار می‌گیرد. دورکیم، آنومی را عاملی ساختاری و منظم در جوامع مدرن دانست که سالانه سهمی از موارد خودکشی را تأمین می‌کند (Durkheim, 1897: 72).

- **خودکشی سرنوشت‌گرایانه**^۴: در شرایطی رخ می‌دهد که کنترل اجتماعی بیش از حد سختگیرانه و سرکوب‌گرانه باشد و آینده فرد را به طور کامل مسدود سازد. دورکیم این نوع را تنها به صورت مختصر در پاورقی کتاب ذکر کرد و آن را در مورد بردگان،

1. Egoistic Suicide
2. Altruistic Suicide
3. Anomic Suicide
4. Fatalistic Suicide

زنان تحت سرپرستی سختگیرانه و زندانیان توصیف نمود.

دورکیم معتقد بود که تعادل بخشی بین یکپارچگی و نظارت اجتماعی در جامعه می تواند بیشتر انواع خودکشی را کاهش دهد. پیوندهای قوی با دیگران از طریق یکپارچگی اجتماعی بالا، به زندگی معنا و حس تعلّق می بخشد و از خودکشی خودخواهانه جلوگیری می کند. همچنین قواعد و هنجارهای شفاف ناشی از نظارت اجتماعی مناسب، به ویژه در دوره های بحران، ثبات را تأمین کرده، از خودکشی انومیک پیشگیری می نماید. با این حال افراط در یکپارچگی اجتماعی می تواند به خودکشی فداکارانه منجر شود؛ جایی که افراد خود را برای گروه فدا می کنند و افراط در نظارت اجتماعی نیز ممکن است خودکشی سرنوشت گرایانه را رقم زند (Fei, 2010: 19).

بر این اساس در هر چهار نوع، ریشه علت در رابطه فرد با جامعه نهفته است: برخی به دلیل کمبود ادغام اجتماعی (خودخواهانه)، برخی به دلیل افراط در ادغام (فداکارانه)، برخی به دلیل بی هنجاری ساختاری (انومیک) و برخی به دلیل سرکوب بیش از حد (سرنوشت گرایانه)، دست به خودکشی می زنند. این چارچوب نشان می دهد که خودکشی، پدیده ای صرفاً فردی نیست، بلکه بازتابی از سلامت یا ناسازگاری ساختارهای اجتماعی محسوب می شود (Shabani & Maloku, 2019: 160).

پیشینه پژوهش

گلّگر و همکاران^۱ (۲۰۲۵) در تحقیقی با عنوان «عوامل تعیین کننده خودکشی» تأکید دارند که پژوهش های پیشین، نقش عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را در سلامت روان برجسته کرده اند، اما تأثیر آنها بر خودکشی، کمتر درک شده است. در مجموع ۴۹ رکورد (شامل ۲۵ فراتحلیل و ۲۴ مرور سیستماتیک) نشان داد که نوع مسکن، امکانات پایه و محیط، درآمد و حمایت های اجتماعی، بیکاری و رشد کودکی اولیه، تجارب تلخ زندگی، وضعیت خانواده، میزان سواد و تحصیلات والدین و سرمایه اجتماعی، نقش مهمی در میزان گرایش به خودکشی داشته است. بیشترین شواهد مربوط به بیکاری، ناامنی شغلی، درآمد و حمایت های اجتماعی و سختی های دوران کودکی بود.

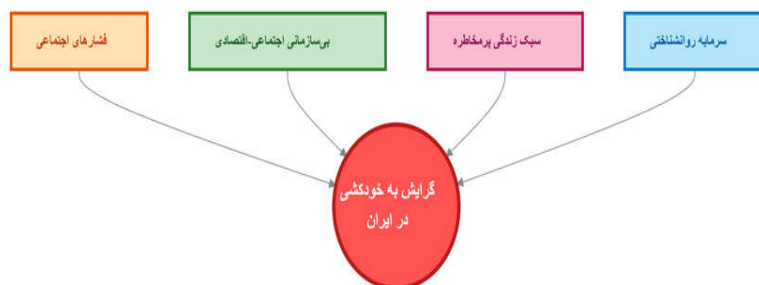
مدا و همکاران^۱ (۲۰۲۵) در پژوهشی با عنوان «چند نفر در سال بر اثر خودکشی فوت می‌کنند؟ نه ۷۲۷،۰۰۰ نفر: یک مرور سیستماتیک و فراتحلیل از زیرگزارش‌دهی خودکشی در ۷۱ کشور طی ۱۲۲ سال» نشان می‌دهد که برچسب اجتماعی، مذهب‌گرایی، نابرابری‌های جنسیتی و سنی، کیفیت زندگی، فشارهای محیطی، سالمندی، افسردگی- انزوای اجتماعی و محرومیت نسبی در گرایش به خودکشی، مؤثر بوده است.

اودجیمی و همکاران^۲ (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان «ریشه‌های عمیق فوت ناشی از خودکشی در بیماران تحت پوشش مراکز خدمات سلامت روان: تحلیل مضمون‌محور» نشان می‌دهند که فقر، بیکاری، هویت شغلی، جنگ، صنعتی شدن، مهاجرت، کسب و کار اجتماعی و رفتارهای منحرف و سابقه جرم در وقوع خودکشی، مؤثر بوده است.

نقد و نوآوری پژوهش

- پیشینه پژوهش خودکشی در ایران با سه محدودیت بنیادین مواجه است:
- پراکندگی مطالعات تک‌بعدی که عمدتاً بر عوامل روان‌شناختی فردی متمرکز بوده و از تحلیل نظام‌مند تعامل عوامل ساختاری (اقتصادی- اجتماعی- فرهنگی) غفلت کرده‌اند.
 - وابستگی بیش از حد به داده‌های یک استان- شهرستان
 - نادیده گرفتن تنوع جغرافیایی- فرهنگی (شهری- روستایی، استان‌های مرزی) در تحلیل عوامل خطر
- نوآوری این فراتحلیل در سه سطح قابل تحقق است: ۱- استفاده از نظریه دور‌کیم برای تبیین پویایی تعامل عوامل چندگانه؛ ۲- عبور از تحلیل فردی- تک‌بعدی و پراکنده به گزارش جامع با وجود ناهمگونی بین مطالعات و ۳- تحلیل در فاصله زمانی طولانی‌مدت (۱۳۸۱-۱۴۰۴) برای شناسایی نقطه عطف تاریخی افزایش خودکشی که به سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد می‌انجامد.

مدل نظری پژوهش



شکل ۲- مدل نظری پژوهش

روش پژوهش

در این پژوهش از روش فراتحلیل کمی به عنوان چارچوب روش‌شناختی اصلی برای ترکیب نظام‌مند یافته‌های مطالعات پیشین در زمینه رابطه عوامل مؤثر بر خودکشی در ایران استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش شامل ۷۰ مطالعه منتشرشده در بازه زمانی ۱۳۸۱ تا ۱۴۰۴ است. ۳۲ سند علمی به عنوان حجم نمونه نهایی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده است. ملاک‌های ورود مطالعات به فراتحلیل عبارت از مرتبط بودن با موضوع پژوهش، داشتن داده‌های کمی و آماری لازم مانند ضرایب همبستگی، اندازه اثر یا مقادیر p -value قابلیت استخراج اطلاعات موردنیاز برای محاسبه اندازه اثر و انتشار در بازه زمانی تعیین‌شده و ملاک‌های خروج نیز شامل فقدان داده‌های کمی لازم، تمرکز صرف بر عوامل غیر مرتبط با خودکشی و عدم شفافیت در روش‌شناسی یا گزارش نتایج بود. شیوه نمونه‌گیری به صورت هدفمند و نظام‌مند و با جست‌وجو در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی از جمله پایگاه‌های مگیران، نورمگز، سید و پژوهشگاه علوم انسانی انجام شد.

