

Research of Deviance and Social Problems
Vol. 18, Winter 2026
Institute for Humanities and Social Studies (IHSS)

Managing Editor: *Ali Ranjbarki (Ph.D)*

Editor in Chief: *Bijan Zare (Ph.D)*

Scientific Assitant: *Forozandeh Jafarzadehpour (Ph.D)*

Internal Manager *Maryam Bayeh*

Page Layout: *Maryam Taheri*

Printer: *Iran Kohan Digital Printing*

Editors:

English: Mohammad Poorhafez (Ph.D)

Persian: Vahid Taghinejhad (Ph.D)

Editorial Board:

M.B. Alizadeh Aqdam (Ph.D)

H. Bakhshi (Ph.D)

M. M. Forghani (Ph.D)

A. Heidarie (Ph.D)

F. Jafarzadeh Pour (Ph.D)

A. Kumar Kaul (Ph.D)

A.A Mehrabi (Ph.D)

A. Mohammadzadeh (Ph.D)

T. Shaverdi (Ph.D)

A. Vedadhir (Ph.D)

M.J. Zahedi Mazandarani (Ph.D)

B. Zare (Ph.D)

Indexed and abstracted in: *Islamic World Science Citation Center*
(www.isc.ac) & Scientific Information Database (www.sid.ir)

Address: Institute for Humanities and Social Studies, No 47, Nazari St.,
Daneshgah St., Enqelab-e Eslami Ave., Tehran, Iran.

P.O. Box: 13145 - 1316

Tel: (+98) 21 66497561-2

E-mail: risi.ac.ir@gmail.com

Fax: (+98) 21 66492129

risi .ihss.ac.ir

ABSTRACTS

Spatial Structure Analysis and Geographic Clustering Of Suicide in Iran at the County Level

Zohre Shahbazi*
Mehdi Mobaraki**

Suicide, as a major public health and social concern, is not evenly distributed across geographic space and tends to exhibit distinct spatial patterns. The aim of this study is to examine the spatial structure and identify geographic clustering patterns of suicide rates at the county level in Iran in 2023. This research adopts a quantitative, cross-sectional spatial analysis approach, with counties serving as the unit of analysis. The study covers 450 counties across the country, and the main variable is the suicide rate per 100,000 population. After data cleaning and spatial linkage to county-level geographic boundaries, spatial analyses were conducted. Exploratory Spatial Data Analysis (ESDA) techniques were employed, including Global Moran's I to assess overall spatial autocorrelation, Local Indicators of Spatial Association (LISA) to identify local clustering patterns, and Getis-Ord Gi* statistics to detect spatial hotspots and cold spots. The results of Global Moran's I indicate a statistically significant positive spatial autocorrelation in suicide rates across Iranian counties, suggesting a non-random spatial distribution. LISA analysis reveals the presence of distinct high-high and low-low clusters, as well as spatial outliers, highlighting substantial local heterogeneity in suicide rates. In addition, hotspot analysis identifies statistically significant concentrations of high and low suicide rates in specific geographic areas, some of which overlap with the clusters detected by LISA. Overall, the findings demonstrate pronounced spatial inequality and

* Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Social Psychology, Institute for Humanities and Social Studies (IHSS) in ACECR, Tehran, Iran.

<https://orcid.org/0009-0001-2637-652x>
Shahbazi@acecr.ac.ir

** Assistant Professor, Department of Social Development Research, ACECR, Arak, Iran.

<https://orcid.org/0000-0003-0515-7114>
Mobaraki@acecr.ac.ir

geographic concentration in suicide rates at the county level in Iran, underscoring the importance of incorporating spatial perspectives into suicide research and prevention policies. While the study is descriptive in nature and does not address causal mechanisms, its results provide a spatially explicit foundation for future explanatory studies and regionally targeted public health interventions.

Keywords: Suicide, Spatial Analysis, Geographic Clustering, LISA, Hotspot Analysis, Iran.

Introduction

Over the past three decades, suicide has gradually emerged as one of the major social health challenges in Iran. Although suicide is often examined through national averages and macro-level indicators, growing evidence suggests that it is not distributed evenly across geographical space. Instead, suicide demonstrates clear spatial disparities, with some regions experiencing substantially higher levels of risk than others. In this context, suicide should not be understood solely as an individual act or psychological phenomenon; rather, it is deeply intertwined with structural, economic, social, and spatial conditions.

Contemporary scholars in sociology, social epidemiology, and human geography increasingly emphasizes that space is not merely the setting in which social phenomena occur, but an active dimension in the production and reproduction of inequality and social harm. Factors such as unemployment, poverty, regional deprivation, social disintegration, weakened social capital, migration pressures, and unequal access to opportunities may accumulate geographically and create localized concentrations of social vulnerability. Consequently, the risk of suicide may become spatially clustered rather than randomly dispersed.

International research has repeatedly demonstrated that suicide tends to follow identifiable spatial patterns. Studies conducted in countries such as the United States, China, Japan, South Korea, Canada, and India have shown that suicide rates often exhibit significant spatial autocorrelation and cluster formation. High-risk clusters are frequently associated with economic marginalization,

social isolation, unequal development, weak community cohesion, and structural disadvantages.

In Iran, recent empirical studies have similarly highlighted the uneven spatial distribution of suicide. Existing evidence suggests that western provinces and certain northern regions experience relatively higher levels of suicide risk. However, despite these advances, most Iranian studies remain limited to the provincial scale and therefore fail to capture intra-provincial heterogeneity. In addition, many domestic studies rely primarily on descriptive mapping and have not systematically employed advanced spatial statistical techniques to identify statistically significant spatial clusters.

As a result, there is still no comprehensive national-level study that systematically examines the spatial structure of suicide at the county level using standardized spatial analytical methods. This gap is particularly important from a policy perspective. When policy interventions rely solely on national or provincial averages, local disparities and high-risk areas remain hidden, leading to generalized and often ineffective prevention strategies. Spatial analysis, by contrast, can help identify geographically concentrated areas of risk and provide a stronger basis for targeted, place-based interventions.

Accordingly, the present study aims to analyze the spatial structure and geographical clustering of suicide across Iranian counties in 2023. The central research question is whether suicide rates in Iranian counties exhibit significant spatial patterns and whether meaningful high-risk and low-risk clusters can be identified across the national territory?

Theoretical Framework

This study draws upon an integrated theoretical framework combining classical sociology, contemporary social health theories, and social geography. Among classical sociological perspectives, Durkheim's theory of suicide remains one of the most influential foundations for understanding suicide as a social phenomenon. Durkheim argued that suicide rates are shaped not merely by individual characteristics but by broader patterns of social integration and social regulation.

Contemporary reinterpretations of Durkheim emphasize that these mechanisms also operate spatially. Regions characterized by

economic instability, unemployment, social fragmentation, migration pressures, and weakened social institutions may experience higher levels of anomie and social disorganization, thereby increasing vulnerability to suicide. In contrast, areas with stronger social capital, collective efficacy, social trust, and supportive community networks may demonstrate greater resilience and lower suicide rates.

Theories of social geography and spatial justice further argue that space itself is socially produced, and that unequal spatial distribution of resources, services, opportunities, and risks contributes to differentiated social outcomes. From this perspective, spatial concentrations of deprivation and inequality can generate geographically concentrated forms of social harm, including suicide.

The ecological perspective associated with the Chicago School also contributes to this analysis by emphasizing the role of neighborhood transition, population instability, weakened informal control, and erosion of local social networks in generating spatial concentrations of social problems.

Based on this theoretical framework, the present study assumes that suicide is shaped through a multi-level process. At the macro level, structural pressures such as economic inequality and social instability increase the likelihood of self-harming behavior. At the mesa level, forms of social regulation such as social capital, social cohesion, and collective efficacy mediate or intensify these pressures. At the spatial level, geographical concentration of resources and deprivation creates spatial dependency and cluster formation. Therefore, it is expected that suicide rates across Iranian counties will display statistically significant spatial autocorrelation and identifiable geographical clusters.

Methodology

The present study employs quantitative cross-sectional spatial analytical design. Analysis unit consists of 450 counties across Iran in the year 2023. The primary variable examined in this study is the suicide rate per 100,000 population at the county level.

Data on suicide cases were obtained from official institutional sources, while population data were derived from the Statistical Center of Iran. Following data cleaning and harmonization of spatial codes, the statistical data were linked to county-level geographical layers.

To investigate the spatial structure of suicide, a set of exploratory spatial analysis techniques was employed. First, the spatial distribution of suicide rates was examined descriptively through thematic mapping. Subsequently, Global Moran's I statistics were used to assess the existence of spatial autocorrelation at the national level. This index measures whether similar values tend to cluster geographically.

After confirming the presence of spatial autocorrelation, Local Indicators of Spatial Association (LISA) were applied to identify local spatial clusters and spatial outliers. This technique allows classification of counties into high-high clusters, low-low clusters, high-low outliers, and low-high outliers.

Additionally, the Getis-Ord G_i^* statistic was employed to identify statistically significant hot spots and cold spots of suicide rates. All analyses were conducted using a spatial weight matrix based on geographical contiguity. Statistical significance was assessed at the 0.05 level. Spatial analyses and data processing were carried out using GeoDa software.

Findings

Descriptive findings revealed substantial variation in suicide rates across Iranian counties. The mean suicide rate was 0.69 per 100,000 population, while the maximum recorded rate reached 3.03. Several counties reported zero cases, which may partly reflect small population sizes or differences in reporting mechanisms.

Initial examination of the spatial distribution map demonstrated that suicide rates were not evenly distributed across the country. Certain areas exhibited noticeably higher or lower rates than the national average, suggesting potential spatial clustering.

Results of the Global Moran's I analysis confirmed the existence of statistically significant positive spatial autocorrelation. The Moran's I value was 0.3269, with a Z-score of 11.18 and a significance level below 0.01. These findings indicate that counties with similar suicide rates tend to be geographically adjacent and that the spatial distribution of suicide in Iran is non-random.

The LISA analysis further revealed distinct local clustering patterns. A total of 46 counties were identified as high-high clusters, meaning that counties with high suicide rates were surrounded by

neighboring counties with similarly high rates. These high-risk clusters were concentrated primarily in western and southwestern regions of Iran. Counties located in provinces such as Ilam, Kermanshah, Lorestan, Khuzestan, and Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad formed major parts of these high-risk spatial clusters.

In contrast, 62 counties were identified as low-low clusters, indicating concentrations of low suicide rates surrounded by similarly low-risk neighboring areas. These low-risk clusters were primarily located in eastern, southeastern, and parts of northern Iran, including regions within Sistan and Baluchistan, Razavi Khorasan, Golestan, and the Caspian coastal areas.

The analysis also identified spatial outliers. High-low counties exhibited high suicide rates despite being located among lower-risk neighboring counties, while low-high counties displayed the opposite pattern. These spatial anomalies suggest that local contextual factors may produce distinct patterns even within broader high-risk or low-risk regions.

Results of the Getis-Ord G_i^* hot spot analysis largely confirmed the findings of the LISA analysis. Significant hot spots were concentrated in western and southwestern Iran, while cold spots were predominantly observed in eastern and southeastern regions. The considerable overlap between high-high clusters and hot spots indicates relative stability and persistence of spatial concentration patterns.

Discussion and Conclusion

The findings of this study demonstrate that suicide in Iran follows a clear and statistically significant spatial structure. The existence of positive spatial autocorrelation and the identification of high-risk and low-risk clusters indicate that geographical context plays a substantial role in shaping suicide patterns.

From a theoretical perspective, the concentration of high-risk clusters in specific regions can be interpreted through concepts such as social anomie, structural deprivation, weakened social integration, and spatial concentration of inequality.

References

- Ackermann, K., Erhardt, J., & Freitag, M. (2023) Crafting Social Integration? Welfare State and Volunteering Across Social Groups and

- Policy Areas in 23 European Countries. *Köln Z Soziol*, 1(75), 283–304.
<https://doi.org/10.1007/s11577-023-00881-8>
- Asadiyun, Mahboobeh, and Salman Daliri (2023) “Suicide Attempt and Suicide Death in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Study.” *Iran J Psychiatry* 18(2): 191–212. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12370>.
- Baller, R. D., & Richardson, K. K. (2009) The "moral" of the story: Applying a narrative framework to the evolution of suicide in small cities. *Social Forces*, 87(3), 1281–1306.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.037>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000) From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Bianca, D. S., Cadet, K., & Terrinieka, W. P. (2025) Exploring spatial dynamics of trauma and substance use among suicide deaths in the United States (2017–2021). *Injury Epidemiology*, 22(12).
- Cheung, Y. T., Spittal, M. J., Parkis, J., & Yip, P. S. F. (2022) Spatial epidemiology of suicide in Hong Kong: associations with urban density and socioeconomic factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*
<https://doi.org/10.3390/ijerph19127369>
- Chung, W. H., et al. (2022) Spatiotemporal analysis of suicide clusters for suicide prevention in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19xxxxx>
- Fathollahi Sheikh, M., Gorgi, Z., Vazirinejad, R., & Rezaeian, M. (2017) Epidemiology of Self—Burning in Iranian Townships Covered by Shiraz University of Medical Sciences. *International Journal of High-Risk Behaviors and Addiction*, 7(1), 1–7.
<https://doi.org/10.5812/ijhrba.67610>.
- Feizi, R., Panahi, M., Hashemi Nazari, S., & Hajmanouchehri, R. (2025) A Spatial-Temporal Study of the Incidence of Fatal Suicide during the Years 2009 to 2023. *Iran J Public Health*, 54(10), 2251–2262.
<https://doi.org/10.18502/ijph.v54i10.20143>.
- Getis, A. (2010) Spatial autocorrelation. *Progress in Human Geography*, 19(2), 255–278.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-03647-7_14.
- Gorgi, Z., Sheikh Fathollahi, M., Vazirinejad, R., & Rezaeian, M. (2019) A Comprehensive Spatial Epidemiology of Suicide and Suicide

- Attempts in Fars Province. *Journal of Suicide Prevention*, 1. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01706-7>.
- Hashemi Nazari, S. S., Mansori, K., Nazari Kangavari, H., Shojaei, A., & Arsan-Jang, S. (2022) Spatial-temporal analysis of suicide mortality in Iran: Bayesian modeling at the provincial level. *Preventive Medicine & Public Health*, 55(2), 164–172. <https://doi.org/10.3961/jpmph.21.385>.
- Jiahui, Q., Stephanie, Z., Mark, L., & Michelle, T. (2023) The application of spatial analysis to understanding the association between area-level socio-economic factors and suicide: A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 58(6), 843-859. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02441-z>
- Jahani Dolatabad, E., Ashayeri, T., & Mohammad Shiri, H. (2023) “Investigating the Relationship between Macroeconomic Indicators and Suicide Rates in Iranian Provinces: A Secondary Analysis of Statistics from 2011 - 2021”. *Strategic Research on Social Problems*, 12(3), 41-62. <https://doi.org/10.22108/srsp.2023.138482.1921>.
- Kandula, Sasikiran et al. (2023) County-level estimates of suicide mortality in the USA: a modelling study. *The Lancet Public Health*, 8(3), 184–193. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00290-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00290-0).
- Kim, D., & Kawachi, I. (2023) Spatial inequality and suicide risk. In: Kim, D., & Kawachi, I. (Eds.), *Spatial Inequality and Health: A Structural Perspective*. Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-25246-7>.
- Kumar, M. B., Tjepkema, M., & Wilkins, R. (2017) Suicide among First Nations people in Canada: spatial patterns and area-level socioeconomic factors. *Health Reports (Statistics Canada)* <https://doi.org/10.25318/82-003-x201700700001-eng>.
- Kurita, N., Sugawara, T., Nakamura, F., et al. (2020) Spatiotemporal clusters of suicide in Japan and their association with socioeconomic characteristics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093067>.
- Lee, J., & Kim, H. (2022) Spatially clustered patterns of suicide mortality rates in South Korea: A geographically weighted regression analysis. *BMC Public Health*, 22(1), 1234–1245. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13433-8>.
- Liu, S., Page, A., Yin, P., Astell-Burt, T., Feng, X., Liu, Y., Wang, L., Zhou, M. (2015) Spatiotemporal variation and social determinants of

- suicide in China, 2006–2012: a multilevel spatial analysis. *The Lancet* (Global Health / regional analysis series).
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61058-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61058-0).
- Maimon, D., & Kuhl, D. C. (2008) Social control and youth suicidality: Situating Durkheim's ideas in a multilevel framework. *American Sociological Review*, 73(6), 921–943.
<https://doi.org/10.1177/000312240807300603>.
- Matthews, S. A., & Yang, T. C. (2012) Exploring the role of the built and social neighborhood environment in moderating stress and health. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(1), 39–47.
<https://doi.org/10.1007/s12160-012-9384-7>.
- Rezaeian, M., Dunn, G., St Leger, S., & Appleby, L. (2007) Geographical epidemiology of suicide in the world: a spatial analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(9), 719–726.
<https://doi.org/10.1007/s00127-007-0225-0>.
- Rostami, M., Jalilian, A., Mahdavi, S. A., & Bagheri, N. (2021) Spatial heterogeneity in gender and age of fatal suicide in Iran. *J Res Health Sci*, 22(1), 1–8.
<https://doi.org/10.34172/jrhs.2022.76>.
- Rouzrokh, P., Abbasi Feijani, F., & Moshiri, Y. (2025) The Pooled Prevalence of Attributed Factors of Suicide in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Iran Med*, 44–60.
<https://doi.org/10.34172/aim.31276>.
- Sampson, R. J. (2012) *Great American City: Chicago and the Enduring Neighborhood Effect*. University of Chicago Press.
<https://doi.org/10.7208/chicago/9780226734569.001.0001>.
- Soja, E. W. (2010) *Seeking spatial justice*. in Neapolis: University of Minnesota Press.
- Von Hoene, E., Roess, A., Leah, M. A., Yang, R., & Anderson, T. (2025) Identifying Geographic Disparities in Suicide Determinants Across United States Counties with Spatial Modeling. *Proceedings of the International Cartographic Association*, 7(14), 1–8.
<https://doi.org/10.5194/ica-proc-6-146-2025>.
- Wang, Y., Wang, L., Li, Z., et al. (2021) Spatiotemporal clustering of suicide mortality in mainland China, 2013–2018. *BMC Public Health*.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-11293-7>.
- WHO (2021) *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>.

Yang, Xie, Zhang Jie & Chen Xiao (2022) The identification, logic and enlightenments of intra-urban place communities in China, *Scientific Reports*, 12(247).

<https://doi.org/10.1038/s41598-021-03917-1>.

Yoshioka, E., Sharon, J. B. H., Yukihiro, S., & Yasuaki, S. (2020) Geography of suicide in Japan: Spatial patterning and rural–urban differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 731–746.

<https://doi.org/10.1007/s00127-020-01872-6>.

Zangeneh, A., Khademi, N., & Farahmand Moghadam, N. (2023) Spatiotemporal clustering of suicide attempt in Kermanshah, West-Iran. *Public Mental Health*, 14.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1174071>.

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)

Examining the Relationship Between the Human Development Index and Suicide Rates at Provincial Level in Iran: A Secondary Analysis of Official Statistics (2011–2021)

Esmail Jahanidolatabad^{*}
Hossein Heidari^{**}

The aim of this study is to analyze the relationship between the Human Development Index and suicide rates across the provinces of Iran. The research employed a secondary data analysis approach, with suicide data obtained from the Legal Medicine Organization and human development indicators extracted from the World Health Organization. Findings indicate that suicide rates at both national and provincial levels exhibited an increasing trend during the 2011–2021 decade. Results reveal a positive and statistically significant relationship between the Human Development Index and suicide rates, such that provinces with higher levels of human development, on average, displayed higher suicide rates. Among the sub-indices, the education and income components show positive and significant associations with suicide rates, whereas the health index does not demonstrate a significant relationship. Moreover, changes in the Human Development Index particularly changes in the education index over the study period are positively and significantly correlated with increases in provincial suicide rates. Regression analysis indicates that the combination of human development variables explains 40% of the variance in suicide rates, with changes in the education and income indices contributing the most. These results suggest that human development in Iran is not necessarily associated

^{*} Associate Professor, Department of History and Sociology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
sml.jahani@uma.ac.ir
<http://orcid.org/0000-0001-8983-448X>

^{**} Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Sociology, Institute for Humanities and social Studies in ACECR, Tehran, Iran.
heidari@acecr.ac.ir
<https://orcid.org/0000-0002-3763-2429>

with reductions in social harms and, at certain levels, correlates with increased psychological pressures, social fragmentation, and crises of meaning, highlighting the need to reconceptualize human development with an emphasis on the quality of social relations, distributive justice, and social cohesion.

Keywords: Human Development Index; Education; Income; Suicide Rate; Secondary Analysis.

Introduction

Since its emergence, sociology has been concerned with understanding the formation of social order, collective cohesion, and the conditions under which accepted norms are disrupted. From this perspective, phenomena such as suicide, addiction, delinquency, and other forms of social deviance are not regarded as merely individual behaviors; rather, they are reflections of the structural, cultural, and institutional arrangements of a society. Emphasizing the social nature of suicide, Durkheim demonstrated that this phenomenon should not be analyzed solely at the individual psychological level, but must be examined in relation to the degree of social integration and regulation. Merton, in turn, conceptualized deviance as the outcome of a discrepancy between culturally prescribed goals and the legitimate means of achieving them, showing that unequal structural conditions can foster the emergence of deviant behaviors.

The central question of the present study is whether improvements in human development indicators in Iran's provinces necessarily lead to a reduction in social harms, or whether, under specific social and cultural conditions, this relationship may be different, complex, or even reversed. From this vantage point, suicide is not simply an individual or psychological phenomenon; it is a social event shaped by macro-structures of development, inequality, quality of life, and institutional transformations.

A considerable body of international research has sought to examine the relationships between development, education, income, health, and various social outcomes. A strand of this literature assumes that increasing levels of human development should naturally be accompanied by reductions in harms such as poverty, violence, and

suicide, given that development enhances both access to resources and quality of life. However, empirical findings have not consistently confirmed such a straightforward relationship. In some cases, economic and social growth has been accompanied by rising expectations, competitive pressures, status inequalities, and the erosion of traditional support systems, thereby contributing to increases in certain social problems, including suicide.

In Iran, the absence of provincial and longitudinal studies that simultaneously investigate the relationship between the Human Development Index and its components (income, education, and health) and suicide rates has imposed serious limitations on understanding the mechanisms underlying this socio-psychological phenomenon. This gap becomes particularly salient in light of the substantial economic, cultural, and social differences across provinces. Each province exhibits distinct conditions with respect to economic opportunities, educational attainment, access to health services, and social support networks, all of which may alter the shape and intensity of the relationship between human development and suicide. Accordingly, the main research question of this study is whether the Human Development Index and its components were associated with suicide rates in Iran's provinces during the decade 2011–2021, and, if so, what patterns and mechanisms characterize this relationship. Addressing this question can provide a basis for formulating more effective policies for suicide prevention and for promoting psychosocial well-being at the provincial level.

Methodology

This study employs an analytical–exploratory design and is based on the secondary analysis of official statistics. Data on suicide were obtained from the Iranian Legal Medicine Organization, and data related to human development indicators were drawn from World Health Organization (WHO) sources. The temporal scope of the study covers the years 2011 to 2021, and the unit of analysis is the provinces of Iran. In this research, the dependent variable is the provincial suicide rate, while the main independent variable is the Human Development Index and its components, namely education, income, and health. Relying on statistical methods, the article examines the relationships among these variables and, in particular, uses regression

analysis to assess the extent to which variations in suicide rates can be explained by human development indicators. The use of secondary analysis allows the researcher to address new research questions without collecting primary data, by drawing on existing statistical sources—an approach that is especially important in macro-level and regional social studies. Accordingly, the study has a cross-sectional comparative character at the provincial level, even though the data have been collected and analyzed over a multi-year period. The methodological logic of the article is to compare provinces and track changes in the Human Development Index and suicide rates over time in order to identify patterns of correlation and influence between them. The statistical results derived from these analyses are used to test the research hypotheses.

Findings

The findings of the article indicate that during the 2010s, suicide rates increased at both the national and provincial levels. This result suggests that, contrary to common expectations, suicide in Iran followed an upward trend over the study period and cannot be regarded as a problem confined to only a few specific provinces. Furthermore, the results show a positive and statistically significant relationship between the Human Development Index and suicide rates; in other words, in provinces with higher levels of human development, suicide rates were in many cases also higher.

At the component level, the findings are likewise noteworthy. The article reports that education and income are positively and significantly associated with suicide rates, whereas the health component is not statistically significant. This result is particularly important, as it demonstrates that not all dimensions of human development are related to suicide in the same way. Some components especially education and income—may, through specific social mechanisms, be linked to an increase in psycho-social harms. Conversely, the non-significance of the health component may indicate that, at the provincial level, its effect on suicide is neither direct nor obvious, or that it is shaped by other mediating variables.

The findings also show that changes in the Human Development Index, particularly in the education component, are positively

correlated with increases in suicide rates. This suggests that development in its conventional sense, at least within the Iranian social context, has not necessarily led to a reduction in social problems and, in some cases, has been accompanied by rising tensions and harms. One of the key quantitative results of the study is that the regression model explains 40 percent of the variance in suicide rates. This proportion reflects a relatively substantial explanatory power of the model, although a considerable share of the variation in suicide rates remains dependent on other factors.

Discussion

In the discussion section, the article emphasizes that the relationship between human development and suicide in Iran is neither simple nor linear. Contrary to the common expectation that improvements in human development should lead to a reduction in social harms, the findings indicate that within the Iranian context, increases in certain human development indicators have been accompanied by higher suicide rates. This pattern may be explained through several social mechanisms. First, development may raise expectations, intensify social comparisons, and generate pressures for success. Second, the expansion of education and income if not accompanied by social justice, cultural cohesion, and institutional support may produce new inequalities and feelings of relative deprivation. Third, developmental transformations may weaken traditional patterns of social support and solidarity. The findings are implicitly consistent with perspectives that emphasize the dual nature of development: development is not only a source of opportunities but also a potential generator of tension, pressure, and social harm. In this regard, the article demonstrates that the Human Development Index in Iran does not necessarily reflect a comprehensive improvement in social well-being. Relying solely on increases in education or income cannot automatically be expected to reduce suicide rates. Rather, it is necessary to incorporate factors such as the quality of social institutions, distributive justice, psychosocial support systems, and social capital into the analysis. In conclusion, the study suggests that human development in Iran has not necessarily been accompanied by a reduction in social harms, including suicide. Therefore, social policy should avoid a one-dimensional approach to development and should

distinguish between the growth of quantitative indicators and their actual social consequences. Accordingly, the study implicitly recommends that efforts to address suicide should not focus solely on expanding education or income levels; instead, greater attention should be given to strengthening social cohesion, reducing inequalities, expanding mental health services, and reforming supportive social policies.

References

- Antonakakis, N., & Gupta, R. (2017) Is economic policy uncertainty related to suicide rates? Evidence from the United States. *Social Indicators Research*, 133(2), 543-560.
<https://doi.org/10.1007/s11205-016-1384-4>.
- Arafat, S. Y., Marthoenis, M., Khan, M. M., & Rezaeian, M. (2022) Association between suicide rate and human development index, income, and the political system in 46 Muslim-majority countries: An ecological study. *European journal of investigation in health, psychology and education*, 12(7), 754-764.
<https://doi.org/10.3390/ejihpe12070055>.
- Bell, D. (1996) *Postmodernity and its discontents*. Routledge.
- Cabello-Rangel, H., Márquez-Caraveo, M. E., & Díaz-Castro, L. (2020) Suicide rate, depression and the human development index: an ecological study from Mexico. *Frontiers in public health*, 8, 561966.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.561966>.
- Conceição, P. (2020) Human development report 2020-the next frontier: Human development and the anthropocene. United Nations Development Programme: Human Development Report.
<https://ssrn.com/abstract=4418010>.
- Feizpour, M. A. and Lotfi, E. (2015) Economical Distinctions and Social Problems of Iran: Rates of Unemployment and Suicide. *Strategic Research on Social Problems*, 4(1), 153-166. [In Persian]
<https://doi.org/20.1001.1.23221453.1394.4.1.10.8>.
- Fleischmann, A., & De Leo, D. (2014) The World Health Organization's report on suicide: a fundamental step in worldwide suicide prevention.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000293>.
- Giddens, A. (1990) *The consequences of modernity*. Stanford University Press.
- Harvey, D. (2005) *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.

- Inglehart, R. (1997) Modernization and post modernization: Cultural, economic, and political change in 43 societies. Princeton University Press.
- Inglehart, R., & Welzel, C. (2005) World Values Survey: Cultural change and human development. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511790881>.
- Jahani Dolatabad, E., Ashayeri, T. and Shiri, M. (2023) Examining the Relationship between Macroeconomic Indicators and Suicide Rates in the Country's Provinces: Secondary Analysis of 2011-2021 Statistics. *Strategic Research on Social Problems*, 12(3), 41-62. [In Persian]
<https://doi.org/10.22108/srsp.2023.138482.1921>
- Khazaei, S., Armanmehr, V., Nematollahi, S., Rezaeian, S., & Khazaei, S. (2017) Suicide rate in relation to the Human Development Index and other health related factors: A global ecological study from 91 countries. *Journal of epidemiology and global health*, 7(2), 131-134.
<https://doi.org/10.1016/j.jegh.2016.12.002>.
- Marx, K., & Engels, F. (1848) The communist manifesto (S. Moore, Trans.; 1967 edition).
- mehri K. (2022) Meta-analysis of suicide studies in Iran. *refahj*. 22(85), 271-300. [In Persian].
- Merton, R. K. (1938) Social Structure and Anomie. *American Sociological Review*, 3(5), 672-682.
<https://www.jstor.org/stable/2084686>.
- mousavifard, M. R. and Bahador, F. (2024) Sociological analysis of the relationship between social capital and suicide in Iran. *Strategic Studies of Culture*, 4(1), 41-79. [In Persian]
doi: <https://doi.org/10.22083/scsj.2024.447920.1157>.
- Qaderi, S. & Nazari, H. (2019) Sociological Analysis of Suicide in Iran Based on analysis of available statistics during 2010-2015. *Social Problems of Iran*. 10(1), 195-215. [In Persian]
<https://doi.org/20.1001.1.24766933.1398.10.1.1.3>.
- Roh BR, Jung EH, Hong HJ. A Comparative Study of Suicide Rates among 10-19-Year-Olds in 29 OECD Countries. *Psychiatry Investig*. 2018 Apr;15(4):376-383.
<https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.02>.
- sezavar F, firoozy M, sezavar M. (2023) The effect of economic and social factors on the suicidal behavior of society in Iran (with emphasis on risk and economic instability). *refahj*. 23(90), 53-88. [In Persian]
<https://doi.org/10.32598/refahj.23.90.4311.1>.
- Shah, A. (2009) The relationship between elderly suicide rates and the human development index: a cross-national study of secondary data

from the World Health Organization and the United Nations. *International psychogeriatrics*, 21(1), 69-77.

<https://doi.org/10.1017/S1041610208007527>.

Shah, A., Padayatchi, M., & Das, K. (2008) The relationship between elderly suicide rates and elderly dependency ratios: a cross-national study using data from the WHO data bank. *International Psychogeriatrics*, 20(3), 596-604.

<https://doi.org/10.1017/S104161020700628X>.

Weber, M. (1978) *Economy and society: An outline of interpretive sociology* (G. Roth & C. Wittich, Eds.). University of California Press. (Original work published 1922).

Zarani F, Ahmadi Z. (2021) Suicide in Iranian culture: A systematic review study. *Rooyesh*. 10(9), 205-216. [In Persian]

<https://doi.org/20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7>.

Suicide: “Easy Death” or “Protest Action”? A Sociological Analysis of Coping Strategies Against Suicide Attempts Among Youth in Pakdasht

Ardeshir Bahrami*

Suicide, particularly among young people in Iran, has become a significant public health concern. This study focuses on Pakdasht County (where 62 cases of suicidal ideation and suicide attempts were recorded between 1397 and 1400, based on Social Emergency Unit statistics) and aims to explore the lived experiences of youth who have attempted suicide. The research is qualitative and employs interpretive phenomenology as its methodological approach. Data were collected through in-depth, semi-structured interviews with 10 young individuals who had attempted suicide and were analyzed until theoretical saturation was reached. The study was guided by two main research questions: What is the phenomenological description of language, emotion, and action associated with suicide? What coping and confrontation strategies do young people adopt in response to this tendency? The findings indicate that participants' lived experiences take shape across three interrelated levels: at individual level: including emotions such as alienation, a “betrayal-tainted” mind, shame, guilt, anger, fear, feelings of worthlessness, hopelessness, and the suppression of emotions and desires. At family level: rooted in factors such as child marriage, the lack of effective communication, and experiences of violence. And finally, at social level: including the absence of social support and empathy, social pressure through “what people say,” living in crime-prone neighborhoods, and social exclusion. The results further show that suicide-related action within this group cannot be fully explained within a strict binary of “easy death” (a pure desire to end one's life) and “protest death” (the construction of a new understanding of life). Instead, this action unfolds in a field of lost meaning and disrupted lifeworld, where the

* Ph.D. in Sociology of Iranian Social Issues, Payam Noor University Graduate Education Center, Iran.

Bahrami_dr2014@yahoo.com.

<http://orcid.org/0000-0002-9670-5923>

individual neither fully intends to end life nor has been able to actively construct a new path for living. Accordingly, the study highlights the necessity of intervention strategies centered on the recovery of meaning and the rebuilding of social cohesion.

Keywords: Suicide; Lived Experience; Youth; Easy Death; Protest Action.

Introduction

Suicide is the second leading cause of death among young people aged 20 to 24 (Hoyert & Xu, 2012: 44). Each year, more than 700,000 people worldwide lose their lives to suicide (World Health Organization, 2022). According to statistics from the Pakdasht Social Emergency Center, a total of 62 cases of suicidal ideation and suicide attempts were recorded between 2018 and 2021 (1397–1400 in the Iranian calendar). This article is presented with a phenomenological approach aimed at understanding the lived experience of suicide attempts in Pakdasht County. The main research questions were: 1 . What is the phenomenological description of the concepts of language, emotion, and action related to suicide? 2 .What coping and confrontation strategies do young people employ in response to this inclination?

Research Background and Theoretical Discussions

Parvin et al. (2019), in a qualitative study of youth in Pakdasht, examined the social contexts of suicide attempts (intentional drug poisoning) and reached the following findings: At the macro level: weakened temporal integration, generational poverty, and social exclusion, At the interpersonal level: group-based emotional tensions, unfulfilled sexual desire, unstable family boundaries, and immature relationships. Bahrami et al. (2023), in their study titled “Examining the Contexts of Youth Suicide Attempts in Varamin,” found that “disordered family boundaries, fear of subjectivity and instrumentalized perception, a skeptical self-concept, regressive marriage, and blockage in sustaining the continuity of the self” constitute causal conditions for suicide. Meng (2020), in “Rebellion and Revenge: The Meaning of Suicide among Women in Rural

China,” demonstrated that suicide is understood as an act of revenge .Keeley et al. (2022) examined “The Role of Perceived Social Support among Youth in Explaining Suicidal Behavior“. A review of the literature indicates that Iranian studies have extensively focused on structural factors (poverty, family, tradition) and feelings of powerlessness associated with youth suicide. Some international studies, however, have emphasized the retaliatory and protest-oriented meanings of suicide.

Adopting a meaning-centered approach, the present study seeks to understand the internal mechanisms and lived experiences of young people who have attempted suicide in Pakdasht. Inspired by Douglas, emphasis is placed on understanding the inner world and the individual and social meanings associated with suicide attempts. Mead’s perspective views suicide as a social reaction produced through interactions between the individual and society. Finally, Frankl’s theory considers the fundamental motivation of human beings to be the “will to meaning,” interpreting suicide attempts as a potential response to a “loss of meaning” and existential emptiness, or as a protest-driven effort to recreate meaning.

Research Method

This study is qualitative in nature and was conducted with an applied objective. The theoretical approach was interpretive phenomenology, focusing on the lived experiences of individuals related to suicide in order to understand their perceptions, meanings, and subjective interpretations. Sampling was conducted purposively. Data were collected through in-depth semi-structured interviews with 10 young individuals who had attempted suicide. The data were analyzed until theoretical saturation was achieved.

Findings

The findings of this article are analyzed along two main axes:

- 1 .Personal narratives, language, behavior, and actions at the time of suicide attempts;
- 2 .The strategies adopted by young people in confronting suicidal tendencies.

Personal Narratives, Language, Behavior, and Individual Actions at the Time of Suicide

The lived experiences of individuals who attempted suicide are presented as follows:

A. Individual characteristics (emotional, cognitive, behavioral): A sense of powerless existence; self-alienation; a mind wounded by betrayal; feelings of shame, guilt, and anger; fear; social withdrawal; anxiety of loneliness; feelings of worthlessness; feeling like a burden; indifference; hopelessness; suppressed emotions and desires; fatalism; desire to die; sexual objectification; feeling imprisoned; surrendering to life.

B. Family characteristics and conditions: Child marriage; forced marriage; marriage as an escape from poverty and depression; emotional neglect; lack of dialogue; violence; controlling family dynamics; family disintegration.

C. Social conditions: Lack of social support; absence of empathy; labeling and stigmatization; absolute deprivation; spatial displacement; delinquent peers; living in high-crime neighborhoods; lack of welfare.

Strategies and Strategic Actions

Strategies and strategic actions refer to the set of measures that social actors employ in order to cope with difficult life conditions. In this study, these strategies are presented in four categories.

Suicide as an easy death: This is a passive strategy adopted in response to harsh and difficult living conditions. This category refers to ending one's life through suicide because the individual has lost resilience, the capacity to endure life, and the power to change their living conditions.

Repairing and compensating for inadequate relationships: This is an active strategy in which the individual attempts to bring an end to deficient relationships and interactions by adopting a positive approach and compensating for them through efforts such as remarriage, forming more friendships, cleansing the past through socially desirable behavior, and engaging in collective participation and responsibility.

Breaking neighborhood ties: This is an active, coping-oriented strategy. The individual actively distances themselves from others and continues with their life. This category is constructed from statements referring to neighbors' jealousy, stigmatization, baseless accusations, and the false or intrusive interventions of surrounding people.

Spectatorship and the meaninglessness of the status quo: This is a passive strategy arising from surrender to the existing situation as though it were destiny or fate. Here, the participants find themselves in a state of existential suspension due to a lack of motivation. The individual neither truly intends to end their life nor actively enters the cycle of life in order to construct a new understanding of it for themselves. As a result, they adopt indifference as a way of being and, from time to time, attempt suicide as a means of making themselves visible to others.

Conclusion and Discussion

The present study, conducted with the aim of exploring the lived experiences of young people who had attempted suicide in Pakdasht County, showed that this phenomenon extends beyond an individual psychological impasse and is instead the product of the intersection between "structural blockage" and "meaning suspension" in the lifeworld of the subjects.

Four distinct strategies—easy death, repair and compensation, breaking ties, and spectatorship and the meaninglessness of the status quo—were identified as individuals' responses when confronting the experience of a "powerless and ineffective existence." Each strategy represents a different lived interpretation of the loss of agency:

- Active action (repair and breaking ties): an attempt to reconstruct the world of meaning and redefine the self through action and limited responsibility.

- Ultimate action (easy death): the elimination of suffering by ending lived experience, arising from a complete loss of access to meaning in everyday life.

- Absolute inaction (spectatorship): the opposite of action, indicating a deeper collapse of meaning and the arrival at existential suspension and total numbness.

References

- Bahrami, Ardeshtir; Danesh, Parvaneh; & Mohammadi, Zahra. (2023) A study of the contexts of suicide attempts among youth in Varamin County. *Quarterly Journal of Social Sciences*, 30(100), 221–258.
- Parvin, Sattar; Akhlasi, Ebrahim; & Nazari Adriani, Seyed Mehrdad. (2019) Intentional drug poisoning as suicide: Social contexts and consequences . *Iranian Journal of Social Issues*, 10(1), 217–240.
- Roshanpour, Amin; Naghdi, Asadollah; Kordalivand, Sohaila; & Norouzi, Sara. (2025) *Quarterly Journal of Social Work*, 13(49), 56–65.
- Legal Medicine Organization of the Country. *Statistical Yearbook of the Legal Medicine Organization*, 2018, 2019, 2020, 2022.
- Anbari, Mousa; & Bahrami, Ardeshtir. (2010) Examining the effects of poverty and violence on suicide rates in Iran: A case study of villages in Poldokhtar County. *Iranian Journal of Social Issues*, 1(2), 1–30.
- Ghaseminejad, Abouzar; & Vesali, Saeed. (2018) A study of the data from the Marginalization and Social Development Foundation (identifying intervening conditions, strategies, and the consequences of the failure to achieve social development in Pakdasht). *Social Development*, 14(2), 93–126.
- Berman AL. Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide Life Threat Behav.* 2011; 41(1): 110–116. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2010.00009.x> PMID:21309829
- Emma Evans 1, Keith Hawton, Karen Rodham (2004) Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies, *Affiliations Expand*, PMID: 15533280 DOI: 10.1016/j.cpr.2004.04.005
- Erlangsen, Annette Bo Runeson, James M Bolton, Holly C Wilcox, Julie L Forman, Jesper rogh, M Katherine Shear, Merete Nordentoft, Yeates Conwell (2017) Association Between Spousal Suicide and Mental, Physical, and Social Health Outcomes: A Longitudinal and Nationwide Register-Based Study, *JAMA Psychiatry*,. 2017 May 1;74(5):456-464. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0226.
- Matthew K Nock 1, Jennifer Greif Green, Irving Hwang, Katie A McLaughlin, Nancy A Sampson, Alan M Zaslavsky, Ronald C Kessler (2013) Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement, *JAMA Psychiatry*, . 2013 Mar;70(3):300-10. doi: 10.1001/2013.jamapsychiatry.55.

World Health Organization (2014) Suicide Prevention Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ on 4 July 2014.

World Health Organization. (2022) Suicide prevention. https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1.

Mapping the Psychosocial Schema of Suicide Attempts

Mehri Sadat Mousavi^{*}

Salman Ghaderi^{**}

Maryam Beyk Mohammadi^{***}

Elham Sani^{****}

Faezeh Raeisi^{*****}

Suicide, as one of the leading causes of death, particularly among young people, is a multidimensional phenomenon rooted in the complex interaction of psychological, social, and economic factors. This study aimed to delineate the psychosocial schema of suicide attempts through an exploratory factor analysis of the perspectives of 76 individuals who had attempted suicide and were under the intervention of Tehran Social Emergency Services. Data were collected using a researcher-made questionnaire and analyzed using descriptive statistics and factor analysis. The most frequent age group among participants was 20–30 years (36.8%), with a mean age of 33 years. The most important reasons for the attempt, from their

^{*} Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Youth and Generational Studies, Institute of Humanities and Social Studies, Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR).

smousavi@acecr.ac.ir

<http://orcid.org/0000-0003-1069-6091>

^{**} Ph.D. in Sociology, Social Worker and Social Emergency Expert, Tehran Social Welfare Organization, Tehran, Iran,

salmang41@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0006-9167-6161>

^{***} M.A. Social Worker and Specialist, Social Emergency Department, State Welfare Organization of Iran.

sahar.bekmohamadi6767@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0008-1874-0888>

^{****} Ph.D. in Anthropology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch.

elhamsani62@yahoo.com

<http://orcid.org/0000-0003-6464-8457>

^{*****} M.A. in Psychology and Psychologist, Social Emergency Department, State Welfare Organization of Iran.

reisi.f381@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0001-8396-5307>

perspective, were reported as loneliness (23.7%), financial problems (22.4%), and family conflicts (7.9%), respectively. Exploratory factor analysis extracted nine effective factors, which together explained 77.16% of the total variance. Ranking these factors revealed that helplessness and deadlock, existential emptiness and meaninglessness, and socioeconomic conditions were, respectively, the most important factors from the attempters' viewpoint. The findings depict the pattern of suicide attempts as a predominantly youth-oriented phenomenon with a multilayered psychosocial structure, indicating that although objective factors act as immediate triggers, deeper cognitive-emotional factors carry greater determining weight in the formation of the subjective schema leading to suicide. These results suggest the necessity of designing two-level interventions, including immediate interventions to address objective triggers and deep psychological interventions to combat helplessness and reconstruct meaning in life.

Keywords: Suicide, Psychosocial Factors of Suicide, Social Emergency, Factor Analysis, Suicide Attempt.

Introduction

Suicide is a complex public health crisis, reflecting deep psychological, social, and economic dysfunctions beyond individual tragedy. Globally, nearly 700,000 people die by suicide annually. In Iran, suicide rates have risen to 7.7 per 100,000, rooted in economic inequality, breakdown of traditional support networks, stigma, and limited mental health access. While previous studies have examined isolated risk factors, our understanding of how these elements interact to form a critical psychosocial schema remains incomplete. This study, focusing on the perspectives of attempters in Tehran, asks: What is the hierarchy and contribution of psychological, social, and economic factors in shaping the mental schema leading to suicide?

Theoretical Framework

Domestic studies indicate that multiple factors contribute to suicide in Iran. Feizollahi's meta-synthesis (2022) identified family dysfunction, social pressure, social rejection, and access to suicide methods as key factors. Zarani and Ahmadi's systematic review (2021)

found that, contrary to global statistics, the rate of suicide attempts is higher among Iranian men than women, and that the causes and methods of suicide vary significantly across Iranian subcultures. Nasirzadeh et al. (2025) found a direct relationship between life skills and perceived social support with suicidal ideation among university students. Karim's meta-analysis (2022) showed that early marriage (Effect Size = 0.3721) and self-esteem (Effect Size = 0.6921) had the strongest relationships with suicide among social and psychological variables, respectively.

At the international level, McClelland et al. (2023) identified three categories of suicide-related factors: relational factors (belongingness, burdensomeness), mental health (depression, substance use), and internal factors (hopelessness, defeat, impulsivity). Forkmann et al. (2025) demonstrated that rumination and positive/negative metacognitions distinguish suicide attempters from non-attempters. Bahamon (2025) found significant relationships between suicide attempts and exposure to domestic violence, school violence, and sexual abuse, emphasizing that family support serves as an important protective factor.

Regarding theoretical foundations, suicide is a multidimensional phenomenon that no single theory can fully explain. Durkheim's sociological approach emphasizes macro-social factors. Agnew's general strain theory addresses strain resulting from the removal of positive stimuli and the presence of negative stimuli. In the psychological approach, Klonsky and May's (2016) three-step theory explains the transition from psychological pain and hopelessness to desire for death, then to suicidal ideation, and finally to action. Joiner's (2005) interpersonal theory posits that the simultaneous presence of thwarted belongingness, perceived burdensomeness, and acquired capability is necessary for serious suicidal behavior.

The present study employs an integrated theoretical framework comprising three levels of analysis: micro-level (Klonsky & May's theory), meso-level (Agnew's general strain theory and Cobb's social support theory), and macro-level (structural-social factors). The main objective is to discover and validate the "critical psychosocial schema" from the perspective of suicide attempters themselves using exploratory

factor analysis, in order to determine which psychological and social factors carry greater weight in explaining the variance of this schema.

Methodology

This was a descriptive-analytical study employing an exploratory factor analysis approach. The statistical population consisted of all individuals who contacted Tehran's Social Emergency service (Line 123) due to a suicide crisis in 2024. Using convenience sampling, 76 of these attempters participated in the study. Data were collected using a researcher-made questionnaire comprising sections on demographic information, history of the attempt, 35 items on contributing factors (on a Likert scale), and protective factors. The instrument's reliability was confirmed with a Cronbach's alpha of 0.892. Data were analyzed using SPSS software, employing descriptive statistics, exploratory factor analysis (Principal Component Analysis with Varimax rotation), and the Friedman test for ranking the factors.

Findings

- **Demographic Characteristics:** Attempters were predominantly young (mean age 33, largest age group 20-30 years old), single (43.4%), residents of Tehran (89.5%), and with poor economic status (46.1%). Women (60.5%) had attempted more than men.
- **Reasons and Methods of Attempt:** The most important self-reported reasons were, in order: loneliness (23.7%), financial problems (22.4%), and family conflicts (7.9%). The most common methods were poisoning (39.5%) and acute physical methods (38.2%).
- **Factor Structure:** Exploratory factor analysis extracted 9 contributing factors, which together explained 77.167% of the total variance. These factors are: 1) Emptiness and Isolation, 2) Helplessness and Impasse, 3) Escape from Situation, 4) Inhibition and Cognitive Beliefs, 5) Stigma and Lack of Help-Seeking Knowledge, 6) Socio-economic Conditions, 7) Lack of Social Support, 8) Unbearable Emotional Pain, and 9) Cessation of Suffering and Impulsive Behavior.
- **Factor Ranking:** Based on the Friedman test, from the attempters' perspective, the top three factors in order of

importance were: Helplessness and Impasse (mean rank: 8.38), Existential Emptiness and Meaninglessness (mean rank: 8.20), and Socio-economic Conditions (mean rank: 7.12).

Discussion and Conclusion

The findings depict the pattern of suicide attempts in the studied sample as a predominantly youth-oriented phenomenon, with primary triggers of loneliness and financial problems, and possessing a multi-layered and complex structure. A crucial point is that while objective and situational factors (such as economic and familial problems) act as immediate and apparent triggers, deeper cognitive-emotional factors such as feelings of helplessness, being trapped in an impasse, and experiences of emptiness and meaninglessness carry greater determinative weight in shaping the mental schema leading to suicide. This finding aligns with theories such as learned helplessness (Seligman), General Strain Theory (Agnew), and Frankl's logotherapy.

The results emphasize the necessity of adopting a multi-level and integrated approach in designing preventive interventions:

1. **In-depth Psychological Interventions:** Targeting foundational cognitive-emotional factors like helplessness and emptiness through meaning-focused psychotherapies (e.g., logotherapy) and enhancing resilience.
2. **Immediate Socio-economic Interventions:** Reducing the burden of objective triggers through targeted financial support, employment services, and family-focused interventions to reduce tension and isolation.
3. **Macro-policy Interventions:** Designing comprehensive prevention programs focused on high-risk groups (youth, single individuals, and the deprived), increasing access to mental health services, reducing the stigma of seeking such services, and establishing sustainable social support networks at the community level.
4. In summary, this research demonstrates that suicide is the end product of the dynamic interaction of individual (cognitive-emotional), interpersonal (social support), and structural (socio-economic) factors. Effective confrontation with it requires a proportionate and simultaneous response to all these levels.

References

- Agnew, R. (1992) Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30 (1), 47-88.
- Bahamón, M.J.; Javela, J.J.; Ortega-Bechara, A.; Matar-Khalil, S.; Ocampo-Flórez, E.; Uribe-Alvarado, J.I.; Cabezas-Corcione, A.; Cudris-Torres, L. (2025) Social Determinants and Developmental Factors Influencing Suicide Risk and Self-Injury in Healthcare Contexts. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2025, 22, 411.
<https://doi.org/10.3390/ijerph22030411>
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014) Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry*, 13(2), 153-160.
 DOI: 10.1002/wps.20128
- Douglas, J. D. (2015) Social meanings of suicide. Permalink: <http://digital.casalini.it/9781400868117>. Doi: 9781400868117
- Durkheim, E. (2023) Suicide (N. Salarzadeh, Trans., 5th ed.). University of Allameh Tabatabai Press. (Original work published 1897)
- Erlangsen, A., Stenager, E., & Conwell, Y. (2015) Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(9), 1427-1439.
 DOI: 10.1007/s00127-015-1051-0
- Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017) Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 946-952.
 doi: 10.1016/S2215-0366(17)30514
- Feizollahi, A. (2022) A meta-synthesis of suicide studies in Iran. *Social Welfare Quarterly*, 22(85), 221–270. [in Persian]
<http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3941-fa.html>
- Forkmann, T., Fiorentino, L., Müßeler, S.S. et al. (2025) Thinking About Suicidal Thinking: Suicide-Related Metacognitions' Relation to Maladaptive Processing of Suicidal Thoughts. *Int. J. Cogn. Behav. Ther.* 18, 241–255.
<https://doi.org/10.1007/s41811-025-00239-2>
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017 Feb;143(2):187-232.
 doi: 10.1037/bul0000084. Epub 2016 Nov 14. PMID: 27841450.

- Guin, A. J. (2023) Exploring Lived Experiences of Suicide Surviving Spouses: An Interpretive Phenomenological Qualitative Study: 1745478. 21
- Joiner, T. E. (2005) Why people die by suicide. Harvard University Press. Journal.
DOI: <https://doi.org/10.7439/ijasr>
- Johnson J, Gooding P, Tarrier N. Suicide risk in schizophrenia: explanatory models and clinical implications, The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). Psychol Psychother. 2008; 81:55---77.
- Karim, M. (2022) A meta-analysis of suicide studies in Iran. Social Welfare Quarterly, 22(85), 271–300.
- Nasirzadeh, M., Hafezi Bakhtiari, M., Hasanzadeh, M., Hasani Ashjerdi, N., & Rezaeian, M. (2025) Investigating suicidal ideation and its correlation with life skills and social support among students of Rafsanjan University of Medical Sciences in the academic year 2024-2025: A descriptive study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences, 24(7), 643–658.
- Klonsky E, May A, Saffer B. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. Annu Rev Clin Psychol. 2016; 12:307.
DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016) Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. Annual review of clinical psychology, 12(1), 307-330.
DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Lester, D. (2010) Theories of suicide. In Suicide among racial and ethnic minority groups (pp. 51-65). Routledge.
- Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010) Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. Clinical psychology review, 30(5), 582-593.
DOI: 10.1016/j.cpr.2010.04.010
- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A., & Cheek, S. M. (2015) The hopelessness theory of depression: A quarter□century in review. Clinical Psychology: Science and Practice, 22(4), 345-365.
DOI: 10.1111/cpsp.12125
- McClelland, Heather and Loney, Krystyna and Platt, Stephen (2023) Psychological factors associated with suicide attempt and suicide death in Scotland: A systematic review, Journal of Affective Disorders Reports.
doi:10.1016/j.jadr.2023.100711.

- Mohandie, K., Meloy, J. R., & Collins, P. I. (2009) Suicide by cop among officer-involved shooting cases. *Journal of Forensic Sciences*, 54(2), 456-462.
DOI: 10.1111/j.1556-4029.2008.00981.x
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018) The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.
DOI: 10.1098/rstb.2017.0268.
- Phillips, J. A., Robin, A. V., Nugent, C. N., & Idler, E. L. (2010) Understanding recent changes in suicide rates among the middle-aged: Period or cohort effects? *Public Health Reports*, 125(5), 680–688.
<https://doi.org/10.1177/003335491012500510>
- Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., & Silverman, M. M. (2016) Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. **Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46*(3), 352–362.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12225>
- Shneidman ES. *The suicidal mind*. Oxford University Press, USA; 1998.
BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Wagenaar, A. C., Tobler, A. L., & Komro, K. A. (2010) Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 100, 2270–2278.
DOI: 10.2105/AJPH.2009.186007
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2021) *Helping adolescents thrive toolkit: Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours*. Geneva: WHO. CC
- World Health Organization. (2025) *Suicide worldwide in 2021: global health estimates*. World Health Organization.
- Zarani, F., & Ahmadi, Z. (2021) Suicide in Iranian culture: A systematic review. **Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (Rooyesh)*, 10*(9), 205–216.
<http://frooyesh.ir/article-1-2379-fa.html>

From Resistance to Breakdown: The Lived Experience of Ilami Women Prior to Suicide Attempt

Ali Feizolahi*

Khalil Kamarbeigi**

The present study tends to develop an understanding of the processes of resistance to and failure preceding suicide, as well as the reasons for suicidal behavior among the women who attempted suicide in Ilam Province. This research was conducted using an interpretive phenomenological approach. The target population consisted of women who attempted suicide in Ilam Province in the year 2025, from whom a purposive sample of 17 participants were selected. Data was collected through in-depth, semi-structured interviews, and sampling and interviews continued until data saturation was achieved. Data analysis and coding were carried out using thematic analysis based on the Attride–Stirling approach. The most significant reasons for suicide attempts in the studied sample can be conceptualized under the theme of incompatibility of institutional contexts, which includes the organizing themes of family disorder, non-normative marriage patterns, the concurrence of marital problems, inappropriate interactional contexts, and livelihood-related challenges. The findings also indicate that the women who attempted suicide actively sought to avoid suicide by attempting to resolve their problems; these actions can be categorized into two broad sets of organizing themes: normative and non-normative solutions. Because these forms of action were not always accompanied by success, women turned toward self-destructive and suicidal behaviors, which can be understood as the product of a kind of breakdown. Overall, the findings of the study indicate that suicidal behavior was not the first

* Corresponding Author: Associate Professor, Department of Sociology, Faculty of Humanity Sciences, Ilam University, Ilam, Iran.,
a.feizolahi@ilamac.ir
<http://orcid.org/0000-0002-1641-4289>

** Ph.D. Student of Sociology, Institute of Humanities and Cultural Studies. Tehran, Iran.
khkamarbeigi@gmail.com
<http://orcid.org/0000-0001-7407-6102>

option chosen by women at risk of suicide; rather, it was to a large extent the consequence of the lack of success or failure in realizing their problem-solving actions.

Keywords: Suicidal behavior; pre-suicide resistance; breakdown; women's suicide; Ilam Province

Introduction

Suicide is one of the most serious social problems worldwide and a permanent and challenging threat to public health in modern societies, and current societies will potentially continue to face it. Because currently, on average, “727,000 persons die by suicide every year, and a much larger number attempt suicide. Such that in 2021 alone, the global suicide rate was 9.1 per 100,000 people (World Health Organization, 2021). In addition, about 50 to 120 million people are deeply affected by suicide and suicide attempts every year (Beautrais, 2006: 55). Although the suicide rate in Iran is about 5 per 100,000 people, which is considered low compared to the global rate of “more than 16 per 100,000 people” (Abdu et al., 2020: 233), high suicide rates have been recorded in some provinces of Iran. For example, the suicide rate in Ilam province is 13.8, Kohgiluyeh and Boyer Ahmad is 13.7, and Kermanshah is 12.08 per 100,000 people (National Statistical Yearbook, 2020). Of course, Ilam province has always been one of the provinces with high rates of female suicide since the 1990s. This trend continued in the years 2022 to 2024 with a “suicide rate of 18.3 per 100,000 people” (Ilam Provincial Management and Planning Organization, 2025).

It seems that the relatively high pattern of suicide attempts among women in Ilam province cannot be reduced to individual factors alone, but rather should be analyzed in the context of structural and cultural developments in the local society. Because in recent decades, in parallel with the above issues, the biosocial patterns of women, especially young girls, in this province have also diversified. Their level of awareness and expectations for social presence and participation have increased, and at the same time, traditional patterns of control and supervision over them in the family and society are still prominent. These structural asynchronies have provided the basis for the formation of various types of tension and perceived inequality in the life world of Ilami women. The accumulation of such problems,

along with the dual position of women, especially young girls, between a tendency towards social activism and the obligation to adhere to traditional norms, can lead to psychological harm and behaviors such as violence against themselves (suicide) among them. The continued erosion of women's social status relative to men has become almost commonplace, accompanied by fundamental contradictions.

In general, the analysis of the fields, study methods, and results of previous research shows that these studies have focused on multiple and outspread areas. Although these studies have valuable concepts and explanations for the present study, due to their focus on the causes of suicide and the mere narrative of suicidal women, they have paid less attention to survival strategies and women's efforts to avoid suicide. Therefore, in order to avoid subjugation and passive perception of the aforementioned actors, the present study has also paid attention to the process of suicide-avoidance actions of the studied women in addition to paying attention to the reasons for suicide. Therefore, the purpose of this study is to identify the processes of avoiding suicidal behavior and the reasons for their failure in this regard. The main question of the research is what are the reasons for the suicide attempts of the studied women and what types of actions did they take to solve the problem before committing suicide?

Methodology

The present study is a qualitative study and was conducted using the interpretive phenomenological method. The target population of the study is women with a history of suicide attempts and residents of Ilam province, and the research sample was selected using the purposive sampling method. Accordingly, the information in this study is the product of semi-structured interviews with 17 women with a history of suicide attempts. In this regard, the in-depth interview method was used to deepen the study and freely present narratives by the study subjects. Data coding was implemented using the theme analysis technique. The identification and final analysis of themes is based on the Attride-Stirling theme network analysis method, which includes basic themes, which are the first and lowest abstracted evidence in the text, which consist of codes and primary concepts

extracted from the text. In fact, they are simple propositions that are the basis for higher-level abstraction; Organizing themes are grouped by combining several basic themes to summarize more abstract principles and are therefore more abstract, meaningful, and explicit than the concepts hidden in the text. Each cluster of organizing themes is used to a higher level of abstraction through meaningful connections with each other, which encompass the main metaphors of the entire text and form overarching themes (Attride-Stirling, 2001: 388).

The criterion used to examine validity in this study is the criterion of acceptability, which is based on the acceptability of the researcher and his/her full involvement with the data. Verifiability has been achieved through the continuous presence of researchers in the research field.

Findings

After open coding the interview transcripts of the research participants, the meaningful phrases and extracted concepts were categorized into subthemes and main themes of the research. As can be seen from the content of the phrases and the narrative of the lived experiences of the research participants, they emphasized concepts that addressed the reasons for their repeated refusal to and ultimately attempted suicide.

1. The overarching theme of the incompatibility of institutional contexts

This theme indicates the incompatibility of social institutions that regulate the collective life of members of society, especially the most fundamental social institution that shapes the lives of individuals, namely the family institution and institutions such as marriage, the marital system, and the social environment (group of friends, etc.) along with the institution that provides material comfort for life, namely the economy, the intersection of which has led to the formation of a crisis-ridden and chaotic family.

1. 1. Family Disturbance

In this study, the concept of family disorder refers to a situation in which interactions between family members are accompanied by disruptive behaviors such as domestic violence, excessive control, and restrictiveness.

1. 2. Non-standardization of marriage

Marriage is one of the social institutions whose formality in different societies is subject to compliance with legal rules and public announcement.

1. 3. Concurrence of marital problems

The organizing theme of the concurrence of marital problems refers to a situation in which the spouse's specific behaviors or situations lead to challenges in marital life.

1. 4. The organizing theme of the inappropriate interaction context refers to the internal conditions of the family and social contexts that affect the social actions and mental health of women.

1. 5. The organizing theme of livelihood challenges

A livelihood challenge means that the family's livelihood conditions are in a crisis that makes it impossible to imagine getting out of the cycle of poverty and financial problems, and is accompanied by a kind of despair that leads to the emergence of abnormal behaviors.

2. The overarching theme of problem-solving actions

This theme can be discussed under the heading of resistance strategies and strategies that the women studied, in order to preserve their family life or improve their personal lives as reasonable and reflective actors with the intention of resolving an unpleasant situation, first resorted to problem-solving actions and in some cases were successful or unsuccessful

2. 1. The organizing theme of seeking a normative solution

This theme focuses on the three strategies of seeking help, seeking treatment, and cooperative actions such as assistance and support with family by women at risk, whose personal efforts reflect normative and proactive activism in order to rebuild and optimize their conditions and continue their lives, even if they are difficult, which shows that a large part of the women studied were not necessarily their first choice to commit suicide.

2. 2. The organizing theme of seeking an abnormal solution

The theme of seeking an abnormal solution refers to actions that lack a minimum of legitimate, normative, and reasonable criteria for solving the problem and that instead of solving the problem, add to the complexity and difficulty of the situation.

3. The Overarching Theme of Collapse

When a person's problem-solving actions are not successful or the person is under so much pressure from within and without that they view suicide as a way to escape from problems, the process of collapse can be called collapse.

3. 1. The organizing theme of self-destructive actions refers to the physical and psycho-emotional injuries resulting from negative experiences that the person has faced throughout their life. The harassment and failures that drive the person to commit self-destructive and suicidal behaviors.

3. 2. The organizing theme of a suicide attempt

The theme of a suicide attempt is a suicidal act resulting from a person's practical decision to die, which for some reason was not successful.

Discussion and Conclusion

The final and central finding of this study, in particular, shows that the women studied have made great efforts to overcome problems and avoid suicide. We have categorized this resistance or avoidance of suicide attempts into two categories: normative and abnormal problem-solving actions, the first of which indicates an active approach to dealing with the crisis. These types of actions have been on the path to improving the situation or adapting to the current state of life. The main goal of these actions has been to solve the problem and avoid the collapse of life. The second category, or abnormal problem-solving actions, has been both an attempt to regain what the individual has lost in the process of social interactions and can also indicate an inability to adapt to life pressures. Ignoring or disobeying family expectations and demands may indicate emotional isolation or an attempt to cut off contact with a source that the individual considers harmful. Because when a person fails to respond appropriately to life crises or is unable to find solutions to practical life problems, one of the possible choices he or she may make is suicidal behavior. In other words, this type of self-destructive behavior can be considered a reflection of the failure or failure to realize problem-solving actions. In this regard, the suicide attempts of all participants in this study can be considered as a result of the

comprehensive imbalance of structural-institutional contexts with the requirements of the activism of affected women at risk of suicide.

References

- Abdu, Z., Hajure, M. & Desalegn, D. (2020) Suicidal behavior and associated factors among students in Mettu University, South West Ethiopia, 2019: An institutional based cross-sectional study. *Psychology research and behavior management*, 233-243.
- Abrutyn, S. and Mueller, A. S. (2014) The Socioemotional Foundations of Suicide: A Microsociological View of Durkheim's Suicide, *Sociological Theory*, 32(4), 327–351.
- Attride-Stirling, J. (2001) Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/146879410100100307>
- Beautrais, AL. (2006) Suicide in Asia. *Crisis*. 27(2): 55–7. DOI: 10.1027/0227-5910.27.2.55
- Boostani, D., Abdinia, S. & Rahimipour Anaraki, N. (2013) Women victims of self-immolation: a 'Grounded Theory' study in Iran. *Qual Quant*, 47(6), 3153–3165 <https://doi.org/10.1007/s11135-012-9709-0>
- Braun, V., Clarke, V. (2021) *Thematic Analysis: A Practical Guide*. United Kingdom: SAGE Publications.
- Bradbury, T. N., Karney, B. R. (2019) *Intimate Relationships*. United Kingdom: W.W. Norton. 3th edition.
- Cai, Z., Canetto, S. S., Chang, Q., & Yip, P. S. (2021) Women's suicide in low-, middle-, and high-income countries: Do laws discriminating against women matter? *Social science & medicine*, 282, 114035.
- Calhoun, C., Gerteis, J., Moody, J., Pfaff, S. & Virk, I. (2007) *classical sociological theory*. second edition, Blackwell publishing.
- Dandona, R., George, S. & Kumar, G. A. (2024) Sociodemographic characteristics of women who died by suicide in India from 2014 to 2020: findings from surveillance data. *Lancet Public Health*, 8(5), 347-355.
- Fastenau, A., Willis, M., Penna, S., Yaddanapudi, L., Balaji, M., Shidhaye, R., & Pilot, E. (2024) Risk Factors for Attempted Suicide and Suicide Death Among South-East Asian Women: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12), 1658. <https://doi.org/10.3390/ijerph21121658>
- Foster, S., Albright, A. & Bock, J. (2024) The role of emotional suppression and emotional beliefs in explaining the honor-suicide link.

- Suicide and Life-Threatening Behavior, 54(4), First published: 03 April 2024.
- Global health estimates (2021) Geneva: World Health Organization; [in press] <https://www.who.int/data/global-health-estimates>.
- Hedegaard, H., Curtin, S. C. & Warner, M. (2021) Suicide mortality in the United States, 1999-2019. NCHS Data Brief. Feb: (398):18.
- Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2011) Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 563–591. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.007>
- Keyvanara, M., & Haghshenas, A. (2011) Sociocultural contexts of attempting suicide among Iranian youth: a qualitative study. *Eastern Mediterranean health journal*, 17(6), 529-435.
- Kılıçarslan, Ş., Çelik, S., Güngör, AY. and Alkan Ö (2024) The role of effective factors on suicidal tendency of women in Turkey. *Front. Public Health* 11:1332937.
doi: 10.3389/fpubh.2023.1332937
- Kumar S, Patel AB, Sahoo BP (2025) "Cultural idioms of distress and the hidden burden of suicide: a study of Indian women". *Mental Health and Social Inclusion*, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print.
<https://doi.org/10.1108/MHSI-10-2025-0282>
- Oakey-Frost, D. N., Moscardini, E. H., Russell, K., Rasmussen, S., Cramer, R. J., & Tucker, R. P. (2022) Defeat, entrapment, and hopelessness: Clarifying interrelationships between suicidogenic constructs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10518.
<https://doi.org/10.3390/ijerph191710518>
- Olson, I. A. (2015) in: Dobbert, Duane L. & Mackey, Thomas X. Editors (2015): *Deviance: Theories on Behaviors That Defy Social Norms*, Praeger publications. Pp 15-25.
- Randall, J. R., Nickel, N. C., & Colman, I. (2015) Contagion from peer suicidal behavior in a representative sample of American adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 186, 219-225.
- Stolley, Kathy S. (2005) *The Basics of Sociology*, Greenwood Press.
- Vijayakumar, L. (2015) Suicide in women (Review Article). *Indian Psychiatry*, 57: 233-238.
- World Health Organisation. (2021) Suicide rates.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Systematic Review of Research on Suicide in Iran

Gholamreza Tajbakhsh*

Mohammadreza Pooyafar**

Suicide is one of the important and common social harms that is increasing in the country. Suicide is one of the main damaging factors in the structure and stability of society, which has adverse effects on the individual, family, and society. Accordingly, this study, within the framework of the meta-analysis of the country's priority harms, has explored and summarized the factors affecting this social problem based on the findings obtained in research in the last two decades in Iran. To conduct the meta-analysis method, 151 studies conducted between 2002 and 2019 were collected, and 24 of these studies were selected according to the meta-analysis criteria. Each of these studies was conducted quantitatively and with a survey approach and have reliable measures. In examining the research findings, first the assumptions of homogeneity and publication bias of the selected studies were examined. The findings indicate that the size effect is heterogeneous and the publication bias of the selected studies is not biased. Then, in the second step, the effect size coefficient was examined using CMA software. The results of the meta-analysis showed that two of the four most frequent variables among the studies under review had a direct effect and the other two had an inverse effect on suicide or suicidal tendencies. Mental problems and illness with a medium effect size of 0.437 and depression with an effect size of 0.557 had a direct and stimulating effect on suicide or suicidal tendencies, and religiousness and social support indicating an inverse and inhibitory effect on suicide.

Keywords: Depression, Social support, suicide, harmful behaviors, religiousness.

* Corresponding Author: Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, Ayatollah Boroujerdi University, Boroujerd, Iran.

tajbakhsh@abru.ac.ir

<http://orcid.org/0000-0002-1155-8857>

** Associate Professor of Sociology, Amin University of Law Enforcement Sciences, Tehran, Iran.

pouyafa@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0003-0912-7908>

Introduction

Suicide is a social harm that has numerous consequences at the individual, family and social levels and poses harmful risks to the structure of societies, and its presence in society indicates disorder, deviation and abnormality and numerous social problems. Suicide, especially at a young age, causes the loss of human capital in society. Therefore, if ignored, it will lead to serious consequences, including family disarray, loss of human capital, etc., which are important resources of society.

According to existing research and statistics, the largest age group of suicides in Iran is usually youth and young adults. The age group of 15 to 35 is known as the riskiest age group for suicide. The highest frequency of suicides in Iran is in the age group of 25 to 34, and the age group of 15 to 24 is also at high risk for suicide. Therefore, considering the aforementioned materials, it now seems that after the formation of an accumulation of empirical research on the social harm of suicide, it is necessary to review, analyze, and re-examine what has been done about this priority social harm in the country, to explain the factors, contexts, and effective strategies for reducing or preventing them based on a meta-analysis of these studies. Meta-analysis of suicide in Iran may be necessary for various reasons. Suicide is a serious and complex issue that involves various factors such as psychological, social, economic, and cultural problems. Performing a meta-analysis in this context can help to more accurately identify risk factors, behavioral patterns, and consequences of suicide.

Methodology

The present study is applied and meta-analytic in terms of purpose. In the meta-analysis method, the researcher, by recording the characteristics and data of a set of studies in the form of quantitative concepts, prepares them for the use of statistical methods and extracts new and coherent findings with strong statistical methods. To perform the meta-analysis method, 151 studies conducted between 2002 and 2019 were collected, and 24 of these studies were selected according to the meta-analysis criteria. Each of these studies was conducted quantitatively and with a survey approach and has reliable measures. In examining the research findings, first the assumptions of homogeneity and publication bias of the selected studies were

examined. The findings indicate that the size effect is heterogeneous and the publication bias of the selected studies is not biased. Then, in the second step, the effect size coefficient was examined using CMA software.

Findings

The results of the meta-analysis showed that two of the four most frequent variables among the studies examined had a direct effect and the other two had an inverse effect on suicide or suicidal tendencies. Mental illness with a medium effect size of 0.437 and depression with an effect size of 0.557 had a direct and stimulating effect on suicide or suicidal tendencies, indicating an inverse and deterrent effect on suicide. In contrast, religiosity with a medium effect size of -0.303 and social support with a medium effect size of -0.415 have shown an inverse and deterrent effect on suicide.

Conclusion

This study addressed one of the most important and prioritized social harms in recent years in the country, namely suicide. Although suicide is not considered a crime, it is a sign of the presence of harmful symptoms that lead to suicide. These harmful conditions, which are often associated with various crimes, including drug addiction, can marginalize and pressure groups in society, and ultimately lead to suicide.

Faith and belief in the One God creates a solid foundation against the problems, hardships, and deprivations of life, gives strength to humans in life, and brings them peace in social life; but weakness of faith is a warning sign that declares human helplessness in the face of life's hardships and makes them helpless in the face of problems and difficulties. Therefore, religiosity is of fundamental importance in preventing and reducing social harms and is therefore considered one of the main priority factors to consider in the country's planning and policymaking in reducing social harms.

The socio-economic status of individuals plays a decisive role in the tendency to social harms. For example, a better economic situation or having higher education can be a deterrent factor in the tendency to commit suicide, or the unemployment variable is an important factor

in the occurrence of all social harms, including divorce, addiction, conflict, stealing, and suicide. Accordingly, unemployment is directly related to all these harms.

Social support, whether from family, friends, or from support institutions and broad-based structures of society, has had a significant impact on social harms, especially suicide. Suicide, especially for disadvantaged groups in society, in many cases occurs as a result of the individual's marginalization and lack of social support; Because the individual is not supported to start anew in life, resist the context of deviant behaviors and social bonding; because the level of motivation and stimulation that exists towards deviant behavior is more than the stimulation and stimulation of normal behaviors for him.

In addition to social factors affecting the occurrence of social harms, deviant behaviors and crimes, some individual and psychological factors have also been examined in the studies under study and their relationship has been confirmed. The effect of psychological factors and contexts is of great importance, especially in harms such as suicide. In fact, it must be said that in the analysis and explanation of the factors affecting suicide, these psychological factors have had a special prominence in explaining how these issues and deviant behaviors occur. At the same time, suicide, like divorce, are two important social problems and harms in which both social factors and individual and psychological factors are important, and the effect of both groups of factors has been confirmed in the various studies under study.

Mental problems and illnesses, especially depression, are one of the most important factors affecting suicide. Studies show that people with mental problems and disorders, especially depression, are more likely to attempt suicide. Social support is considered one of the key factors in reducing the risk of suicide. The presence of strong support networks can help people cope with mental and psychological crises. The theoretical approach of social support states that people with access to social support feel more secure and calm, which can lead to a reduction in feelings of loneliness and hopelessness. The results of some studies show that people with stronger social support are less likely to attempt suicide. This study shows that social support can act as a protective factor against suicide (cf. Wang et al, 2016). Mental

problems and illnesses and depression are known to be factors affecting suicide, while religiosity and social support can act as protective factors. Therefore, suicide prevention programs should focus on improving mental health, strengthening social ties, and promoting positive religiosity.

In this study, one of the important and prioritized social harms in recent years in the country, namely suicide, was addressed. Suicide, although not considered a crime, is a sign of the presence of harmful symptoms that lead to suicide. These harmful conditions, which are often associated with various crimes, including drug addiction, can marginalize and pressure groups in society, ultimately leading to suicide.

Faith and belief in the One God creates a solid foundation against the problems, hardships, and deprivations of life, gives strength to humans in life, and brings them peace in social life; however, weakness of faith is a warning sign that declares human helplessness in the face of life's hardships and makes them helpless in the face of problems and issues. Therefore, religiosity is of fundamental importance in preventing and reducing social harms and is therefore considered one of the main priority factors to consider in the country's planning and policymaking in reducing social harms.

References

- Biniyaz, Alireza; Aflak-Sir, Abdulaziz and Mohammad-Ali Goodarzi (2013) "Predicting suicidal thoughts based on identity styles and self-acceptance in students", *Clinical Psychology Studies*, Year 13, Issue 51, pp. 149-174.
<https://doi.org/10.22054/jcps.2023.61545.2586>.
- Sanagooi-Moharrar, Gholamreza; Reza Hosseini, Shahrzad; Toranpoura, Maryam and Marzieh Shokri (2017) "The relationship between five-factor personality traits and the level of depression and suicidal tendencies in orphaned and maltreated adolescents residing in welfare homes in Zabol city", *Quarterly Journal of Psychological Studies and Educational Sciences*, Year 3, Issue 2, pp. 34-42.
<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1232612>.
- Khodabakhshi Kolaei, Anahita and Elham Khalili (2015) "The Relationship Between Body Image and Sensation Seeking with Suicidal Tendency in Female High School Students in Arak City",

- Quarterly Journal of Social Policy Research on Women and Family, Year 3, Issue 1, pp. 22-27.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23224274.1394.1394.4.4.3> Jafari, Simin; Hosseini, Azita; Kianistar, Roqiyeh; Jafari, Sepideh and Ruhollah Talebi (2015) "Investigating the Psychological Characteristics of Students Who Attempt Suicide and Students with a Healthy Lifestyle", Journal of Behavioral Sciences, Issue 23, pp. 27-42.
<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1336638>.
Davari, Rahim and Heshmatollah Ahmadi (2019) "A Structural Model of Personality Traits Mediated by Spirituality in Suicidal Tendency and Substance Abuse", Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology, No. 51, pp. 76-67.
<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1490148/>
Roshni, Zahra and Homayoun Moradkhani (2014) "In the Struggle for Individual Identity: Women's Suicide Experience in Halilan County", Farhang Ilam, Year 26, No. 82 and 83, pp. 95-109.
<https://www.doi.org/10.22034/farhang.2024.428448.1720>
Rashid, Sajjad; Kiani, Ahmadreza; Khoramdali, Kazem; Mohammadnejadi, Behjat; Abdollahi, Behnaz and Farnoush Makaremi Moghadam (2016) "The Correlation of Perceived Social Support, Neutral Belonging and Emotional Burden with Suicide in Students of Mohaghegh Ardabili University", Journal of Research, No. 112, pp. 192-198.
<http://pajoothane.sbmu.ac.ir/article-1-2248-fa.html>.
Soltaninejad, Abdollah; Fathi Ashtiani, Ali; Ahmadi, Khodabakhsh; Yahaghi, Emad; Nikmorad, Alireza; Karim, Ruhollah; Abdolmanafi, Atefeh and Vahid Behnood (2012) "A Structural Model of the Relationship between Borderline Personality Disorder, Emotion-Focused Coping Style, Impulsivity and Suicidal Thoughts in Soldiers", Quarterly Journal of Police Medicine, Year 1, No. 3, pp. 183-176.
<http://dx.doi.org/10.30505/1.3.5>
Gholizadeh, Shirin and Nastaran Mansourieh (2025) "Investigating the relationship between attachment styles, identity styles and suicidal thoughts in individuals with borderline personality disorder symptoms: A descriptive study", Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences, Year 23, Issue 11, pp. 972-960.
<http://dx.doi.org/10.61186/jrums.23.11.960>.
Qadri, Salah al-Din and Hamed Nazari (2018) "Suicide in Iran (Based on Statistics from 2003 to 2014)", Bi-Quarterly Journal of Iranian Social Issues, Year 10, Issue 1, pp. 195-216.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.24766933.1398.10.1.1.3>.