همچنین از روش در دسترس برای تکمیل نمونه استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار CMA استفاده شد. مراحل انجام فراتحلیل به این صورت بود که ابتدا مطالعات مرتبط با جست‌وجوی نظام‌مند در پایگاه‌های علمی شناسایی شد، سپس با اعمال ملاک‌های ورود و خروج، مطالعات واجد شرایط انتخاب گردید. در مرحله بعد،

داده‌های لازم از هر مطالعه، استخراج و کدگذاری شد. پس از آن، اندازه اثر هر مطالعه محاسبه و در نهایت با استفاده از مدل اثرات تصادفی، اندازه اثر ترکیبی محاسبه شد.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱- خلاصه تحقیقات خودکشی در ایران

نویسنده	جامعه آماری	حجم نمونه	مکان	قومیت	روش + ابزار	نوع پژوهش
وفایی و دولتیاریان (۱۴۰۴)	شهروندان شهر نورآباد	۲۷۰ نفر	شهر نورآباد، استان لرستان	لر	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	مقاله علمی
ایزدی‌راد و همکاران (۱۴۰۴)	تمام پرونده‌های خودکشی در حوزه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان	۳۴۹۱ نفر	زاهدان، استان سیستان و بلوچستان	بلوچ	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	مقاله علمی
رحمانی و رحیمی (۱۴۰۴)	دانشجویان دانشگاه فرهنگیان استان کردستان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲	۵۴۵ نفر	دانشگاه فرهنگیان، استان کردستان	کرد	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	مقاله علمی
اسدی (۱۴۰۳)	نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله شهر ماهنشان در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳	۳۵۵ نفر	شهرستان ماهنشان، استان زنجان	آذری	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	رساله کارشناسی ارشد
فیض (۱۴۰۳)	معتادان مرد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر قم	۲۵۰ نفر	شهر قم	فارس	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	رساله کارشناسی ارشد
فتحی (۱۴۰۳)	نوجوانان ۱۴ تا ۱۹ سال دبیرستان‌های ناحیه دو شهر شیراز	۳۷۹ نفر	شهر شیراز، استان فارس	فارس	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	رساله کارشناسی ارشد
آذری‌مهر	نوجوانان و جوانان	۱۳۵	شهرستان	لر	پیمایش	رساله

کارشناسی ارشد	(کمی) + پرسشنامه		باغملک، استان خوزستان	نفر (سرشمار ی کامل)	شهرستان باغملک با سابقه اقدام به خودکشی	(۱۴۰۳)
رساله کارشناسی ارشد	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	بلوچ	بیمارستان‌های استان هرمزگان	مشخص نشده	نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های استان هرمزگان	رستمی و قاسم‌آبادی (۱۴۰۳)
رساله کارشناسی ارشد	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	چند قومی	سطح ملی ایران	داده‌ها ی کلان کشوری	جامعه ایران	سزوار (۱۴۰۲)
رساله کارشناسی ارشد	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	لر	شهرستان دورود، استان لرستان	۱۶۵ نفر	جوانان دختر و پسر با سابقه اقدام به خودکشی	تاج‌بخش و نیلوفر لک (۱۴۰۱)
رساله کارشناسی ارشد	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	بلوچ	استان هرمزگان	۳۶۵ نفر	دختران ۱۲ تا ۱۸ ساله ساکن استان هرمزگان	منحصر (۱۴۰۱)
رساله کارشناسی ارشد	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	آذری	دانشگاه تبریز، استان آذربایجان شرقی	۳۵۰ نفر	دانشجویان دانشگاه تبریز در سال ۱۴۰۳	جنگجوی حسن کهل (۱۴۰۱)
رساله کارشناسی ارشد	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	فارس	بیمارستان امام رضا ^(ع) ، شهر مشهد، استان خراسان رضوی	۷۰ نفر	دختران زیر ۱۸ سال مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) مشهد	بی‌روان و مرجانی (۱۴۰۱)
رساله کارشناسی ارشد	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	چند قومی	سراسر کشور ایران (۳۱) استان	۲۰۳۰ نفر	افراد ۱۲ تا ۸۰ سال ساکن ایران	حمدانی و همکاران (۱۴۰۱)
رساله دکتری	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	فارس	شاهرود	۶۰ نفر	افراد افسرده در شهرستان شاهرود	همتی خیرآبادی (۱۴۰۰)
رساله دکتری	پیمایش (کمی) + پرسشنامه	فارس	یزد	۳۳۷ نفر	اقدام به خودکشی	کدیوری (۱۳۹۹)
رساله	پیمایش	کرد	شهرستان ایلام	۵۱۵	اقدام به خودکشی	منتی

دکتری	(کمی)+ پرسشنامه			نفر	کننده	(۱۳۹۷)
رساله ارشد	پیمایش (کمی)+ پرسشنامه	بلوچ	بندرعباس	۱۵۰ نفر	سربازان شهرستان بندرعباس	کسبی (۱۳۹۷)
فصلنامه تخصصی	پیمایش (کمی)+ پرسشنامه	ترک	استان آذربایجان شرقی	۱۰۴ نفر	اقدام کنندگان خودکشی	رسول زاده اقدام و سعادت (۱۳۹۴)
رساله کارشناسی ارشد	پیمایش (کمی)+ پرسشنامه	کرد	کرمانشاه	۴۴۰ نفر	شهرستان گیلانغرب	رئوف کیش (۱۳۹۱)
رساله کارشناسی ارشد	پیمایش (کمی)+ پرسشنامه	کرد	ایلام	۳۷۵ نفر	شهرستان آبدانان	چشفر (۱۳۹۱)
مقاله پژوهشی	پیمایش (کمی)+ پرسشنامه	فارس	تهران	۹۰ نفر	دانشجویان	مرادی و همکاران (۱۳۹۱)
رساله کارشناسی ارشد	پیمایش (کمی)+ پرسشنامه	تهران	فارس	۱۰۰ نفر	اقدام به خودکشی	زیوری طباطبایی (۱۳۸۹)
فصلنامه علمی پژوهشی	پیمایش (کمی)+ پرسشنامه	مازنی	مازندران	۳۸۰ نفر	دانشجویان	علیوردنیا و همکاران (۱۳۸۹)
همایش ملی	پیمایش (کمی)+ پرسشنامه	کرد	ایلام	۳۸۴ نفر	دانشگاه آزاد اسلامی واحد دره شهر	ایار و پیری (۱۳۸۹)
رساله کارشناسی ارشد	پیمایش (کمی)+ پرسشنامه	بختیاری	گهگیلویه و بویراحمد	۵۴۹ نفر	شهرستان بویراحمد	ترابی (۱۳۸۸)
علمی پژوهشی	پیمایش (کمی)+ پرسشنامه	فارس	شهر اراک	۱۳۰ نفر	اقدام کننده به خودکشی	موسوی و همکاران (۱۳۸۷)
رساله	پیمایش	کرد	پیرانشهر	۳۸۴	شهروندان عمومی	حکمت

کارشناسی ارشد	(کمی)+ پرسشنامه			نفر		(۱۳۸۸)
علمی پژوهشی	پیمایش (کمی)+ پرسشنامه	کرد	استان آذربایجان غربی	۲۷۹۳ نفر	اقدام به خودکشی کنندگان	عارفی (۱۳۸۱)

- از نظر جامعه آماری، بیشترین سهم مربوط به شهروندان عمومی (حدود ۱۹ درصد) و افراد با سابقه اقدام به خودکشی (حدود ۱۹ درصد) است. سایر گروه‌های هدف شامل دانشجویان (حدود ۱۶ درصد)، نوجوانان بدون سابقه خودکشی (حدود ۹ درصد)، معتادان (حدود ۳ درصد)، جوانان با سابقه اقدام به خودکشی (حدود ۳ درصد)، دختران نوجوان (حدود ۳ درصد)، سربازان (حدود ۳ درصد)، زنان (حدود ۳ درصد) و سایر گروه‌های تخصصی مانند افسرده‌ها و مراجعه‌کنندگان به بخش اورژانس (در مجموع حدود ۱۸ درصد) هستند.

- از لحاظ استانی، پژوهش‌ها در ۲۱ استان مختلف انجام شده است. بیشترین فراوانی مربوط به هرمزگان، ایلام و تهران (هرکدام حدود ۹ درصد) است. پس از آن، مطالعات سطح ملی (شامل داده‌های کلان و نمونه‌گیری از ۳۱ استان)، لرستان، آذربایجان غربی، کهگیلویه و بویراحمد و آذربایجان شرقی (هرکدام حدود ۶ درصد) و سایر استان‌ها از جمله سیستان و بلوچستان، قم، فارس، خوزستان، کردستان، زنجان، خراسان رضوی، یزد، سمنان، مازندران، مرکزی و کرمان (هر کدام بین ۳ تا ۴ درصد) قرار دارد.

- از نظر بازه زمانی، مطالعات در سه دهه اخیر انجام شده است: دهه ۸۰ خورشیدی (۱۳۸۱ تا ۱۳۸۹) با سهم حدود ۲۵ درصد، دهه ۹۰ خورشیدی (۱۳۹۱ تا ۱۳۹۷) با سهم حدود ۲۰ درصد و دهه ۱۴۰۰ خورشیدی (۱۴۰۰ تا ۱۴۰۴) با سهم قابل توجه ۵۵ درصد. این الگو نشان‌دهنده افزایش تصاعدی توجه پژوهشگران به موضوع خودکشی در سال‌های اخیر است که با گسترش آسیب‌های اجتماعی و توجه بیشتر به سلامت روان در ایران هم‌راستاست.

- در بُعد قومیت، بیشترین سهم متعلق به فارس‌ها (حدود ۳۱ درصد) است. سپس به ترتیب کردها (حدود ۱۹ درصد)، بلوچ‌ها (حدود ۱۳ درصد)، لرها (حدود ۹ درصد)،

آذری‌ها و ترک‌ها (حدود ۶ درصد)، چندقومی (مطالعات ملی با نمونه‌گیری از چندین قومیت، حدود ۶ درصد)، بختیاری‌ها (حدود ۶ درصد) و سایر قومیت‌ها از جمله مازنی‌ها (در مجموع حدود ۱۰ درصد) را تشکیل می‌دهند.

- در رابطه با حجم نمونه، توزیع مطالعات به صورت زیر است: حدود ۳۲ درصد مطالعات دارای حجم نمونه‌ای بین ۳۰۰ تا ۳۹۹ نفر هستند. در مجموع بیش از ۶۴ درصد مطالعات، حجم نمونه‌ای بین ۲۰۰ تا ۴۹۹ نفر دارند. حدود ۱۳ درصد مطالعات، حجم نمونه‌ای زیر ۱۰۰ نفر و حدود ۱۶ درصد حجم نمونه‌ای بین ۱۰۰ تا ۱۹۹ نفر داشته‌اند. همچنین مطالعاتی با حجم بالای ۵۰۰ نفر وجود داشته‌اند که شامل دو دسته هستند: مطالعات با حجم ۵۰۰ تا ۹۹۹ نفر (حدود ۱۳ درصد) و مطالعات با حجم بالای ۱۰۰۰ نفر (حدود ۱۰ درصد) که عمدتاً مربوط به تحلیل داده‌های ثبت‌شده در سطح استانی (مانند زاهدان با ۳۴۹۱ مورد) و مطالعات ملی (مانند همدانی با ۲۰۳۰ نفر) بوده‌اند.

جدول ۲- عوامل مؤثر بر گرایش به خودکشی

گزارش آماری					عوامل	
sig	Z	upper	lower	Effect size		
۰/۰۰۱	۸/۳۷	۰/۲۲۴	۰/۱۴۲	۰/۱۸۳	اختلافات خانوادگی	عوامل اجتماعی
۰/۰۰۱	۱۱/۲۴	۰/۳۰۱	۰/۲۱۱	۰/۲۵۶	مصرف موادمخدر	
۰/۰۰۱	-۱۲/۸۶	-۰/۲۵۲	-۰/۳۴۲	-۰/۲۹۷	سرمایه اجتماعی	
۰/۰۰۱	۷/۵۳	۰/۱۲۲	۰/۲۰۸	۰/۱۶۵	فشارهای اجتماعی	
۰/۰۰۱	۱۰/۱۲	۰/۲۵۵	۰/۱۷۳	۰/۲۱۴	محرومیت اجتماعی	
۰/۰۰۱	۱۰/۶۸	۰/۲۷۰	۰/۱۸۶	۰/۲۲۸	سابقه رفتار انحرافی	
۰/۰۰۱	-۸/۳۴	-۰/۱۴۳	-۰/۲۳۱	-۰/۱۸۷	سرمایه فرهنگی	عوامل فرهنگی
۰/۰۰۱	۶/۱۸	۰/۱۷۵	۰/۰۸۹	۰/۱۳۲	مصرف رسانه‌ای	
۰/۰۰۱	۱۳/۴۲	۰/۳۴۴	۰/۲۵۶	۰/۳۰۰	سبک زندگی پرخطر	
۰/۰۰۱	-۱۴/۹۶	-۰/۲۹۷	-۰/۳۸۵	-۰/۳۴۱	دین‌داری	
۰/۰۰۱	-۷/۲۴	-۰/۱۱۵	-۰/۲۰۱	-۰/۱۵۸	سواد و آگاهی فرهنگی	
۰/۰۰۱	۱۰/۸۷	۰/۲۷۳	۰/۱۸۹	۰/۲۳۱	نابرابری طبقاتی	عوامل اقتصادی
۰/۰۰۱	۵/۷۶	۰/۱۶۷	۰/۰۸۱	۰/۱۲۴	بیکاری	
۰/۰۰۱	۷/۸۲	۰/۲۱۱	۰/۱۲۵	۰/۱۶۸	بی‌ثباتی اقتصادی	

۰/۰۰۱	۵/۱۴	۰/۱۵۵	۰/۰۶۹	۰/۱۱۲	تورم	
۰/۰۰۱	۱۰/۹۴	۰/۲۸۷	۰/۱۹۹	۰/۲۴۳	انزوای اجتماعی	عوامل روانی
۰/۰۰۱	-۹/۸۶	-۰/۱۷۲	-۰/۲۵۸	-۰/۲۱۵	اعتماد به نفس	
۰/۰۰۱	-۸/۸۳	-۰/۱۵۱	-۰/۲۳۷	-۰/۱۹۴	امیدواری اجتماعی	
۰/۰۰۱	-۱۰/۵۲	-۰/۱۸۶	-۰/۲۷۴	-۰/۲۳۰	احساس ارزشمندی	

بر این اساس

۱- عوامل اجتماعی

- اختلافات خانوادگی با گرایش به خودکشی، رابطه مستقیم دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۱۸۳ است.
- مصرف موادمخدر با گرایش به خودکشی، رابطه مستقیم دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۲۵۶ است.
- سرمایه اجتماعی با گرایش به خودکشی، رابطه معکوس دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۲۹۷- است.
- فشارهای اجتماعی با گرایش به خودکشی، رابطه مثبتی دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۱۶۵ است.
- محرومیت اجتماعی با گرایش به خودکشی، رابطه مستقیم دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۲۱۴ است.
- سابقه رفتار انحرافی با گرایش به خودکشی، رابطه مستقیم دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۲۲۸ است.