Kiani Chalmardi, Ahmad Reza; Honamand Qojeh Bigloo, Pejman; Khakdel, Saeed and Bahman Zardi (2018) "Investigating the Psychometric Properties of the Short Version of the Family Relationship Scale and Estimating its Correlation with Self-Reported Suicidal Behaviors in High School Adolescents", *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, No. 25, pp. 148-164.

<https://doi.org/10.22034/fcp.2018.60862>.

Kiani Chalmardi, Ahmad Reza; Jamshidian; Yasman and Sajjad Rashid (2018) "Analysis of the Mediating Role of the Interpersonal Model of Suicide (Perceived Overburden, Neutral Belonging) in the Relationship Between Importance and Suicide", *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*, No. 47, pp. 57-66.

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1441718/>

Karami, Jahangir; Zakii, Ali; Alikhani, Mustafa and Farhad Mohammadi (2013) "The Relationship between Eysenck Model Personality Traits and Resilience with Attitudes to Suicide among Female Students", *Quarterly Journal of New Psychological Research*, No. 30, pp. 147-164.

https://journals.tabrizu.ac.ir/article_4255.html.

Namati Sogli-Tepe, Fatemeh (2017) "Predicting Suicidal Thoughts in Students Based on Depression, Borderline Personality Disorder, Religiosity, Social Support and Coping Strategies", *Quarterly Journal of New Psychological Research*, Vol. 12, No. 45, pp. 255-280.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27173852.1396.12.45.12.5>.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی

فصلنامه علمی

شماره هجدهم، زمستان ۱۴۰۴

صاحب امتیاز: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی

مدیر مسئول: دکتر علی رنجبرکی

سر دبیر: دکتر بیژن زارع

ویراستار ادبی: دکتر وحید تقی نژاد

دستیار علمی: دکتر فروزنده جعفرزاده پور

مدیر داخلی نشریه: مریم بایه

مترجم: دکتر محمد پورحافظ

صفحه آرا: مریم طاهری

چاپخانه: چاپ دیجیتالی ایران کهن

هیئت تحریریه

دکتر علیرضا حیدرئی / استاد دانشگاه آزاد اسلامی

دکتر ابوعلی ودادیهیر / استاد دانشگاه تهران

دکتر بیژن زارع / استاد دانشگاه خوارزمی

دکتر حامد بخشی / دانشیار پژوهشگاه گردشگری

دکتر محمدجواد زاهدی / استادیار / استاد دانشگاه پیام نور

جهاد دانشگاهی واحد مشهد

دکتر محمدباقر عزیززاده / استادیار / استاد دانشگاه تبریز

دکتر فروزنده جعفرزاده پور / دانشیار پژوهشگاه علوم انسانی

دکتر محمد مهدی فرقانی / استادیار / استاد دانشگاه علامه طباطبائی

و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی

دکتر آشوک کومار کول / استادیار / استاد دانشگاه B.H.U

دکتر تهمینه شاوردی / دانشیار پژوهشگاه علوم انسانی و

دکتر علی محمدزاده / استادیار / استاد دانشگاه پیام نور

مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی

دکتر علی اکبر مهرانی / استادیار / استاد دانشگاه تهران

نشریه «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی» با صاحب امتیازی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی «بر اساس آیین نامه نشریات علمی مصوب ۱۳۹۸/۰۲/۰۹، از شماره بهار ۱۴۰۱ موفق به کسب رتبه علمی از وزات علوم، تحقیقات و فناوری شده است.

* توجه: نام این مجله از شماره اول تا ششم «پژوهش مسائل اجتماعی ایران» بوده است و طبق نظر کمیسیون محترم نشریات علمی طی نامه شماره ۱۴۰۲/۲۱۳۲۹/ص/۱۴۰۳ تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۶ کشور به «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی» تغییر یافته است.

فصلنامه علمی «پژوهش مسائل اجتماعی ایران» از تاریخ ۱۴۰۰/۰۷/۲۸ با «انجمن ایرانی مطالعات زنان» و «انجمن علمی جامعه‌شناسی آموزش و پرورش ایران» در زمینه انتشار مقالات علمی، در حوزه تخصصی مسائل اجتماعی ایران، تفاهم نامه همکاری امضاء کرده است.

این فصلنامه در پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (www.isc.ac)، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (www.sid.ir)، بانک اطلاعات نشریات کشور (www.magiran.com)، بانک اطلاعات نشریات سیولیکا (www.civilica.com)، پایگاه

مجلات تخصصی نور (www.noormags.com) و برخی پایگاه‌های دیگر نمایه می‌شود.

❖ نشانی: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان دانشگاه، خیابان شهید وحید نظری، شماره ۴۷

صندوق پستی ۱۳۱۶-۱۳۱۴۵، اداره نشریات علمی، تلفن: ۰۲۱-۶۶۴۹۷۵۶۱-۲، نمابر: ۶۶۴۹۲۱۲۹

نشانی اینترنتی: risi.ac.ir@gmail.com پایگاه اینترنتی: risi.ihss.ac.ir

فرایند چاپ: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی

قیمت: ۱۲۰۰۰۰۰ ریال

راهنمای تدوین و ارسال مقاله‌های علمی - پژوهشی

شرایط ارسال مقاله

- مقاله به زبان فارسی یا انگلیسی بوده، قبلاً در جایی چاپ نشده باشد. داشتن چکیده فارسی و انگلیسی برای مقاله ضرورت دارد.
- هیئت تحریریه پس از داوری، پذیرش مقاله را اعلام خواهد کرد.
- مسئولیت صحت مندرجات مقاله‌های علمی با نویسندگان یا نویسندگان آن است.
- همراه مقاله نام و نشانی دقیق، شماره تلفن نویسنده یا نویسندگان و محل خدمت آنان ذکر شود.
- مقاله در برگه‌های A4 و با رعایت ابعاد صفحه فصلنامه (قطع وزیری) تایپ شود. تعداد جدولها در پایین‌ترین حد در نظر گرفته شود. نمودارها واضح و عکس‌ها سیاه و سفید در کاغذ مناسب در اندازه ۱۵×۱۰ سانتی‌متر تهیه گردد.
- مقاله حروف چینی شود و به وسیله پست الکترونیکی به دفتر فصلنامه ارسال گردد.
- فصلنامه در ویرایش مقالات آزاد است.

نحوه ارائه مقاله

- مقاله علمی- پژوهشی شامل عنوان، نام و نام خانوادگی نویسنده یا نویسندگان، چکیده، واژگان کلیدی، مقدمه، روش کار، تجزیه و تحلیل، نتیجه‌گیری و منابع باشد. حجم مقاله نیز نباید از ۱۵ صفحه بیشتر باشد.
 - عنوان مقاله گویا و بیانگر محتوای مقاله باشد. نام و نام خانوادگی، درجه علمی و مؤسسه‌ای که مؤلف در آن اشتغال دارد، در زیر عنوان قید شود.
 - چکیده مقاله، شرح مختصر و جامعی از محتوای مقاله شامل بیان مسئله، هدف، ماهیت و چگونگی پژوهش، نکته‌های مهم نتیجه و بحث است. تعداد کلمات چکیده از ۱۵۰ کلمه بیشتر نباشد.
 - مقدمه مقاله بیانگر مسئله پژوهش است. محقق باید زمینه‌های قبلی پژوهش و ارتباط آن را با موضوع مقاله به اجمال بیان و در پایان به انگیزه تحقیق اشاره نماید.
 - روش کار باید به اجمال بیانگر چگونگی و فرایند انجام پژوهش باشد. تحلیل‌های آماری، روش‌های مورد استفاده، به شیوه‌ای مناسب یادآوری شود.
 - داده‌ها و نتیجه‌های به دست آمده باید به گونه‌ای منطقی و مفید ارائه شود و به این منظور می‌تواند همراه با جدول، نمودار، نگاره و عکس باشد.
 - نویسنده در پایان مقاله راهنمایی و کمک‌های دیگران را یادآوری و از آنها سپاسگزاری کند.
 - ارجاع‌های متن مقاله داخل کمان و به این شیوه است: (نام خانوادگی، سال انتشار: شماره صفحه)؛ مانند (زرین کوب، ۱۳۷۷: ۲۵). شیوه ارجاع به منابعی که بیش از دو نفر نویسنده دارند نیز به این صورت خواهد بود: (اسمیت و همکاران، ۱۹۷۴: ۲۲).
 - در ذکر مشخصات انتشاراتی در فهرست منابع پایان مقاله از شیوه زیر پیروی شود:
- مقاله: نام خانوادگی، نام (سال انتشار) «نام مقاله»، نام مترجم، نام نشریه، دوره یا سال، شماره.
- کتاب: نام خانوادگی، نام (سال انتشار) عنوان کتاب، نام مترجم، مصحح، یا سایر افراد، شماره مجلد، نوبت چاپ، محل انتشار، نام ناشر.

فهرست

- کهن سخن سردبیر.....الف
- کهن تحلیل ساختار فضایی و خوشه‌بندی جغرافیایی خودکشی در ایران در سطح شهرستان‌ها ۱
- زهره شهبازی/ مهدی مبارکی
- کهن ریشه و دلایل خودکشی در جامعه ایرانی: مروری بر پیمایش‌های ملی (۱۳۸۱ الی ۱۴۰۴) ۳۵
- طاها عشایری/ علی میرزاپور
- کهن بررسی رابطه بین شاخص توسعه انسانی و نرخ خودکشی استان‌های کشور: تحلیل ثانویه آمارهای ۱۳۹۰-۱۴۰۰..... ۶۷
- اسماعیل جهانی دولت‌آباد/ حسین حیدری
- کهن خودکشی: مرگ آسان یا کنش اعتراضی: تحلیل جامعه‌شناختی استراتژی‌های مواجهه با خودکشی در بین جوانان پاکدشت ۹۹
- اردشیر بهرامی
- کهن ترسیم طرح‌واره روانی - اجتماعی اقدام به خودکشی ۱۲۹
- مهری سادات موسوی/ سلمان قادری/ مریم بیک محمدی/ الهام ثانی/ فائزه رئیسی
- کهن از مقاومت تا فروپاشی: تجربه زیسته زنان ایلامی پیش از اقدام به خودکشی ۱۶۳
- علی فیض‌اللهی/ خلیل کمربگی
- کهن مرور نظام‌مند پژوهش‌هایی با موضوع خودکشی در ایران ۱۹۵
- غلامرضا تاج‌بخش/ محمد رضا پویافر

داوران این شماره

- دکتر غلامرضا تاج بخش / استاد دانشگاه آیت الله العظمی بروجردی
- دکتر منصوره اعظم آزاده / دانشیار بازنشسته دانشگاه الزهراء
- دکتر فروزنده جعفرزاده پور / دانشیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی
- دکتر اسماعیل جهانی دولت آباد / دانشیار دانشگاه محقق اردبیلی
- دکتر ابراهیم حاجیانی / دانشیار مرکز بررسی های استراتژیک ریاست جمهوری
- دکتر احمد دراهکی / دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی
- دکتر تهمینه شاوردی / دانشیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی
- دکتر طاها عشایری / دانشیار دانشگاه محقق اردبیلی
- دکتر شهلا کاظمی پور / دانشیار بازنشسته دانشگاه تهران
- دکتر نادر مطیع حق شناس / دانشیار مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور
- دکتر محمد جواد چیت ساز / استادیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی
- دکتر حسین حیدری / استادیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی
- دکتر محمدعلی رمضانی / استادیار پژوهشگاه تحقیق و توسعه علوم انسانی «سمت»
- دکتر پروین سوادیان / استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات
- دکتر زهره شهبازی / استادیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی
- دکتر علی فیض اللهی / استادیار دانشگاه ایلام
- دکتر جعفر کر دزنگنه / استادیار دانشگاه پیام نور
- دکتر فرشاد گودرزی / استادیار دانشگاه کاشان
- دکتر مهری سادات موسوی / استادیار پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی
- علی حاتمى / مربی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی
- حسین نوری نیا / مربی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاددانشگاهی

پیشگفتار

آسیب‌های اجتماعی، صرفاً مجموعه‌ای از مسائل فردی یا رخدادهای پراکنده نیستند؛ بلکه بازتابی از تحولات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و نهادی جامعه‌اند و شناخت دقیق آنها، مستلزم بهره‌گیری از پژوهش‌های علمی، داده‌های معتبر و تحلیل‌های چندرشته‌ای است. تجربه کشورهای مختلف نیز نشان داده است که سیاست‌گذاری مؤثر در حوزه آسیب‌های اجتماعی، بدون اتکا به شواهد علمی، نه تنها اثربخش نخواهد بود، بلکه ممکن است به تداوم یا تعمیق مسائل اجتماعی بینجامد. در این میان، خودکشی از پیچیده‌ترین و حساس‌ترین آسیب‌های اجتماعی به شمار می‌رود؛ پدیده‌ای که در تلاقی عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی شکل می‌گیرد و پیامدهای آن فراتر از فرد، خانواده، جامعه و سرمایه انسانی کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو، مواجهه با این مسئله، نیازمند نگاهی جامع، پیشگیرانه، بین‌بخشی و مبتنی بر شواهد است؛ نگاهی که بتواند علاوه بر شناخت روندها و الگوهای این پدیده، زمینه‌های بروز آن را نیز تبیین کرده و مسیر طراحی مداخلات اثربخش را هموار سازد.

سازمان امور اجتماعی کشور در چارچوب مأموریت‌های خود و با تأکید بر توسعه نظام رصد، پایش و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، همواره از تولید دانش، انجام پژوهش‌های کاربردی و انتشار یافته‌های علمی در حوزه مسائل و آسیب‌های اجتماعی حمایت کرده است. همکاری و حمایت از انتشار این شماره از فصلنامه «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی» نیز در همین راستا صورت گرفته است؛ زیرا باور داریم که ارتقای کیفیت تصمیم‌گیری‌های اجتماعی، در گرو گفت‌وگوی مستمر میان دانشگاه، مراکز پژوهشی و نهادهای سیاست‌گذار است. مقالات این شماره، با بهره‌گیری از رویکردها و روش‌های متنوع علمی، ابعاد مختلف پدیده خودکشی را از منظرهای جامعه‌شناختی، روان‌شناختی، جغرافیایی و سیاستی بررسی کرده‌اند. مجموعه حاضر، ضمن ارائه تصویری دقیق‌تر از روندها، الگوها و عوامل مؤثر بر خودکشی در ایران، می‌تواند مبنایی ارزشمند برای طراحی برنامه‌های پیشگیرانه، ارتقای نظام مداخله اجتماعی و تقویت هماهنگی میان دستگاه‌های مسئول باشد.

امید است انتشار این مجموعه، علاوه بر گسترش مرزهای دانش در حوزه آسیب‌های اجتماعی، زمینه بهره‌گیری هرچه بیشتر سیاست‌گذاران، مدیران اجرایی، پژوهشگران و فعالان اجتماعی از یافته‌های علمی را فراهم آورد و گامی مؤثر در جهت پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، تقویت سرمایه اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی جامعه باشد. از همه پژوهشگران، نویسندگان، داوران علمی، همکاران مرکز ملی رصد اجتماعی کشور و دست اندرکاران تهیه و انتشار این شماره که با تلاش علمی خود به غنای این اثر کمک کرده‌اند، صمیمانه قدردانی می‌کنم و امیدوارم این همکاری‌های علمی، بیش از پیش در خدمت توسعه سیاست‌گذاری اجتماعی مبتنی بر شواهد در کشور قرار گیرد.

سید محمد بطحایی

معاون وزیر و رئیس سازمان امور اجتماعی کشور

سخن سردبیر

مرگ خود خواسته یا خودکشی، پدیده‌ای اتفاقی نیست. بسیاری از مطالعات، خودکشی را نه تنها از ابعاد و رویکردهای فردی مورد مذاقه قرار داده‌اند، بلکه به ریشه‌های ساختاری آن اهتمام داشته و آنرا واقعه‌ای چند بعدی دانسته‌اند. دورکیم خودکشی را مسئله‌ای اجتماعی دانست که از برهم کنش عوامل ساختاری و عوامل فردی به وقوع می‌پیوندد. پژوهشگران معتقدند که این شیوه از پایان دادن به زندگی، پیامد تعامل بین زمینه‌های گسترده اجتماعی-اقتصادی و حوزه‌های فردی و روان‌شناختی است. مسئله خودکشی تنها آسیب به یک فرد نیست بلکه خانواده و اطرافیان وی نیز تا مدت‌ها با پیامدهای آن دست به گریبان هستند. در کشور ما توجه به این معضل به دلیل روندی افزایشی خودکشی در طی دهه اخیر ضروری می‌نماید. بر اساس اهداف نشریه و کنکاش وضعیت موصوف آسیب اجتماعی خودکشی، این شماره با حمایت سازمان امور اجتماعی کشور و با همکاری مرکز ملی رصد اجتماعی کشور در قالب ۷ مقاله، مشخصاً به این مهم پرداخته است.

محققین از رویکردهای متنوع به مسئله نگرسته‌اند و تصویر کلی ارائه شده نشان می‌دهد که خودکشی و مرگ خودخواسته در بین جوانان، افراد تحصیل کرده و در مناطقی با مسائل اقتصادی و فرهنگی و سطوح مختلف توسعه‌یافتگی بیش از سایر مناطق به وقوع پیوسته است. بررسی عوامل و زمینه‌های خودکشی در این مطالعات حکایت از آن دارد که تقاطع بحران‌های اقتصادی، اجتماعی فرهنگی در جامعه در حوزه‌هایی نظیر بیکاری، مشکلات اقتصادی، طرد اجتماعی، کاهش سرمایه اجتماعی و ضعف دینداری به همراه مشکلات فردی و روان‌شناختی سبب رخ داد آسیب اجتماعی مرگ خودخواسته می‌شود. خودکشی به خصوص در بین جوانان، جامعه را از سرمایه های انسانی محروم می‌کند. نرخ خودکشی زنان در برخی استان‌ها قابل توجه بوده و بررسی‌ها نشان می‌دهد که ناسازواری بسترهای نهادی سبب شده تا زنان علی‌رغم جستجوی فعالانه برای گره‌گشایی از مسائل خویش موفق نبوده به سوی خودتخریب‌گری و رفتار خودکشانه روی آورند.

با توجه به اهمیت شناخت و کاهش آسیب‌های اجتماعی و کمک به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان، از پژوهشگران و صاحب‌نظران حوزه مسائل اجتماعی دعوت می‌نماییم که با ارسال مقالات پژوهشی، نقدها و پیشنهادهای سازنده خود به ارتقاء کیفی محتوای این فصلنامه کمک کنند.

من الله التوفیق و علیه التکلان

دکتر بیژن زارع

سردبیر فصلنامه علمی

«پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره هجدهم، زمستان ۱۴۰۴: ۳۳-۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۳

نوع مقاله: پژوهشی

تحلیل ساختار فضایی و خوشه‌بندی جغرافیایی خودکشی در ایران در سطح شهرستان‌ها

زهره شهبازی*

مهدی مبارکی**

چکیده

خودکشی به عنوان یکی از چالش‌های مهم سلامت اجتماعی، در سطح جغرافیایی به طور یکنواخت توزیع نمی‌شود و الگوهای مکانی متمایزی را نشان می‌دهد. هدف این پژوهش، تحلیل ساختار فضایی و شناسایی خوشه‌های مکانی نرخ خودکشی در شهرستان‌های ایران طی سال ۱۴۰۲ است. مطالعه حاضر از نوع کمی با رویکرد تحلیل فضایی مقطعی بوده، واحد تحلیل آن ۴۵۰ شهرستان کشور است. متغیر اصلی، نرخ خودکشی به ازای هر صد هزار نفر جمعیت بود که پس از پالایش داده‌ها و اتصال به لایه‌های جغرافیایی بررسی شد. برای تحلیل الگوهای مکانی، مجموعه‌ای از روش‌های تحلیل فضایی اکتشافی شامل شاخص خودهمبستگی فضایی کلی موران، شاخص‌های خودهمبستگی فضایی محلی و تحلیل نقاط داغ و سرد به کار گرفته شد. نتایج آزمون موران نشان داد که توزیع نرخ خودکشی در سطح شهرستان‌ها دارای خودهمبستگی فضایی مثبت و معنادار است و از الگوی تصادفی تبعیت نمی‌کند. یافته‌های تحلیل محلی نیز

* نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی اجتماعی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی
shahbazi@acecr.ac.ir
تهران، ایران

http://orcid.org/0009-0001-2637-652x

Mobaraki@acecr.ac.ir

** استادیار گروه پژوهشی توسعه اجتماعی جهاد دانشگاهی، اراک، ایران

http://orcid.org/0000-0003-0515-7114



وجود خوشه‌های پرخطر و کم‌خطر فضایی و الگوهای واگرایی مکانی را در بخش‌هایی از کشور آشکار ساخت. علاوه بر این، نتایج تحلیل نقاط داغ و سرد بیانگر تمرکزهای مکانی معنادار نرخ‌های بالا و پایین خودکشی بود که در برخی نواحی با خوشه‌های شناسایی شده همپوشانی داشتند. این نتایج بر ناهمگنی و تمرکز فضایی نرخ خودکشی در ایران دلالت داشته، ضرورت توجه به بعد مکانی در تحلیل‌ها و سیاست‌گذاری‌های پیشگیرانه را برجسته می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، تحلیل فضایی، خوشه‌های جغرافیایی، همبستگی فضایی محلی، نقاط داغ فضایی.

مقدمه و طرح مسئله

طی سه دهه گذشته، خودکشی در ایران به تدریج به یکی از چالش‌های مهم سلامت اجتماعی تبدیل شده است. بررسی روندهای اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که نرخ مرگ ناشی از خودکشی از اوایل دهه ۱۳۷۰ تاکنون با وجود نوسانات دوره‌ای، در مجموع روندی افزایشی داشته و این افزایش به‌ویژه در برخی گروه‌های سنی و مناطق جغرافیایی کشور، برجسته‌تر بوده است.

مروورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌های انجام‌شده در ایران نیز این تغییرات را تأیید می‌کنند. شواهد نشان می‌دهد که الگوی خودکشی در کشور طی زمان، دستخوش تحول بوده و از نظر جنس، سن، روش اقدام و زمینه‌های اجتماعی، ناهمگنی قابل توجهی دارد (Asadiyun & Daliri 2023: 191; Rouzrokh et al, 2025: 41). همچنین فراترکیب‌های کیفی نشان داده‌اند که تجربه زیسته خودکشی در ایران به طور معناداری با زمینه‌های ساختاری نظیر بیکاری، تنش‌های خانوادگی، نابرابری اجتماعی، فشارهای فرهنگی و محدودیت‌های فرصت‌های زیستی پیوند دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که خودکشی در ایران، پدیده‌ای اجتماعی با زمینه‌های ساختاری و الگوهای مکانی متمایز است.

در چنین بستری، خودکشی به عنوان یک پدیده سلامت اجتماعی در ایران، واجد الگوهای مکانی متمایز بوده، در مناطق مختلف کشور به طور یکنواخت بروز نمی‌کند و در بستر نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی به طور ناهمگون توزیع شده است (Jiahui et al, 2023: 1-18). در ادبیات نوین سلامت جمعیت و اپیدمیولوژی فضایی، بر این نکته تأکید می‌شود که خطر خودکشی، حاصل برهم‌کنش عوامل فردی با زمینه‌های ساختاری، اقتصادی، اجتماعی و مکانی است (Kandula et al, 2023: 2-17). این تعامل سبب می‌شود ریسک یا خطرپذیری در برخی مناطق جغرافیایی تمرکز یابد و خوشه‌های پرخطر شکل گیرند. بر این اساس خودکشی به مثابه پدیده‌ای وابسته به مکان و بازتابی از ساختار فضایی نابرابری اجتماعی، مفهوم‌پردازی می‌شود.

در ایران، شواهد آماری و مطالعات اخیر نشان می‌دهد که اتکای صرف به «میانگین ملی» می‌تواند تصویری گمراه‌کننده از وضعیت خودکشی ارائه دهد. مطالعه‌ای با بهره‌گیری از مدل بیزی فضایی-زمانی در سطح استان‌ها نشان داده است که طی یک

تبیین تفاوت‌های استانی در میزان خودکشی شناسایی شدند (جهانی دولت‌آباد و دیگران، ۱۴۰۲: ۱۶۶-۱۴۵).

علاوه بر این پژوهش تازه‌ای با واحد تحلیل (بخش/ شهرستان) و دوره زمانی ۲۰۰۹ تا ۲۰۲۳، به بررسی اپیدمیولوژی فضای زمانی خودکشی پرداخته است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که خوشه‌های پرخطر و کم‌خطر در نقاط مختلف کشور قابل‌شناسایی هستند. نتایج نشان می‌دهد که با اتکا به داده‌های رسمی می‌توان الگوهای ریسک را در مقیاسی نزدیک‌تر به واقعیت محلی بررسی کرد و زمینه سیاست‌گذاری دقیق‌تر را فراهم ساخت. البته تمرکز این مطالعه بر تحلیل روندهای زمانی، شناسایی خوشه‌های پویا و تبیین تغییرات بلندمدت الگوهای خودکشی بوده است (Feizi et al, 2025: 2229).

در سطح خردتر، شماری از مطالعات استانی و ناحیه‌ای کوشیده‌اند ابعاد فضایی پدیده را آشکار سازند. برای مثال خطر مرگ ناشی از خودکشی در برخی شهرستان‌های استان کرمانشاه به طور معناداری بالاتر از سایر شهرستان‌هاست و الگوی توزیع ریسک، ناهمگن و خوشه‌ای گزارش شده است. در استان فارس نیز مطالعه انجام‌شده با رویکرد «اپیدمیولوژی فضایی جامع» نشان می‌دهد که بالاترین نرخ‌های خودکشی و اقدام به خودکشی در شمال و جنوب غرب استان متمرکز است و تفاوت معناداری میان شهرستان‌ها وجود دارد (Fathollahi Sheikh et al, 2017: 1-7).

با وجود این پیشرفت‌ها، چند محدودیت اساسی در ادبیات موجود درباره خودکشی در ایران پا برجاست.

- محدودیت مقیاس و عمق تبیین: بخش زیادی از مطالعات موجود در ایران در سطح استان متوقف می‌شوند و از پرداختن به ناهمگنی‌های درون‌استانی غفلت می‌کنند. این رویکرد موجب می‌شود که تفاوت‌های چشمگیر میان شهرستان‌ها در معرض تحلیل قرار نگیرد؛ در حالی که شواهد حاصل از مطالعات استانی (مانند کرمانشاه و فارس) نشان داده‌اند که الگوهای ریسک خودکشی میان شهرستان‌ها در یک استان به طور معناداری متفاوت است.

- کاهش مسئله به نقشه‌برداری: بسیاری از مطالعات فضایی موجود به ترسیم نقشه‌ها

- و توصیف الگوها محدود شده‌اند و کمتر از شاخص‌های تحلیلی خودهمبستگی فضایی برای شناسایی خوشه‌های آماری معنادار استفاده کرده‌اند.
- شکاف بین شواهد علمی و سیاست‌گذاری مکانی-اجتماعی: در سطح سیاست‌گذاری، برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در ایران بر پایه شاخص‌های کلان ملی یا استانی تدوین می‌شوند. این رویکرد سبب می‌گردد که مداخلات به صورت یکنواخت و تفکیک‌نشده اجرا شوند و تفاوت‌های محلی در الگوهای خطر نادیده بماند.
 - هنوز پژوهشی در سطح ملی که ساختار فضایی خودکشی را در مقیاس شهرستان و با بهره‌گیری از روش‌های استاندارد تحلیل فضایی بررسی کند، منتشر نشده است. به عبارت دقیق‌تر با وجود شواهد متعدد درباره ناهمگنی فضایی خودکشی در ایران، هنوز تحلیلی که ساختار فضایی این پدیده را در مقیاس شهرستان و در سطح ملی توصیف و الگوهای خوشه‌ای را شناسایی کند، انجام نشده است.
- بنابراین می‌توان این ادعا را طرح نمود که خودکشی به عنوان یک پدیده سلامت اجتماعی، در ایران به طور ناهمگون توزیع شده و محصول برهم‌کنش عوامل فردی و زمینه‌های ساختاری، اقتصادی و مکانی است. این امر سبب تمرکز ریسک و شکل‌گیری خوشه‌های پرخطر فضایی می‌شود. هرچند مطالعات داخلی بر ناهمگنی استانی تأکید کرده‌اند، بخش قابل توجهی از تحقیقات موجود در ایران به سطح استان متوقف شده و از پرداختن به ناهمگنی‌های درون‌استانی در سطح شهرستان‌ها غفلت می‌کنند. همچنین بسیاری از مطالعات فضایی موجود به ترسیم الگوها محدود شده و از شاخص‌های تحلیلی خودهمبستگی فضایی برای شناسایی خوشه‌های آماری معنادار استفاده نکرده‌اند. این فقدان تحلیل فضایی دقیق در سطح شهرستان در مقیاس ملی، مانع از تدوین سیاست‌گذاری‌های پیشگیری مکانی-محور و تفکیک‌شده می‌شود.
- از این‌رو مسئله اصلی این پژوهش آن است که: «ساختار فضایی نرخ خودکشی در سطح شهرستان‌های ایران چگونه است و آیا می‌توان خوشه‌های آماری معنادار را در پهنه کشور شناسایی کرد؟» پاسخ به این پرسش از طریق تحلیل ساختار فضایی با

به‌کارگیری روش‌های استاندارد خوشه‌بندی، بستر لازم برای سیاست‌گذاری‌های منطقه‌محور را فراهم خواهد ساخت.

مبانی نظری

از دیدگاه جامعه‌شناختی، خودکشی پدیده‌ای اجتماعی است که ریشه در ساختارها و فرآیندهای کلان جامعه دارد. هرچند تحلیل‌های سنتی بر تفاوت‌های میان گروه‌های اجتماعی تمرکز دارند، در دهه‌های اخیر، جغرافیای اجتماعی و تحلیل فضایی به عنوان ابزار ضروری برای کشف الگوهای نابرابری مکانی و فهم نقش زمینه‌های مکانی در سلامت اجتماعی ظهور کرده‌اند (Matthews & Yang, 2012: 35). بر این اساس مقاله حاضر با اتخاذ رویکردی تلفیقی، بینش‌های جامعه‌شناسی کلاسیک، نظریه‌های معاصر و جغرافیای اجتماعی را ترکیب می‌کند تا مبنایی نظری برای تحلیل اکتشافی الگوهای فضایی خودکشی در سطح شهرستان‌های ایران فراهم آورد.

در خوانش‌های جدید جامعه‌شناسی، گونه‌های خودکشی به چهار نوع کلاسیک محدود نمی‌شود، بلکه به عنوان اشکال متفاوتی از واکنش به تحولات ساختاری جوامع مدرن تفسیر می‌شود. گذار از همبستگی مکانیکی به همبستگی ارگانیک، که پیامد گسترش تقسیم کار اجتماعی است، موجب تغییر در شیوه‌های تنظیم هنجاری و الگوهای تعلق اجتماعی شده است. در جوامع سنتی، انسجام مبتنی بر شباهت‌های هویتی و نظارت نزدیک اجتماعی عمل می‌کند؛ اما در جوامع مدرن، فردیت‌یابی، تحرک اجتماعی، نااطمینانی اقتصادی و تضعیف پیوندهای محلی می‌تواند شرایط آنومیک ایجاد کند. از این منظر، خودکشی در جهان معاصر بیش از آنکه ناشی از گسست کامل اجتماعی باشد، حاصل عدم تعادل میان فردیت روزافزون و ظرفیت‌های نهادی برای تنظیم انتظارات است. بنابراین خودکشی مدرن اغلب در بستر بی‌ثباتی‌های اقتصادی، ناامنی شغلی، حاشیه‌نشینی شهری و فروپاشی نظم‌های محلی معنا می‌یابد و می‌تواند به صورت الگوهای مکانی متمرکز ظاهر شود.

در این چارچوب، تبیین کلاسیک «امیل دورکیم» از خودکشی، همچنان نقطه عزیمت نظری محسوب می‌شود. وی با تمایزگذاری میان انواع خودکشی (خودخواهانه،

نوع دوستانه، آنومیک و جبری) نشان داد که تغییرات نرخ خودکشی، بیشتر بازتاب تغییر در دو بعد بنیادی ساختار اجتماعی، یعنی انسجام اجتماعی^۱ و نظم اجتماعی^۲ است. از منظر او، تفاوت‌های جغرافیایی در نرخ خودکشی ناشی از تفاوت در سازمان اجتماعی مناطق است.

خوانش‌های معاصر از دورکیم استدلال می‌کنند که اگر این مکانیسم‌ها در مقیاس‌های خرد جغرافیایی نیز عمل کنند، انتظار می‌رود مناطقی با سطوح مشابه انسجام یا آنومی در مجاورت یکدیگر قرار گیرند و الگوهای خوشه‌ای فضایی شکل دهند (Baller & Richardson, 2009: 532).

بر این اساس، خودکشی آنومیک در خوشه‌های پرخطری که با فروپاشی هنجاری ناشی از تحولات سریع اقتصادی، مهاجرت‌های گسترده یا بحران‌های زیست‌محیطی مواجه‌اند، شیوع بیشتری خواهد داشت. چنین مناطقی اغلب با آنومی اجتماعی منطقه‌ای و وضعیتی که ظرفیت تنظیم هنجاری رفتار تضعیف شده، مشخص می‌شوند. علاوه بر این، مکانیسم‌هایی همچون فشار ساختاری ناشی از شکاف میان اهداف فرهنگی و وسایل نهادی شده دستیابی به آنها، موجب می‌شود مناطقی که با بیکاری گسترده، فقر متمرکز، نابرابری درآمدی بالا یا محرومیت نسبی مواجه‌اند، نرخ‌های بالاتری از خودکشی را تجربه کنند (Maimon & Kuhl, 2008: 950). بنابراین خوشه‌های پرخطر جغرافیایی می‌توانند بازتاب تمرکز فضایی این فشارهای ساختاری باشند.

در مقابل، مفاهیمی چون سرمایه اجتماعی (شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد) و به‌ویژه کارآمدی جمعی، به عنوان عوامل محافظتی عمل می‌کنند. جوامعی که از سطح بالاتری از سرمایه اجتماعی پل‌زنده^۳ و کارآمدی جمعی برخوردارند، توان بیشتری برای حمایت از اعضا در شرایط بحران، بسیج منابع و ایجاد احساس تعلق و معنا دارند. انتظار می‌رود چنین مناطقی به صورت خوشه‌های کم‌خطر (نقاط سرد) خودکشی در فضا ظاهر شوند (Berkman et al, 2000: 845).

شواهد حاصل از پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز این تبیین را تقویت می‌کند.

1. Social Integration
2. Social Regulation
3. bridging

مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌های داخلی نشان داده‌اند که متغیرهایی همچون بیکاری، فقر، نابرابری اقتصادی، ضعف حمایت اجتماعی و تنش‌های خانوادگی از پایدارترین عوامل مرتبط با خودکشی در کشور به شمار می‌روند (Rouzkrokh et al, 2025: ر.ک). افزون بر این، نتایج مطالعات ملی نشان می‌دهد که سطوح پایین سرمایه اجتماعی و کاهش اعتماد اجتماعی با افزایش رفتارهای خودآسیب‌رسان، رابطه معناداری دارد. مجموعه این یافته‌ها تأکید می‌کند که توزیع فضایی خودکشی در ایران، بازتابی از تمرکز فضایی منابع، محرومیت‌های اجتماعی و نابرابری‌های ساختاری است.

برای تبیین پایداری این الگوهای مکانی، نظریه بوم‌شناسی اجتماعی مکتب شیکاگو بر فرآیندهایی چون تهاجم و توالی در مناطق در حال گذار تأکید می‌کند؛ مناطقی که با بی‌ثباتی جمعیتی، فرسایش سرمایه اجتماعی و ضعف کنترل اجتماعی غیر رسمی مواجه‌اند. این شرایط می‌تواند به تمرکز و بازتولید مسائل اجتماعی در یک پهنه جغرافیایی منجر شود و نوعی چرخه محرومیت مکانی ایجاد نماید (Sampson, 2012: 105).

از سوی دیگر نظریه پردازان جغرافیای اجتماعی استدلال می‌کنند که فضا خود یک ساختار اجتماعی است که توزیع نابرابر فرصت‌ها، منابع و ریسک‌ها را بازتولید می‌کند. نظریه‌پردازان عدالت فضایی استدلال می‌کنند که فضا واجد قابلیت تولید و بازتولید نابرابری است و توزیع نامتقارن منابع، خدمات و فرصت‌ها در مقیاس جغرافیایی می‌تواند پیامدهای متفاوتی در سلامت جمعیت داشته باشد (Soja, 2010: 35). در ادبیات سلامت عمومی، این سازه با عنوان الگوهای فضایی سلامت^۱ شناخته می‌شود و بیان می‌کند که مناطق محروم یا کم‌برخوردار، به طور ساختاری در معرض خطرهای بیشتری قرار می‌گیرند (Kim & Kawachi, 2023: 85). این رویکرد نشان می‌دهد که نابرابری‌های فضایی، بازتابی از ساختارهای اجتماعی و اقتصادی هستند که توزیع نامتوازن منابع و فرصت‌ها را بازتولید می‌کنند. بنابراین ناهمگنی فضایی خودکشی می‌تواند بازتابی از توزیع نامتقارن عوامل خطر در فضا باشد.

پیامد منطقی وجود وابستگی‌های مکانی و نابرابری‌های ساختاری در فضا، خوشه‌مندی فضایی است. این مفهوم نشان می‌دهد که پدیده‌های اجتماعی در بستر

فضایی، الگوهایی منسجم و قابل شناسایی ایجاد می‌کنند؛ به گونه‌ای که نقاط با مقادیر بالا یا پایین به صورت تجمع‌های مکانی ظاهر می‌شوند. در این راستا، شاخص‌هایی همچون آماره همبستگی فضایی محلی در ادبیات تحلیل فضایی توسعه یافته‌اند تا امکان شناسایی و تبیین این الگوهای ساختاری را فراهم نمایند.

بر مبنای چارچوب نظری پژوهش، توزیع فضایی خودکشی، پیامد یک سازوکار چندسطحی تلقی می‌شود. در سطح کلان، فشارهای ساختاری نظیر نابرابری اقتصادی و بی‌ثباتی اجتماعی، احتمال بروز رفتار خودآسیب‌رسان را افزایش می‌دهد. در سطح میانی، ظرفیت‌های تنظیم اجتماعی شامل سرمایه اجتماعی، انسجام اجتماعی و کارآمدی جمعی، شدت اثر این فشارها را تعدیل می‌کنند. در سطح فضایی، تمرکز جغرافیایی منابع و محرومیت‌ها موجب هم‌مکانی شرایط خطر و حفاظت‌شده و وابستگی مکانی در نرخ‌ها ایجاد می‌کند. برآیند این فرایند، ظهور خوشه‌های فضایی پرخطر و کم‌خطر است. بنابراین انتظار می‌رود که نرخ خودکشی در سطح شهرستان‌های کشور دارای خودهمبستگی فضایی معنادار بوده، الگوهای خوشه‌ای قابل شناسایی در پهنه جغرافیایی مشاهده شود.