۲- عوامل فرهنگی

- سرمایه فرهنگی با گرایش به خودکشی، رابطه معکوس دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۱۸۷- است.
- مصرف رسانه‌ای با گرایش به خودکشی، رابطه مستقیم دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۱۳۲ است.
- سبک زندگی پرخطر با گرایش به خودکشی، رابطه مستقیم دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۳۰۰ است.
- دین‌داری با گرایش به خودکشی، رابطه معکوس دارد و مقدار ضریب اثر آن

برابر با ۰/۳۴۱- است.

- سواد و آگاهی فرهنگی با گرایش به خودکشی، رابطه معکوس دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۱۵۸- است.

۳- عوامل اقتصادی

- نابرابری طبقاتی با گرایش به خودکشی، رابطه مستقیم دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۲۳۱ است.
- بیکاری با گرایش به خودکشی، رابطه مستقیم دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۱۲۴ است.
- بی ثباتی اقتصادی با گرایش به خودکشی، رابطه مستقیم دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۱۶۸ است.
- تورم با گرایش به خودکشی، رابطه مستقیم دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۱۱۲ است.

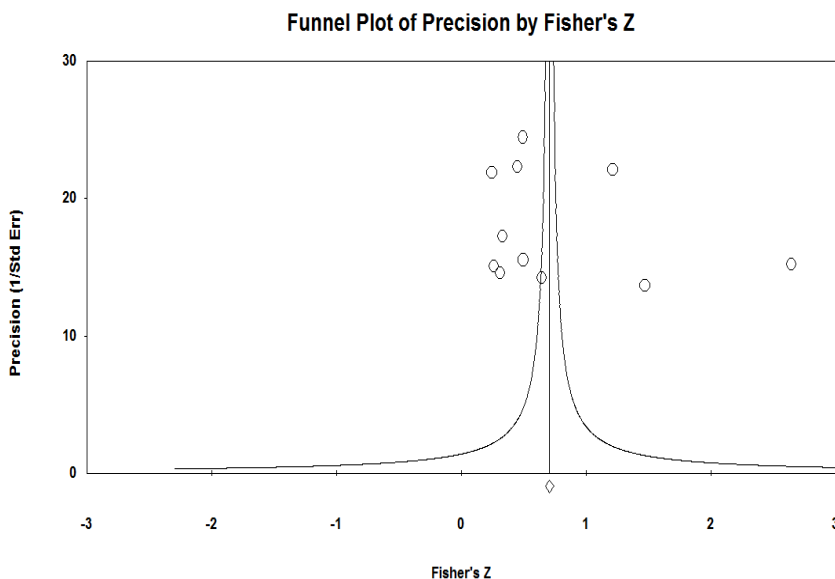
۴- عوامل روانی

- انزوای اجتماعی با گرایش به خودکشی، رابطه مستقیم دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۲۴۳ است.
- اعتماد به نفس با گرایش به خودکشی، رابطه معکوس دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۲۱۵- است.
- امیدواری اجتماعی با گرایش به خودکشی، رابطه معکوس دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۱۹۴- است.
- احساس ارزشمندی با گرایش به خودکشی، رابطه معکوس دارد و مقدار ضریب اثر آن برابر با ۰/۲۳۰- است.

نمودار کیفی (بررسی میزان همگنی و ناهمگنی پژوهش)

در رگرسیون اگر، مقدار فیشر و نحوه پراکندگی اطراف خط نشان می‌دهد که مطالعات تا چه اندازه همگن هستند. مطابق پراکندگی نقاط اطراف خط شیب، مطالعات فوق همگن نیستند و به دلیل تفاوت‌های جغرافیایی، زمان اجرا، نویسندگان یا نوع جامعه آماری مورد تحقیق دارای اختلاف و واریانس هستند. در این نمودار، در صورت

نبودن سوگیری انتشار، مطالعات انجام شده به صورت متقارن در اطراف اندازه اثر ترکیبی توزیع می شوند.



شکل ۲- رگرسیون میزان همگنی و ناهمگنی پژوهش

آزمون Q

این آزمون برای همگنی و ناهمگنی مطالعات به کار می رود و دو فرض اساسی را مطرح می کند:

۱. فرض صفر: بین مطالعات تحت بررسی، تفاوت معنی داری وجود ندارد.
 ۲. فرض خلاف: بین مطالعات تحت بررسی، تفاوت معنی داری وجود دارد.
- در صورتی همگنی مطالعات، از اندازه ثابت استفاده می شود. نتایج حاصل از تصادفی در شرایط ناهمگنی، قابلیت تعمیم بیشتری نسبت به مدل ثابت دارد.

جدول ۳- آزمون Q

وضعیت همگنی مطالعات			
Q-value	df	p-value	i-squared
۷۸۳.۵۰۴	۳۱	۰.۰۰۰	۹۳.۴۵۹

با توجه به نتایج مدل با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان گفت که فرض صفر مبتنی بر همگن بودن مطالعات رد شده و فرض ناهمگونی (عدم همگنی) پژوهش‌ها تأیید شده است. معنادار بودن $Q=783$ نشان از وجود ناهمگنی است. مقدار مجذور I^2 دارای مقداری بین ۰-۱۰۰ بوده، ناهمگنی را به صورت درصدی نشان می‌دهد. هرچه به ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده ناهمگنی بیشتر اندازه‌های اثر پژوهش اولیه است.

مقدار (۹۳) درصد مؤید این است که ۹۳ درصد تغییرات کل مطالعات به ناهمگنی بین پژوهش مربوط است. بر این مبنا باید از اثر تصادفی برای تحلیل استفاده کرد؛ یعنی این وضعیت می‌گوید که بررسی عوامل موثر بر خودکشی در ایران به لحاظ ویژگی تحقیقات از هم متفاوت هستند. باید برای مشخص کردن محل این تفاوت‌ها و واریانس از متغیر تعدیل‌گر استفاده کرد. نامتجانس بودن، بیانگر وجود اثر تعدیل در اندازه اثر مطالعات است. پس علاوه بر اندازه اثر، باید اثر تعدیل متغیرهای دیگر را نیز بررسی کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

خودکشی در جامعه ایرانی نه تنها بحرانی فردی، بلکه بازتابی از شکست سازوکارهای حمایتی ساختاری و فرهنگی است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تلاقی بحران‌های اقتصادی، تضعیف سرمایه اجتماعی و سکوت فرهنگی در قبال سلامت روان، زمینه‌ساز گسترش این پدیده شده است. توزیع نامتقارن مخاطرات در میان جوانان، زنان و سالمندان، بر لزوم سیاست‌گذاری هدفمند و چندسطحی تأکید می‌کند. با این حال پراکندگی مطالعات و ناهمگونی روش‌شناختی داده‌ها، درک نظام‌مندی از روندهای تاریخی خودکشی را محدود ساخته است. آیا فراتحلیل نظام‌مند مطالعات انجام‌شده در ایران طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۴۰۴ می‌تواند با یکپارچه‌سازی شواهد پراکنده، روندهای زمانی دقیق‌تری از عوامل تعیین‌کننده خودکشی و تأثیر مداخلات پیشگیرانه را آشکار سازد؟ بر این اساس نتایج نشان داد که:

الف) عوامل اجتماعی: یافته‌های فراتحلیل حاضر نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی با مکانیسم‌های پیچیده‌ای بر گرایش به خودکشی در جامعه ایرانی تأثیر می‌گذارند. ضریب اثر مثبت «اختلافات خانوادگی» (۱۸۳/۰) و «مصرف مواد مخدر» (۲۵۶/۰) را

می‌توان در چارچوب نظریه «گسست پیوندهای اولیه» دورکیم تبیین کرد. در بافت فرهنگی ایران، خانواده، کانون اصلی همبستگی اجتماعی و منبع حمایت عاطفی-مادی محسوب می‌شود. بنابراین تعارضات درون خانوادگی نه تنها یک تنش بین فردی، بلکه نشانه‌ای از فرسایش سرمایه اجتماعی خرد و کاهش «کنترل اجتماعی غیر رسمی» است که فرد را در برابر بحران‌های وجودی آسیب‌پذیر می‌سازد.

از سوی دیگر، ضریب اثر منفی و معنادار «سرمایه اجتماعی» (۲۹۷/۰-) مؤید این فرضیه است که شبکه‌های حمایتی رسمی و غیر رسمی (خانواده گسترده، همسایگان و نهادهای محلی) به عنوان یک «سپر محافظتی» عمل می‌کنند. این یافته بر نقش واسطه‌ای اعتماد و مشارکت اجتماعی در کاهش انزوای اجتماعی و کاهش رفتار مخاطره‌آمیز مرتبط با خودکشی تأکید دارد. ضریب اثر مثبت «فشارهای اجتماعی» (۱۶۵/۰) را می‌توان با مفهوم «آنومی هنجاری» دورکیم و نیز نظریه «فشار ساختاری» مرتون تبیین کرد. زمانی که انتظارات اجتماعی (مانند موفقیت شغلی، ازدواج به موقع و تأمین معیشت) با فرصت‌های ساختاری در دسترس فرد ناهمخوان باشد، فشارهای موجود، فرد را در معرض خطر اجتماعی قرار می‌دهد.

در جامعه در حال گذار ایران، این فشارها از چند مسیر بر گرایش به خودکشی تأثیر می‌گذارند: نخست از طریق «درونی‌سازی شکست»؛ فرد فشارهای اجتماعی را نه به عنوان محدودیت ساختاری، بلکه به عنوان نقص شخصی تفسیر می‌کند که به فرسایش عزت نفس و احساس بی‌ارزشی منجر می‌شود. دوم از طریق «تضعیف تاب‌آوری جمعی»؛ فشارهای مداوم اقتصادی-فرهنگی، ظرفیت شبکه‌های حمایتی غیر رسمی را برای جذب شوک‌های فردی کاهش می‌دهد. سوم از طریق «عادی‌سازی رنج»؛ در فضایی که فشارهای اجتماعی به عنوان امری «طبیعی» بازنمایی می‌شوند، بیان درد و درخواست کمک ممکن است با برچسب «ضعف» یا «شکایت جویی» مواجه شود که فرد را به سکوت و انزوا سوق می‌دهد.

ضریب مثبت «محرومیت اجتماعی» (۲۱۴/۰) و «سابقه رفتار انحرافی» (۲۲۸/۰) نیز بازتابی از چرخه معیوب طرد اجتماعی در قالب محرومیت ساختاری؛ برچسب‌زنی

اجتماعی؛ تقویت هویت انحرافی در نهایت افزایش آسیب‌پذیری روانی- اجتماعی بوده و ناهمخوانی بین اهداف فرهنگی و وسایل نهادینه‌شده، افراد حاشیه‌نشین را به سمت رفتارهای پرخطر سوق می‌دهد.

در مجموع این یافته‌ها نشان می‌دهند که خودکشی در ایران بیش از آنکه یک پدیده فردی باشد، بازتابی از «شکست سازوکارهای ادغام اجتماعی» در سطح خرد و میانی است. فشارهای اجتماعی، زمانی به عامل خطر تبدیل می‌شوند که فاقد «پشتوانه حمایتی» و «مسیرهای مشروع برای برون‌ریزی» باشند. بنابراین سیاست‌گذاری مؤثر مستلزم عبور از رویکردهای فردمحور و توجه به بازسازی «ساختارهای فرصت» و «شبکه‌های به رسمیت‌شناسی» در سطح محله، مدرسه و محیط کار است.

ب) عوامل فرهنگی: عوامل فرهنگی در این پژوهش با ضرایب اثر معناداری همبستگی مثبت و منفی با گرایش به خودکشی نشان داده‌اند که نیازمند تفسیری چندلایه در بافت فرهنگی- تاریخی ایران است. ضریب اثر منفی «دین‌داری» (۰/۳۴۱-)، قوی‌ترین عامل محافظتی در میان متغیرهای فرهنگی است. باورهای دینی نه تنها با ارائه چارچوبی معنایی برای رنج و مرگ، از پوچ‌انگاری وجودی پیشگیری می‌کنند، بلکه از طریق هنجارهای اخلاقی و شبکه‌های اجتماعی مذهبی، همبستگی اجتماعی و نظارت غیر رسمی را تقویت می‌نمایند. با این حال این اثر محافظتی مشروط به «دین‌داری نهادینه‌شده و معناگرا»ست، نه صرفاً مناسک صوری.

ضریب اثر منفی «سرمایه فرهنگی» (۰/۱۸۷-) و «سواد و آگاهی فرهنگی» (۰/۱۵۸-) نشان می‌دهد که افراد با سرمایه فرهنگی بالاتر، دسترسی بهتری به منابع نمادین (زبان، دانش و شبکه‌های نخبگان) دارند که به آنها امکان می‌دهد بحران‌ها را با ابزار شناختی پیچیده‌تری مدیریت کنند و از فروپاشی معنایی اجتناب ورزند. در مقابل، ضریب مثبت «سبک زندگی پرخطر» (۰/۳۰۰+) به عنوان قوی‌ترین عامل خطر فرهنگی، بازتابی از فرآیند «فردی شدن ناقص» در جامعه در حال گذار ایران است. جوانانی که از سنت‌های جمعی گسسته‌اند، اما هنوز به ارزش‌های مدرن خودمختاری و مسئولیت‌پذیری فردی دست نیافته‌اند، در معرض «آنومی هنجاری» قرار می‌گیرند و سبک زندگی پرخطر را به

عنوان راهبردی برای ابراز هویت یا فرار از رنج انتخاب می‌کنند. ضریب مثبت «مصرف رسانه‌ای» (۱۳۲/۰) نشان می‌دهد که مواجهه مکرر با بازنمایی‌های رسانه‌ای از خودکشی (به‌ویژه در فضای مجازی بدون نظارت) می‌تواند از طریق عادی‌سازی، الگوبرداری و کاهش موانع شناختی، آستانه رفتاری را برای افراد آسیب‌پذیر کاهش دهد. در مجموع این یافته‌ها نشان می‌دهند که فرهنگ در ایران هم می‌تواند منبع مقاومت باشد (از طریق دین‌داری معناگرا و سرمایه فرهنگی) و هم منبع خطر (از طریق سبک زندگی گسسته و مصرف رسانه‌ای بی‌ضابطه).