پیشینه تجربی پژوهش

مطالعات بین‌المللی در زمینه تحلیل فضایی خودکشی

پژوهش‌های بین‌المللی نشان می‌دهد که خودکشی تقریباً در تمام کشورها دارای الگوهای فضایی مشخص است و به صورت تصادفی توزیع نمی‌شود. برای نمونه: اوون هانس و همکاران (۲۰۲۵) در مقاله «شناسایی نابرابری‌های جغرافیایی در عوامل تعیین‌کننده خودکشی در سطح شهرستان‌های ایالات متحده با استفاده از مدل‌سازی فضایی» با استفاده از مدل‌های وزنی جغرافیایی چندمقیاسی نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی مانند زندگی تنها، جمعیت بومیان آمریکا و وضعیت اشتغال در مقیاس‌های مختلف، اثر متفاوتی بر خوشه‌های خودکشی دارند.

یانگ و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای در مقیاس مناطق خرد در چین نشان دادند که خوشه‌های بالا-بالا خودکشی در مناطق روستایی و کم‌برخوردار، پایدار باقی

می‌مانند و اثرات سرریز فضایی، نقش زیادی در توضیح الگوهای منطقه‌ای دارد. چونگ و همکاران (۲۰۲۲) در مقاله «تحلیل فضایی زمانی خوشه‌های خودکشی برای پیشگیری از خودکشی در هنگ‌کنگ» با تحلیل داده‌ها بین سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۹ نشان دادند که خوشه‌های خودکشی علاوه بر پایداری مکانی، حساسیت بالایی به تغییرات شهری شدن و ساختارهای اجتماعی محلی دارند.

کومار (۲۰۲۵) در مقاله «خوشه‌بندی فضایی زمانی و مدل‌سازی شبکه بیزین در خودکشی» با ترکیب خوشه‌مندی فضایی-زمانی و مدل‌های شبکه بیزین، تأثیر متغیرهای اجتماعی و فرهنگی را در تبیین الگوهای خودکشی تحلیل می‌کند. نتایج این مطالعه نشان داد که خوشه‌های خودکشی در ایالت‌های جنوبی و شرقی کشور هند تمرکز یافته و این الگوها با مهاجرت، شهرنشینی و ساختار خانوادگی، هم‌بستگی مکانی دارد.

یوشیوکا (۲۰۲۰) در مقاله «جغرافیای خودکشی در ژاپن: الگوهای فضایی و تفاوت‌های شهری روستایی» با تحلیل فضا زمانی بیست‌ساله نشان داد که الگوهای خودکشی در مناطق شهری و روستایی کاملاً متفاوت است و وابستگی فضایی برای هر دو گروه، معنادار است. لی و همکاران (۲۰۲۲) در مقاله «الگوهای خوشه‌ای نرخ مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی در کره جنوبی: تحلیل رگرسیون وزنی جغرافیایی» با استفاده از LISA و GWR نشان دادند که عوامل اجتماعی-اقتصادی، اثرات ناهمگن مکانی دارند و روابط بین متغیرها در مناطق مختلف، ثابت نیست.

جمع‌بندی مطالعات بین‌المللی بیانگر آن است که خودکشی به طور پایدار دارای الگوهای خوشه‌ای است. وابستگی فضایی در اغلب کشورها تأیید شده است. تحلیل در مقیاس خرد، بیشترین توان تشخیص الگوها را دارد و خوشه‌ها، رابطه نزدیکی با نابرابری مکانی و ساختارهای اجتماعی دارند.

مطالعات داخلی در زمینه تحلیل فضایی خودکشی

پژوهش‌های انجام‌شده در ایران در سال‌های اخیر از نظر کیفیت و دقت فضایی، رو به رشد بوده‌اند؛ با این حال بخش قابل توجهی از این پژوهش‌ها، محدود به سطح استان یا یک استان خاص هستند و کمتر در سطح شهرستان‌های سراسر کشور انجام شده‌اند.

فیضی و همکاران (۲۰۲۵) در مقاله «مطالعه فضا زمانی بروز خودکشی‌های منجر به فوت طی سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۲۳» با بهره‌گیری از داده‌های پزشکی قانونی کشور طی سال‌های ۲۰۰۹-۲۰۲۳ و روش‌های تحلیل فضا زمانی نشان داد که خودکشی‌های منجر به فوت در ایران، الگوهای ناهمگن و وابسته به زمینه‌های محلی دارند. به‌ویژه خوشه‌های پرخطر در استان‌های غربی مانند کرمانشاه و همدان، همچنین در برخی مناطق شمالی و مرکزی قابل شناسایی هستند. یافته‌ها نشان داد که حلق‌آویز شدن، رایج‌ترین روش خودکشی است و مردان و گروه‌های جوان و میانسال، بیشترین سهم را دارند. این نتایج، اهمیت طراحی سیاست‌های پیشگیرانه منطقه‌محور، ایجاد سامانه‌های پایش و هشدار زودهنگام و توجه به عوامل اجتماعی-فرهنگی خاص هر منطقه را برجسته می‌سازد و بر ضرورت مداخلات چندسطحی ملی و محلی برای کاهش نرخ خودکشی تأکید می‌کند.

هاشمی نظری و همکاران (۲۰۲۲) در مقاله «تحلیل فضا زمانی مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی در ایران: مدل‌سازی بیزین در سطح استان» با استفاده از مدل بیزی فضا زمانی نشان دادند که خطر نسبی مرگ ناشی از خودکشی در حدود نیمی از استان‌های ایران، بالاتر از میانگین ملی است و برخی استان‌ها مانند کرمانشاه، فارس، گیلان و تهران، خوشه‌های پایداری از ریسک بالا دارند. این مطالعه، یکی از معدود پژوهش‌هایی است که ساختار ریسک را در سطح کشور بررسی کرده است، اما واحد تحلیل آن، استان بوده و ناهمگنی‌های درون‌استانی را از دست می‌دهد.

جهانی و همکاران (۱۴۰۲) در مقاله «بررسی رابطه شاخص‌های کلان اقتصادی و نرخ خودکشی در استان‌های کشور: تحلیل ثانویه آمارهای ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۱» نشان دادند که نرخ خودکشی در سطح استان با شاخص‌های کلان اقتصادی نظیر تورم و بیکاری هم‌بستگی دارد. با این حال تحلیل فضایی در مقیاس‌های خردتر انجام نشده و ناهمگنی‌های محلی آشکار نشده‌اند.

زنگنه و همکاران (۲۰۲۳) در مقاله «خوشه‌بندی فضا زمانی اقدام به خودکشی در کرمانشاه، غرب ایران» با بررسی داده‌های پزشکی قانونی استان کرمانشاه طی سال‌های

۲۰۰۶ تا ۲۰۱۴ و تحلیل فضا زمانی نشان دادند که اقدام به خودکشی در استان دارای الگوهای بسیار ناهمگن است. پژوهشگران با استفاده از روش‌های آماری و GIS توانستند شانزده خوشه فضایی را شناسایی کنند که شامل شش خوشه پرخطر و ده خوشه کم‌خطر بود. خوشه‌های پرخطر عمدتاً درون و اطراف شهرهای استان شکل گرفتند و نشان‌دهنده تمرکز بالای موارد در مناطق شهری بود. یافته‌ها نشان داد که جوانان، بیشترین سهم را در این خوشه‌ها داشتند و برخلاف انتظار، افراد دارای تحصیلات دانشگاهی نسبت به افراد بی‌سواد، بیشتر در معرض خطر اقدام به خودکشی قرار داشتند. همچنین تفاوت‌های جنسیتی قابل توجه بود؛ زنان، سهم بیشتری از موارد اقدام به خودکشی داشتند.

گرگی و همکاران (۲۰۱۹) در مقاله «اپیدمیولوژی فضایی جامع خودکشی و اقدام به خودکشی در استان فارس» با بهره‌گیری از رویکرد اپیدمیولوژی فضایی و تحلیل داده‌های ثبت‌شده در نظام سلامت استان فارس طی سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۱۳ نشان دادند که الگوهای خودکشی و اقدام به خودکشی در این استان به طور معناداری خوشه‌ای بوده، بیشترین نرخ‌ها در مناطق شمالی و جنوب غربی استان متمرکز است؛ در حالی که شهرستان‌هایی مانند کوار، گراش و آباده، کمترین میزان را تجربه کرده‌اند. این یافته‌ها بیانگر نقش عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در شکل‌گیری تفاوت‌های جغرافیایی است و ضرورت تمرکز سیاست‌های پیشگیرانه و طراحی برنامه‌های سلامت روان در مناطق پرخطر را برجسته می‌سازد.

جمع‌بندی و تحلیل انتقادی پیشینه

پژوهش‌های تجربی در ایران نشان می‌دهد که خودکشی از ناهمگنی فضایی چشمگیری برخوردار است و خوشه‌های پرخطر، بیشتر در مناطق غربی و شمالی کشور شکل می‌گیرند. تحلیل‌ها در سطح استان، بخش مهمی از این ناهمگنی را پنهان می‌سازند و تاکنون مطالعه‌ای ملی با پوشش همه شهرستان‌های کشور منتشر نشده است. همچنین مدل‌های خودهمبستگی فضایی تنها در چند پژوهش محدود استانی به کار گرفته شده است. از این‌رو خلأ تجربی آشکاری وجود دارد. هنوز بررسی جامعی که

ساختار فضایی خودکشی را در سطح شهرستان‌های سراسر ایران با بهره‌گیری از روش‌های پیشرفته تحلیل خودهمبستگی فضایی انجام دهد، در دسترس نیست. برآیند مطالعات نشان می‌دهد که خودکشی در ایران بیش از آنکه ریشه در ویژگی‌های فردی داشته باشد، در پیوند با فشارهای ساختاری و رابطه‌ای شکل می‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که بیکاری، ناامنی اقتصادی، نابرابری و تضعیف افق آینده در کنار تعارضات خانوادگی، طرد اجتماعی و ضعف شبکه‌های حمایت، مجموعه‌ای از عوامل انباشتی را می‌سازند که در بسترهای محلی خاص بروز می‌یابند. از آنجا که این فشارها در سطح جغرافیا به طور یکنواخت توزیع نشده‌اند، تمرکز مکانی محرومیت اقتصادی یا تنش‌های خانوادگی می‌تواند به ایجاد خوشه‌های فضایی خطر بینجامد. بنابراین الگوهای مکانی خودکشی بیش از آنکه حاصل پراکندگی تصادفی باشند، بازتابی از تمرکز فضایی فشارهای اجتماعی است.

مرور مطالعات بین‌المللی و ایرانی نشان می‌دهد که تحلیل فضایی خودکشی طی یک دهه اخیر، از توصیف جغرافیایی ساده، به سمت مدل‌سازی پیشرفته فضا زمانی حرکت کرده است. با این حال این تحول در ایران بسیار کندتر از کشورهای دیگر بوده است.

جدول ۱- مرور پیشینه تجربی تحلیل فضایی خودکشی

ردیف	نویسندگان/ سال	واحد تحلیل	روش پژوهش	مهم‌ترین یافته‌ها	شکاف‌ها / محدودیت‌ها
۱	Rey et al., 2009	منطقه‌ای (اروپا)	Moran's I, LISA	خوشه‌های پایدار بالا در اروپای شرقی و شمالی	استفاده نکردن از داده‌های خرد و نداشتن مدل فضا زمانی
۲	Rezaeian et al., 2007	کشورها	مقایسه فضایی بین‌کشوری	توزیع غیر تصادفی و وابستگی فضایی معنادار	عدم تحلیل در سطح خرد
۳	Liu et al., 2015 (چین)	مناطق خرد	BYM Bayesian, Space-Time	خوشه‌های پایدار در مناطق روستایی محروم	ضعف داده‌های فردی، واریانس زیاد بین مناطق کوچک
۴	Cheung et al., 2022 (هنگ کنگ)	ناحیه شهری	Moran, LISA, GWR	اثر معنی‌دار تراکم شهری، تنهایی و فشار اقتصادی	محدود به یک شهر؛ نبود مدل ساختاری همزمان

۵	Kumar et al., 2017 (کانادا)	مناطق محلی	LISA	خوشه‌های پایدار در نواحی کم‌منبع	عدم تحلیل عوامل سرریز فضایی
۶	Kumar et al., 2021 (هند)	ایالت‌ها	Spatial Lag, GI*	تجمع ریسک در جنوب و شرق هند	نبود داده در سطح بلوک/ محله
۷	Kurita et al., 2020 (ژاپن)	شهر/ روستا	Space-Time Scan	تفاوت شدید الگوهای شهری/ روستایی	محدود شدن متغیرهای ساختاری
۸	Lee & Kim, 2022 (کره)	مناطق	LISA, GWR	وابستگی فضایی و ناهمگونی مکانی	عدم محاسبه شاخص‌های ریسک محله‌ای
۹	Wang et al., 2021 (چین)	شهرستان‌ها	Spatial Scan	خوشه‌های ثابت در مناطق فقیر روستایی	عدم کنترل متغیرهای اجتماعی-اقتصادی
۱۰	Hashemi Nazari et al., 2022 (ایران)	استان	BYM Space-Time	۴۳ درصد استان‌ها ریسک بالا، خوشه‌های پایدار در غرب و شمال	واحد تحلیل بزرگ (استان)، پنهان ماندن ناهمگنی درون‌استانی
۱۱	Jahani Dowlatabad et al., 2023 (ایران)	استان	Panel, OLS	اثر معنادار بیکاری و تورم بر نرخ خودکشی	عدم استفاده از روش‌های فضایی، سطح کلان
۱۲	Feizi et al., 2025 (ایران)	شهرستان/ بخش	LISA, Space-Time	خوشه‌های پرخطر در غرب، شمال و کانون‌های شهری	تنها مطالعه شهرستانی وسیع، اما پراکندگی داده‌ها محدود است.
۱۳	Rostami et al., 2021 (ایران)	شهرستان (کرمانشاه)	Moran, Gi*	ناهمگنی شدید فضایی درون‌استانی	محدود به یک استان
۱۴	Fathollahi Sheikh et al., 2017 (ایران)	شهرستان (فارس)	Spatial Epidemiology	تمرکز بالای خودکشی در شمال و جنوب غرب استان	نبود مدل فضا زمانی و تعمیم‌پذیری محدود

مقاله حاضر با هدف پر کردن خلأ موجود در ادبیات علمی، رویکردی نوین را در مطالعه ساختار فضایی خودکشی در ایران اتخاذ کرده است. این مطالعه با بهره‌گیری از سطح تحلیل شهرستانی (بیش از ۴۵۰ واحد) و پوشش کامل جغرافیای کشور، از شاخص‌های متنوع تحلیل فضایی شامل Moran's I، LISA و Getis-Ord Gi* به صورت هم‌زمان استفاده می‌کند. تمرکز اصلی تحقیق بر توصیف الگوها و ساختار فضایی پدیده، بدون ورود به مدل‌سازی علی قرار دارد و در نهایت نقشه‌ای ملی از خوشه‌های خودکشی تولید می‌شود. چنین رویکردی، این پژوهش را به یکی از نخستین تلاش‌ها در سطح ملی و خرد مقیاس برای ساختارشناسی فضایی خودکشی در ایران بدل می‌سازد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه کمی با رویکرد تحلیل فضایی مقطعی است که با هدف بررسی الگوی توزیع مکانی نرخ خودکشی در ایران انجام شده است. واحد تحلیل پژوهش، شهرستان‌های کشور بوده و تحلیل‌ها بر اساس داده‌های مربوط به ۴۵۰ شهرستان در سال ۱۴۰۲ صورت گرفته است. انتخاب مقیاس شهرستان برای شناسایی ناهمگنی‌های درون‌استانی و پرهیز از خطای تعمیم ناشی از میانگین‌سازی در مقیاس‌های بالاتر انجام شده است. متغیر اصلی پژوهش، نرخ خودکشی به تفکیک شهرستان در سال ۱۴۰۲ است که به صورت تعداد موارد ثبت‌شده به ازای هر صد هزار نفر جمعیت محاسبه شده است. داده‌های آماری پس از پاک‌سازی و یکسان‌سازی کدهای مکانی، به لایه‌های جغرافیایی شهرستان‌ها متصل شدند. با توجه به هدف پژوهش، تمرکز تحلیل بر ساختار فضایی توزیع نرخ خودکشی بوده است.

داده‌های جمعیتی از سرشماری و برآوردهای رسمی مرکز آمار ایران و داده‌های خودکشی از گزارش‌های نهادهای ذی‌صلاح (نظیر سازمان پزشکی قانونی) اخذ شد. برای انجام تحلیل فضایی، لایه مکانی شهرستان‌ها^۱ مطابق آخرین تقسیمات کشوری تهیه شد. برای بررسی الگوی فضایی نرخ خودکشی، از مجموعه‌ای از روش‌های تحلیل فضایی اکتشافی^۲ استفاده شد. ابتدا توزیع فضایی متغیر مورد مطالعه به صورت توصیفی بررسی

1. Shapefile

2. Exploratory Spatial Data Analysis

شد و سپس خود همبستگی فضایی در سطوح کلی و محلی مبتنی بر وجود ساختاری از همجواری میان واحدهای مکانی مورد آزمون قرار گرفت.

خودهمبستگی فضایی کلی: برای سنجش وجود خودهمبستگی فضایی در سطح کل کشور، از آماره خود همبستگی فضایی کلی^۱ استفاده شد. این شاخص میزان شباهت یا تفاوت مقادیر نرخ خودکشی در شهرستان‌های مجاور را اندازه‌گیری می‌کند و امکان تشخیص الگوی خوشه‌ای یا تصادفی توزیع داده‌ها را فراهم می‌سازد. معناداری آماری آماره خودهمبستگی فضایی کلی با استفاده از آزمون نمره استاندارد (Z-score) و سطح معناداری ۰/۰۵ ارزیابی شد.

تحلیل خوشه‌های فضایی محلی: برای شناسایی الگوهای محلی خودهمبستگی فضایی، از شاخص همبستگی فضایی محلی^۲ بهره گرفته شد. این روش، امکان شناسایی خوشه‌های فضایی شامل خوشه‌های با مقادیر بالا در مجاورت مقادیر بالا (High-High)، خوشه‌های با مقادیر پایین در مجاورت مقادیر پایین (Low-Low) و همچنین الگوهای واگرا (High-Low و Low-High) را فراهم می‌سازد. این شاخص، امکان تشخیص چهار الگوی اساسی زیر را فراهم می‌کند:

- خوشه‌های پرخطر (High-High) نشان‌دهنده شهرستان‌هایی با نرخ بالا در میان همسایگان با نرخ بالا
- خوشه‌های کم‌خطر (Low-Low) بیانگر تمرکز مقادیر پایین
- نقاط پرت پرخطر (High-Low)
- نقاط پرت کم‌خطر (Low-High)

تحلیل همبستگی فضایی محلی بر اساس ماتریس وزن‌دهی فضایی مبتنی بر مجاورت انجام شد و تنها نتایج دارای معناداری آماری ($p < 0/05$) در تفسیرها لحاظ گردید. انتخاب این نوع ماتریس با توجه به ماهیت سرزمینی شهرستان‌ها و هدف شناسایی خوشه‌های مکانی پیوسته صورت گرفت. هرچند استفاده از تعاریف جایگزین همسایگی (مانند فاصله‌محور یا انواع دیگر مجاورت) می‌تواند منجر به تفاوت‌های جزئی در نتایج شود، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که الگوهای خوشه‌ای اصلی در اغلب موارد

1. Moran's I

2. Local Indicators of Spatial Association (LISA)

از پایداری نسبی برخوردارند. بررسی حساسیت نتایج نسبت به انواع مختلف ماتریس وزن دهی می‌تواند در مطالعات آینده مدنظر قرار گیرد.

تحلیل نقاط داغ و سرد فضایی: شناسایی تمرکزهای مکانی نرخ‌های بالا و پایین خودکشی، از آماره گتیس ارد جی استار^۱ انجام شد. این تحلیل با هدف تکمیل یافته‌های حاصل از خوشه‌بندی همبستگی فضایی محلی و بررسی شدت تمرکز فضایی مقادیر انجام گرفت. نقاط داغ به مناطقی اطلاق می‌شود که نرخ‌های بالای خودکشی به صورت فضایی متراکم شده‌اند، در حالی که نقاط سرد بیانگر تمرکز معنادار نرخ‌های پایین هستند. تفسیر نتایج بر اساس نمره‌های استاندارد و سطوح معناداری آماری صورت پذیرفت.

در تمامی تحلیل‌های فضایی، از ماتریس وزن‌دهی مبتنی بر مجاورت فضایی^۲ استفاده شد. شهرستان‌هایی که فاقد همسایگی مکانی مؤثر بودند، در تحلیل‌های محلی لحاظ نشدند. در این میان، تنها شهرستان قشم به دلیل ماهیت جزیره‌ای و نبود همسایگی زمینی، از تحلیل خوشه‌ای محلی مستثنی شد. پردازش داده‌ها و اجرای تحلیل‌های فضایی با استفاده از نرم‌افزار GeoDa انجام شد که یکی از ابزار استاندارد برای LISA، Moran و Gi* است. برای نمایش بصری الگوهای مکانی و تسهیل تفسیر یافته‌ها از نقشه‌ها و شاخص‌های فضایی استفاده شد.

شایان ذکر است که نرخ‌های محاسبه‌شده در این پژوهش، نرخ خام است که به‌ویژه در شهرستان‌های کم‌جمعیت تحت تأثیر نوسانات تصادفی قرار می‌گیرد. این مسئله می‌تواند به بزرگ‌نمایی نسبی نرخ‌ها در برخی واحدهای کوچک منجر شود. با این حال هدف اصلی این پژوهش، شناسایی الگوهای کلی و خوشه‌های فضایی معنادار در سطح ملی است و استفاده از شاخص‌های خودهمبستگی فضایی و تحلیل خوشه‌ای، تاحدی اثر این نوسانات تصادفی را کاهش می‌دهد.

یافته‌های پژوهش

الگوی توزیع فضایی نرخ خودکشی در سطح شهرستان‌ها

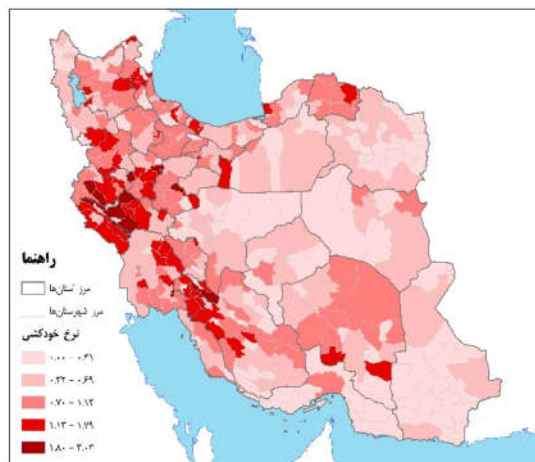
بر اساس داده‌های ۴۵۰ شهرستان کشور، توزیع نرخ خودکشی در سال ۱۴۰۲ دارای

1. Getis-Ord Gi*
2. Queen contiguity

مشخصات زیر است:

- میانگین نرخ خودکشی: ۰/۶۹ در صدهزار نفر
- انحراف معیار: ۰/۴۹
- میانه: ۰/۶۲
- مینیمم: ۰
- ماکزیمم: ۳/۰۳ در صدهزار نفر
- صدک ۷۵: ۰/۹۲

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که میان شهرستان‌های کشور در سال ۱۴۰۲، تفاوت چشمگیری در میزان خودکشی وجود دارد. میانگین نرخ خودکشی ۰/۶۹ و میانه ۰/۶۲ بیانگر آن است که توزیع نرخ خودکشی، چپ‌چوله است و اکثریت شهرستان‌ها نرخ‌های پایین‌تری نسبت به نقاط پرت جمعیتی ثبت کرده‌اند. علاوه بر این تمرکز عمده مقادیر نرخ خودکشی در بازه‌ای کمتر از یک مورد در هر صدهزار نفر قرار دارد که نشان‌دهنده غالب بودن نرخ‌های پایین تا متوسط در میان شهرستان‌هاست. این الگو با ادبیات موجود درباره آسیب‌پذیری ساختاری- اجتماعی در استان‌های غربی همخوان است. از سوی دیگر، تعدادی از شهرستان‌ها، نرخ صفر ثبت کرده‌اند که می‌تواند ناشی از کم جمعیتی، تفاوت در رویه‌های ثبت یا نبود واقعی موارد باشد. این یافته‌ها، ضرورت تحلیل فضایی دقیق‌تر (مانند Moran's I و LISA) را برای شناسایی خوشه‌های آماری معنادار برجسته می‌کند.



شکل ۲- نقشه نرخ خودکشی شهرستان‌های کشور

جدول ۲- اطلاعات شهرستان‌های با بالاترین نرخ خودکشی

رتبه	شهرستان	جمعیت	تعداد	نرخ
۱	ایوان	۴۹.۴۹۱	۱۵	۳/۰۳
۲	کوه‌دشت	۱۶۶.۶۵۸	۴۴	۲/۶۴
۳	دالاهو	۳۵.۹۸۷	۹	۲/۵
۴	دره‌شهر	۴۳.۷۰۸	۱۰	۲/۲۸
۵	بویراحمد	۲۹۹.۸۸۵	۶۸	۲/۲۶

بررسی توزیع فضایی نرخ خودکشی در سطح شهرستان‌های ایران در سال ۱۴۰۲ نشان می‌دهد که این پدیده از الگوی یکنواخت تبعیت نمی‌کند و همان‌گونه که در شکل (۱) مشاهده می‌شود، توزیع نرخ خودکشی در سطح شهرستان‌ها، ناهمگون است. مقادیر نرخ خودکشی در میان شهرستان‌ها، دامنه‌ای گسترده را در برمی‌گیرد و برخی نواحی با نرخ‌های بالاتر و برخی دیگر با نرخ‌های پایین‌تر از میانگین ملی مشخص می‌شوند. این پراکنش ناهمسان اولیه، فرض تصادفی بودن توزیع فضایی نرخ خودکشی را زیر سؤال می‌برد و ضرورت به‌کارگیری روش‌های آماری فضایی برای آزمون وجود وابستگی مکانی را مطرح می‌سازد.

نتایج آزمون خودهمبستگی فضایی جهانی^۱

برای آزمون وجود خودهمبستگی فضایی در توزیع نرخ خودکشی، شاخص خودهمبستگی فضایی جهانی^۲ با استفاده از ماتریس وزن فضایی مبتنی بر مجاورت یال و گوش^۳ محاسبه شد. نتایج نشان داد که مقدار شاخص Moran's I برابر با ۰/۳۲۶۹ است که به طور معناداری بزرگ‌تر از مقدار مورد انتظار آن تحت فرض تصادفی (۰/۰۰۲۲-) است. مقدار آماره استاندارد شده آزمون Z برابر ۱۱/۱۸ و سطح معناداری بسیار پایین ($p < ۰/۰۱$) به وضوح نشان می‌دهد که توزیع فضایی نرخ خودکشی در سطح شهرستان‌های ایران دارای خودهمبستگی فضایی مثبت و معنادار است. نتایج آزمون خودهمبستگی فضایی جهانی در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج خودهمبستگی فضایی جهانی نرخ خودکشی

مقدار	شاخص
۴۵۰	تعداد شهرستان‌ها (N)
۰/۳۲۶۹	Moran's I
-۰/۰۰۲۲	Expected Moran's I
۱۱/۱۸	Z-score
<۰/۰۱	p-value

این یافته بیانگر آن است که شهرستان‌هایی با نرخ‌های مشابه خودکشی، اعم از بالا یا پایین، تمایل دارند در مجاورت مکانی یکدیگر قرار گیرند و الگوی فضایی پدیده از حالت تصادفی تبعیت نمی‌کند. تأیید وجود خودهمبستگی فضایی در سطح جهانی، مبنای تحلیلی لازم را برای بررسی دقیق‌تر الگوهای محلی خوشه‌بندی فراهم می‌سازد.

نتایج تحلیل خودهمبستگی فضایی محلی^۴

پس از تأیید وجود خودهمبستگی فضایی در سطح ملی، تحلیل خودهمبستگی فضایی محلی^۵ برای شناسایی الگوهای محلی خوشه‌بندی اجرا شد. نتایج این تحلیل

1. Global Moran's I
2. Moran's I
3. Queen Contiguity
4. Local Moran's I – LISA
5. Local Moran's I

نشان داد که شهرستان‌های کشور در چند الگوی فضایی متمایز، طبقه‌بندی می‌شوند. توزیع انواع خوشه‌های فضایی شناسایی شده بر اساس تحلیل LISA در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول ۴- توزیع خوشه‌های فضایی LISA در سطح شهرستان‌ها

نوع خوشه فضایی	تعداد شهرستان	درصد از کل
بالا- بالا High-High	۴۶	۱۰/۲
پایین- پایین Low-Low	۶۲	۱۳/۸
بالا- پایین High-Low	۶	۱/۳
پایین- بالا Low-High	۱۵	۳/۳
غیر معنادار آماری Non-significant	۳۲۰	۷۰/۹
بدون همسایه No neighbor	۱	۰/۴
جمع	۴۵۰	۱۰۰

بر اساس نتایج LISA، ۴۶ شهرستان در خوشه‌های بالا- بالا High-High قرار گرفته‌اند؛ بدین معنا که این شهرستان‌ها دارای نرخ بالای خودکشی هستند و در مجاورت شهرستان‌هایی با نرخ‌های بالای مشابه قرار دارند. این خوشه‌ها به عنوان کانون‌های پرخطر فضایی شناسایی می‌شوند و نقش اصلی را در شکل‌گیری الگوی خوشه‌ای مشاهده‌شده در تحلیل جهانی ایفا می‌کنند.

در مقابل، ۶۲ شهرستان در خوشه‌های پایین- پایین Low-Low قرار گرفته‌اند که نشان‌دهنده شهرستان‌هایی با نرخ پایین خودکشی در میان همسایگان کم‌خطر است. این نواحی به عنوان مناطق کم‌ریسک فضایی قابل شناسایی هستند و الگوی پایداری از نرخ‌های پایین خودکشی را نشان می‌دهند.

علاوه بر این شش شهرستان در دسته بالا- پایین High-Low و پانزده شهرستان در دسته پایین- بالا Low-High قرار گرفتند. این شهرستان‌ها، الگوهای واگرایی را نشان می‌دهند؛ به این معنا که نرخ خودکشی آنها با زمینه فضایی پیرامونی همخوانی ندارد و رفتار فضایی متفاوتی نسبت به همسایگان خود بروز می‌دهد. فهرست کامل شهرستان‌های واقع در هر یک از خوشه‌های فضایی شناسایی شده بر اساس تحلیل LISA در جدول (۵) ارائه شده است.

جدول ۵- فهرست کامل شهرستان‌های واقع در هر یک از خوشه‌های فضایی

شناسایی شده بر اساس تحلیل LISA

شهرستان	نوع خوشه
ایذه، اندیکا، باغ‌ملک، بهبهان، کهگیلویه، بهمئی، لالی، مسجدسلیمان، هفتکل، رامهرمز، شوشتر، دزفول، شوش، اندیمشک، آبدانان، ایلام، ایوان، بدره، دهلران، دره‌شهر، مهران، چرداول، سیروان، ملکشاهی، ثلاث‌باباجانی، دالاهو، سرپل‌ذهاب، گیلانغرب، قصرشیرین، جوانرود، روانسر، پاوه، سنقر، هرسین، کوهدشت، خرم‌آباد، پلدختر، معمولان، چگنی، سلسله، دلفان، نورآباد، نهاوند، ملایر، تویسرکان، اسدآباد	خوشه بالا- بالا (HH) شهرستان‌های پرخطر فضایی (۴۶ شهرستان)
هیرمند، هامون، زاهدان، نیک‌شهر، فوج، قصرقند، سرباز، کنارک، چابهار، ایرانشهر، بمپور، دلگان، سراوان، سیب‌وسوران، مهرستان، خاش، زهک، زابل، نیمروز، تایباد، تربت‌جام، خواف، زاوه، فریمان، سرخس، کلات، گناباد، بجستان، مهاباد، خوشاب، داورزن، سبزوار، جغتای، جوین، قوچان، درگز، شیروان، فاروج، مانه‌وسملقان، مینودشت، گالیکش، مراوه‌تپه، کلالة، بندرگز، کردکوی، سیمرغ، جویبار، بابلسر، فریدونکنار، عباس‌آباد، رامسر، تنکابن، نوشهر، چالوس، محمودآباد، نور، لارستان، لامرد، گراش، سرچهان	خوشه پایین- پایین (LL) شهرستان‌های کم‌خطر فضایی (۶۲ شهرستان)
تفت، بندرعباس، رودبار جنوب، خداآفرین، اهر، بویین‌زهره	خوشه بالا- پایین (HL) شهرستان‌های واگرایی پرخطر (۶ شهرستان)
امیدیه، لنده، مارگون، قروه، رومشکان، ازنا، الیگودرز، بروجرد، دورود، نهاوند، بهار، رزن، کیودرآهنگ، همدان	خوشه پایین- بالا (LH) شهرستان‌های واگرایی کم‌خطر (۱۵ شهرستان)
قشم	شهرستان‌های غیر قابل طبقه‌بندی
سایر شهرستان‌ها (۳۲۰ شهرستان)	غیر معنادار آماری

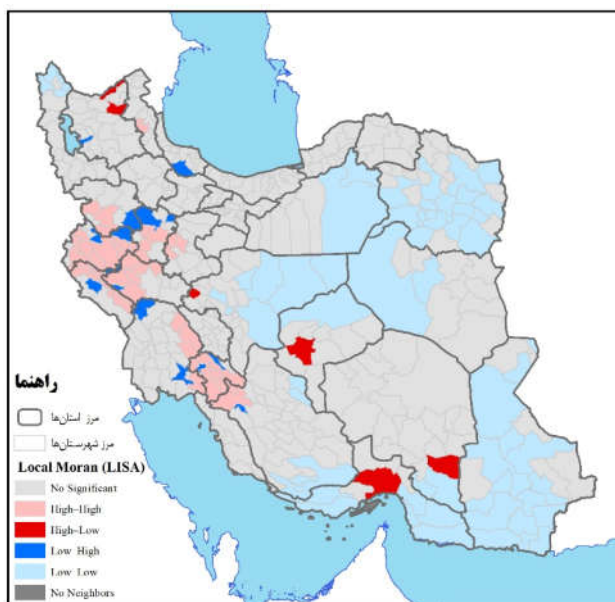
بخش عمده‌ای از شهرستان‌ها، معادل ۳۲۰ شهرستان، در دسته غیر معنادار آماری^۱ قرار گرفتند. این امر بیانگر آن است که در این شهرستان‌ها، الگوی مشخصی از خوشه‌بندی فضایی یا واگرایی معنادار مشاهده نمی‌شود و توزیع نرخ خودکشی در آنها

1. Non-significant

فاقد وابستگی فضایی محلی معنادار است. در میان شهرستان‌های کشور، فقط شهرستان قشم به دلیل ماهیت جزیره‌ای و به دلیل نبود همسایه فضایی در ماتریس وزن‌دهی مکانی، در گروه فاقد همسایگی (NN) قرار گرفته است.

توزیع فضایی خوشه‌های پرخطر و کم‌خطر

بررسی نقشه خوشه‌های فضایی نشان می‌دهد که خوشه‌های بالا-بالا و پایین-پایین به صورت ناهمگون در پهنه کشور توزیع شده‌اند. خوشه‌های پرخطر در برخی نواحی کشور تمرکز یافته و به صورت فضایی پیوسته شکل گرفته‌اند؛ در حالی که خوشه‌های کم‌خطر بیشتر در نواحی دیگر کشور قابل مشاهده هستند. این الگو بیانگر وجود تفاوت‌های معنادار مکانی در سطح خطر خودکشی و شکل‌گیری کانون‌های فضایی متمایز در سطح شهرستان‌هاست. الگوی فضایی خوشه‌های پرخطر و کم‌خطر در شکل (۳) نمایش داده شده است.



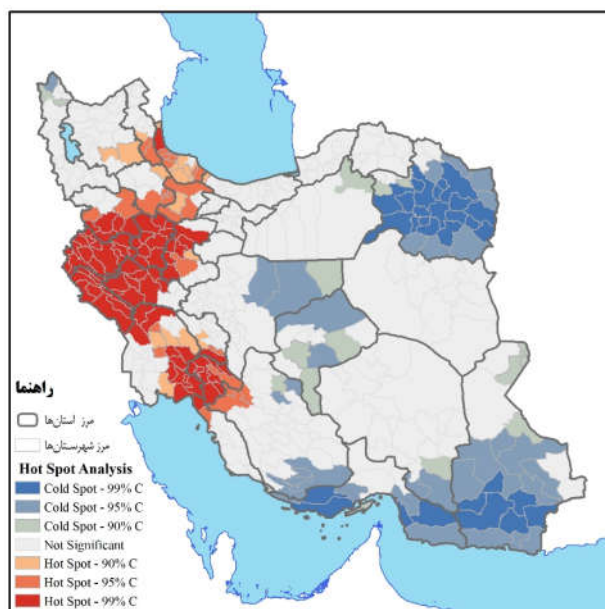
شکل ۳- نقشه خوشه‌های LISA

در مجموع یافته‌ها نشان می‌دهد که نرخ خودکشی در سطح شهرستان‌های ایران دارای ساختار فضایی غیر تصادفی و خوشه‌ای است. وجود خودهمبستگی فضایی مثبت

و معنادار در سطح ملی، همراه با شناسایی خوشه‌های محلی پرخطر و کم‌خطر، بیانگر آن است که خودکشی در ایران واجد الگوهای مکانی مشخصی است که در تحلیل‌ها در سطح ملی یا حتی سطح استانی پنهان می‌مانند. این نتایج می‌تواند مبنای مناسبی برای انجام مطالعات تبیینی عمیق‌تر و طراحی سیاست‌ها و مداخلات منطقه‌محور در حوزه پیشگیری از خودکشی فراهم سازد.

تحلیل نقاط داغ و سرد فضایی خودکشی^۱

برای شناسایی تمرکزهای مکانی معنادار نرخ خودکشی در سطح شهرستان‌های کشور، از تحلیل نقاط داغ و سرد فضایی با استفاده از آماره گتیس آرد جی‌استار بهره گرفته شد. شکل (۴)، توزیع نقاط داغ و سرد معنادار را در پهنه کشور نشان می‌دهد. همان‌گونه که در نقشه مشاهده می‌شود، تمرکزهای فضایی معنادار نرخ‌های بالای خودکشی عمدتاً در بخش‌هایی از نواحی غربی و جنوب‌غربی کشور شکل گرفته‌اند، در حالی که نقاط سرد فضایی بیشتر در نواحی شرقی و جنوب‌شرقی کشور قابل مشاهده است.