ج) عوامل اقتصادی: یافته‌های مربوط به عوامل اقتصادی، هرچند از نظر آماری ضرایب اثر متوسطی را نشان می‌دهند (بازه ۱۱۲/۰ تا ۲۳۱/۰)، از منظر جامعه‌شناختی حاوی پیام‌های ساختاری عمیقی درباره رابطه «بی‌سازمانی اقتصادی و کژکارکردهای شاخص‌های اقتصادی» و خودکشی در ایران هستند. ضریب اثر مثبت «نابرابری طبقاتی» (۲۳۱/۰) به عنوان قوی‌ترین عامل اقتصادی بیانگر اثر «محرومیت نسبی» و «بی‌عدالتی ادراک‌شده» در رفتار پرخطر خودکشی است. در جامعه‌ای با تحرک اجتماعی محدود، نابرابری نه تنها به معنای کمبود منابع مادی است، بلکه به عنوان نشانه‌ای از «بی‌ارزش شدن اجتماعی» تجربه می‌شود. این احساس که «تلاش فردی پاداش نمی‌گیرد»، می‌تواند به فرسایش امیدواری ساختاری و در نهایت پذیرش خودکشی به عنوان راه نهایی منجر شود.

ضرایب مثبت «بیکاری» (۱۲۴/۰)، «بی‌ثباتی اقتصادی» (۱۶۸/۰) و «تورم» (۱۱۲/۰) را نیز می‌توان در چارچوب نظریه «آنومی اقتصادی» دورکیم تحلیل کرد که نوسانات سریع اقتصادی (رشد یا رکود ناگهانی)، هنجارهای تنظیم‌کننده انتظارات و رفتارها را مختل می‌سازد و فرد را در وضعیتی از «بی‌هنجاری ادراکی» قرار می‌دهد. در بافت ایران، این اثر با دو ویژگی تشدید می‌شود: نخست، «وابستگی هویت شغلی به منزلت اجتماعی» که بیکاری را نه تنها به از دست دادن درآمد، بلکه به طرد نمادین - اجتماعی تبدیل می‌کند. دوم، «ضعف نظام حمایتی رسمی» که بار بحران‌های اقتصادی را به طور نامتناسبی بر دوش شبکه‌های خانوادگی می‌گذارد و زمانی که این شبکه‌ها نیز تحت فشار باشند، فرد در انزوای مطلق قرار می‌گیرد. در جامعه ایرانی، «اقتصاد» به‌تنهایی عامل تعیین‌کننده

نیست، بلکه از طریق واسطه‌های اجتماعی (مانند تضعیف سرمایه اجتماعی) و فرهنگی (مانند فرسایش امید) بر خودکشی تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر، بحران اقتصادی، زمانی به بحران هویتی- فردی تبدیل می‌شود که سازوکارهای معنابخش و حمایتی جامعه نتوانند آن را «مدیریت» کنند.

د) عوامل روانی: ضریب اثر مثبت «انزوای اجتماعی» (۲۴۳/۰)، قوی‌ترین عامل روانی- اجتماعی است که مستقیماً با مفهوم دورکیمی «خودکشی خودخواهانه» (ناشی از کمبود همبستگی) همخوانی دارد. در جامعه در حال گذار ایران، انزوا لزوماً به معنای تنهایی فیزیکی نیست، بلکه می‌تواند «انزوای درون جمعی» باشد؛ فردی که در شبکه‌های اجتماعی حضور دارد، اما احساس می‌کند هیچ‌کس رنج او را «به رسمیت نمی‌شناسد». این پدیده با نظریه «بازشناسی» هانت و اکسل هونت قابل تحلیل است؛ زمانی که فرد احساس می‌کند هویت و رنج او نادیده گرفته می‌شود، حتی پیوندهای ظاهری اجتماعی نیز نمی‌توانند از فروپاشی معنایی جلوگیری کنند.

ضرایب اثر منفی «اعتماد به نفس» (۲۱۵/۰-)، «امیدواری اجتماعی» (۱۹۴/۰-) و «احساس ارزشمندی» (۲۳۰/۰-) را نیز نباید صرفاً به عنوان ویژگی‌های شخصیتی تفسیر کرد، بلکه این سازه‌ها، «درونی‌سازی شرایط ساختاری» هستند. به بیان دیگر، اعتماد به نفس پایین ممکن است بازتابی از تجربه مکرر «طرد نهادی» (در آموزش، اشتغال و خدمات) باشد. امیدواری اجتماعی فرسوده می‌تواند ناشی از مشاهده «شکست الگوهای موفقیت» در نسل‌های پیشین باشد و احساس بی‌ارزشی ممکن است پیامد «کاهش ارزش انسانی- حیاتی در اثر محرومیت‌ها، فشارهای اجتماعی و موانع اجتماعی- فرهنگی» در جامعه باشد. فرد در تعامل با میدان‌های اجتماعی، تصویری از «خود واقعی، هویت اصیل» و «خود شایسته و ارزشمند» می‌سازد که زمانی که با واقعیت ساختاری ناسازگار باشد، به بحران هویت و در نهایت گرایش به خودکشی منجر می‌شود. بنابراین مداخلات روان‌شناختی صرف، بدون توجه به بستر ساختاری تولید این سازه‌ها، ممکن است تنها تسکینی موقت باشد. راهبرد مؤثر، تقویت همزمان «منابع درونی» (از طریق مداخلات روان‌شناختی) و «شرایط بیرونی» (از طریق سیاست‌های کاهش طرد اجتماعی

و افزایش فرصت‌های به رسمیت شناخته شدن) است.

بر این اساس پیشنهاد می‌شود که:

- «مراکز هم‌گروهی حمایتی محله‌محور» با همکاری بسیج، هیئت‌های مذهبی و مراکز بهداشتی برای تقویت سرمایه اجتماعی و کاهش انزوای اجتماعی، با تمرکز ویژه بر سالمندان تک‌سرپرست و جوانان بی‌شبکه تأسیس شود.
- برنامه‌های آموزشی حل تعارض خانوادگی در مراکز بهداشتی و مدارس برای کاهش اختلافات خانوادگی به عنوان یکی از پیش‌زمینه‌های خطر خودکشی اجرا شده و «دین‌داری عملی» در برنامه‌های سلامت روان مدارس و مراکز جوانان با همکاری حوزه‌های علمیه، با تأکید بر ارزش‌های امید، صبر و مسئولیت‌پذیری اجتماعی ادغام گردد.
- کارگاه‌های ارتقای سواد رسانه‌ای برای نوجوانان و جوانان به منظور کاهش تأثیرات منفی مصرف رسانه‌ای طراحی شود و حمایت‌های معیشتی برای خانوارهای در معرض محرومیت اجتماعی و نابرابری طبقاتی، به‌ویژه در حاشیه‌نشینی‌ها صورت گیرد.
- برای بعد اقتصادی باید گفت که «بسته حمایت روانی-اقتصادی» برای جوانان بیکار شامل مشاوره شغلی، آموزش مهارت‌های کارآفرینی و حمایت مالی موقت تهیه شود و مؤلفه‌های «ارتقای احساس ارزشمندی» و «تقویت امیدواری اجتماعی» در پروتکل‌های مداخله روان‌شناختی مدارس و مراکز بهداشتی قرار گیرد.
- برنامه‌های ملی سلامت روان با تمرکز بر افزایش اعتماد به نفس در جوانان از طریق مشارکت‌های اجتماعی و فرهنگی معنادار تقویت شود و مهارت‌های مقابله‌ای برای کاهش فشارهای اجتماعی در دوران بحران‌های فردی و جمعی صورت گیرد.

منابع

آذری مهر، علی اکبر (۱۴۰۳) مطالعه جامعه‌شناختی اقدام به خودکشی و عوامل مؤثر بر آن در بین نوجوانان و جوانان شهرستان باغملک در سال ۱۴۰۲، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، استادراهنما جعفر کردزنگنه، دانشگاه پیام نور استان خوزستان، مرکز پیام نور آبادان، دانشکده علوم اجتماعی.

اسدی، مریم (۱۴۰۳) عوامل مؤثر بر گرایش به خودکشی در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله شهرستان ماهشان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، استادراهنما امیرمحدیان خراسانی، گروه روانشناسی مؤسسه آموزش عالی آرمان رضوی.

ایار، علی و ولی پیری (۱۳۸۹) «بررسی رابطه بین احساس آنومی و افکار خودکشانه (مطالعه تجربی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد دره شهر)»، مجموعه مقالات اولین همایش ملی خودکشی، علل، پیامدها، تهران.

ایزدی‌راد، حسین و مهدی زنگنه بایگی و فرشته نارویی و پریسا محمدی (۱۴۰۴) «بررسی اپیدمیولوژیک عوامل مؤثر در خودکشی در حوزه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان سال ۱۴۰۲»، مجله پایش، سال بیست و چهارم، شماره ۳، صص ۳۹۹-۴۰۷.

https://payeshjournal.ir/search.php?slc_lang=fa&sid=1

بی‌روان، حسین و مرضیه مرجانی (۱۴۰۱) بررسی عوامل مؤثر بر افکار و اقدام به خودکشی دختران زیر هجده سال مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا^(ع) مشهد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، استاد راهنما حسین بهروان، مؤسسه آموزش عالی آرمان رضوی.

لک، نیلوفر (۱۴۰۱) عوامل مؤثر بر خودکشی جوانان شهرستان دورود، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، استادراهنما غلامرضا تاج‌بخش، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آیت‌الله‌العظمی بروجردی^(ه).

ترابی، علی (۱۳۸۸) بررسی عوامل مؤثر در خودکشی در شهرستان بویراحمد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، استاد راهنما شهرام ابراهیمی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه شیراز.

جنگجوی حسن کهل، فائزه (۱۴۰۱) بررسی نگرش دانشجویان دانشگاه تبریز نسبت به خودکشی و عوامل مؤثر بر آن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، استاد راهنما کمال کوهی، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز.

جهانی‌دولت‌آباد، اسماعیل و طاهای عشایری و محمد شیرینی (۱۴۰۲) «بررسی رابطه شاخص‌های کلان اقتصادی با نرخ خودکشی در استان‌های کشور: تحلیل ثانویه آمارهای ۱۳۹۰-۱۴۰۰»،

پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران، سال سوم، شماره ۴۲، صص ۴۱-۶۲.

چشفر، وحید (۱۳۹۱) بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر نگرش نسبت به خودکشی در میان نوجوانان شهرستان آبدانان، پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، استادراهنما لیلا یزدان‌پناه، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان.

حکمت، عزیز (۱۳۸۸) بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر گرایش به خودکشی زنان (مورد مطالعه: شهر پیرانشهر)، پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز.

رحمانی، سیف‌الله و افتخار رحیمی (۱۴۰۴) «پیش‌بینی گرایش به خودکشی بر اساس سبک‌های دلبستگی و صفات تاریک شخصیت با نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دانشجویان دانشگاه فرهنگیان»، نشریه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، شماره ۵۸، صص ۱۷-۳۶.

<https://doi.org/10.22034/spr.2025.495184.2047>.

رستمی، روح‌الله و نسرين قاسم‌آبادی (۱۴۰۳) بررسی رابطه بین ساختار خانوادگی و نشخوار فکری با اقدام به خودکشی نوجوانان ۱۳-۱۸ ساله مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های استان هرمزگان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، استاد راهنما روح‌اله رستمی، مرکز پیام نور قشم، دانشگاه پیام نور استان هرمزگان.

رسول‌زاده‌ا قدم، صمد و موسی سعادت‌ی (۱۳۹۴) «بررسی توصیفی عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی در بین شهروندان استان آذربایجان شرقی»، فصلنامه دانش انتظامی آذربایجان شرقی، سال پنجم، شماره ۱ (پیاپی ۱۶)، صص ۱۰۹-۱۲۸.

http://eastaz.jrl.police.ir/article_13900.html.

رئوف‌کیش، علی (۱۳۹۱) عوامل اجتماعی، اقتصادی و روانی مرتبط با خودکشی در شهرستان گیلانغرب، پایان نامه کارشناسی ارشد، استادراهنما عالی‌ه شکرپیگی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

زیوری طباطبایی، اعظم‌السادات (۱۳۸۹) بررسی عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی با تأکید بر حمایت اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد، استادراهنما اکبر شریفیان، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

سزاور، فرزانه (۱۴۰۲) تأثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی بر رفتار خودکشی افراد جامعه در ایران (با تأکید بر ریسک و بی‌ثباتی‌های اقتصادی)، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، استادراهنما منیژه فیروزی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

عارفی، مرضیه (۱۳۸۱) «بررسی میزان خودکشی در سطح استان آذربایجان غربی بین سال‌های ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ و دستیابی به برخی از متغیرهای اثرگذار بر آن»، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، سال سی‌ودوم، شماره ۱، صص ۱۴۱-۱۶۲.

https://journal.ut.ac.ir/article_10624.html.

علیوردی‌نیا، اکبر (۱۳۸۹) «انسجام منزلتی و خودکشی زنان؛ نظریه گیبس و مارتین»، مجله علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی مشهد، شماره ۴، صص ۱۴۳-۱۵۴.

<https://doi.org/10.22067/jss.v0i0.3094>.

فتحی، سحر (۱۴۰۳) بررسی عوامل مؤثر بر پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی در نوجوانان با تأکید بر نظریه سیستمی، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، استادراهنما فریبا تابع‌بردار، مرکز پیام نور شیراز، دانشگاه پیام نور استان فارس.

فیض، محمدحسین (۱۴۰۳) تبیین عوامل مؤثر بر افکار خودکشی در معتادین مرد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر قم، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، استادراهنما هوشنگ گراوند، مؤسسه آموزش عالی طلوع مهر، قم.

کدیوری، راحله (۱۳۹۹) بررسی خصوصیات اقدام به خودکشی و ارتباط آن با سابقه خانوادگی خودکشی در بیمارستان‌های شهید بهشتی تفت و شاه ولی یزد در سال ۹۸-۹۹، رساله دکتری حرفه‌ای پزشکی، استادراهنما حمید اولیایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد.

کسی، زیبا (۱۳۹۷) بررسی شیوع مصرف مواد و تمایل به خودکشی در سربازان شهرستان بندرعباس، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، استادراهنما کبری حاجعلی‌زاده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس.

مرادی، علیرضا و رحیم مرادی و احسان مصطفوی (۱۳۹۱) «بررسی میزان و عوامل مرتبط با خودکشی در شهرستان بهار»، تحقیقات علوم رفتاری، سال دهم، شماره ۱، صص ۱۰-۲۷.

20.1001.1.17352029.1391.10.1.7.1.

منتی، رستم (۱۳۹۷) تبیین جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر خودکشی در استان ایلام، رساله دکتری تخصصی جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، استادراهنما محسن نیازی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان.