شکل ۴- نقشه نقاط داغ و سرد فضایی نرخ خودکشی در سطح شهرستان‌های ایران

این روش، امکان شناسایی مناطقی را فراهم می‌کند که در آنها مقادیر بالای نرخ خودکشی (نقاط داغ) یا مقادیر پایین نرخ (نقاط سرد) به صورت فضایی متراکم شده و از توزیع تصادفی، فاصله معنادار دارند. نتایج تحلیل گتیس آرد جی استار نشان داد که الگوی توزیع نرخ خودکشی در ایران واجد تمرکزهای مکانی مشخص است و این تمرکزها به طور یکنواخت در پهنه کشور توزیع نشده‌اند. در بخش‌هایی از کشور، به‌ویژه در نواحی غربی و جنوب‌غربی، خوشه‌هایی از شهرستان‌ها با نقاط داغ معنادار آماری^۱ شناسایی شد که بیانگر تمرکز فضایی نرخ‌های بالاتر خودکشی نسبت به میانگین ملی و همسایگی پیرامونی است. این نقاط داغ بیشتر در مناطقی مشاهده می‌شود که چندین شهرستان مجاور، به طور همزمان نرخ‌های بالاتر از میانگین را تجربه کرده‌اند و اثر تجمعی فضایی ایجاد کرده‌اند.

در مقابل، بخش‌هایی از نواحی شرقی و جنوب‌شرقی کشور، واجد نقاط سرد فضایی^۲ هستند که در آنها نرخ خودکشی به صورت معناداری پایین‌تر از میانگین ملی و مناطق همجوار ثبت شده است. این الگو نشان می‌دهد که تمرکز فضایی نرخ‌های پایین نیز همانند نرخ‌های بالا، ساختار یافته و غیر تصادفی است.

مقایسه نتایج تحلیل نقاط داغ با یافته‌های حاصل از تحلیل خوشه‌ای LISA نشان می‌دهد که در بسیاری از موارد، همپوشانی قابل توجهی میان خوشه‌های بالا-بالا و نقاط داغ گتیس وجود دارد؛ به گونه‌ای که شهرستان‌هایی که در تحلیل LISA به عنوان خوشه‌های پرخطر فضایی شناسایی شده‌اند، در تحلیل نقاط داغ نیز در زمره مناطق با تمرکز بالای نرخ خودکشی قرار گرفته‌اند. این همگرایی نتایج، بیانگر پایداری الگوی تمرکز مکانی نرخ‌های بالا در برخی نواحی کشور است. با این حال در برخی مناطق نیز مشاهده می‌شود که هرچند تمرکز فضایی نرخ‌ها، بالاست (نقطه داغ)، الزاماً الگوی همبستگی محلی قوی در قالب خوشه LISA شکل نگرفته است. این امر بیانگر تفاوت مفهومی این دو رویکرد تحلیلی است. به طور کلی نتایج تحلیل نقاط داغ تأیید می‌کند که الگوی فضایی خودکشی در ایران از ناهمگنی مکانی برخوردار است و در قالب تمرکزهای فضایی معنادار بروز می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به توصیف و تحلیل الگوی فضایی نرخ خودکشی در سطح شهرستان‌های ایران پرداخته و بر ساختار مکانی توزیع این پدیده متمرکز شده است. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل‌های فضایی نشان می‌دهد که توزیع نرخ خودکشی در ایران از الگوی تصادفی پیروی نمی‌کند و دارای ناهمگنی و تمرکزهای مکانی معناداری است. این یافته‌ها بر وجود یک ساختار فضایی مشخص در بروز خودکشی در سطح شهرستان‌ها تأکید می‌کند و نشان می‌دهد که مکان به عنوان یک بعد تحلیلی، نقشی اساسی در درک و تبیین این پدیده ایفا می‌نماید.

نتایج آزمون خودهمبستگی فضایی کلی (Moran's I) نشان داد که نرخ خودکشی در سطح شهرستان‌های کشور دارای خودهمبستگی فضایی مثبت و معنادار است. این یافته بیانگر آن است که شهرستان‌هایی با نرخ‌های مشابه خودکشی تمایل دارند در مجاورت یکدیگر قرار گیرند و الگوی خوشه‌ای در سطح ملی شکل گیرد. وجود خودهمبستگی فضایی مثبت و ساختار خوشه‌ای پایدار نرخ خودکشی در سطح شهرستان‌ها، نشانه‌ای از نقش تعیین‌کننده بافت اجتماعی- مکانی در شکل‌دهی به این آسیب اجتماعی است. شناسایی خوشه‌های پرخطر بالا- بالا و کم‌خطر پایین- پایین، این پرسش بنیادی جامعه‌شناختی را پیش می‌کشد که چه ویژگی‌های ساختاری، نهادی و فرهنگی مشترکی، یک منطقه جغرافیایی را به یک کانون تاب‌آوری یا کانون آسیب‌پذیری پایدار در برابر خودکشی تبدیل می‌کند؟

تحلیل خوشه‌های فضایی محلی (LISA) نشان داد که این خودهمبستگی کلی، در مقیاس محلی به صورت خوشه‌های متمایز بروز می‌یابد. شناسایی خوشه‌های بالا- بالا و پایین- پایین در بخش‌هایی از کشور بیانگر آن است که نرخ‌های بالا و پایین خودکشی نه تنها در سطح ملی، بلکه در قالب الگوهای محلی پایدار نیز سازمان می‌یابند. در چارچوب نظری دورکیم، خوشه‌های پرخطر را می‌توان بازنمایی فضایی نواحی آنومیک دانست؛ مناطقی که در آنها پیوندهای اجتماعی (انسجام) و هنجارهای تنظیم‌کننده (تنظیم) به دلایل تاریخی، اقتصادی یا اجتماعی تضعیف شده‌اند. از سوی دیگر، خوشه‌های کم‌خطر ممکن است مناطقی باشند که از سرمایه اجتماعی جمعی و کارآمدی اجتماعی بالاتری برخوردارند؛ یعنی ساکنان آنها نه تنها شبکه‌های

حمایتی قوی‌تری دارند، بلکه توانایی جمعی برای حل مسائل مشترک و حفظ نظم اجتماعی را نیز دارند.

وجود خوشه‌های واگرا بالا- پایین و پایین- بالا نیز نشان‌دهنده پیچیدگی ساختار فضایی پدیده است و نشان می‌دهد که برخی شهرستان‌ها، رفتارهایی متفاوت از محیط پیرامونی خود نشان می‌دهند. این ناهمگونی محلی بیانگر آن است که تحلیل‌های مبتنی بر میانگین‌های استانی یا ملی نمی‌توانند به طور کامل الگوی واقعی توزیع خودکشی را نمایان کنند؛ زیرا وجود الگوهای واگرا (مثلاً یک شهرستان پرخطر در میان کم‌خطر‌ها)، نشان می‌دهد که عوامل محلی و خاص مانند یک شوک اقتصادی ناگهانی، فروپاشی یک صنعت اصلی، یا وجود یک گروه قومی خاص با تجربه تبعیض می‌تواند بر بافت منطقه‌ای غلبه کرده، الگوی متفاوتی ایجاد نماید. در نتیجه ضروری است به ویژگی‌های خاص هر شهرستان توجه بیشتری شود تا درک بهتری از عوامل مؤثر بر نرخ خودکشی به دست آید.

نتایج تحلیل نقاط داغ و سرد، یافته‌های تحلیل خوشه‌ای را از منظر دیگری تکمیل می‌کند. نقاط داغ معنادار نشان می‌دهد که نرخ‌های بالای خودکشی در برخی نواحی به صورت کانون‌های مکانی تجمع یافته‌اند و نقاط سرد نیز از تمرکز مکانی نرخ‌های پایین حکایت دارند. همپوشانی نسبی میان نقاط داغ و خوشه‌های بالا- بالا در بخشی از کشور، بیانگر تداوم و پایداری نسبی الگوی فضایی خودکشی است. با این حال عدم انطباق کامل این دو نقشه در برخی نواحی قابل انتظار است؛ زیرا نقاط داغ/ سرد، شدت تجمع مقادیر بالا یا پایین را در یک پیرامون فضایی می‌سنجد، در حالی که خوشه‌های بالا- بالا/ پایین- پایین بر خودهمبستگی فضایی محلی و شباهت هر واحد با همسایگانش متکی است. از این‌رو این دو خروجی دو بعد متمایز اما مکمل از سازمان فضایی پدیده را بازنمایی می‌کنند.

از منظر روش‌شناختی، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که استفاده هم‌زمان از شاخص‌های خودهمبستگی فضایی و تحلیل نقاط داغ، امکان ارائه تصویری دقیق‌تر از الگوی مکانی خودکشی را فراهم می‌سازد. تمرکز صرف بر یک روش تحلیلی می‌تواند به ساده‌سازی بیش از حد ساختار فضایی پدیده منجر شود، در حالی که ترکیب این رویکردها، پیچیدگی‌های مکانی را بهتر آشکار می‌کند.

در نهایت با توجه به محدودیت‌های داده‌ای پژوهش حاضر، از جمله استفاده از

داده‌های مقطعی یک‌ساله و تمرکز بر یک متغیر منفرد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با بهره‌گیری از داده‌های طولی، متغیرهای ساختاری و اجتماعی مکمل و مدل‌های تبیینی فضایی، به بررسی عمیق‌تر سازوکارهای مؤثر بر نابرابری فضایی خودکشی در ایران بپردازند. بر این اساس سه محور پژوهشی تبیینی پیشنهاد می‌شود:

- **محور ساختاری-اقتصادی:** آزمون این فرضیه که خوشه‌های پرخطر، مناطقی هستند که تراکم و تداوم فشارهای ساختاری (شامل بیکاری مزمن جوانان، نابرابری درآمدی شدید، احساس محرومیت نسبی جمعی و مهاجرت‌های اجباری) در آنها بیشتر است.

- **محور نهادی-اجتماعی با تمرکز بر توزیع نابرابر منابع تاب‌آوری:** بررسی این فرضیه که سطح دسترسی و میزان بهره‌مندی از انواع امکانات و خدمات و سطح سرمایه اجتماعی پل‌زننده، عوامل کلیدی تمایزدهنده خوشه‌های کم‌خطر از پرخطر هستند.

- **محور فرهنگی-هنجاری:** بررسی این فرضیه که درون خوشه‌های پرخطر، فرآیندهای یادگیری اجتماعی و انتشار هنجاری درباره راه‌های مقابله با بحران از جمله عادی‌سازی نسبی خودکشی به عنوان یک راه‌حل با شدت بیشتری رخ می‌دهد. این محور به بررسی فرهنگ رنج و شیوه‌های معناسازی مشترک از ناامیدی می‌پردازد.

در سطح سیاست‌گذاری، یافته‌های این پژوهش دارای دلالت‌های مهمی برای سیاست‌گذاری سلامت اجتماعی و پیشگیری از خودکشی است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که رویکردهای یکنواخت و غیر تفکیک‌شده در پیشگیری از خودکشی ممکن است کارایی محدودی داشته باشند. شناسایی خوشه‌های فضایی پرخطر در سطح شهرستان‌ها نشان می‌دهد که رویکردهای یکنواخت ملی یا استانی، احتمالاً توان پاسخگویی مؤثر به ناهمگنی‌های مکانی خطر خودکشی را ندارند. در مقابل، سیاست‌های مبتنی بر مکان می‌توانند با تمرکز بر کانون‌های پرخطر شناسایی‌شده، کارایی و اثربخشی بیشتری داشته باشند. از منظر عملی، نتایج این پژوهش می‌تواند به طراحی نظام‌های پایش مکانی، تخصیص هدفمند منابع سلامت روان و اولویت‌بندی مداخلات پیشگیرانه در شهرستان‌های پرخطر کمک کند. همچنین ادغام تحلیل‌های فضایی در

نظام تصمیم‌گیری می‌تواند بستر لازم برای توسعه سامانه‌های هشدار زود هنگام و مداخلات چندسطحی متناسب با زمینه‌های محلی را فراهم سازد.

الگوی خودهمبستگی فضایی مثبت و شکل‌گیری خوشه‌های مکانی معنادار در این پژوهش با نتایج مطالعات بین‌المللی، همسو است که نشان می‌دهد خودکشی، پدیده‌ای وابسته به مکان است و به صورت تصادفی توزیع نمی‌شود. در اغلب این پژوهش‌ها، تمرکز مکانی خودکشی، با نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی و ساختارهای محلی مرتبط گزارش شده است. یافته‌های این مطالعه نیز این الگو را در مقیاس شهرستانی تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که حتی در یک چارچوب ملی واحد، زمینه‌های محلی می‌تواند الگوهای متفاوتی از خطر ایجاد کند.

در سطح داخلی، نتایج پژوهش حاضر با مطالعات استانی که ناهمگنی فضایی و تمرکز منطقه‌ای خطر را گزارش کرده‌اند، هم‌خوانی دارد؛ اما یک گام فراتر می‌رود، زیرا نشان می‌دهد این ناهمگنی فقط میان استان‌ها نیست و درون آنها و در مقیاس خردتر نیز پایدار است. بنابراین یافته‌ها دلالت بر آن دارد که بخشی از تفاوت‌های گزارش شده در مطالعات استانی، ناشی از پنهان شدن ناهمگنی‌های درون‌استانی بوده است.

از منظر نظری، پدیدارشدن خوشه‌های پایدار پرخطر را می‌توان در چارچوب ایده تمرکز فضایی آنومی و تضعیف سازوکارهای تنظیم اجتماعی فهم کرد، در حالی که شکل‌گیری خوشه‌های کم‌خطر با تراکم منابع حمایتی و سطوح بالاتر انسجام اجتماعی هم‌خوان است. به این ترتیب یافته‌های پژوهش از این گزاره پشتیبانی می‌کند که سازوکارهای اجتماعی علاوه بر میان گروه‌ها، میان مکان‌ها نیز توزیع می‌شود و از طریق الگوهای فضایی، پیامدهای مرتبط با سلامت اجتماعی را سازمان می‌دهد.

در مجموع این پژوهش نشان می‌دهد که یافته‌های نظری درباره نقش انسجام اجتماعی و فشارهای ساختاری و یافته‌های تجربی درباره ناهمگنی منطقه‌ای خودکشی، زمانی تصویر کامل‌تری می‌یابد که در چارچوب فضایی تفسیر شود و مکان به عنوان بخشی از سازوکار شکل‌گیری پدیده در نظر گرفته شود.

با وجود این محدودیت‌ها، این مطالعه گامی مقدماتی و ضروری در جهت مستندسازی ساختار فضایی خودکشی در مقیاس شهرستانی و فراهم‌سازی بستر تحلیلی برای پژوهش‌های تبیینی و سیاست‌گذاری منطقه‌محور محسوب می‌شود.

منابع

- جهانی دولت‌آباد، اسماعیل و اسماعیل، عشایری، طاها، محمد شیری (۱۴۰۲) «بررسی رابطه شاخص‌های کلان اقتصادی با نرخ خودکشی در استان‌های کشور: تحلیل ثانویه آمارهای ۱۳۹۰-۱۴۰۰»، پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی، سال دوازدهم، شماره ۳، صص ۶۲-۴۱.
- 10.22108/srsp.2023.138482.1921.
- Ackermann, K., Erhardt, J., & Freitag, M. (2023) Crafting Social Integration? Welfare State and Volunteering Across Social Groups and Policy Areas in 23 European Countries. *Köln Z Soziol*, 1(75), 283–304. <https://doi.org/10.1007/s11577-023-00881-8>
- Asadiyun, Mahboobeh, and Salman Daliri (2023) "Suicide Attempt and Suicide Death in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Study." *Iran J Psychiatry* 18(2): 191–212. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12370>.
- Baller, R. D., & Richardson, K. K. (2009) The "moral" of the story: Applying a narrative framework to the evolution of suicide in small cities. *Social Forces*, 87(3), 1281–1306.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000) From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857.
- Bianca, D. S., Cadet, K., & Terrinieka, W. P. (2025) Exploring spatial dynamics of trauma and substance use among suicide deaths in the United States (2017–2021). *Injury Epidemiology*, 22(12).
- Cheung, Y. T., Spittal, M. J., Parkis, J., & Yip, P. S. F. (2022). Spatial epidemiology of suicide in Hong Kong: associations with urban density and socioeconomic factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health* <https://doi.org/10.3390/ijerph19127369>.
- Chung, W. H., et al. (2022). Spatiotemporal analysis of suicide clusters for suicide prevention in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph19>.
- Fathollahi Sheikh, M., Gorgi, Z., Vazirinejad, R., & Rezaeian, M. (2017) Epidemiology of Self—Burning in Iranian Townships Covered by Shiraz University of Medical Sciences. *International Journal of High-Risk Behaviors and Addiction*, 7(1), 1–7. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.67610>
- Feizi, R., Panahi, M., Hashemi Nazari, S., & Hajmanouchehri, R. (2025) A Spatial-Temporal Study of the Incidence of Fatal Suicide during the Years 2009 to 2023. *Iran J Public Health*, 54(10), 2251–2262. <https://doi.org/10.18502/ijph.v54i10.20143>.
- Getis, A. (2010) Spatial autocorrelation. *Progress in Human Geography*, 19(2),

- 255–278.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-03647-7_14.
- Gorgi, Z., Sheikh Fathollahi, M., Vazirinejad, R., & Rezaeian, M. (2019) A Comprehensive Spatial Epidemiology of Suicide and Suicide Attempts in Fars Province. *Journal of Suicide Prevention*, 1.
<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01706-7>.
- Hashemi Nazari, S. S., Mansori, K., Nazari Kangavari, H., Shojaei, A., & Arsang-Jang, S. (2022) Spatial-temporal analysis of suicide mortality in Iran: Bayesian modeling at the provincial level. *Preventive Medicine & Public Health*, 55(2), 164–172.
<https://doi.org/10.3961/jpmph.21.385>.
- Jiahui, Q., Stephanie, Z., Mark, L., & Michelle, T. (2023) The application of spatial analysis to understanding the association between area-level socio-economic factors and suicide: A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 58(6), 843-859.
<https://doi.org/10.1007/s00127-023-02441-z>.
- Kandula, Sasikiran et al. (2023) County-level estimates of suicide mortality in the USA: a modelling study. *The Lancet Public Health*, 8(3), 184–193.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00290-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00290-0).
- Kim, D, and Kawachi (2023) “Spatial Inequality and Suicide Risk.” *Spatial inequality and health: A structural perspective*. 44: 85–104.
<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-25246-7>.
- Kumar, R. (2025) Space-time clustering and Bayesian network modelling of suicide. *Journal of Computational Social Science*, 8(84).
<https://doi.org/10.25318/82-003-x201700700001-eng>.
- Kurita, N., Sugawara, T., Nakamura, F., et al. (2020).Spatiotemporal clusters of suicide in Japan and their association with socioeconomic characteristics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*
<https://doi.org/10.3390/ijerph17093067>.
- Lee, J., & Kim, H. (2022) Spatially clustered patterns of suicide mortality rates in South Korea: A geographically weighted regression analysis. *BMC Public Health*, 22(1), 1234–1245.
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-13433-8>.
- Maimon, D., & Kuhl, D. C. (2008) Social control and youth suicidality: Situating Durkheim's ideas in a multilevel framework. *American Sociological Review*, 73(6), 921–943.
<https://doi.org/10.1177/000312240807300603>.
- Matthews, S. A., & Yang, T. C. (2012) Exploring the role of the built and social neighborhood environment in moderating stress and health. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(1), 39–47.
<https://doi.org/10.1007/s12160-012-9384-7>.
- Rey, G., Jugal, E., Feuillet, A., & Hemon, D. (2009).Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997–2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. *BMC Public Health*, 9, 33.

- <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-33>.
- Rezaeian, M., Dunn, G., St Leger, S., & Appleby, L. (2007). Geographical epidemiology of suicide in the world: a spatial analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(9), 719–726.
<https://doi.org/10.1007/s00127-007-0225-0>.
- Rostami, M., Jalilian, A., Mahdavi, S. A., & Bagheri, N. (2021) Spatial heterogeneity in gender and age of fatal suicide in Iran. *J Res Health Sci*, 22(1), 1–8.
<https://doi.org/10.34172/jrhs.2022.76>.
- Rouzrokh, P., Abbasi Feijani, F., & Moshiri, Y. (2025) The Pooled Prevalence of Attributed Factors of Suicide in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Iran Med*, 44–60.
<https://doi.org/10.34172/aim.31276>.
- Sampson, R. J. (2012) *Great American City: Chicago and the Enduring Neighborhood Effect*. University of Chicago Press.
<https://doi.org/10.7208/chicago/9780226734569.001.0001>.
- Soja, E. W. (2010) *Seeking spatial justice*. in Neapolis: University of Minnesota Press. 978-0-8166-6674-9.
- Von Hoene, E., Roess, A., Leah, M. A., Yang, R., & Anderson, T. (2025). Identifying Geographic Disparities in Suicide Determinants Across United States Counties with Spatial Modeling. *Proceedings of the International Cartographic Association*, 7(14), 1–8.
<https://doi.org/10.5194/ica-proc-6-146-2025>.
- Wang, Y., Wang, L., Li, Z., et al. (2021). Spatiotemporal clustering of suicide mortality in mainland China, 2013–2018. *BMC Public Health*
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-11293-7>.
- WHO (2021) *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>.
- Yang, Xie, Zhang Jie & Chen Xiao (2022) The identification, logic and enlightenments of intra-urban place communities in China, *Scientific Reports*, 12(247),
<https://doi.org/10.1038/s41598-021-03917-1>.
- Yoshioka, E., Sharon, J. B. H., Yukihiro, S., & Yasuaki, S. (2020) Geography of suicide in Japan: Spatial patterning and rural–urban differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 731–746.
<https://doi.org/10.1007/s00127-020-01872-6>.
- Zangeneh, A., Khademi, N., & Farahmand Moghadam, N. (2023) Spatiotemporal clustering of suicide attempt in Kermanshah, West-Iran. *Public Mental Health*, 14.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1174071>.

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 چندبعدی 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).

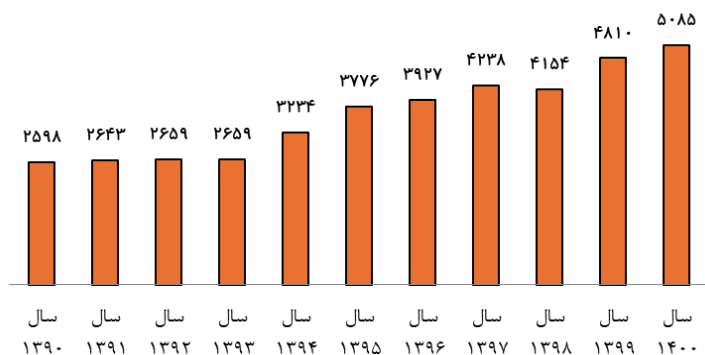
خودکشی، پیامدی است از تعامل پیچیده میان عوامل خطر متعدد و حوزه‌های روانی تا ابعاد گسترده اجتماعی-اقتصادی همچون فقر، شاخص‌های توسعه، جنگ و همه‌گیری‌ها تأثیر می‌پذیرد. این عوامل خطر بر اساس موقعیت جغرافیایی و ساختار اجتماعی- فرهنگی، متفاوت هستند (Arafat & Kar, 2025: 50). به طور کلی عوامل فرهنگی (سنت و 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, 2010: 240) 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.

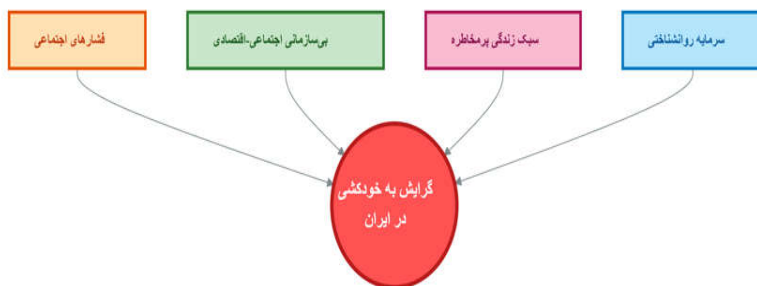
مدا و همکاران^۱ (۲۰۲۵) در پژوهشی با عنوان «چند نفر در سال بر اثر خودکشی فوت می‌کنند؟ نه ۷۲۷،۰۰۰ نفر: یک مرور سیستماتیک و فراتحلیل از زیرگزارش‌دهی خودکشی در ۷۱ کشور طی ۱۲۲ سال» نشان می‌دهد که برچسب اجتماعی، مذهب‌گرایی، نابرابری‌های جنسیتی و سنی، کیفیت زندگی، فشارهای محیطی، سالمندی، افسردگی- انزوای اجتماعی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

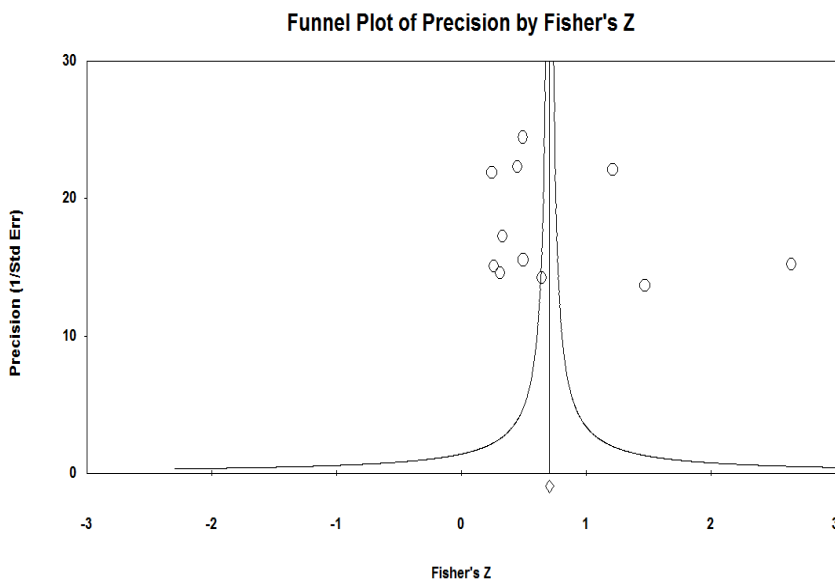
۴- عوامل روانی

- 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 آیت‌الله العظمی بروجردی^(ره).

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.

رسول‌زاده‌اقدم، صمد و موسی سعادت (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>.

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره هجدهم، زمستان ۱۴۰۴: ۶۷-۹۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۳

نوع مقاله: پژوهشی

بررسی رابطه بین شاخص توسعه انسانی و نرخ خودکشی استان‌های کشور: تحلیل ثانویه آمارهای ۱۳۹۰-۱۴۰۰

اسماعیل جهانی دولت‌آباد*

حسین حیدری**

چکیده

هدف این پژوهش، تحلیل رابطه بین شاخص توسعه انسانی و نرخ خودکشی در استان‌های کشور است. روش پژوهش تحلیل ثانویه بوده، داده‌های مربوط به خودکشی از سازمان پزشکی قانونی و شاخص‌های توسعه انسانی از سازمان بهداشت جهانی استخراج شده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که نرخ خودکشی در سطح ملی و استانی طی دهه ۱۳۹۰، روندی افزایشی دارد. نتایج بیانگر وجود رابطه مثبت و معنادار میان شاخص توسعه انسانی و نرخ خودکشی است؛ به گونه‌ای که استان‌های برخوردار از سطوح بالاتر توسعه انسانی، به طور متوسط نرخ‌های بالاتری از خودکشی را نشان داده‌اند. در میان زیرشاخص‌ها، دو مؤلفه آموزش و درآمد، رابطه مثبت و معنادار با نرخ خودکشی داشته‌اند، در حالی که شاخص سلامت، رابطه معناداری با این متغیر ندارد. همچنین تغییرات شاخص توسعه انسانی و به‌ویژه تغییرات شاخص آموزش در طول دهه مورد مطالعه،

sml.jahani@uma.ac.ir

* دانشیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<http://orcid.org/0000-0001-8983-448X>

** نویسنده مسئول: استادیار، گروه جامعه‌شناسی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی،

heidari@acecr.ac.ir

تهران، ایران

<https://orcid.org/0000-0002-3763-2429>



همبستگی مثبت و معناداری با افزایش نرخ خودکشی در استان‌ها داشته‌اند. نتایج مدل رگرسیونی نشان می‌دهد که ترکیب متغیرهای توسعه انسانی، ۴۰ درصد از واریانس نرخ خودکشی را تبیین کرده است و در این میان، تغییرات شاخص آموزش و شاخص درآمد، بیشترین نقش را دارند. نتایج نشان داد که توسعه انسانی در ایران لزوماً با کاهش آسیب‌های اجتماعی همراه نبوده و در برخی سطوح، با افزایش فشارهای روانی، گسست اجتماعی و بحران معنا همبستگی دارد؛ امری که ضرورت بازاندیشی در مفهوم توسعه انسانی با تأکید بر کیفیت روابط اجتماعی، عدالت توزیعی و انسجام اجتماعی را برجسته می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: توسعه انسانی، آموزش، درآمد، خودکشی، تحلیل ثانویه.

بیان مسئله

مطالعه انحرافات اجتماعی از مهم‌ترین و بنیادی‌ترین حوزه‌های جامعه‌شناسی به شمار می‌آید و جامعه‌شناسی از آغاز شکل‌گیری خود، در پی فهم چگونگی پیدایش نظم اجتماعی، انسجام جمعی و همچنین شرایط گسست از هنجارهای پذیرفته‌شده بوده است. در این نگاه، پدیده‌هایی چون خودکشی، اعتیاد، بزهکاری و سایر اشکال انحراف اجتماعی صرفاً رفتارهای فردی تلقی نمی‌شود، بلکه بازتابی از مناسبات ساختاری، فرهنگی و نهادی جامعه‌اند. دورکیم با تأکید بر اجتماعی بودن خودکشی نشان داد که این پدیده را نه صرفاً در سطح روان‌شناختی فرد، بلکه آن را باید در پیوند با میزان انسجام و تنظیم اجتماعی تحلیل کرد (دورکیم، ۱۳۸۴: ۳۸). از دیگر سو، مرتن انحراف را حاصل شکاف میان اهداف فرهنگی و ابزار مشروع دستیابی به آنها دانست و نشان داد که شرایط ساختاری نابرابر می‌تواند زمینه‌ساز بروز رفتارهای انحرافی شود (Merton, 1938:48). از این‌رو مطالعه انحرافات اجتماعی نه‌تنها برای شناخت علل بروز نابسامانی‌های اجتماعی ضروری است، بلکه به فهم سازوکارهای تولید، بازتولید و تضعیف نظم اجتماعی نیز یاری می‌رساند و جایگاهی اساسی در جامعه‌شناسی دارد (ر.ک: جهانی دولت‌آباد و دیگران، ۱۴۰۲؛ زرانی و احمدی، ۱۴۰۰).

خودکشی به عنوان یکی از چالش‌های عمده بهداشت عمومی و سلامت روان در سطح جهانی و ملی، طی دهه‌های اخیر توجه محققان و سیاست‌گذاران را به خود جلب کرده است (ر.ک: مهری، ۱۴۰۱؛ Fleischmann & De Leo, 2014: 558). این پدیده، نتیجه تعامل پیچیده‌ای از عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و نهادی است و نمی‌توان آن را صرفاً ناشی از یک عامل منفرد دانست. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شرایط اقتصادی نظیر بیکاری، نابرابری درآمدی، تورم و بی‌ثباتی اقتصادی می‌تواند به طور معناداری با افزایش نرخ خودکشی مرتبط باشد (ر.ک: جهانی‌دولت‌آباد و دیگران، ۱۴۰۲؛ فیض‌پور و لطفی، ۱۳۹۴؛ سزاوار و دیگران، ۱۴۰۲؛ Antonakakis & Gupta, 2017). به عبارت دیگر نه‌تنها سطح درآمد، بلکه ثبات و پیش‌بینی‌پذیری اقتصادی و امنیت روانی ناشی از آن در کاهش رفتارهای پرخطر، نقش کلیدی دارند. از سوی دیگر، ابعاد انسانی و اجتماعی توسعه نیز اهمیت ویژه‌ای در تبیین خودکشی دارند. سرمایه انسانی، سطح

تحصیلات و مشارکت اجتماعی - اقتصادی، به عنوان نمایانگر توانمندی‌های شناختی، مهارت‌های اجتماعی و ظرفیت‌های مقابله‌ای فردی و جمعی، می‌تواند نقش محافظتی در برابر خودکشی ایفا کند (ر.ک: مهری، ۱۴۰۱؛ قادری و نظری، ۱۳۹۸).

همچنین سلامت روان و سرمایه اجتماعی بارها در مطالعات داخلی و بین‌المللی به عنوان عوامل کاهش‌دهنده ریسک خودکشی گزارش شده، به نحوی که بهبود عزت‌نفس، کاهش اضطراب و تقویت پیوندهای اجتماعی می‌تواند واریانس قابل توجهی از رفتارهای خودکشی را توضیح دهد (ر.ک: موسوی‌فرد و بهادر، ۱۴۰۳؛ زرانی و احمدی، ۱۴۰۰؛ Cabello-Rangel et al., 2020). با وجود این، شواهد موجود نشان می‌دهد که اغلب مطالعات داخلی، تنها به بررسی جداگانه هر بعد از توسعه انسانی یا عوامل مرتبط با آن پرداخته‌اند و به‌ویژه بعد درآمد، آموزش یا سلامت را به صورت مجزا تحلیل کرده‌اند. این رویکرد محدود، فهم کامل رابطه میان توسعه انسانی و خودکشی را دشوار می‌کند؛ زیرا هر یک از مؤلفه‌های شاخص توسعه انسانی ممکن است اثرات مستقلی بر سلامت روان و رفتارهای پرخطر داشته باشند و در عین حال تعامل میان آنها می‌تواند نتایج متفاوتی ایجاد کند. برای مثال مطالعات داخلی نشان داده‌اند که متغیرهای اقتصادی مانند بیکاری و نابرابری درآمدی با نرخ خودکشی، ارتباط معناداری دارند (جهانی‌دولت‌آباد و دیگران، ۱۴۰۲)، سطح تحصیلات و مشارکت اجتماعی ظرفیت‌های مقابله‌ای و کاهش ریسک خودکشی را افزایش می‌دهند (ر.ک: مهری، ۱۴۰۱؛ قادری و نظری، ۱۳۹۸) و شاخص‌های سلامت روان و سرمایه اجتماعی به عنوان عوامل محافظت‌کننده، نقش مهمی ایفا می‌کنند (موسوی‌فرد و بهادر، ۱۴۰۳: ۱۵۳).

شاخص توسعه انسانی که برنامه توسعه سازمان ملل متحد آن را طراحی کرده، فراتر از درآمد صرف، سطح رفاه عمومی و کیفیت زندگی را بازتاب می‌دهد و امکان تحلیل ترکیبی اثرات اقتصادی، آموزشی و سلامت را فراهم می‌آورد (Conceição, 2020: 25). این شاخص نه‌تنها به عنوان معیار رفاه اقتصادی، بلکه به عنوان ابزاری برای درک توانمندسازی فردی و اجتماعی، مشارکت فعال در فرآیندهای اجتماعی و ظرفیت‌های انسانی مطرح است. از این منظر، بررسی هم‌زمان مؤلفه‌های شاخص توسعه انسانی و اثر آنها بر نرخ خودکشی در استان‌های ایران می‌تواند به فهم بهتر نابرابری‌های منطقه‌ای، تفاوت‌های فرهنگی و نقش میانجی‌های اجتماعی و روانی کمک کند و مبنایی نظری و

عملی برای سیاست‌گذاری در حوزه سلامت روان و پیشگیری از خودکشی فراهم سازد. چنین پژوهشی، علاوه بر پر کردن خلأ پژوهشی موجود، امکان شناسایی نقاط حساس توسعه انسانی و طراحی مداخلات هدفمند در سطح محلی را نیز ایجاد می‌کند. مطالعات بین‌المللی نشان داده‌اند که رابطه شاخص توسعه انسانی با نرخ خودکشی، پیچیده و گاه غیر خطی است و بسته به ویژگی‌های جمعیتی، ساختار سنی، فرهنگی و نهادی جوامع، ممکن است در جهت‌ها و شدت‌های متفاوتی ظاهر شود (ر.ک: Shah, 2009; Khazaei et al., 2017; Cabello-Rangel et al., 2020).

در ایران، فقدان مطالعات استانی و طولی که به طور هم‌زمان رابطه شاخص توسعه انسانی و مؤلفه‌های آن (درآمد، آموزش و سلامت) با نرخ خودکشی را تحلیل کنند، یکی از محدودیت‌های جدی در فهم سازوکارهای مؤثر بر این پدیده اجتماعی و روانی است. این مسئله با توجه به تفاوت‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی قابل توجه میان استان‌ها، اهمیت ویژه‌ای می‌یابد؛ زیرا هر استان ممکن است از نظر فرصت‌های اقتصادی، سطح تحصیلات، دسترسی به خدمات سلامت و ساختارهای حمایتی اجتماعی، تفاوت‌های چشمگیری داشته باشد که می‌تواند الگوها و شدت رابطه شاخص توسعه انسانی با خودکشی را تغییر دهد.

بر این اساس مسئله‌محوری مطالعه حاضر این است که آیا شاخص توسعه انسانی و مؤلفه‌های آن در دوره زمانی دهه ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ با نرخ خودکشی در استان‌های ایران مرتبط است و در صورت وجود این رابطه، سازوکارها و الگوهای آن چگونه قابل تبیین و تحلیل است. پاسخ به این پرسش می‌تواند بینش کاربردی برای طراحی سیاست‌های پیشگیری از خودکشی و ارتقای رفاه روانی و اجتماعی در سطح استانی ارائه دهد.

پیشینه تجربی

مرور مطالعات داخلی نشان می‌دهد که هرچند پژوهشی به طور مستقیم رابطه شاخص توسعه انسانی و خودکشی را بررسی نکرده است، ابعاد سه‌گانه این شاخص یعنی درآمد، آموزش و سلامت، هر یک به صورت جداگانه در قالب شاخص‌های اقتصادی، سرمایه انسانی و سلامت روان مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و نتایج نسبتاً همسو و معناداری ارائه کرده‌اند. در بعد درآمد و شرایط اقتصادی، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد

که متغیرهای کلان اقتصادی، اثر معناداری بر نرخ خودکشی دارند. جهانی دولت آباد و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی با تحلیل ثانویه داده‌های استانی طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ نشان دادند که نرخ بیکاری، تغییرات تولید ناخالص داخلی و تورم با نرخ خودکشی، رابطه معنادار دارند و بی‌ثباتی اقتصادی به افزایش خودکشی منجر می‌شود. به طور مشابه فیض‌پور و لطفی (۱۳۹۴) با استفاده از روش داده‌های تلفیقی مناطق کشور، رابطه مثبت و معنادار بین نرخ بیکاری و میزان خودکشی را گزارش کردند.

همچنین سزاوار و همکاران (۱۴۰۲) نشان دادند که نابرابری درآمدی، تورم و بی‌ثباتی اقتصادی، اثر افزایشی و اشتغال، اثر کاهشی بر خودکشی دارد. این یافته‌ها مؤید آن است که بعد درآمدی توسعه انسانی از طریق اشتغال، ثبات اقتصادی و کاهش نابرابری می‌تواند در کاهش خودکشی نقش داشته باشد. در بعد آموزش، مطالعات داخلی بیانگر آن است که سطح تحصیلات و مشارکت اجتماعی - اقتصادی که با سرمایه انسانی مرتبطند، بر خودکشی اثرگذارند.