منحصر، رقیه (۱۴۰۱) ارزیابی خطر خودکشی در بین دختران نوجوان و عوامل مؤثر بر آن، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، استادراهنما آریتا امیرفخرایی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس.

موسوی، فریبا و حمیرا سجادی و حسن رفیعی و آوان فیضی (۱۳۸۷) «برخی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۷، صص ۵۳-۷۲.

<http://refahj.uswr.ac.ir/article-۱-۲۰۱۵-fa.html>.

وفايي، ابوذّر و کامران دولتياريان (۱۴۰۴) «تحليل ساختاري عوامل مؤثر بر رفتار پرخطر خودکشی در شهر نورآباد لرستان»، فصلنامه جغرافيا و برنامه‌ريزي شهري، سال پانزدهم، شماره ۵۸، صص ۸۹-۱۱۰.

<https://faculty.kashanu.ac.ir/vafaei/fa/articlesInPublications/18335>.

همدانی، امیرحسین (۱۴۰۱) «بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با افکار خودکشی در جامعه ایران؛ نقش میانجی اضطراب کووید-۱۹، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، استادارهنما علی مشهدی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

- Arafat, S. M. Y. & Kar, S. K. (2025) Social structure and suicidal behavior. In S. M. Y. Arafat & S. K. Kar (Eds.), *Ecological and social determinants of suicidal behavior* (pp. 47–61). Springer Nature Singapore Pte Ltd.
<https://psycnet.apa.org/record/2026-65846-002>.
- Birmingham and Solihull Mental Health Foundation Trust (2018) Serious incident overview. (Accessed July 1, 2020).
<https://www.cqc.org.uk/provider/RXT/inspection-summary>.
- Bursztein, C., & Apter, A. (2009) Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 1–6.
<https://www.ovid.com/00001504-200901000-00002>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2024) Facts about suicide. Retrieved from.
<https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html>.
- Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson, D. J., Pilcher, C., & Brent, D. A. (2019) Meta-analysis of mood and substance use disorders in proximal risk for suicide deaths. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 278–292.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12417>.
- Douglas, J. (2015) Social meanings of suicide. Princeton University Press. 60-89.
https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/9781400868117/html?srsltid=AfmBOooXmX8_MyfZNRLTFy3X_UJ6UmQCS6Mxm7WG-qybT5kRb2fhBGhY.
- Durkheim, É. (1897) *Le suicide*. In *Étude de sociologie*. Felix Alcan.
- Elnour, A. A., & Harrison, J. (2009) Suicide decline in Australia: Where did the cases go? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 33(1), 67–69.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1326020023006805>.
- Fei, W. (2010) *Suicide and justice: A Chinese perspective*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203849033>.
- Gallagher, K., Phillips, G., Corcoran, P., Platt, S., McClelland, H., O'Driscoll, M., & Griffin, E. (2025) The social determinants of suicide: An umbrella review. *Epidemiology Review*, 47(1), mxaf004.
<https://doi.org/10.1093/epirev/mxaf004>.
- Gatov, E., Kurdyak, P., Sinyor, M., Holder, L., & Schaffer, A. (2018) Comparison of vital statistics definitions of suicide against a coroner reference standard: A population-based linkage study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(3), 152–160.
<https://doi.org/10.1177/0706743717727243>.
- Hill, C., & Cook, L. (2011) Narrative verdicts and their impact on mortality statistics in England and Wales. *Health Statistics Quarterly*, 49(1), 81–100.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21372846>.

- Jones, R. A. (1986) Émile Durkheim: An introduction to four major works. Sage Publications.
<https://archive.org/details/emiledurkheimint0000jone>.
- Kaya, N. (2014) The relationship of suicide probability to problem solving skills, social support and self esteem in adolescence period [Master's thesis, Near East University].
- Khan, A., Leventhal, R. M., Khan, S., & Brown, W. A. (2002) Suicide risk in patients with anxiety disorders: A meta-analysis of the FDA database. *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 183-190.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00354-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00354-8).
- King, C. A., & Merchant, C. R. (2008) Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 181-196.
<https://doi.org/10.1080/13811110802101203>.
- Lopez-Castroman, J., Guillaume, S., Olie, E., Jaussent, I., Baca-Garcia, E., & Courtet, P. (2015) The additive effect on suicidality of family history of suicidal behavior and early traumatic experiences. *Archives of Suicide Research*, 19(2), 275-283.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2014.915778>.
- Maloku, A. (2020) Theory of differential association. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 9(1), 170-178.
<https://doi.org/10.36941/ajis-2020-0015>.
- Meda, N., Angelozzi, L., Poletto, M., Patane', A., Zammarrelli, J., Slongo, I., Sambataro, F., & De Leo, D. (2025) How many people die by suicide each year? Not 727,000: a systematic review and meta-analysis of suicide underreporting across 71 countries over 122 years. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1609580.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1609580>.
- National Institute of Mental Health (2025) Suicide. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>.
- Nock, M. K. (2009) Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996) Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00275.x>.
- Odejimi, O., Webb, K., Bagchi, D., & Tadros, G. (2021) Root causes of deaths by suicide among patients under the care of a mental health trust: thematic analysis. *BJPsych Bulletin*, 45(3), 140-145.
<https://doi.org/10.1192/bjb.2020.66>.
- Ohberg, A., & Lonnqvist, J. (1998) Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(3), 214-218.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9761408>.

- Papyrus UK. (2020) New high court judgement.
<https://papyrus-uk.org/new-high-court-judgement-on-suicide-rulings-will-save-young-lives/> (Accessed February 19, 2020).
- Reseland, S., Le Noury, J., Aldred, G., & Healy, D. (2008) National suicide rates 1961–2003: Further analysis of Nordic data for suicide, autopsies and ill-defined death rates. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(2), 78–82.
<https://doi.org/10.1159/000112883>.
- Rockett, I. R. H., Hobbs, G., De Leo, D., Stack, S., Frost, J. L., & Ducatman, A. M. (2010) Suicide and unintentional poisoning mortality trends in the United States, 1987–2006: two unrelated phenomena? *BMC Public Health*, 10, 705.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-705>.
- Shabani, A., & Maloku, A. (2019) Tema të për zgjedhura nga patologjia sociale. *Kolegji Iliria*, pp 100–171..
- Shojania, K. G., Burton, E. C., McDonald, K. M., & Goldman, L. (2003) Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: A systematic review. *JAMA*, 289(21), 2849.
<https://doi.org/10.1001/jama.289.21.2849>.
- Snowdon, J., & Choi, N. G. (2020). Undercounting of suicides: Where suicide data lie hidden. *Global Public Health*, 15(12), 1894–1901.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32744898>.
- The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health. (2018) Annual report 2018.
- Tøllefsen, I. M., Hem, E., & Ekeberg, Ø. (2012) The reliability of suicide statistics: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 12(1), 9.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-9>.
- World Health Organization (2019) Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (Accessed November 15, 2019).
- World Health Organization (2023) Suicide prevention. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/suicide>.
- World Health Organization (2024) Suicide data quality. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data-quality> (Accessed December 17, 2024).
- World Health Organization (2024) Suicide mortality rate (per 100–000 population). <https://data.who.int/indicators/i/F08B4FD/16BBF41> (Accessed October 24, 2024).
- World Health Organization (2025) Suicide worldwide in 2021: Global health estimates.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069> (Accessed June 16, 2025).
- Wray, M., Colen, C., & Pescosolido, B. A. (2011) The sociology of suicide. *Annual Review of Sociology*, 37(1), 503–528.
<https://doi.org/10.1146/annurev-soc-081309-150058>.