همچنین قادری و نظری (۱۳۹۸) در تحلیل جامعه‌شناختی خودکشی نشان دادند که افزایش مشارکت اقتصادی و ادغام اجتماعی با کاهش نرخ خودکشی همراه است. از آنجا که آموزش، زمینه‌ساز ارتقای مشارکت اقتصادی و ادغام اجتماعی است، می‌توان آن را یکی از مؤلفه‌های غیر مستقیم اما مهم در تبیین رابطه توسعه انسانی و خودکشی دانست. در بعد سلامت، به‌ویژه سلامت روان و سرمایه اجتماعی، نتایج قابل‌توجهی گزارش شده است. مهری (۱۴۰۱) نشان داد که متغیرهای روان‌شناختی مانند اضطراب و عزت‌نفس، اثر معناداری بر خودکشی دارند و عزت‌نفس، بیشترین اندازه اثر را در میان عوامل روان‌شناختی دارد. افزون بر این موسوی فرد و بهادر (۱۴۰۳) نشان دادند که سرمایه اجتماعی در سطوح خرد، میانه و کلان با خودکشی، رابطه معکوس و معنادار دارد و بخش قابل توجهی از واریانس نرخ خودکشی را تبیین می‌کند. همچنین زرانی و احمدی (۱۴۰۰) در مرور نظام‌مند خود بر نقش بافت فرهنگی و عوامل روانی اجتماعی در تبیین خودکشی تأکید کرده‌اند که نشان‌دهنده اهمیت بعد سلامت و زمینه‌های اجتماعی در تحلیل این پدیده است.

رابطه میان توسعه انسانی و پیامدهای سلامت روان به‌ویژه خودکشی، در سال‌های

اخیر در قالب مطالعات بوم‌شناختی و تطبیقی بین‌المللی مورد توجه قرار گرفته است. شاخص توسعه انسانی که برنامه توسعه سازمان ملل متحد^۱ آن را تدوین می‌کند، ترکیبی از سه بعد اصلی «سلامت» (امید به زندگی)، «آموزش» (میانگین و سال‌های مورد انتظار تحصیل) و «درآمد» (درآمد سرانه ملی) است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که رابطه این شاخص و مؤلفه‌های آن با نرخ خودکشی، خطی و ساده نیست و بسته به بافت اجتماعی، ساختار سنی و متغیرهای واسطه، الگوهای متفاوتی بروز می‌کند.

یکی از نخستین مطالعات نظام‌مند در این حوزه، پژوهش شاه^۲ (۲۰۰۹) است که با استفاده از داده‌های ثانویه سازمان بهداشت جهانی^۳ و سازمان ملل، رابطه بین نرخ خودکشی سالمندان و شاخص توسعه انسانی را در سطح بین‌المللی بررسی کرد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که در برخی گروه‌های سنی سالمندان، همبستگی مثبتی میان شاخص توسعه انسانی و نرخ خودکشی وجود دارد؛ به این معنا که کشورهای با سطح توسعه انسانی بالاتر، در برخی موارد، نرخ‌های بالاتری از خودکشی سالمندان را تجربه می‌کنند. شاه این یافته را در چارچوب نظریه «گذار اپیدمیولوژیک» و نیز افزایش انتظارات فردی در جوامع توسعه‌یافته تفسیر می‌کند.

در مطالعه‌ای دیگر، شاه و همکاران (۲۰۰۸)، رابطه نرخ خودکشی سالمندان و نسبت وابستگی سالمندی را در داده‌های بین‌المللی بررسی کردند. نتایج نشان داد که ساختار جمعیتی و فشارهای ناشی از وابستگی سالمندی می‌تواند به عنوان متغیر میانجی در رابطه بین توسعه و خودکشی عمل کند. این یافته‌ها بیانگر آن است که مؤلفه «سلامت» در شاخص توسعه انسانی (افزایش امید به زندگی) اگر با حمایت اجتماعی کافی همراه نباشد، ممکن است با افزایش آسیب‌پذیری روانی سالمندان همراه شود.

در سطح کلان‌تر، مطالعه بوم‌شناختی خزایی^۴ و همکاران (۲۰۱۷) در ۹۱ کشور نشان داد که شاخص توسعه انسانی با نرخ خودکشی رابطه معناداری دارد، اما جهت و شدت این رابطه در مناطق مختلف جهان متفاوت است. در برخی کشورها، به‌ویژه با

1. United Nations Development Programme

2. Shah

3. World Health Organization

4. Khazaei

شاخص توسعه انسانی بالا، نرخ خودکشی بیشتر گزارش شد. این مطالعه همچنین بر نقش شاخص های سلامت عمومی و نابرابری ها به عنوان عوامل همبسته با خودکشی تأکید کرد و نتیجه گرفت که توسعه انسانی لزوماً به کاهش خودکشی منجر نمی شود، بلکه الگوی آن را تغییر می دهد.

مطالعه کابلو رانگل^۱ و همکاران (۲۰۲۰) در مکزیک نشان داد که شاخص توسعه انسانی در سطح ایالتی با نرخ خودکشی و شیوع افسردگی، ارتباط دارد. در این پژوهش، مناطق با شاخص توسعه انسانی بالاتر در برخی موارد، نرخ های بالاتری از خودکشی را تجربه می کردند، که این امر به نابرابری های درون منطقه ای، تغییرات فرهنگی و افزایش فشارهای روانی در فرآیند توسعه نسبت داده شد. این یافته، اهمیت بررسی هم زمان ابعاد ساختاری توسعه و متغیرهای سلامت روان را برجسته می کند.

در کشورهای با اکثریت مسلمان، این مسئله مورد کنکاش قرار گرفته است. مطالعه عرفات^۲ و همکاران (۲۰۲۲) در ۴۶ کشور نشان داد که شاخص توسعه انسانی و سطح درآمد با نرخ خودکشی ارتباط دارد؛ اما این رابطه تحت تأثیر نظام سیاسی و زمینه فرهنگی قرار می گیرد. در این مطالعه، درآمد سرانه به عنوان یکی از مؤلفه های شاخص توسعه انسانی، در برخی کشورها، رابطه مثبت و در برخی دیگر، رابطه منفی با خودکشی داشت که بیانگر نقش میانجی گر متغیرهای نهادی و فرهنگی است.

از منظر مؤلفه «درآمد»، پژوهش آنا توکاکیس و گوپتا^۳ (۲۰۱۷) در ایالات متحده نشان داد که نااطمینانی سیاست اقتصادی با افزایش نرخ خودکشی مرتبط است. این یافته بیانگر آن است که نه تنها سطح درآمد، بلکه ثبات و پیش بینی پذیری اقتصادی نیز در تبیین خودکشی اهمیت دارد. بنابراین بعد درآمدی شاخص توسعه انسانی باید در پیوند با کیفیت حکمرانی اقتصادی و امنیت روانی ناشی از آن تحلیل شود. در حوزه نوجوانان، مطالعه روح^۴ و همکاران (۲۰۱۸) در ۲۹ کشور عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی^۵ (OECD) نشان داد که کشورهای با سطح توسعه بالاتر، لزوماً نرخ خودکشی پایین تری در

1. Cabello-Rangel

2. Arafat

3. Antonakakis & Gupta

4. Roh

5. Organization for Economic Cooperation and Development

گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال ندارند. این یافته بیانگر آن است که مؤلفه «آموزش» و دسترسی گسترده به نظام آموزشی در جوامع توسعه یافته اگر با فشارهای رقابتی و انتظارات بالا همراه باشد، می‌تواند به افزایش استرس و آسیب‌پذیری روانی نوجوانان بیانجامد.

مرور پیشینه نشان می‌دهد که در ایران هرچند ابعاد سه‌گانه توسعه انسانی یعنی درآمد، آموزش و سلامت هر یک به صورت جداگانه و با نتایج معنادار در ارتباط با خودکشی بررسی شده‌اند، با این حال رابطه شاخص ترکیبی توسعه انسانی با نرخ خودکشی تاکنون به طور مستقیم و یکپارچه تحلیل نشده است. مطالعات داخلی عمدتاً بر متغیرهایی چون بیکاری، نابرابری، تحصیلات، سرمایه اجتماعی و سلامت روان تمرکز داشته‌اند و نشان داده‌اند که بی‌ثباتی اقتصادی و ضعف پیوندهای اجتماعی، اثر افزایشی و ارتقای سرمایه انسانی، اثر کاهشی بر خودکشی دارد. در سطح بین‌المللی نیز شواهد بیانگر آن است که شاخص توسعه انسانی، رابطه‌ای پیچیده و گاه غیر خطی با خودکشی دارد و این رابطه بسته به بافت فرهنگی، ساختار جمعیتی و شرایط نهادی متفاوت است. با این حال در ادبیات ایران، خلأ جدی در زمینه تحلیل تلفیقی سه بعد توسعه انسانی، بررسی ناهمگنی فضایی استان‌ها و آزمون این رابطه در قالب داده‌های استانی دهه ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ وجود دارد؛ خلأیی که انجام یک مطالعه طولی و استانی می‌تواند آن را پر کند و مبنایی علمی برای سیاست‌گذاری منطقه‌محور در حوزه سلامت روان فراهم آورد.

چارچوب نظری

برنامه توسعه سازمان ملل متحد (۲۰۲۰)، شاخص توسعه انسانی^۱ را معیاری جامع و فراتر از درآمد صرف معرفی کرده است که سطح رفاه و کیفیت زندگی جوامع را به طور کلی اندازه‌گیری می‌کند. این شاخص تلاش دارد تا نه تنها وضعیت اقتصادی کشورها، بلکه ظرفیت‌های اجتماعی، فرهنگی و انسانی افراد را نیز در تحلیل توسعه لحاظ کند و بدین ترتیب تصویری جامع از توسعه واقعی ارائه دهد. شاخص توسعه انسانی، سه بعد اصلی را در برمی‌گیرد: سلامت که با امید به زندگی در بدو تولد سنجیده می‌شود، آموزش که با میانگین سال‌های تحصیل و سال‌های مورد انتظار تحصیل اندازه‌گیری

1. Human Development Index - HDI

می‌گردد و درآمد که بر اساس درآمد ناخالص ملی سرانه تعریف می‌شود. بر این اساس شاخص توسعه انسانی، فرایندی برای گسترش انتخاب‌ها و فرصت‌های افراد است و هدف آن، ارتقای کیفیت زندگی، افزایش طول عمر و توسعه ظرفیت‌های شناختی و اجتماعی افراد است (UNDP, 2020: 28).

به بیان دیگر، این شاخص نه تنها معیاری برای ارزیابی رفاه اقتصادی، بلکه ابزاری برای تحلیل توانمندسازی فردی و جمعی و سطح بهره‌مندی از فرصت‌ها در ابعاد مختلف زندگی به شمار می‌رود. بنابراین ابعاد مختلف شاخص توسعه انسانی، بازتاب دهنده وضعیت اقتصادی، سطح سرمایه انسانی، دسترسی به آموزش، سلامت عمومی و توانایی افراد برای مشارکت فعال در فرآیندهای اجتماعی و فرهنگی است و می‌تواند به عنوان معیاری کلیدی برای درک تفاوت‌های توسعه‌ای و پیش‌بینی پیامدهای اجتماعی، از جمله سلامت روان و رفتارهای پرخطر مانند خودکشی به کار رود (مهری، ۱۴۰۱: ۲۷۴-۲۷۶).

از دیدگاه جامعه‌شناسی کلاسیک، تغییرات توسعه‌ای و مدرنیزاسیون تنها محدود به پیشرفت اقتصادی نیست، بلکه تحولات عمیقی در ساختارهای اجتماعی، روابط سنتی و انسجام گروهی ایجاد می‌کند. دورکیم^۱ (۱۹۵۱) در نظریه خود درباره خودکشی نشان می‌دهد که دگرگونی سریع اجتماعی و اقتصادی می‌تواند منجر به وضعیت «آنومی نسبی» شود؛ وضعیتی که در آن، ارزش‌ها و هنجارهای درونی شده ناکافی یا متناقض با تغییرات محیطی می‌شوند و فشار روانی و تنش اجتماعی را افزایش می‌دهند. وبر^۲ (۱۹۷۸) نیز تأکید می‌کند که مدرنیزاسیون با افزایش عقلانیت و فردگرایی، پیوندهای سنتی و حمایت‌های اجتماعی را تضعیف می‌کند و گسست اجتماعی را تشدید می‌نماید. انگلس و مارکس^۳ (۱۸۴۸) نیز با تأکید بر تغییرات ساختاری ناشی از سرمایه داری و شهرنشینی، روندهای مشابهی را در جوامع مدرن تشریح کرده‌اند. بر این اساس افزایش سطح تحصیلات، رشد شهرنشینی و رونق درآمدها در برخی استان‌ها ممکن است موجب افزایش آگاهی انتقادی، توقعات ذهنی بالاتر و فشار مقایسه اجتماعی شود؛

1. Durkheim

2. Weber

3. Marx & Engels

عواملی که از منظر دورکیم، زمینه‌ساز بروز خودکشی در شرایط آنومی نسبی هستند (Giddens, 1990: 67).

دیدگاه نئومارکسیستی و نظریه‌های وابستگی، این تحلیل را تکمیل می‌کند. از این منظر، توسعه در سطح کلان لزوماً به کاهش تنش‌های اجتماعی منجر نمی‌شود؛ زیرا رشد اقتصادی و توسعه انسانی می‌تواند نامتوازن و قطبی شده باشد و درون استان‌های برخوردارتر نیز شکاف طبقاتی و فاصله ثروت میان گروه‌ها افزایش یابد. این نابرابری نسبی، به شکل احساس بی‌عدالتی، نارضایتی و استرس روانی ظاهر می‌شود و ممکن است به افزایش خودکشی منجر گردد (Harvey, 2005: 43). همچنین رشد درآمد بدون توزیع عادلانه و افزایش آموزش بدون فرصت‌های شغلی می‌تواند محرک فشار روانی و بی‌معنایی در زندگی افراد باشد (ر.ک: Marx & Engels, 1848).

از نظر پساساختارگرایی فرهنگی، توسعه اجتماعی همراه با تحول ارزش‌ها و تغییرات فرهنگی است. اینگلهارت (۱۹۹۷) نشان می‌دهد که جوامع در مسیر توسعه با جابه‌جایی ارزش‌ها از «بقا» به «ابراز وجود» مواجه می‌شوند. در چنین گذار ارزشی، خودکشی می‌تواند نشانه‌ای از بحران معنا و فقدان همبستگی اجتماعی باشد؛ وضعیتی که در آن نیازهای مادی پاسخ داده شده‌اند، اما پیوندهای اجتماعی و معنای زندگی در حال تضعیف است (ر.ک: Inglehart & Welzel, 2005). بل^۱ (۱۹۹۶) نیز بر پیامدهای روانی و اجتماعی چنین گذار فرهنگی تأکید کرده و بحران معنا را عامل بالقوه افزایش رفتارهای خودکشی می‌داند.

تحقیقات بین‌المللی نشان داده‌اند که رابطه شاخص توسعه انسانی و مؤلفه‌های آن با خودکشی، ساده و خطی نیست و تحت تأثیر عوامل جمعیتی، فرهنگی و نهادی قرار دارد. رابطه بین توسعه انسانی و خودکشی از طریق چند سازوکار اصلی قابل توضیح است. یکی از مهم‌ترین این مکانیسم‌ها، نابرابری و فشارهای روانی است. افزایش شاخص توسعه انسانی ممکن است با افزایش انتظارات فردی، رقابت‌های اجتماعی و کاهش حمایت‌های سنتی همراه شود که در نتیجه استرس روانی را افزایش داده، ریسک خودکشی را بالا می‌برد (ر.ک: Shah, 2009; Khazaei et al., 2017). از سوی دیگر، امنیت

اقتصادی به‌ویژه ثبات اقتصادی و فرصت‌های شغلی که بخشی از مؤلفه‌های درآمدی شاخص توسعه انسانی هستند، به طور مستقیم سلامت روان را تحت تأثیر قرار داده، توانایی مقابله با فشارهای زندگی را تقویت می‌کند (Antonakakis & Gupta, 2017: 552). علاوه بر این سرمایه انسانی و مشارکت اجتماعی از طریق تحصیلات و مشارکت فعال در جامعه، ظرفیت‌های مقابله‌ای، شبکه‌های حمایتی و مهارت‌های حل مسئله افراد را افزایش داده، می‌توانند رفتارهای پرخطر از جمله خودکشی را کاهش دهند (ر.ک: مهری، ۱۴۰۱؛ قادری و نظری، ۱۳۹۸).

سلامت روان و سرمایه اجتماعی، نقش دوگانه‌ای در رابطه با خودکشی دارند: هم به عنوان عوامل محافظت‌کننده و هم به عنوان واسطه میان شاخص توسعه انسانی و خودکشی عمل می‌کنند؛ به طوری که تقویت عزت‌نفس، کاهش اضطراب و فراهم آوردن حمایت اجتماعی می‌تواند بخش زیادی از واریانس نرخ خودکشی را توضیح دهد و اهمیت این مکانیسم‌ها در سطح فردی و جمعی را برجسته کند (ر.ک: موسوی فرد و بهادر، ۱۴۰۳؛ زرانی و احمدی، ۱۴۰۰). بنابراین بررسی رابطه شاخص توسعه انسانی و خودکشی نیازمند نگاه چندسطحی و چندبعدی است؛ به طوری که ابعاد اقتصادی، آموزشی، سلامت، سرمایه انسانی، سرمایه اجتماعی و ویژگی‌های فرهنگی و نهادی در تبیین سازوکارهای این رابطه مورد توجه قرار گیرند. این چارچوب، مبنای تحلیل دقیق‌تر و پژوهش‌های تطبیقی و بوم‌شناختی در سطح استان‌ها و دوره‌های زمانی مشخص را فراهم می‌آورد و اهمیت مطالعه شاخص توسعه انسانی به عنوان شاخص جامعی در تبیین پیامدهای اجتماعی و سلامت روان را برجسته می‌سازد.

روش پژوهش

فرایند پژوهشی حاضر بر مبنای رویکرد تحلیل ثانویه اسناد و مدارک بنا شده است. این مطالعه از حیث روش‌شناسی در دسته تحقیقات توصیفی - تحلیلی قرار می‌گیرد، زیرا هدف اصلی آن، تبیین روابط میان متغیرها در بستر داده‌های موجود است. داده‌های مورد استفاده در این تحقیق از دو منبع اصلی گردآوری شده‌اند: نخست، اطلاعات تفصیلی و سری زمانی مربوط به موارد خودکشی ثبت‌شده که مستقیماً از سازمان پزشکی قانونی^(۱) کشور استخراج شد. دوم، شاخص‌های کمی مرتبط با توسعه انسانی که

منبع آنها، گزارش‌های رسمی انتشار یافته توسط سازمان بهداشت جهانی بوده‌اند. این مجموعه داده‌ها برای پوشش یک بازه زمانی دقیق و کامل، شامل سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ شمسی بررسی شدند، با این فرض که این دوره نشان‌دهنده تحولات کلیدی در دهه یاد شده است.

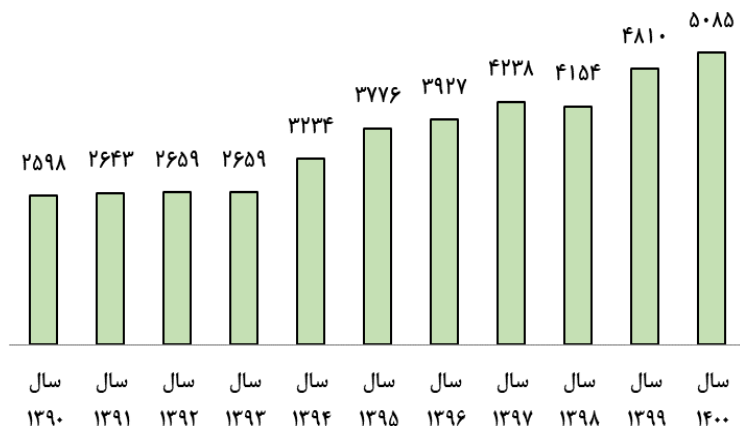
در این تحلیل، استان‌های کشور به عنوان واحد تحلیل نهایی در نظر گرفته شدند و در نتیجه ۳۱ واحد مشاهده‌ای (استان) در طول دوره ده‌ساله ارزیابی شدند. مجموعه داده‌های نهایی شامل مقادیر متغیرهای مستقل (زیرشاخص‌های شاخص توسعه انسانی: سلامت، آموزش و درآمد) و متغیر وابسته (نرخ خودکشی) برای هر استان در هر سال است. برای انجام محاسبات آماری و تحلیل همبستگی‌ها، از نرم‌افزار تخصصی SPSS استفاده شد تا روابط آماری میان متغیرها به طور دقیق‌تری مشخص شود.

نکته حایز اهمیتی که باید در این بخش مورد توجه قرار گیرد، مربوط به محدودیت‌های ذاتی داده‌های ثانویه است. همان‌گونه که مستندات رسمی نشان می‌دهد، به‌ویژه در حوزه آمار مربوط به پدیده‌های حساس نظیر خودکشی، ممکن است میزان دقیق و فراگیر وقایع با آنچه در آمار رسمی منعکس می‌شود، فاصله داشته باشد. این امر به عواملی نظیر عدم گزارش‌دهی کافی، ملاحظات اجتماعی یا محرمانگی گزارش‌ها بازمی‌گردد. با وجود این محدودیت آشکار، بنا بر ضرورت پژوهش و فقدان داده‌های جایگزین موثق‌تر، پژوهشگران اعتبار داده‌ها را بر اساس مرجع رسمی آنها پذیرفته و فرض را بر درستی داده‌های ثبت‌شده در سازمان پزشکی قانونی قرار داده‌اند.

یافته‌های پژوهش

تحلیل‌های صورت گرفته در این مطالعه، مجموعه‌ای از یافته‌های توصیفی و تحلیلی را درباره توزیع و روند خودکشی در مقایسه با متغیرهای توسعه انسانی ارائه می‌دهد که در دو بخش مجزا مورد بحث قرار می‌گیرد. در بخش نخست، توصیفی از وضعیت متغیرهای مورد بررسی ارائه شده و در بخش دوم، به تبیین نرخ‌های خودکشی در استان‌های کشور بر اساس شاخص‌های توسعه انسانی پرداخته شده است.

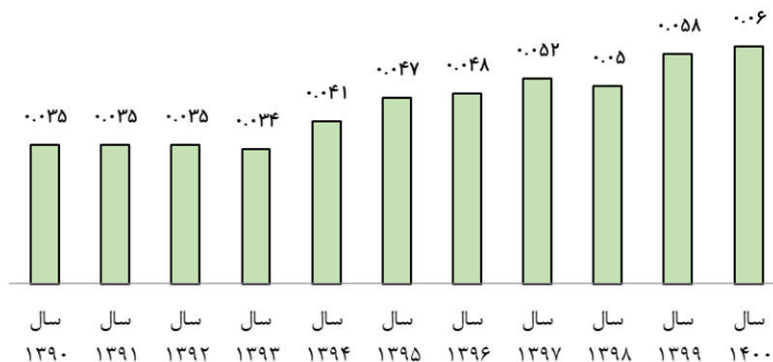
یافته‌های توصیفی



شکل ۱- نمودار تعداد خودکشی‌های واقع شده در کشور در دوره زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰
(مأخذ: آمارهای پزشکی قانونی)

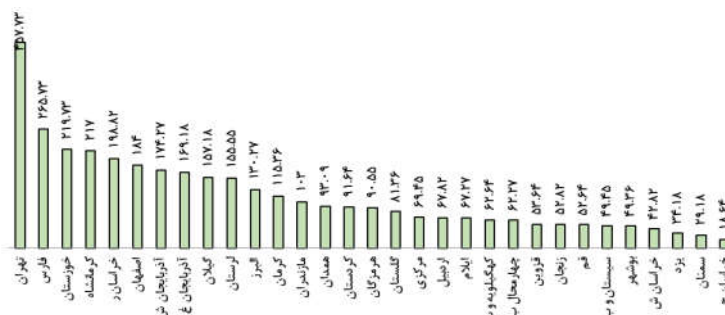
بررسی داده‌های سرشماری شده در بازه زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ نشان داد که در مجموع ۳۶۱۶ مورد خودکشی به طور متوسط در هر سال در سطح کشور به ثبت رسیده است. تحلیل روند این موارد در طول دهه نشان دهنده افزایش قابل توجه و تقریباً نمایی است؛ به طوری که در سال ابتدایی مطالعه، یعنی ۱۳۹۰، تعداد موارد ثبت شده ۲۵۹۸ مورد بوده است؛ در حالی که در انتهای دوره موردنظر، یعنی در سال ۱۴۰۰، این رقم با جهشی چشمگیر به ۵۰۸۵ مورد افزایش یافته است (شکل ۱). این افزایش نشان می‌دهد که فشارها یا عوامل زمینه‌ساز خودکشی در جامعه ایرانی تقویت شده‌اند.

وقتی این تعداد خام به نرخ خودکشی در میان کل جمعیت (به ازای هر صد هزار نفر یا متناسب با مقیاس مورد استفاده در نمودار) تبدیل می‌شود، الگوی مشاهده شده تقویت می‌گردد. نرخ خودکشی به طور نظام‌مند از مقادیر پایین‌تر در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳ شروع شده و پس از آن یک شیب تندرو به بالا را آغاز کرده و در سال ۱۴۰۰ به بیشترین حد خود یعنی ۰/۰۶ رسیده است (شکل ۲). این روند صعودی نشان دهنده وخامت کلی وضعیت سلامت روان و شرایط اجتماعی در کشور در سال‌های پایانی دهه مورد بررسی است.



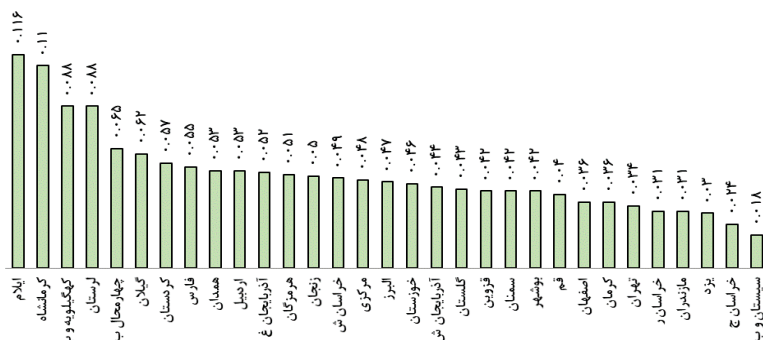
شکل ۲- نمودار نرخ خودکشی در کشور در دوره زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰
(مأخذ: آمارهای پزشکی قانونی کشور)

در مرحله بعدی، تمرکز بر تفاوت‌های منطقه‌ای و استانی صورت گرفت. آمارهای مطلق نشان داد که استان تهران به دلیل تراکم بالای جمعیت، با میانگین سالانه ۴۵۷ مورد خودکشی، بیشترین تعداد وقوع این پدیده را داشته است. استان‌های بعدی در این رتبه‌بندی شامل فارس (میانگین ۲۶۶ مورد در سال)، خوزستان و کرمانشاه هستند که همگی از استان‌های پرجمعیت یا دارای چالش‌های منطقه‌ای هستند. در نقطه مقابل، استان‌هایی نظیر خراسان جنوبی، سمنان، یزد و خراسان شمالی، کمترین تعداد کلی خودکشی را در سرتاسر این دهه داشته‌اند (شکل ۳).



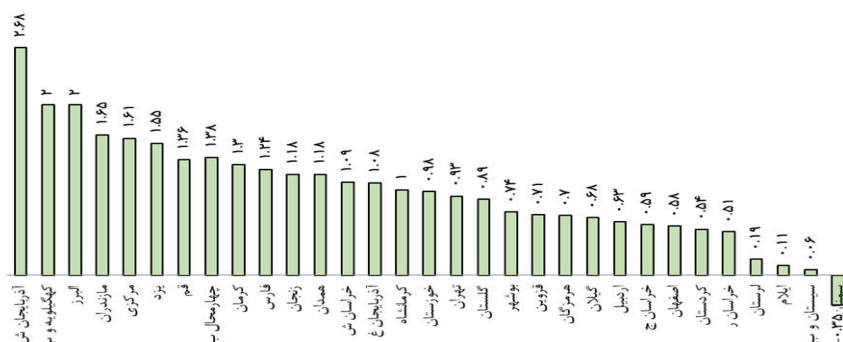
شکل ۳- نمودار میانگین تعداد خودکشی‌ها در دوره زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰
به تفکیک استان‌های کشور (مأخذ: آمارهای پزشکی قانونی کشور)

با وجود این برای دستیابی به تصویری دقیق‌تر از فشار اجتماعی هر استان، اتکای صرف به تعداد مطلق، مناسب نیست و باید نرخ خودکشی متناسب با جمعیت هر استان سنجیده شود. این شاخص - که در نمودار شکل (۴) ترسیم شده - تفاوت‌های اساسی در توزیع فشار را آشکار می‌کند. بر اساس این معیار، استان ایلام با نرخ تقریبی ۰/۱۱۶ در صدر فهرست قرار می‌گیرد و به عنوان بالاترین نقطه بحرانی در سطح استان‌ها شناسایی می‌شود. پس از آن، استان کرمانشاه (با نرخ حدود ۰/۱۱) و استان‌های کهگیلویه و بویراحمد و لرستان (با نرخ‌هایی نزدیک به ۰/۰۸۸) در گروه استان‌هایی با ریسک بالای خودکشی قرار می‌گیرند. در سوی دیگر، استان‌هایی با کمترین نرخ خودکشی شامل سیستان و بلوچستان (۰/۰۱۸)، خراسان جنوبی (۰/۰۲۴)، یزد (۰/۰۳۰) و مازندران (۰/۰۳۱) شناسایی شدند.



شکل ۴- نمودار میانگین نرخ خودکشی در دوره زمانی ۱۳۹۰-۱۴۰۰ به تفکیک استان‌های کشور (مأخذ: آمارهای پزشکی قانونی کشور)

تحلیل تغییرات زمانی نرخ خودکشی در سطح استانی - که در نمودار شکل (۵) منعکس شده است - حکایت از وضعیت عمومی نگران‌کننده دارد. در کمال تعجب، ۳۰ استان از مجموع ۳۱ استان کشور در طول دوره مورد مطالعه، افزایش نرخ خودکشی را تجربه کرده‌اند. استان آذربایجان شرقی، بالاترین ضریب رشد را نشان می‌دهد، به گونه‌ای که نرخ آن، بیش از ۲/۵ برابر شده است. همچنین استان‌های البرز و کهگیلویه و بویراحمد نیز با رشد تقریباً دو برابری نرخ خودکشی خود روبه‌رو بوده‌اند. تنها موردی که از این قاعده کلی مستثنی است، استان سمنان است که در طول این دهه، کاهش تقریباً به میزان ۰/۳۵ در نرخ خودکشی خود ثبت کرده است (شکل ۵).

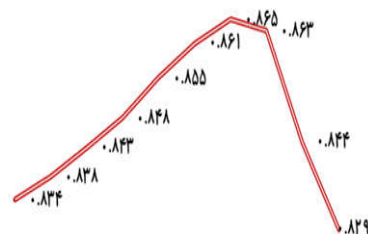


شکل ۵- نمودار تغییرات نرخ خودکشی طی سال های ۱۳۹۰-۱۴۰۰ به تفکیک استان های کشور (مأخذ: آمارهای پزشکی قانونی کشور)

بخش دیگر مطالعه حاضر به شاخص های توسعه انسانی استان ها طی سال های ۱۳۹۰-۱۴۰۰ مربوط است. این شاخص ها عبارتند از شاخص سلامت، شاخص آموزش، شاخص درآمد و شاخص کل توسعه انسانی.



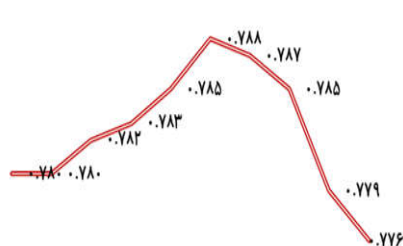
شکل ۷- نمودار تغییرات شاخص آموزش کشور در دهه ۱۳۹۰



شکل ۶- نمودار تغییرات شاخص سلامت کشور در دهه ۱۳۹۰

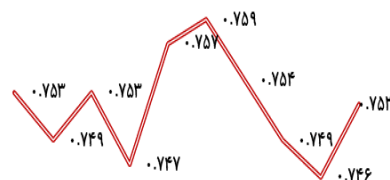
شکل (۶)، تغییرات شاخص سلامت در کشور را در طول دهه ۱۳۹۰ نمایش می‌دهد. طبق اطلاعات این نمودار، نیمه اول این دهه، به‌ویژه بین سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷، روندی کاملاً صعودی در کشور داشته و طی این دوره از ۰/۸۳۸ در سال ۱۳۹۳ به ۰/۸۶۵ در سال ۱۳۹۷ رسیده است که بالاترین مقدار در طول دوره مورد بررسی محسوب می‌شود. اما این روند در نیمه دوم دهه ۱۳۹۰ تغییر یافته و در یک مسیر نزولی به عدد ۰/۸۲۹ در سال ۱۴۰۰ رسیده است.

شکل (۷)، وضعیت شاخص آموزش را در طول دوره مورد بررسی نمایش می‌دهد. اطلاعات این نمودار بیانگر آن است که بالاترین مقدار این شاخص در طول دهه ۱۳۹۰ (معادل ۰/۷۵۸) مربوط به سال ۱۳۹۲ بوده و در ادامه در یک روند نزولی به عدد ۰/۷۴۸ در سال ۱۳۹۵ رسیده است. اما شاخص سلامت در نیمه دوم دهه ۹۰ با شیب صعودی ملایمی افزایش یافته و در نهایت در سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ در عدد ۰/۷۵۰ تثبیت شده است.



سال سال سال سال سال سال سال سال سال سال
۱۳۹۱ ۱۳۹۲ ۱۳۹۳ ۱۳۹۴ ۱۳۹۵ ۱۳۹۶ ۱۳۹۷ ۱۳۹۸ ۱۳۹۹ ۱۴۰۰

شکل ۹- نمودار تغییرات شاخص توسعه انسانی در دهه ۱۳۹۰



سال سال سال سال سال سال سال سال سال سال
۱۳۹۱ ۱۳۹۲ ۱۳۹۳ ۱۳۹۴ ۱۳۹۵ ۱۳۹۶ ۱۳۹۷ ۱۳۹۸ ۱۳۹۹ ۱۴۰۰

شکل ۸- نمودار تغییرات شاخص درآمد کشور در دهه ۱۳۹۰

طبق نمودار شکل (۸)، شاخص درآمد نیز در طول دوره مورد بررسی، دو روند متفاوت را پشت سر گذاشته است. در نیمه اول، به‌ویژه طی سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۶،

مقدار این شاخص با شیب نسبتاً تندی افزایش یافته و از عدد ۰/۷۴۷ در سال ۱۳۹۴ به عدد ۰/۷۵۹ در سال ۱۳۹۶ رسیده است. اما در نیمه دوم دهه ۹۰، شاخص درآمد، سیر نزولی در پیش گرفته و در سال ۱۳۹۹ به کمترین میزان، یعنی ۰/۷۴۶ کاهش یافته است. اما در وضعیت شاخص کل توسعه انسانی در طول دهه ۱۳۹۰ نیز دو روند متفاوت قابل مشاهده است: روند صعودی ملایم در نیمه اول که طی آن شاخص توسعه انسانی از ۰/۷۸۰ در سال ۱۳۹۲ به عدد ۰/۷۸۸ در سال ۱۳۹۶ رسیده و روند نزولی با شیب نسبتاً تند در نیمه دوم که طی آن، مقدار این شاخص از عدد ۰/۷۸۸ به ۰/۷۷۶ در سال ۱۴۰۰ رسیده است (شکل ۹).

در جدول (۱)، اطلاعات مربوط به میانگین و تغییرات شاخص توسعه انسانی و زیرشاخص‌های سه‌گانه آن در دوره یادشده به تفکیک استان‌های کشور ارائه شده است.

جدول ۱- وضعیت شاخص‌های توسعه انسانی در دوره زمانی

۱۳۹۰-۱۴۰۰ به تفکیک استان‌های کشور

شاخص توسعه انسانی		سلامت		آموزش		درآمد		
$\frac{HDI}{2010}$	$\frac{HDI}{2015}$	$\frac{HDI}{2010}$	$\frac{HDI}{2015}$	$\frac{HDI}{2010}$	$\frac{HDI}{2015}$	$\frac{HDI}{2010}$	$\frac{HDI}{2015}$	
۰/۲۵۶	۰/۷۷۰	۰/۱۷۱	۰/۸۴۵	۰/۳۱۵	۰/۷۱۷	۰/۲۷۵	۰/۷۵۳	آذربایجان ش
۰/۲۸۴	۰/۷۴۵	۰/۱۸۲	۰/۸۳۵	۰/۳۸۲	۰/۶۵۷	۰/۳۷۵	۰/۷۵۳	آذربایجان غ
۰/۲۸۲	۰/۷۴۶	۰/۲۲۵	۰/۷۹۷	۰/۳۲۳	۰/۷۱۰	۰/۲۹۵	۰/۷۳۵	اردبیل
۰/۲۰۶	۰/۸۱۴	۰/۱۶۱	۰/۸۵۳	۰/۲۲۳	۰/۸۰۰	۰/۲۳۲	۰/۷۹۱	اصفهان
۰/۲۰۱	۰/۸۱۹	۰/۱۶۳	۰/۸۵۲	۰/۱۵۶	۰/۸۶۰	۰/۲۷۹	۰/۷۴۹	البرز
۰/۲۲۳	۰/۷۹۹	۰/۱۴۶	۰/۸۶۷	۰/۲۴۵	۰/۷۸۰	۰/۲۷۴	۰/۷۵۴	ایلام
۰/۲۲۷	۰/۷۹۵	۰/۱۶۹	۰/۸۴۷	۰/۲۵۵	۰/۷۷۱	۰/۲۵۵	۰/۷۷۱	بوشهر
۰/۲۰۱	۰/۸۱۹	۰/۱۶۳	۰/۸۲۵	۰/۱۵۶	۰/۸۶۰	۰/۱۷۹	۰/۷۴۹	تهران
۰/۲۴۵	۰/۷۸۰	۰/۱۵۳	۰/۸۶۱	۰/۳۰۳	۰/۷۲۸	۰/۲۷۱	۰/۷۵۶	چهارمحال ب
۰/۲۸۷	۰/۷۴۲	۰/۱۸۸	۰/۸۳۰	۰/۳۵۵	۰/۶۸۱	۰/۳۰۹	۰/۷۲۲	خراسان ج
۰/۲۶۱	۰/۷۶۵	۰/۱۷۷	۰/۸۴۰	۰/۳۲۱	۰/۷۱۱	۰/۲۷۷	۰/۷۵۱	خراسان ر
۰/۲۹۸	۰/۷۳۱	۰/۱۸۳	۰/۸۳۴	۰/۳۸۲	۰/۶۵۷	۰/۳۱۷	۰/۷۱۵	خراسان ش

خوزستان	۰/۷۸۲	۰/۲۴۲	۰/۷۲۹	۰/۳۰۲	۰/۸۵۲	-۰/۱۶۳	۰/۷۸۶	-۰/۲۳۷
زنجان	۰/۷۲۵	۰/۳۰۶	۰/۷۰۷	۰/۳۲۷	۰/۸۴۵	-۰/۱۷۱	۰/۷۵۶	-۰/۲۷۱
سمنان	۰/۷۵۷	۰/۲۷۰	۰/۸۱۵	۰/۲۰۶	۰/۸۵۰	-۰/۱۶۵	۰/۸۰۷	-۰/۲۱۴
سیستان و ب	۰/۶۷۵	۰/۳۶۱	۰/۵۴۰	۰/۵۱۲	۰/۸۳۹	-۰/۱۷۸	۰/۶۷۴	-۰/۳۶۳
فارس	۰/۷۶۰	۰/۲۶۷	۰/۷۷۳	۰/۲۵۳	۰/۸۴۷	-۰/۱۶۹	۰/۷۹۲	-۰/۲۳۱
قزوین	۰/۷۵۹	۰/۲۶۸	۰/۷۳۲	۰/۲۹۸	۰/۸۵۲	-۰/۱۶۲	۰/۷۷۹	-۰/۲۴۵
قم	۰/۷۶۱	۰/۲۶۶	۰/۷۷۷	۰/۲۴۸	۰/۸۶۲	-۰/۱۵۱	۰/۷۹۹	-۰/۲۲۳
کردستان	۰/۷۶۶	۰/۲۶۰	۰/۶۳۶	۰/۴۰۶	۰/۸۰۳	-۰/۲۱۸	۰/۷۳۱	-۰/۲۹۹
کرمان	۰/۷۲۴	۰/۳۰۷	۰/۷۲۳	۰/۳۰۸	۰/۸۵۰	-۰/۱۶۵	۰/۷۶۳	-۰/۲۶۳
کرمانشاه	۰/۷۷۱	۰/۲۵۵	۰/۷۲۱	۰/۳۱۱	۰/۸۵۷	-۰/۱۵۸	۰/۷۸۱	-۰/۲۴۳
کهگیلویه و بو	۰/۷۵۳	۰/۲۹۵	۰/۷۵۵	۰/۲۷۳	۰/۸۴۳	-۰/۱۷۳	۰/۷۷۶	-۰/۲۴۹
گلستان	۰/۷۳۴	۰/۲۹۶	۰/۶۹۸	۰/۳۳۶	۰/۸۶۰	-۰/۱۵۴	۰/۷۶۱	-۰/۲۶۶
گیلان	۰/۷۳۲	۰/۲۹۸	۰/۷۷۰	۰/۲۵۶	۰/۸۶۷	-۰/۱۴۷	۰/۷۸۷	-۰/۲۳۶
لرستان	۰/۷۴۵	۰/۲۸۳	۰/۷۱۲	۰/۳۲۰	۰/۸۴۵	-۰/۱۷۰	۰/۷۶۶	-۰/۲۶۰
مازندران	۰/۷۵۳	۰/۲۷۵	۰/۸۰۴	۰/۲۱۸	۰/۸۶۹	-۰/۱۴۵	۰/۸۰۷	-۰/۲۱۴
مرکزی	۰/۷۴۹	۰/۲۷۹	۰/۷۳۸	۰/۲۹۲	۰/۸۴۶	-۰/۱۷۰	۰/۷۷۶	-۰/۲۴۹
هرمزگان	۰/۷۲۷	۰/۳۰۴	۰/۶۹۳	۰/۳۴۲	۰/۸۵۰	-۰/۱۶۶	۰/۷۵۳	-۰/۲۷۴
همدان	۰/۷۵۲	۰/۲۷۶	۰/۶۸۳	۰/۳۵۲	۰/۸۴۹	-۰/۱۶۶	۰/۷۵۸	-۰/۲۶۸
یزد	۰/۷۷۵	۰/۲۵۰	۰/۷۸۴	۰/۲۴۰	۰/۸۶۷	-۰/۱۴۷	۰/۸۰۷	-۰/۲۱۴
کل کشور	۰/۷۵۲	۰/۲۷۶	۰/۷۵۲	۰/۲۷۶	۰/۸۴۸	-۰/۱۶۷	۰/۷۸۳	-۰/۲۴۱

تبیین نرخ خودکشی برحسب شاخص‌های توسعه انسانی

بر اساس جدول (۲)، شاخص توسعه انسانی و زیرشاخص‌های آموزش و درآمد، همبستگی آماری معنی‌دار با نرخ خودکشی نشان می‌دهد. همبستگی‌های مشاهده‌شده از نوع همبستگی مثبت است. به عبارت ساده‌تر، این نتایج نشان می‌دهد استان‌هایی که توسعه انسانی بالاتری دارند، به مراتب نرخ‌های خودکشی بالاتری در مقایسه با سایر استان‌ها نشان می‌دهند. بررسی همبستگی‌های مشاهده‌شده از منظر شدت نیز بیانگر آن است که از بین شاخص‌های سه‌گانه، شاخص آموزش با ضریب همبستگی ۰/۳۲۹، بالاترین همبستگی را با نرخ خودکشی نشان می‌دهد (جدول ۲).

جدول ۲- همبستگی‌های مشاهده‌شده بین نرخ خودکشی و شاخص‌های توسعه انسانی

شاخص	شاخص آموزش	شاخص سلامت	شاخص توسعه انسانی	
۰/۲۸۲*	۰/۳۲۹*	۰/۱۰۲	۰/۳۳۱*	R
۰/۰۴۶	۰/۰۱۲	۰/۵۹۰	۰/۰۰۹	Sig.
۳۱	۳۱	۳۱	۳۱	N

روابط آماری میان نرخ خودکشی و تغییرات شاخص‌های توسعه انسانی در طول ده سال مورد مطالعه نیز بررسی شده است. نتایج این بررسی در جدول (۳) ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تغییرات شاخص توسعه انسانی و همچنین زیرشاخص آموزش، همبستگی معنی‌داری با نرخ خودکشی نشان می‌دهد. همبستگی مشاهده‌شده میان تغییرات شاخص آموزش با نرخ خودکشی از نوع همبستگی مثبت بوده، نشان می‌دهد که در دوره زمانی مورد مطالعه، تغییرات مثبت در شاخص آموزش با افزایش نرخ خودکشی در استان‌ها همراه بوده است.

همچنین در جدول (۳)، همبستگی مشاهده شده میان تغییرات شاخص کل توسعه انسانی و نرخ خودکشی در طول دوره زمانی مورد بررسی نشان می‌دهد که بین تغییرات شاخص توسعه انسانی و نرخ خودکشی در استان‌ها، همبستگی معنی‌دار مثبتی وجود دارد. این همبستگی نشان می‌دهد استان‌هایی که در دهه گذشته، رشد بیشتری در شاخص توسعه انسانی تجربه کرده‌اند، در مقایسه با سایر استان‌ها به مراتب افزایش بیشتری را در نرخ‌های خودکشی نشان می‌دهند. همچنین روند افزایش نرخ خودکشی در استان‌هایی که شاخص توسعه انسانی پایین‌تری دارند، به مراتب کندتر از سایر استان‌ها بوده است (جدول ۳).

جدول ۳- همبستگی‌های مشاهده‌شده بین نرخ خودکشی و تغییرات شاخص‌های توسعه انسانی

شاخص	شاخص آموزش	شاخص سلامت	شاخص توسعه انسانی	
۰/۱۰۱	۰/۴۶۱*	۰/۰۴۷	۰/۳۴۶*	R
۰/۵۹۰	۰/۰۰۹	۰/۸۰۳	۰/۰۴۷	Sig.
۳۱	۳۱	۳۱	۳۱	N

از سوی دیگر، خلاصه مدل رگرسیونی بیانگر آن است که متغیرهای واردشده در دستگاه رگرسیون، شامل شاخص درآمد، شاخص آموزش، شاخص سلامت، تغییرات شاخص درآمد، تغییرات شاخص آموزش و تغییرات شاخص سلامت، در مجموع همبستگی ۰/۶۳ را با متغیر نرخ خودکشی به نمایش گذاشته‌اند. از سوی دیگر، این شش متغیر در کنار هم در مجموع توانسته‌اند ۰/۴۰ از واریانس نرخ خودکشی در بین استان‌های کشور را تبیین کنند (جدول ۴).

جدول ۴- خلاصه مدل رگرسیونی

Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R	Model
۰/۰۱۹۶۳۸۰	۰/۳۵۰	۰/۴۰۰	۰/۶۳۳	۱

بررسی ضرایب بتای به‌دست‌آمده نیز بیانگر آن است که دو مورد از متغیرهای مستقل، شامل تغییرات شاخص آموزش با ضریب بتای ۰/۴۴۱ و شاخص درآمد با بتای ۰/۳۲۷، به ترتیب حائز بیشترین تأثیر معنی‌دار بر نرخ خودکشی بوده‌اند. این نتایج نشان می‌دهد که افزایش در شاخص‌های آموزش و درآمد در فاصله میان سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۴۰۰ بر افزایش نرخ خودکشی در استان‌های مختلف کشور مؤثر بوده است (جدول ۵).

جدول ۵- ضرایب تأثیر (متغیر وابسته: نرخ خودکشی)

Sig.	t	Beta	
۰/۲۳۶	-۰/۱۴۴	-۰/۰۳۹	شاخص سلامت
۰/۴۲۰	۰/۸۲۱	۰/۱۶۹	شاخص آموزش
۰/۰۳۵	۴/۴۵۱	۰/۳۲۷*	شاخص درآمد
۰/۹۸۲	-۰/۰۲۲	-۰/۰۰۴	تغییرات شاخص سلامت
۰/۰۰۶	۵/۲۳۲	۰/۴۴۲*	تغییرات شاخص آموزش
۰/۳۰۹	۰/۸۷۰	۰/۱۶۰	تغییرات شاخص درآمد

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر با استفاده از داده‌های ثانویه مربوط به دهه ۱۳۹۰، به بررسی رابطه میان شاخص توسعه انسانی و نرخ‌های خودکشی در استان‌های کشور پرداخته است. شاخص توسعه انسانی به عنوان مجموعه‌ای مرکب از سه بُعد اصلی - آموزش، سلامت و

درآمد - تصویری چندوجهی از وضعیت رفاه انسانی ارائه می‌کند. نتایج تحلیل‌ها نشان دادند که بین شاخص کلی توسعه انسانی و نرخ خودکشی استان‌ها، همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد؛ به این معنا که با افزایش سطح توسعه انسانی، نرخ خودکشی نیز روند افزایشی یافته است. در میان زیرشاخص‌ها، دو بُعد «آموزش» و «درآمد»، رابطه‌ای مثبت و معنادار با نرخ خودکشی نشان داده‌اند، در حالی که بُعد «سلامت»، چنین رابطه‌ای نداشته است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که افزایش شاخص توسعه انسانی در استان‌های کشور الزاماً با کاهش نرخ خودکشی همراه نبوده است. نتایج همبستگی و تحلیل‌های رگرسیونی بیانگر آن است که شاخص توسعه انسانی و به ویژه دو مؤلفه «آموزش» و «درآمد»، رابطه‌ای مثبت و معنادار با نرخ خودکشی دارند. به بیان دیگر، استان‌هایی که از سطح بالاتری از توسعه انسانی برخوردارند یا رشد بیشتری در این شاخص‌ها تجربه کرده‌اند، در عین حال افزایش بیشتری در نرخ خودکشی نشان داده‌اند.

همچنین تغییرات شاخص آموزش در طول دهه مورد بررسی، قوی‌ترین قدرت تبیینی را در پیش‌بینی افزایش نرخ خودکشی داشته است، به گونه‌ای که این متغیر، بیشترین ضریب اثر استاندارد را در مدل رگرسیونی داشته است. در مقابل، شاخص سلامت نه در سطح مطلق و نه در سطح تغییرات، رابطه معناداری با نرخ خودکشی نشان نداد. این یافته نشان می‌دهد که بهبود شاخص‌های زیستی سلامت (مانند امید به زندگی) لزوماً به معنای بهبود سلامت روان و کاهش آسیب‌های روانی - اجتماعی نیست و میان «سلامت زیستی» و «سلامت روان - اجتماعی»، شکافی معنادار وجود دارد که در تحلیل‌های توسعه‌ای کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. در مجموع مدل تحلیلی پژوهش نشان داد که ترکیب شاخص‌های توسعه انسانی، توان تبیین حدود ۴۰ درصد از واریانس نرخ خودکشی استان‌ها را دارد؛ رقمی که از نقش مهم ساختارهای توسعه‌ای در شکل‌دهی به الگوهای سلامت روان حکایت دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر با بخش مهمی از ادبیات تجربی داخلی و بین‌المللی همخوانی دارد که بر غیر خطی بودن، پیچیدگی و گاه پارادوکسیکال بودن رابطه میان توسعه و خودکشی تأکید می‌کنند. در سطح بین‌المللی، مطالعات بوم‌شناختی نشان

داده‌اند که افزایش شاخص توسعه انسانی الزاماً به کاهش نرخ خودکشی منجر نمی‌شود و در برخی موارد حتی رابطه مثبت میان این دو مشاهده شده است. به طور مشخص شاه (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای تطبیقی نشان داد که در برخی کشورها، به‌ویژه در گروه‌های سنی سالمندان، سطوح بالاتر شاخص توسعه انسانی با نرخ‌های بالاتر خودکشی همراه بوده است. همچنین پژوهش شاه و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که ساختار جمعیتی و نسبت وابستگی سالمندی می‌تواند به عنوان متغیر میانجی در رابطه میان توسعه و خودکشی عمل کند و اثرات توسعه انسانی را در برخی بافت‌ها تشدید نماید.

مطالعه خزایی و همکاران (۲۰۱۷) روی ۹۱ کشور نشان داد که شاخص توسعه انسانی، رابطه معناداری با نرخ خودکشی دارد، اما جهت و شدت این رابطه در مناطق مختلف جهان متفاوت است و در برخی کشورها با توسعه انسانی بالاتر، نرخ‌های بالاتری از خودکشی مشاهده می‌شود. یافته‌های مشابهی در مطالعه کابلو - رانگل و همکاران (۲۰۲۰) در مکزیک گزارش شده است که نشان می‌دهد در برخی ایالت‌ها، مناطق با شاخص توسعه انسانی بالاتر، نرخ‌های بالاتری از خودکشی و افسردگی را تجربه می‌کنند؛ امری که به نابرابری‌های درون منطقه‌ای و فشارهای روانی ناشی از فرآیند توسعه نسبت داده شده است.

همچنین مطالعه عرفات و همکاران (۲۰۲۲) در کشورهای مسلمان نشان داد که رابطه میان شاخص توسعه انسانی، درآمد و خودکشی تحت تأثیر بافت فرهنگی و نظام سیاسی قرار دارد و در برخی کشورها، این رابطه مثبت و در برخی دیگر، منفی است. در حوزه نوجوانان نیز نتایج پژوهش روح و همکاران (۲۰۱۸) در کشورهای عضو OECD نشان می‌دهد که کشورهای توسعه‌یافته‌تر لزوماً نرخ‌های پایین‌تری از خودکشی در گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال ندارند و فشارهای رقابتی آموزشی و انتظارات بالا می‌تواند نقش تشدیدکننده داشته باشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر، همخوانی دارد که نشان می‌دهد شاخص آموزش و تغییرات آن، قوی‌ترین قدرت تبیینی را در افزایش نرخ خودکشی استان‌ها داشته است.

در سطح مطالعات داخلی نیز هرچند پژوهشی به طور مستقیم رابطه شاخص توسعه انسانی و خودکشی را بررسی نکرده است، نتایج مطالعات به صورت غیر مستقیم با یافته‌های این پژوهش هم‌راستاست. پژوهش جهانی دولت‌آباد و همکاران (۱۴۰۲) نشان

داد که بی‌ثباتی اقتصادی، تورم و تغییرات تولید ناخالص داخلی با افزایش نرخ خودکشی در استان‌های کشور، رابطه معنادار دارد. همچنین فیض‌پور و لطفی (۱۳۹۴) و سزاوار و همکاران (۱۴۰۲) نشان داده‌اند که نابرابری درآمدی، بیکاری و نااطمینانی اقتصادی از عوامل تقویت‌کننده رفتارهای خودکشی هستند.

در بعد آموزش و سرمایه انسانی نیز فراتحلیل مهری (۱۴۰۱) نشان داد که سطح تحصیلات، یکی از متغیرهای معنادار مرتبط با خودکشی در ایران است؛ اما اثر آن همواره محافظتی نیست و در برخی شرایط می‌تواند با افزایش آسیب‌پذیری روانی همراه شود. همچنین قادری و نظری (۱۳۹۸) نشان دادند که مشارکت اجتماعی و ادغام اجتماعی، نقش کاهنده دارند، اما فقدان فرصت‌های ساختاری می‌تواند اثرات منفی سرمایه انسانی را فعال کند. در حوزه سرمایه اجتماعی نیز موسوی‌فرد و بهادر (۱۴۰۳) نشان دادند که ضعف شبکه‌های اجتماعی و کاهش سرمایه اجتماعی با افزایش نرخ خودکشی در ایران مرتبط است.

بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر نه تنها با ادبیات جهانی درباره «پارادوکس توسعه» همخوانی دارد، بلکه با نتایج مطالعات داخلی نیز سازگار است و آنها را در قالب یک چارچوب تلفیقی توسعه انسانی صورت‌بندی می‌کند. بنابراین توسعه انسانی، در غیاب عدالت اجتماعی، انسجام فرهنگی، فرصت‌های واقعی اجتماعی و حمایت‌های روانی اجتماعی، می‌تواند به جای کاهش آسیب‌های اجتماعی، به تشدید فشارهای روانی و افزایش رفتارهای پرخطر از جمله خودکشی منجر شود.

همچنین نتایج این پژوهش را می‌توان در چارچوب نظریه‌های جامعه‌شناختی توسعه و مدرنیزاسیون، تفسیر کرد. نظریه آنومی دورکیم بیان می‌کند که تغییرات سریع اجتماعی و اقتصادی می‌تواند به تضعیف هنجارها، گسست انسجام اجتماعی و افزایش بی‌ثباتی روانی منجر شود. افزایش آموزش، رشد درآمد و گسترش شهرنشینی که همگی مؤلفه‌های توسعه انسانی‌اند، در صورتی که با تقویت سرمایه اجتماعی، انسجام فرهنگی و حمایت‌های نهادی همراه نباشند، می‌توانند شرایط آنومیک ایجاد کنند. در چنین شرایطی، افزایش آگاهی، توقعات ذهنی و مقایسه‌های اجتماعی بدون فراهم بودن فرصت‌های واقعی تحقق آنها، فشار روانی و احساس ناکامی را تشدید می‌کند.

از منظر نظریه‌های نابرابری و توسعه نامتوازن، توسعه انسانی می‌تواند به صورت

قطبی شده رخ دهد؛ به گونه‌ای که همزمان با افزایش میانگین شاخص‌ها، شکاف‌های اجتماعی، احساس محرومیت نسبی و نابرابری‌های ادراک شده، افزایش یابد. این وضعیت، به‌ویژه در استان‌هایی که رشد آموزشی و اقتصادی سریع‌تری داشته‌اند اما فرصت‌های شغلی، حمایت‌های اجتماعی و زیرساخت‌های روانی اجتماعی متناسب با آن رشد نکرده‌اند، می‌تواند به افزایش آسیب‌های روانی و رفتارهای پرخطر منجر شود.

همچنین در چارچوب نظریه‌های فرهنگی توسعه، گذار ارزشی از «بقا» به «ابراز وجود» می‌تواند بحران معنا، فردگرایی افراطی و تضعیف پیوندهای جمعی را به همراه داشته باشد؛ فرایندی که در صورت نبود سازوکارهای حمایتی، زمینه‌ساز افزایش خودکشی خواهد بود. بر این اساس رابطه مثبت مشاهده‌شده میان توسعه انسانی و خودکشی در این پژوهش را می‌توان نه به عنوان تناقض، بلکه به عنوان بازتاب «پارادوکس توسعه» تفسیر کرد: توسعه‌ای که به بهبود شاخص‌های کمی زندگی منجر می‌شود، اما هم‌زمان فشارهای روانی، انتظارات اجتماعی، گسست‌های فرهنگی و بحران‌های معنایی را نیز تشدید می‌کند.

یافته‌های این تحلیل نشان می‌دهد که تمایز میان «توسعه کمی» و «توسعه کیفی»، ضرورتی بنیادین در فهم پیامدهای اجتماعی توسعه است. افزایش شاخص‌هایی چون درآمد، آموزش و سلامت در سطح کمی، لزوماً به ارتقای رفاه روانی و کاهش آسیب‌های اجتماعی منجر نمی‌شود؛ بلکه کیفیت روابط اجتماعی، احساس معنا در زندگی، امنیت شغلی، اعتماد اجتماعی و انسجام فرهنگی، نقش تعیین‌کننده‌ای در تبدیل توسعه به رفاه واقعی ایفا می‌کنند. از این منظر، توسعه‌ای که صرفاً بر رشد شاخص‌های آماری تمرکز دارد، بدون توجه به ابعاد انسانی و اجتماعی آن، می‌تواند حتی به تشدید فشارهای روانی و آسیب‌های اجتماعی بینجامد. بر همین اساس، سیاست‌گذاری اجتماعی باید به سوی الگوی «توسعه انسانی همراه با حمایت اجتماعی» حرکت کند؛ الگویی که در آن، ارتقای آموزش و درآمد، هم‌زمان با تقویت زیرساخت‌های سلامت روان، نظام‌های مشاوره‌ای، ارتقای تاب‌آوری روانی فردی و جمعی و گسترش شبکه‌های حمایتی محلی دنبال شود.

در بعد پژوهشی نیز نتایج این مطالعه، ضرورت عبور از تحلیل‌های صرفاً همبستگی و

حرکت به سوی مدل‌های علی و ترکیبی را برجسته می‌سازد؛ به گونه‌ای که ترکیب داده‌های کمی استانی با داده‌های کیفی (نظیر مصاحبه‌های عمیق با خانواده‌ها و افراد درگیر با پدیده خودکشی) بتواند سازوکارهای پنهان این رابطه را آشکار کرده، درک عمیق‌تری از پیوند میان توسعه انسانی و سلامت روان اجتماعی فراهم آورد.

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که توسعه انسانی در ایران به صورت خطی، ساده و تک بعدی با کاهش آسیب‌های اجتماعی همراه نبوده است. افزایش شاخص‌های آموزش و درآمد، هرچند در ظاهر نشانه پیشرفت هستند، در سطح اجتماعی و روانی می‌توانند با افزایش فشارهای ذهنی، رقابت‌های اجتماعی، احساس ناکامی و گسست‌های اجتماعی همراه شوند و در نهایت به افزایش نرخ خودکشی منجر گردند. این یافته‌ها، ضرورت بازتعریف مفهوم توسعه انسانی را برجسته می‌سازد؛ به گونه‌ای که توسعه نه صرفاً به عنوان رشد شاخص‌های کمی، بلکه به عنوان فرایندی چندبعدی شامل عدالت توزیعی، انسجام اجتماعی، کیفیت روابط انسانی، سلامت روان، معنا در زندگی و سرمایه اجتماعی فهم شود.

از نظر سیاست‌گذاری، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که سیاست‌های توسعه محور بدون پیوست‌های اجتماعی و روانی می‌تواند پیامدهای ناخواسته و آسیب‌زا داشته باشد. بنابراین برنامه‌های توسعه‌ای باید همزمان با ارتقای آموزش و درآمد، بر تقویت سرمایه اجتماعی، حمایت‌های روانی اجتماعی، کاهش نابرابری‌ها، افزایش امنیت روانی و تقویت شبکه‌های حمایتی تمرکز کنند. تنها در این صورت است که توسعه انسانی می‌تواند به کاهش واقعی آسیب‌های اجتماعی و ارتقای سلامت روانی جامعه منجر شود. این پژوهش نشان می‌دهد که خودکشی نه صرفاً یک مسئله فردی یا روان‌پزشکی، بلکه پدیده‌ای ساختاری - اجتماعی است که در بستر الگوهای توسعه‌ای جامعه شکل می‌گیرد و فهم آن نیازمند نگاهی تلفیقی، چندسطحی و بین‌رشته‌ای به توسعه انسانی است.

پی‌نوشت

۱. اطلاعات آماری مربوط به متغیر خودکشی از فصل ۱۵ سالنامه آماری سال ۱۴۰۰، با عنوان «امور قضایی» گرفته شده است. به عبارت بهتر، سازمان پزشکی قانونی، آمارهای استانی مربوط به خودکشی را به صورت دوره‌ای به مرکز آمار ایران ارسال می‌کند و با تأیید این سازمان، آمارهای یادشده در سالنامه‌های آماری منتشر می‌شود. همچنین قابل ذکر است که آمارهای سازمان پزشکی قانونی درباره خودکشی معطوف به مرگ‌ومیرهای ناشی از خودکشی است و به عبارتی «خودکشی‌های موفق» را نمایش می‌دهد.

منابع

- جهانی دولت آباد، اسماعیل و طاهّا عشایری و محمد شیرى (۱۴۰۲) «بررسی رابطه شاخص‌های کلان اقتصادی با نرخ خودکشی در استان‌های کشور: تحلیل ثانویه آمارهای ۱۳۹۰-۱۴۰۰»، پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی، سال دوازدهم، شماره ۳، صص ۴۱-۶۲.
<https://doi.org/10.22108/srsp.2023.138482.1921>.
- دورکیم، امیل (۱۳۸۴) خودکشی، ترجمه باقر پرهام، تهران، مرکز.
- زرانی فریبا و زینب احمدی (۱۴۰۰) «خودکشی در فرهنگ ایرانی: یک مطالعه مروری نظام‌مند»، رویش روان‌شناسی، سال دهم، شماره ۹، صص ۲۰۵-۲۱۶.
<https://doi.org/20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7>
- سزاوار، فرزانه و منیژه فیروزی و محمدرضا سزاوار (۱۴۰۲) «تأثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی بر رفتار خودکشی افراد جامعه در ایران (با تأکید بر ریسک و بی‌ثباتی‌های اقتصادی)»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال بیست‌وسوم، شماره ۹۰، صص ۵۳-۸۸.
<https://doi.org/10.32598/refahj.23.90.4311.1>
- فیض‌پور، محمدعلی و عزت‌الله لطفی (۱۳۹۴) «تمایزات اقتصادی و آسیب‌های اجتماعی مناطق کشور مطالعه نرخ بیکاری و میزان خودکشی»، پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱، صص ۱۵۳-۱۶۶.
<https://doi.org/20.1001.1.23221453.1394.4.1.10.8>
- قادرى، صلاح‌الدین و حامد نظرى (۱۳۹۸) «تحلیل جامعه‌شناختی خودکشی در ایران (بر اساس آمار سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۳)»، مسائل اجتماعی ایران (دانشگاه خوارزمی)، سال دهم، شماره ۱، صص ۱۹۵-۲۱۵.
<https://doi.org/20.1001.1.24766933.1398.10.1.1.3>
- موسوی فرد، سید محمدرضا و فرشید بهادر (۱۴۰۳) «تحلیل جامعه‌شناختی رابطه بین سرمایه اجتماعی و خودکشی در ایران (۱۳۸۶-۱۳۹۶)»، فصلنامه علمی مطالعات راهبردی فرهنگ، سال چهارم، شماره ۱، صص ۴۱-۷۹.
<https://doi.org/10.22083/scsj.2024.447920.1157>
- مهری کریم (۱۴۰۱) «فرا تحلیل مطالعات خودکشی در ایران»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال بیست‌ودوم، شماره ۸۵، صص ۲۷۱-۳۰۰.
<https://doi.org/20.1001.1.17358191.1401.22.85.7.5>
- Antonakakis, N., & Gupta, R. (2017) Is economic policy uncertainty related to suicide rates? Evidence from the United States. Social Indicators Research, 133(2), 543-560.
<https://doi.org/10.1007/s11205-016-1384-4>

- Arafat, S. Y., Marthoenis, M., Khan, M. M., & Rezaeian, M. (2022) Association between suicide rate and human development index, income, and the political system in 46 Muslim-majority countries: An ecological study. *European journal of investigation in health, psychology and education*, 12(7), 754-764.
<https://doi.org/10.3390/ejihpe12070055>
- Bell, D. (1996) *Postmodernity and its discontents*. Routledge.
- Cabello-Rangel, H., Márquez-Caraveo, M. E., & Díaz-Castro, L. (2020) Suicide rate, depression and the human development index: an ecological study from Mexico. *Frontiers in public health*, 8, 561966.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.561966>
- Conceição, P. (2020). Human development report 2020-the next frontier: Human development and the anthropocene. United Nations Development Programme: Human Development Report.
<https://ssrn.com/abstract=4418010>
- Fleischmann, A., & De Leo, D. (2014). The World Health Organization's report on suicide: a fundamental step in worldwide suicide prevention.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000293>
- Giddens, A. (1990) *The consequences of modernity*. Stanford University Press.
- Harvey, D. (2005) *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.
<https://doi.org/20.1001.1.17358191.1401.22.85.7.5>
- Inglehart, R. (1997) *Modernization and post modernization: Cultural, economic, and political change in 43 societies*. Princeton University Press.
- Inglehart, R., & Welzel, C. (2005) *World Values Survey: Cultural change and human development*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511790881>
- Khazaei, S., Armanmehr, V., Nematollahi, S., Rezaeian, S., & Khazaei, S. (2017) Suicide rate in relation to the Human Development Index and other health related factors: A global ecological study from 91 countries. *Journal of epidemiology and global health*, 7(2), 131-134.
<https://doi.org/10.1016/j.jegh.2016.12.002>
- Marx, K., & Engels, F. (1848). *The communist manifesto* (S. Moore, Trans.; 1967 edition).
- Merton, R. K. (1938) Social Structure and Anomie. *American Sociological Review*, 3(5), 672-682.
<https://www.jstor.org/stable/2084686>
- Roh BR, Jung EH, Hong HJ. A Comparative Study of Suicide Rates among 10-19-Year-Olds in 29 OECD Countries. *Psychiatry Investig*. 2018 Apr;15(4):376-383.
<https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.02>
- Shah, A. (2009) The relationship between elderly suicide rates and the human development index: a cross-national study of secondary data from the World Health Organization and the United Nations. *International psychogeriatrics*, 21(1), 69-77.
<https://doi.org/10.1017/S1041610208007527>
- Shah, A., Padayatchi, M., & Das, K. (2008) The relationship between elderly

suicide rates and elderly dependency ratios: a cross-national study using data from the WHO data bank. *International Psychogeriatrics*, 20(3), 596-604.

<https://doi.org/10.1017/S104161020700628X>

Weber, M. (1978) *Economy and society: An outline of interpretive sociology* (G. Roth & C. Wittich, Eds.). University of California Press. (Original work published 1922).

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره هجدهم، زمستان ۱۴۰۴: ۱۲۸-۹۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۳

نوع مقاله: پژوهشی

خودکشی: مرگ آسان یا کنش اعتراضی: تحلیل جامعه‌شناختی استراتژی‌های مواجهه با خودکشی در بین جوانان پاکدشت^۱

اردشیر بهرامی*

چکیده

مسئله خودکشی در ایران، به‌ویژه در میان جوانان، به یکی از معضلات مهم سلامت عمومی بدل شده است. این پژوهش با تمرکز بر شهرستان پاکدشت (با ثبت ۶۲ مورد افکار و اقدام به خودکشی در سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۰ بر اساس آمارهای اورژانس اجتماعی)، قصد دارد تجربه زیسته جوانانی را که اقدام به خودکشی داشته‌اند، واکاوی نماید. پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با استفاده از روش پدیدارشناسی تفسیری طراحی شده است. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق با ده نفر از جوانان اقدام‌کننده به خودکشی، جمع‌آوری و تا رسیدن به اشباع نظری تحلیل شد. پرسش‌های اصلی پژوهش عبارت بودند از: ۱. شرح پدیدارشناختی مفاهیم زبان، هیجان و کنش مرتبط با خودکشی چیست؟ ۲. راهبردهای مواجهه و مقابله‌ای جوانان در برابر این تمایل کدامند؟ تحلیل داده‌ها نشان داد که تجربه زیسته این افراد در سه سطح ریشه‌یابی می‌شود: الف) سطح فردی: شامل احساساتی چون از خود بیگانگی، ذهن خیانت‌دیده، شرم، گناه، خشم، ترس، احساس بی‌ارزشی، ناامیدی و سرکوب عواطف و امیال. ب) سطح خانوادگی: ریشه‌هایی نظیر کودک‌همسری، فقدان گفت‌وگوی مؤثر و تجربه خشونت. ج) سطح اجتماعی: فقدان حمایت و همدلی،

۱. مقاله حاضر از پایان نامه دکتری با عنوان «تحلیل جامعه‌شناختی اقدام به خودکشی در بین جوانان (مورد مطالعه: جنوب شرق تهران ۱۳۹۷ الی ۱۴۰۱)» در مرکز تحصیلات تکمیلی دانشگاه پیام‌نور، استخراج شده است.

* دکتری تخصصی جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، مرکز تحصیلات تکمیلی دانشگاه پیام‌نور، ایران

bahrami_dr2014@yahoo.com

<http://orcid.org/0000-0002-9670-5923>



فشار «حرف مردم»، قرارگیری در محله‌های جرم‌خیز و طرد اجتماعی. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که کنش خودکشی در این گروه، نه به طور کامل در دوگانه «استراتژی مرگ آسان» (میل محض به پایان دادن حیات) و «استراتژی مرگ اعتراضی» (ساختن فهمی جدید از زندگی) قابل تعریف است. در عوض، این کنش در فضای گم‌شدگی معنا و جهان‌زیست رخ می‌دهد؛ جایی که فرد نه کاملاً قصد پایان زندگی دارد و نه فعالانه توانسته است مسیر جدیدی برای زندگی خود بساخت کند. این یافته‌ها بر لزوم راهبردهای مداخله‌ای مبتنی بر بازیابی معنا و ایجاد همبستگی اجتماعی تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، تجربه‌زیسته، جوانان، مرگ آسان و کنش اعتراضی.

مقدمه و بیان مسئله

خودکشی، تجلی فرسایش اراده و انسان است که بیش از هر چیزی سرمایه‌های انسانی یک جامعه را به زوال و تباهی می‌کشاند. هر اقدام به خودکشی اگر به مرگ منجر شود، پیامد آن آشکار است و اگر این اقدام به مرگ منجر نشود، پیامدهای روانی-اجتماعی دامنه‌داری به دنبال دارد. خودکشی نه تنها آسیب‌های جسمی، روحی و روانی پایداری بر زندگی فرد و خانواده‌اش دارد، بلکه با توجه به درهم‌تنیدگی روابط و مناسبات اجتماعی و مذموم بودن کنش خودکشی، این فرد برچسب می‌خورد، از صحنه اجتماع به حاشیه و انزوا رانده می‌شود و احتمالاً در فرایند زندگی خانوادگی و اجتماعی مثل روابط اجتماعی، گروه دوستان، روابط دوستی و ازدواج، ادامه تحصیل، یافتن شغل مناسب و... با مشکلات جدی مواجه خواهد شد.

هرچند خودکشی، مسئله‌ای نادر در دوران کودکی است، شیوع آن به طور قابل توجهی در دوره جوانی افزایش یافته (Haw & Hawton & Haw, 2004: 126; Evans et al, 2008: 62) و سازمان جهانی بهداشت، آن را یکی از مسائل مهم سلامت عمومی در میان جوانان شناخته است (WHO, 2014: 8). جوانان به دلیل چالش‌های جسمی و روحی زیادی که با آن مواجه هستند، در معرض ریسک بالای افکار و اقدام به خودکشی قرار دارند (Evans et al, 2017: 144). خودکشی، دومین علت مرگ‌ومیر در بین جوانان ۲۰ تا ۲۴ سال است (Hoyert & Xu, 2012: 44). هر ساله حدود ۲۰ درصد از جوانان به طور جدی به فکر از بین بردن خود هستند (Nock et al, 2013: 138).

مرگ [خودکشی] ناگهانی، غیر منتظره و پیش‌بینی نشده است و در مقایسه با یک مرگ پیش‌بینی‌شده که به تدریج اتفاق می‌افتد و اجازه می‌دهد خانواده برای فقدان آماده شود، بدون هشدار اتفاق می‌افتد. خودکشی اغلب به عنوان یک مرگ ناگهانی در نظر گرفته می‌شود و بازماندگان خودکشی را درون یک انتقال بزرگ زندگی قرار می‌دهد (Iserson, 2000: 36). سالانه بیش از ۷۰۰۰۰۰ نفر بر اثر خودکشی، جان خود را از دست می‌دهند (ر.ک: WHO, 2022). یکی از تخمین‌های هر خودکشی این است که به طور متوسط حدود ۱۵ نفر از اعضای خانواده گسترده تحت تأثیر قرار بگیرند (Berman, 2011: 69). این به این معنی است که سالانه ۱۱۵۰۰۰۰۰ بازمانده خودکشی به‌جا می‌مانند.

در مطالعات قبلی، تفاوت‌های کمی و کیفی بین از دست دادن یکی از عزیزان در اثر

خودکشی و انواع دیگر سوگ یافت شده است. بازماندگان خودکشی در معرض خطر انواع عوارض نامطلوب سلامت روانی و جسمی در مقایسه با جمعیت عمومی قرار دارند (Erlangsen et al, 2017: 123). خانواده افرادی که تحت تأثیر خودکشی قرار گرفته‌اند، بیشتر در معرض خطر خودکشی مجدد هستند (Niederkrotenthaler et al, 2012: 235; Runeson & Asberg, 2003: 165; Tidemalm et al, 2011: 38).

در مورد کشور ایران نیز آمارها و پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهد که نرخ خودکشی طی چند دهه گذشته، روندی رو به رشد داشته است. برای نمونه به گزارش سازمان پزشکی قانونی در رتبه‌بندی کشورهای جهان، ایران با نرخ ۵.۳ نفر به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در جایگاه (رتبه) ۱۰۸ قرار داشته است (باختر و همکار، ۱۳۹۵: ۴۹). همچنین بر اساس سالنامه آماری و گزارش سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۹۷، ۵۱۰۱ نفر به دلیل اقدام به خودکشی در کشور فوت نموده‌اند که معادل ۶.۲۳ فوت به ازای هر صد هزار نفر جمعیت است. این میزان کمتر از میانگین ۱۰.۶ فوت ناشی از خودکشی به ازای صد هزار نفر جمعیت جهان است که در سال ۱۴۰۱، این میزان به ۷.۳ در صد هزار نفر افزایش یافته است (ر.ک: سازمان پزشکی قانونی، ۱۴۰۱).

همچنین بر اساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در طول هفت سال (از ۱۳۹۴-۱۴۰۰)، ۶۷۰.۵۵۶ نفر در ایران اقدام به خودکشی نموده‌اند. از سال ۱۳۹۴ تا پایان سال ۱۴۰۱، روند اقدام به خودکشی، صعودی است؛ به گونه‌ای که شاخص اقدام به خودکشی از سال ۱۴۹۴ از نرخ ۱۰۰.۷۲ مورد در صد هزار نفر به شاخص ۱۳۲.۷۲۰ مورد در سال ۱۴۰۱ افزایش یافته است. این آمار نشان می‌دهد که در طول سال‌های مورد نظر، تعداد اقدام به خودکشی، ۳۲ درصد افزایش یافته است.

خودکشی به طور کلی دهمین علت فوت در تمام گروه‌های سنی و سومین علت فوت در جمعیت ۱۵ تا ۲۴ سال است. آمار متوفیان مشکوک به خودکشی به تفکیک گروه سنی طی سال‌های ۱۳۸۷ الی ۱۳۹۶ نشان می‌دهد که به ترتیب گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال و ۳۰ تا ۳۹ سال و ۲۵ تا ۲۹ سال، بیشترین نرخ اقدام به خودکشی را داشته‌اند (پزشکی قانونی، ۱۴۰۰: ۲۲).

واکاوی خودکشی به مثابه پدیده‌ای پیچیده، چندبعدی، کیفی، سیال و زمینه‌محور که دارای ابعاد گوناگون اجتماعی روانی، اقتصادی، فرهنگی و... است، می‌تواند کمک

بزرگی به شناخت علل، بسترها، شرایط مداخله‌گر و پیامدهای آن برای سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی پیشگیری و مداخله و بازتوانی خودکشی نماید. بنابراین انجام مطالعات و پژوهش‌های هدفمند و مبتنی بر بررسی واقعیت اجتماعی خودکشی، ضرورتی مضاعف می‌یابد.

بسترهای خانوادگی به شکل‌های مختلفی، زمینه اقدام به خودکشی را فراهم می‌سازد: آسیب‌های اجتماعی همچون خشونت، طلاق، اعتیاد، زندانی شدن سرپرست خانواده، سابقه خودکشی در بین برخی از اعضای خانواده. این وضعیت با تشدید موقعیت بدنام‌کننده و برچسب‌های تکرارشونده، قدرت انطباق‌پذیری این افراد را کاهش داده و در نتیجه به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم، انگاره خودکشی را قوام بخشیده است. در نهایت مصرف موادمخدر در بین افراد، امکان خودکنترلی را کاهش داده است. مصرف شیشه به دلیل اثرات سرخوش‌کننده کاذبی که دارد، در بین افراد اقدام‌کننده، بسیار بالاست. از این‌رو این افراد در وضعیت نامتعین، اقداماتی می‌کنند که خودکشی، یکی از آنهاست. پیامدهای اقدام به خودکشی را می‌توان در سه سطح «فردی، خانوادگی و اجتماعی» برشمرد.

در سطح فردی، اقدام به خودکشی باعث دریافت برچسب‌های اجتماعی، سرزنش از طرف دیگران، انزوای اجتماعی، احساس گناه، شرم و خودکمترینی باعث آسیب جسمی، روحی و روانی می‌شود. در سطح خانوادگی، اقدام به خودکشی موجب بروز تنش‌ها و تعارضات خانوادگی از قبیل مقصریابی، پشیمانی، ناکارآمدی خانواده در تأمین امنیت و آرامش برای سایر افراد خانواده می‌گردد. همچنین در سطح اجتماعی، اقدام به خودکشی موجب تضعیف مشارکت، فرسایش همبستگی اجتماعی و ارزیابی و پنداشت منفی از عملکرد نظام سیاسی می‌شود. خودکشی در سطح اجتماع بیانگر نوعی اختلال و ناهنجاری اجتماعی است که عوامل اصلی آن شامل فقدان انسجام اجتماعی، از بین رفتن پیوندهای اجتماعی و نشان‌دهنده از بین رفتن راهنمای اخلاقی و کاهش احساس تعلق اجتماعی و پیوندهای عاطفی و فرسایش سرمایه اجتماعی است (Kushner et al, 2005 :139).

گزارش سازمان پزشکی قانونی (۱۳۹۷) طی سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۶ نشان‌دهنده در حال تغییر بودن کانون‌های مرگ ناشی از اقدام به خودکشی در مناطق مختلف کشور

ایران است. در واقع این تغییرات نشان‌دهنده انتقال کانون بحرانی خودکشی از مناطق غرب ایران به مناطق مرکزی و جنوبی کشور ایران است. در مناطق مرکزی کشور، اقدام به خودکشی در استان تهران طی دو دهه گذشته، روند رو به رشدی داشته است. در شهرستان‌های جنوب شرق استان تهران (قرچک، ورامین و پاکدشت)، نسبت میانگین کل استان تهران و سایر مناطق استان تهران، وضعیت بحرانی‌تری داشته‌اند.

بر اساس گزارش نیروی انتظامی (۱۳۹۵) طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۴، تعداد ۴۲۹۹۴ نفر از جوانان ۱۵-۳۴ سال در کل کشور، اقدام به خودکشی نموده‌اند که از این تعداد، ۴۴۱۳ از جوانان ۱۵-۳۴ سال استان تهران، اقدام به خودکشی نموده‌اند. طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۴، میزان اقدام به خودکشی جمعیت جوان استان تهران از ۴ مورد در هر صد هزار نفر جمعیت جوان در سال ۱۳۸۰، به ۱۱.۷ مورد در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۹۴ افزایش یافته است. به عبارت دیگر در سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۴، روند سینوسی افزایشی را برای این شاخص در استان تهران داشته‌ایم. علاوه بر این میزان اقدام به خودکشی مردان در تمام سال‌های مورد بررسی، بالاتر از زنان بوده است (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۵: ۷۲). همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش در شهرستان پاکدشت، طی سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۰، این شهرستان در مجموع ۶۲ مورد افکار خودکشی و اقدام به خودکشی داشته است. از این تعداد، ۳۸ نفر افکار خودکشی و ۲۴ نفر اقدام به خودکشی داشته‌اند. این آمار نشان می‌دهد که روند افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در سال‌های ۱۳۹۷-۱۴۰۰، روند افزایشی داشته است.

شهر پاکدشت از نظر اجتماعی-فرهنگی، ویژگی‌های خاصی دارد که در این روند، نقش مهمی داشته است. مهاجرت از گذشته تاکنون، یکی از بنیان‌های شکل‌گیری پاکدشت (و قیام‌دشت) بوده است. رویدادهایی که سبب رشد پاکدشت گردید، به‌شدت عوامل محیطی و اجتماعی انسان ساکن این منطقه را متأثر ساخته و شکل‌های گوناگون به آن داده است. در این دو شهر، به‌ویژه پاکدشت، اقوامی متفاوتی وجود دارد که هر کدام نیز دارای برخی آداب خاص هستند، اما در مجموع به دلیل وحدت فرهنگی ظاهری و نیز مهم‌تر به دلیل وضعیت حاشیه‌بودگی بخش قابل‌توجهی از آنها، آداب و رسوم خاصی دیده نمی‌شود. تقریباً یک وضعیت یکسان برای افراد ناهمسان ایجاد شده است که آن هم فقر درآمدی در کنار فقر اجتماعی و فرهنگی است که در رویارویی با

نابرابری موجود در کلان شهر تهران، آنها را با تناقض های لاینحلی روبه رو ساخته است (قاسمی نژاد و وصالی، ۱۳۹۷: ۱۵۵-۱۵۷). در شهر پاکدشت، با نوعی فضای اجتماعی ناهم ارز و متعارض روبه رو هستیم. این فضا به دو دلیل عمده ایجاد شده است: رشد مهاجرت های بی رویه و خارج از کنترل و دیگری موقعیت ارتباطی و نزدیکی به تهران. وضعیت اجتماعی شهرستان پاکدشت به رشد آسیب ها از جمله خودکشی در بین جوانان دامن زده است.

این مقاله با رویکرد پدیدارشناسی در راستای شناخت و تجربه زیسته اقدام به خودکشی در شهرستان پاکدشت ارائه می گردد. بنابراین برای دستیابی به هدف مورد نظر سؤالات زیر مطرح می گردد:

۱. شرح حال زبان، هیجان و کنش (فردی، خانوادگی و اجتماعی در شرایط خودکشی) چگونه توصیف می گردد؟
۲. استراتژی ها و راهبردهای مواجهه با خودکشی در بین جوانان اقدام کننده به خودکشی کدامند؟

پیشینه پژوهش

عنبری و بهرامی (۱۳۸۹) در مطالعه ای به «بررسی آثار فقر و خشونت بر میزان خودکشی در ایران (مورد مطالعه: روستاهای شهرستان پلدختر)» پرداخته اند. نتایج نشان می دهد که در میان افراد مطالعه شده، فقر از راه «خشونت خانوادگی»، بیشترین تأثیر را بر خودکشی گذاشته است. زنان و جوانان برخوردار از زندگی توأم با محرومیت و خشونت خانوادگی، بیشترین اقدام به خودکشی را داشته اند. استدلال محوری مطالعه این است که خودکشی، تابعی از نحوه جدال فرد با نقش اجتماعی محول است. فرد به سبب احساس حقارت در ستیز با نقش های اجتماعی ترجیح می دهد نه نقش، بلکه خود را از سر راه بردارد.

پروین و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی کیفی روی جوانان شهر پاکدشت، زمینه های اجتماعی اقدام به خودکشی (به ویژه مسمومیت دارویی عمدی) را در دو سطح کلان و بین فردی بررسی کردند. در سطح کلان، ضعف انسجام بخشی زمانی، فقر نسلی و پس زدگی اجتماعی و در سطح بین فردی: کشش های گروهی، میل جنسی تحقق نیافته،

مرزهای خانوادگی ناپایدار و روابط نارس بود. این مطالعه بر نقش زمینه‌های اجتماعی در شکل‌گیری اقدام به خودکشی تأکید دارد.

بهرامی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی به «مطالعه بسترهای اقدام به خودکشی در بین جوانان شهرستان ورامین» با روش کیفی از نوع نظریه زمینه‌ای با هفده نفر از جوانانی که به مراکز اورژانس اجتماعی مراجعه کرده‌اند، دریافتند که پدیده محوری اقدام به خودکشی در بین جوانان مورد مطالعه، نابرابری‌زایا است. شرایط علی «نابسامانی مرزهای خانواده، ترس از سوژگی و نگاه ابزاری، خودپنداره شکاک، ازدواج واپس‌گرا و انسداد در تداوم‌بخشی به خود (عاملیت معنابخش)» هستند. بسترها نیز خود را در قالب مقوله‌هایی همچون «خیر محدود، بافت موزاییکی بی‌ثبات، زنجیره‌های خویشاوندی/خانوادگی نامولد، فقر عاطفی و آگاهی محیطی محدود» نشان دادند.

روشن‌پور و همکاران (۱۴۰۴) با تحلیل جامعه‌شناختی آمار اقدام به خودکشی در استان لرستان (۱۳۹۶-۱۴۰۰) نشان دادند که گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال، بیشترین نرخ اقدام را داشته و گروه سنی ۵۵ تا ۶۴ سال، کمترین نرخ. عوامل کلیدی مرتبط شامل گسترش فقر و بیکاری، فشار هنجاری مردسالارانه، خشونت‌های خانگی، ازدواج اجباری، تغییرات ارزش‌ها و باورهای فرهنگی، تعارضات بین‌نسلی، مشاجرات خانوادگی و فقدان حمایت اجتماعی بود.

پناهی‌نسب و خردمند (۱۴۰۴) در پژوهشی کیفی بر شهروندان ۱۸ تا ۴۰ ساله استان کهگیلویه و بویراحمد، پنج مقوله اصلی را شناسایی کردند: تعارضات نسلی، فشارهای ازدواج سنتی، انگیزه‌های انتقام‌جویانه، تنهایی عاطفی و قبح‌زدایی اجتماعی از خودکشی. مقوله هسته، «مدار خودکشی از زندگی پروبلماتیک تا خودکشی پروبلماتیک» بود. پژوهشگران تأکید کردند که تعارض سنت و مدرنیته در بستر ایل-قبیله‌ای، همراه با کنترل اجتماعی و خشونت، احساس بی‌قدرتی و انزوا را در جوانان تشدید می‌کند.

مینگ (۲۰۲۰) در پژوهش خود با عنوان «شورش و انتقام: معنای خودکشی زنان در مناطق روستایی چین» نشان داد که خودکشی در چین، برای زنانی با منزلت فرودست در خانواده، معنای متفاوتی دارد. خودکشی به مثابه عمل انتقام به عنوان عملی انتقامی درک می‌شود. خودکشی برای زنان به عنوان اعتراض در برابر فشارها و تنگناهای اجتماعی و

اقتصادی موجود است که اخلاقاً آنها را طرد کرده است. از این رو برای آنها اقدام به خودکشی، بسیار مهم است، زیرا به زنان به حدی قدرت می‌بخشد که بتوانند با خودکشی، چیزی را به دست آورند که در تمام طول عمرشان نتوانسته‌اند به دست آورند.

ون‌برگ و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود با عنوان «اقدام به خودکشی و خودکشی زنان جوان در ترکیه» نشان دادند که شرایط اجتماعی و اقتصادی مانند شغل، شرایط خانوادگی، طرد، فقر، بیماری‌های جسمی طولانی‌مدت و نیز تضادهای خانوادگی در قالب خشونت‌های خانوادگی و خیانت، منجر به خودکشی در بین زنان می‌شود.

کیلی و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود به «نقش ادراک حمایت‌های اجتماعی جوانان در تبیین رفتار خودکشی‌گرایانه» پرداختند. نتایج نشان داد که رابطه بین ادراک حمایت پایین مدرسه و افکار خودکشی در کسانی که از حمایت والدین نیز برخوردار نیستند، قوی‌تر است. همچنین نتایج نشان داد که ادراک حمایت اندک از سوی والدین نیز با افکار و اقدام به خودکشی، رابطه قوی و حمایت اجتماعی ناکافی با افکار و اقدام به خودکشی، رابطه معنادار قوی دارد.

کی اورمیستون (۲۰۲۴) در مطالعه‌ای به بررسی «روند خودکشی نوجوانان در ایالات متحده، ۱۹۹۹-۲۰۲۰» پرداخته است. طراحی، تنظیم و شرکت‌کنندگان این مطالعه مقطعی، سریالی از داده‌های گواهی مرگ ملی نوجوانان (۱۰ تا ۱۹ ساله) متوفی خودکشی است که مرکز ملی آمار سلامت از ۱ ژانویه ۱۹۹۹ تا ۳۱ دسامبر ۲۰۲۰ گرد آورده بود. نتایج این مطالعه، داده‌های ۴۷۲۱۷ نوجوان خودکشی را ارزیابی کرد. از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۲۰، خودکشی با سلاح گرم، مسمومیت، حلق‌آویز کردن و خفگی، افزایش یافته است. نرخ‌های روزافزونی در میان نوجوانان دختر برای خودکشی از نوع مسمومیت و حلق‌آویز کردن و خفگی مشاهده شد. از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۲۰، خودکشی با سلاح گرم در میان نوجوانان زن و مردان به‌شدت افزایش یافته است. میزان خودکشی با سلاح گرم در بین نوجوانان سیاه‌پوست از سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۰ افزایش یافته است. در طول دوره مطالعه، نوجوانان سیاه‌پوست، بالاترین میانگین افزایش خودکشی با حلق‌آویز کردن و خفگی را داشتند.

پیشینه پژوهش در این حوزه نشان می‌دهد که خودکشی، پدیده‌ای چندوجهی است

که عوامل مرتبط با آن در سطوح کلان ساختاری، بستر بین‌فردی و معنای شخصی قابل دسته‌بندی است. مرور پیشینه نشان می‌دهد که تحقیقات ایرانی به طور گسترده‌ای به عوامل ساختاری (فقر، خانواده و سنت) و احساس بی‌قدرتی مرتبط با خودکشی جوانان پرداخته‌اند و برخی مطالعات بین‌المللی بر معنای انتقامی و اعتراضی خودکشی تأکید داشته‌اند. با این حال شکاف پژوهشی اصلی در این است که هیچ‌یک از مطالعات پیشین، به طور صریح و کیفی، به تجربه زیسته جوانان در بافتی خاص (پاکدشت) نپرداخته‌اند که معنای اقدام خود را در دوگانگی معنایی بین «فرار/ تسلیم» (مرگ آسان) و «مقاومت/ انتقام» (کنش اعتراضی) تعریف کند. این دوگانگی می‌تواند چارچوبی تحلیلی برای فهم عمیق‌تر انگیزه و معنایابی مرگ در میان این گروه خاص ارائه دهد.

چهارچوب مفهومی

این پژوهش با اتخاذ رویکردی معناگرا بر آن است تا سازوکارهای درونی و تجربه‌های زیسته جوانان در اقدام به خودکشی را درک کند. این رویکرد، خودکشی را نه صرفاً رفتاری آسیب‌شناختی یا واکنشی صرف به فشارهای اجتماعی، بلکه پدیده‌ای چندلایه می‌داند که ریشه در جست‌وجوی معنا، هویت و قدرت در موقعیت‌های خاص دارد. در این راستا، چارچوب مفهومی پژوهش بر مبنای نظریه‌های زیر شکل گرفته است.

رویکرد معنای خودکشی (داگلاس)

پژوهش پیش رو از ایده محوری «داگلاس» مبنی بر ضرورت درک «دنیای درونی» فردی که دست به خودکشی می‌زند، بهره می‌برد. داگلاس تأکید دارد که جامعه‌شناسان باید از منابع غنی و دست اول -مانند یادداشت‌های خودکشی، گزارش‌های زندگی، شرح‌حال‌ها و مصاحبه با بازماندگان اقدام به خودکشی- برای «نزدیک شدن به تجربه زیسته» فرد استفاده کنند. هدف، کشف «اسرار درونی و تجربه‌های واقعی» است که منجر به این اقدام می‌شود (کوچکیان و همکاران، ۱۳۹۵: ۲۲۴).

بر این اساس درک خودکشی، مستلزم بررسی همزمان معنای درونی (تجربه‌های ذهنی، احساسات و افکار) و روابط بیرونی (بافت‌های اجتماعی و فشارهای ساختاری) است. نظریه داگلاس، ضمن در نظر گرفتن مفاهیم انتزاعی مانند آنومی (بی‌هنجاری) و

خودگرایی (انزوای فردی)، معتقد است که طبقه‌بندی دقیق رفتار انتحاری و یافتن ارتباط آن با محیط‌ها و گروه‌های اجتماعی خاص، راهگشای فهم این اسرار درونی است (بخارایی و میرزایی، ۱۳۹۳: ۱۱۸). این رویکرد، زمینه را برای تحلیل کیفی تجربه زیسته در پاکدشت فراهم می‌آورد؛ جایی که جست‌وجوی معنا در دل فشارهای اجتماعی و خانوادگی صورت می‌گیرد.

خودکشی به مثابه واکنش اجتماعی (مید)

تکمیل‌کننده رویکرد داگلاس، دیدگاه «جورج هربرت مید» است که اقدام به خودکشی را در چارچوب «واکنش اجتماعی» تبیین می‌کند. مید معتقد است که این واکنش، محصول روابط متقابل و تعاملات فرد با جامعه است و دارای دو بعد اساسی ذهنی پنهان (افکار، احساسات، برداشت‌های شخصی) و اجتماعی آشکار (رفتار قابل مشاهده) است (شفیعی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۶: ۲۲۷).

از منظر مید، خود مشاهده‌پذیر (اقدام به خودکشی)، تنها نوک کوه یخ است و درک عمیق‌تر، نیازمند رجوع به لایه‌های ذهنی و معنایی است که اغلب مهم‌تر از جنبه‌های رفتاری تلقی می‌شود. این دیدگاه بر اهمیت تحلیل معنایی تجربه‌های فردی و تعاملات اجتماعی در شکل‌دهی به نیت و اقدام به خودکشی تأکید دارد و چارچوبی دوگانه برای تحلیل فراهم می‌آورد: آنچه فرد حس می‌کند و آنچه فرد از طریق تعاملات خود درک می‌کند.

معناجویی و غلبه بر پوچی (فرانکل)

فرانکل، تلاش برای یافتن معنا را نیرویی بنیادین و اصیل در سرشت انسان می‌داند. او بر این باور است که ریشه بسیاری از نابسامانی‌های روانی، از جمله افسردگی و پوچی، در فقدان معنا و هدف در زندگی نهفته است (ابوالمعالی و آل یاسین، ۱۳۹۵: ۲۳). از این منظر، اقدام به خودکشی می‌تواند پاسخی ناگوار به این «فقدان معنا» باشد؛ راهی برای پایان دادن به تجربه‌ای که دیگر قابل تحمل نیست، زیرا فاقد جهت یا هدفی قابل درک است. این دیدگاه، مستقیماً با دوگانه «مرگ آسان» (به عنوان تسلیم در برابر پوچی) و «کنش اعتراضی» (که خود می‌تواند تلاشی برای یافتن یا تحمیل معنا باشد) ارتباط برقرار می‌کند. جوانانی که به سمت خودکشی سوق داده می‌شوند، ممکن است در تلاش

باشند تا از طریق این اقدام، به زندگی معنایی ببخشند، حتی اگر آن معنا، معنای اعتراض، انتقام یا رهایی از درد باشد.

این پژوهش با اتخاذ رویکردی معناگرا بر آن است تا سازوکارهای درونی و تجربه‌های زیسته جوانان در اقدام به خودکشی را در جامعه پاکدشت درک کند. با الهام از داگلاس، بر درک دنیای درونی و معانی فردی و اجتماعی مرتبط با اقدام به خودکشی تأکید می‌شود. دیدگاه مید، خودکشی را به عنوان واکنشی اجتماعی که محصول تعاملات فرد و جامعه است، در دو بعد ذهنی و آشکار تحلیل می‌کند. در نهایت نظریه فرانکل، اساس انگیزش انسان را «تلاش برای یافتن معنا» دانسته و اقدام به خودکشی را پاسخی بالقوه به «فقدان معنا» و پوچی زندگی، یا تلاشی اعتراضی برای بازآفرینی معنا قلمداد می‌کند. این رویکرد سه‌گانه، امکان فهم عمیق‌تر سازوکارهای معنایی، اجتماعی و وجودی پشت پرده انتخاب میان «مرگ آسان» و «کنش اعتراضی» را در بستر خاص جامعه پاکدشت فراهم می‌آورد.

روش پژوهش

این پژوهش دارای ماهیتی کیفی و با هدف کاربردی انجام شده است. رویکرد نظری پژوهش مبتنی بر پدیدارشناسی تفسیری بود که بر تجربه‌های زیسته افراد مرتبط با خودکشی تمرکز داشت تا ادراک‌ها، معانی و تفسیرهای ذهنی آنان درک شود. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون بر اساس الگوی براون و کلارک (۲۰۰۶) استفاده شد تا مضامین معنادار در روایت‌ها در چارچوبی تفسیری و تجربی شناسایی گردد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد.

در اجرای پژوهش، ملاحظات اخلاقی متعددی رعایت شد؛ از جمله حفظ محرمانگی مشارکت‌کنندگان، انجام مصاحبه‌ها در فضایی آرام (مانند اورژانس اجتماعی)، کسب رضایت افراد برای مصاحبه با افراد نیازمند اجازه و هماهنگی کامل با مرکز بهزیستی. مصاحبه‌ها در محیطی اختصاصی و امن، همچون اتاق مددکاری اورژانس اجتماعی انجام گرفت. گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق با مدت‌زمانی بین ۳۰ تا ۸۰ دقیقه صورت گرفت که در مکان‌های بی‌طرف و مورد توافق دو طرف انجام شد. تمامی

گفت‌وگوها ضبط و سپس کلمه به کلمه به روی کاغذ آمد تا برای تحلیل آماده گردند. مراحل تحلیل مضمون شامل آشنایی دقیق با داده‌ها از طریق مطالعه مکرر و یادداشت‌برداری اولیه، کدگذاری مفهومی اولیه برای استخراج واحدهای معنایی، شناسایی مضامین اصلی، بازبینی مضامین در کل مجموعه داده‌ها، تعریف و نام‌گذاری مضامین نهایی و در نهایت تدوین روایت تحلیلی مبتنی بر تجربه‌های زیسته مشارکت‌کنندگان بود. کدگذاری داده‌ها به صورت دستی انجام شد.

برای افزایش اعتبار و قابلیت اعتماد پژوهش، از راهکارهایی همچون مثلث‌سازی داده‌ها (ترکیب مصاحبه‌ها، مشاهدات میدانی و اسناد مرتبط)، بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان، ارزیابی همتایان علمی، توصیف غنی زمینه‌ای و مستندسازی دقیق مراحل پژوهش استفاده شد. هدف از به‌کارگیری این راهکارها، ارتقای شفافیت فرایند پژوهش، افزایش قابلیت بازتولید نتایج و کاهش سوگیری‌های احتمالی در تحلیل داده‌ها بود.

جدول ۱- مشخصات مشارکت‌کنندگان

ردیف	جنس	سن	تحصیلات	شغل	بعد خانوار	تأهل	وضعیت اعتیاد فرد (مواد مصرفی)
۱	مرد	۲۴	سیکل	بیکار	۶	مجرد	شیشه هروئین
۲	زن	۲۸	سیکل	خانه‌دار	۳	متاهل	-
۳	زن	۳۳	پنجم	خانه‌دار	۵	متارکه	-
۴	زن	۲۹	پنجم	خدماتی	۲	طلاق	-
۵	مرد	۲۳	سیکل	کارگر	۱	طلاق	مشروبات الکلی
۶	زن	۱۸	سیکل	خانه‌دار	۲	متاهل	-
۷	زن	۲۷	ابتدایی	خانه‌دار	۳	متاهل	-
۸	زن	۳۶	ابتدایی	خدماتی	۳	طلاق	-
۹	مرد	۲۴	سیکل	خیاط	۱	مجرد	هرویین - شیشه
۱۰	مرد	۳۸	سیکل	کارخانه	۴	طلاق	-

بر اساس اطلاعات جدول بالا، تعداد مردان، ۴ نفر و تعداد زنان، ۶ نفر است. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۱۸-۳۸ سال است که نشان می‌دهد از نظر سنی، جوان هستند. میانگین سنی این افراد، ۲۸ سال است. از نظر سطح تحصیلات، ۲ نفر ابتدایی،

۶ نفر سیکل، ۱ نفر پنجم و از نظر شغل، ۱ نفر از مشارکت‌کنندگان بیکار، ۴ نفر خانه-دار، ۱ نفر خیاط، ۲ نفر خدماتی هستند و ۱ نفر دیگر در کارخانه مشغول به کار است. برحسب بعد خانوار، تعداد اعضای خانواده مشارکت‌کنندگان بین ۶-۱ نفر است. برحسب محل سکونت، همه ۱۰ نفر مشارکت‌کنندگان، در شهر پاکدشت زندگی می‌کنند. برحسب وضعیت تأهل، ۳ نفر متأهل، ۲ نفر مجرد، ۴ نفر طلاق و یک نفر متارکه داشته‌اند. مقصد مهاجرت مشارکت‌کنندگان، ۱ نفر قوچان، ۱ نفر کرمانشاه، ۱ نفر ایلام، ۱ نفر اردبیل، ۱ نفر بروجرد، ۱ نفر تهران، ۱ نفر نهاوند، ۱ نفر زاهدان، ۱ نفر قروه و ۱ نفر هرسین است. نوع اعتیاد مشارکت‌کنندگان، ۲ نفر مصرف‌کننده شیشه و هروئین و ۱ نفر مشروبات الکلی است و ۷ نفر هیچ نوع موادمخدر و محرکی مصرف نکرده‌اند.

تحلیل یافته‌ها

یافته‌های توصیفی و تحلیلی این مقاله در دو محور تحلیل می‌شود: ۱- شرح حال، زبان، رفتار و کنش فردی، خانوادگی و اجتماعی هنگام خودکشی؛ ۲- استراتژی‌ها و راهبردهای جوانان در مواجهه با خودکشی در شهر پاکدشت.

جدول ۲- وضعیت اقدام به خودکشی و افکار خودکشی در شهر پاکدشت (۱۳۹۷-۱۴۰۰)

شخص / سال	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	جمع کل
تعداد اقدام به خودکشی	۳	۵	۸	۸	۲۴
تعداد افکار خودکشی	۵	۹	۱۱	۱۳	۳۸
جمع کل	۸	۱۴	۱۹	۲۱	۶۲

(منبع: مرکز اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان پاکدشت ۱۴۰۱)

بر اساس یافته‌های پژوهش، در شهرستان پاکدشت طی سال‌های ۱۳۹۷-۱۴۰۰ در مجموع ۶۲ مورد افکار خودکشی و اقدام به خودکشی داشته است. از این تعداد، ۳۸ نفر افکار خودکشی و ۲۴ نفر اقدام به خودکشی داشته‌اند. این آمار نشان می‌دهد که روند افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در سال‌های ۱۳۹۷-۱۴۰۰، روند افزایشی داشته است.

شرح حال، زبان، رفتار و کنش فردی هنگام خودکشی

پدیده محوری پژوهش، «هستی نامقتدر بی‌اثر» است. به این معنا، افراد در چرخه زندگی به این مرحله رسیده‌اند که فاقد اقتدار و توانایی لازم برای حل کردن مشکلات زندگی خود هستند. قرارگیری در بطن مشکلات چندبعدی از یکسو و فقدان حمایت‌های کافی از جانب دیگران از سوی دیگر، این تفکر را نهادینه ساخته که در زندگی مضمحل شده و از نظر درونی فاقد اثرگذاری بر زندگی هستند. تجربه زیسته (ویژگی‌های هیجانی، فکری، رفتاری، خانوادگی و اجتماعی) افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، به شرح ذیل ارائه می‌گردد.

شرایط و ویژگی‌های فردی اقدام به خودکشی

جدول ۳- ویژگی‌های فردی (هیجانی، فکری، احساسی و رفتاری)

افراد اقدام‌کننده به خودکشی

مفهوم	گزاره‌های مشارکت‌کنندگان (ویژگی‌های فردی)
هستی بی‌قدرت	از زندگی خسته‌ام؛ دیگه وجود ندارم؛ برای خانواده هیچ ارزشی ندارم؛ توان ادامه دادن ندارم؛ من مُردم؛ زندگی‌ام همینه؛ تلاش بی‌فایده است؛ کاری از دستم بر نیامد؛ قدرتی برای تغییر نداشتم؛ کاری از دستم بر نیامد.
از خود بیگانگی	مثل کالا دست‌به‌دست میشم؛ با خودم غریبه‌ام؛ روح زندگی‌ام مُرد؛ زندگی برای من بی‌معنا بود.
ذهن خیانت‌زده	فکر و خیال خیانت دارم؛ وسوسه خیانت همسرم در ذهنم هست؛ ذهنیت خیانت‌زده.
شرم، گناه و خشم، ترس	خودآزاری دارم؛ احساس شرم و گناه دارم؛ خشم و پرخاشگری وجودم را در برگرفته؛ در برابر شرایط دشوار زندگی تسلیم شدم؛ از اینکه توی جمع دیده بشم، خجالت می‌کشیدم؛ بین مردم نمی‌رم.
انزوای طلبی	منو کنترل می‌کنن؛ خونه کسی نمی‌رم؛ مهمانی و عروسی کسی نمی‌رم؛ دیدن نقطه ضعف‌هایم برایم سخته.
اضطراب تنهایی	تنهایی و ناراحتی همیشه همراه هست؛ تنها زندگی می‌کردم؛ زندگی مجردی سخته؛ همیشه ترس و دلهره و آشوب دارم؛ اضطراب تنهایی عجیبی دارم؛ حس می‌کردم کسی دنبالمه؛ توی خواب حس خفگی داشتم؛ بدبینی و ترس داشتم؛ فشار زیادی روی آینده زندگیم حس می‌کردم.

احساس بی‌ارزشی	به خاطر بیکاری، حس بی‌ارزشی دارم؛ خوار و ذلیل شدم؛ زندگی برام بی‌ارزشه؛ برای خانواده مفید نیستم؛ غروم از بین رفته؛ مثل آشغال شدم؛ ارزش و اعتباری برای خودم نمی‌دیدم؛ بین بودن و نبودن، نبودن را انتخاب کردم؛ ارزش خودم و خانوادمو پایین آوردم.
سربار بودن	دختر یعنی اضافه بودن در خانواده؛ حس می‌کردم موجود اضافه‌ام؛ سربار خانوادم.
بی‌تفاوتی	نسبت به همه چی بی‌تفاوتم؛ معنای زندگی کیلویی چنده!؛ میرم بین جمع و فامیل فقط به خاطر اینکه باشم؛ برام مهم نیست که بقیه چی میگن.
ناامیدی	در زندگی هدفی ندارم؛ نسبت به همه چی بی‌میل و بی‌انگیزه هستم؛ ناامیدم؛ نمیتونم خودم باشم؛ علائقه‌ام از دست رفته؛ انتظاری از خودم ندارم؛ هدفی نبود براش بجنگم.
عواطف و امیال سرکوب‌شده	سرکوب امیال جنسی؛ فقدان همدلی خانواده؛ عشقش نابودم کرد؛ به خاطر عشق اون، هر کاری کردم و خانوادمو نادیده گرفتم؛ اون منو فقط به خاطر سکس می‌خواست؛ همسرم منو ول کرد و رفت؛ با همسرم عشق و حال خوبی ندارم؛ کلاً فکر و ذکرم، رابطه جنسی با مردهای پولدار بود؛ از نظر نیاز جنسی تحت فشار بودم؛ حمایت‌گری نداشتیم؛ در خانواده ما، عشق یعنی مرگ.
تقدیرگرایی	یه جورایی بی‌حس شدم؛ تقدیر من همین‌ه؛ هیچ سودی نداشتیم؛ باید اعتباری داشته باشی یا نه؟؛ زندگیم برکت نداشت؛ هیچی برام جمع نمی‌شد؛ گفتم لابد تقدیر من این‌ه؛ خدا منو برای زجر کشیدن آفریده.
میل به مردن	مرگ و زندگی برام فرقی نداره؛ می‌گفتم که سرنوشت من این‌ه؛ سکوت می‌کردم؛ دخالتی نداشتیم در هیچ چیزی.
سوژه جنسی	به‌هم تجاوز شد؛ سوژه جنسی شدم؛ از اینکه منو به خاطر نیاز جنسی می‌خواستن، زجر می‌کشم.
احساس زندانی بودن	حس می‌کردم زندانی‌ام؛ همش محدودیت مالی داشتم؛ حس خفگی می‌کردم؛ حس می‌کردم تو این دنیا تنهام؛ حس بیچارگی همیشگی همراهم بود؛ دائم تو خودم غوطه می‌خوردم.
تسلیم شدن در برابر زندگی	در برابر زندگی تسلیم شدم؛ خسته شدم؛ دیگه چیزی برام مهم نبود؛ به این نتیجه رسیدم که باید خودمو تسلیم روزگار کنم؛ درآمد و شغل خوب برام آرزو بود؛ بیکاری منو کلافه کرده بود.

(منبع: یافته‌های پژوهش ۱۳۹۷ الی ۱۴۰۱)

شرایط و ویژگی‌های خانواده در شرایط اقدام به خودکشی

مؤلفه‌های مهمی در رابطه با «شرایط خانوادگی» وجود دارد که نقش مهمی در گرایش و اقدام به خودکشی جوانان دارد که به شرح زیر معرفی می‌گردد.

جدول ۴- شرایط و ویژگی‌های خانوادگی اقدام به خودکشی

مفاهیم	گزاره‌ها: ویژگی‌های خانوادگی افراد اقدام‌کننده به خودکشی
کودک‌همسری	چهارده‌سالگی ازدواج کردم؛ بچه بودم، منو شوهر دادن؛ شوهرم از من بیست‌سال بزرگ‌تر بود.
ازدواج اجباری	به زور ازدواج کردم؛ با دختر ترشیده ازدواج کردم؛ پدرم منو به نوعی فروخت؛ به زور برادرم با دوستش ازدواج کردم؛ به خاطر پول ازدواج کردم؛ چون زورکی بودم، علاقه بهش نداشتم.
ازدواج برای رهایی از فقر و افسردگی	پدرم گفت نان‌خور کمتر و منو شوهر داد؛ هیچ حسی به شوهرم نداشتم؛ با زن برادرم ازدواج کردم و بهش علاقه نداشتم؛ شاید ازدواج منو از خیال خانواده‌ام دور کنه؛ ازواجم به خاطر افسردگیم بود.
ازدواج‌های مکرر	ازدواج دو سه باره داغونم کرد؛ فکر کردم با ازدواج مجدد بهتر میشه؛ ازدواج مجدد آدمو هرزه می‌کنه.
زندگی تکراری	همه شب و روزم مثل هم بود؛ می‌گفتم آیندم هم مثل الانهغ چه فرقی داره امروز و فردات مثل هم باشنغ زندگی تکراری داشتم؛ دوست داشتم وقتی بیدار می‌شم، برام متفاوت باشه.
بی‌توجهی به احساسات	سرکوب احساساتم منو خفه می‌کرد؛ به عشق شدید نیاز داشتم؛ دوست داشتم با دوست‌دخترم بگردم؛ خانواده، حرف‌های احساسی منو مسخره می‌کردن؛ همسرم به احساساتم بی‌تفاوت بود.
فقدان گفت‌وگو در خانواده	پدر و برادرم زور می‌گفتن؛ شوهرم حرف، حرفِ خودش بود؛ هیچ مشورتی از من نمی‌خواستن؛ پدرم فکر می‌کرد اگر نظر ما رو بخواد، ازش [جایگاهش] کم میشه؛ برای حل کردن هر مسئله، منطق زور حاکم بود؛ سعی می‌کردم درون خودم بریزم و چیزی نگم؛ دلم پر بود، اما حرفی نمی‌زدم.
خشونت فیزیکی	توی خونه، زیاد کتک می‌خوردم؛ برادر و پدرم تا دم مرگ منو می‌زدن، از پله‌ها پرت شدم پایین؛ همسرم با کمر بند، منو می‌زد.
کنترل‌گری خانواده	تحت نظر بودم؛ دنبالم اومدن که کجا میرم؛ مدام گوشیم چک می‌شد؛ برادرم توسط دوستاش، منو کنترل می‌کرد؛ سین جیم می‌شدم؛ فضای زندگی ما بهم ریخته بود؛ تعداد خانواده، زیاد بودن در اون خونه؛ می‌خواستم اتاق خودمو داشته باشم، اما نمی‌شد.

شرایط اجتماعی خودکشی

شرایط اجتماعی به عنوان یکی از بسترهای اصلی شکل‌گیری خودکشی، پیچیدگی‌ها خاصی دارد که با شناخت این ویژگی‌ها و پیچیدگی‌ها می‌تواند در پیشگیری از خودکشی، بسیار با اهمیت تلقی شود.

جدول ۵- شرایط اجتماعی افراد در زمان اقدام به خودکشی

مفاهیم	گزاره‌ها: شرایط اجتماعی خودکشی
فقدان حمایت اجتماعی	خانوادام ازم حمایت نکردن؛ بهزیستی ما رو رها کرد؛ دو هفته یه بار به ما سر می‌زند؛ هیچ کسی نبود بگه دردت چیه؛ من حامی ندارم؛ نه تنها ازم پشتیبانی نشد، بلکه بی محلی می‌کردن؛ خانواده در زمان مشکلات از همدیگر حمایت نمی‌کنن؛ کسی نبود بهم امید و دلگرمی بده.
فقدان همدلی	افراد همدل و همراه در محله ما خیلی کمه؛ اقوام منو نمی‌بینن؛ اینجا همش به هم متلک قومی میندازن.
حرف مردم	فضولی مردم، برام هضم نمیشه؛ همه در زندگی خانوادگی آدم دخالت می‌کنن؛ بی توجهی به حریم خصوص من؛ نرفتن به خانه اقوام و فامیل راحت‌تره؛ به مهمانی و عروسی نمی‌رفتم؛ از دیدن مشکلاتم می‌ترسم؛ دیدن نقطه‌ضعف‌های من برام سخته؛ همیشه حس تنهایی و ناراحتی دارم.
برچسب‌زنی	انگ زدن؛ توهین و مسخره کردن توسط مردم؛ بین در و همسایه انگشت‌نما شدن؛ از اینکه الکی بهم تهمت می‌زنند، خشمگین بودم؛ همه فکر می‌کردن باعث مشکلاتشون منم؛ بی هیچ دلیل بهم حرف بد می‌زند؛ منو خائن می‌دونستند؛ در زندگیم دخالت می‌کردن؛ حس می‌کردن که وجود من شره برای همه.
فروپاشی خانواده	پدر و مادرم اعتیاد داشتند؛ پدرم همه ما را ترک کرد؛ ازدواج مجدد مادرم برایم گران تموم شد؛ دعوا و درگیری در خانواده؛ ضرب و شتم توسط برادر بزرگ‌تر؛ جدایی زندگی مادر و فرزندان از پدر.
محرومیت مطلق	پول و پله نداشتن سخته؛ از پس مخارج برنمیام؛ کاری بلد نیستم؛ بی‌دست و پام و کاری بلد نیستم؛ حرفه، تخصص و مهارتی ندارم؛ از این مملکت چیزی به ما نمی‌رسه؛ شدیم آشغال جامعه؛ دولت کاری به مردم اینجا نداره؛ همسرم کار و زندگی نمی‌کرد؛ همسرم دو روز کار می‌کرد، یک هفته بیکار و بی‌عار.
از جا کندگی مکانی	هر روز باید یه جایی زندگی کنیم؛ شش ماه یه جا زندگی می‌کنیم؛ آرامش نداریم، چون همیشه در حال اسباب‌کشی هستیم؛ در و همسایه رو هم خوب نمی‌شناسم؛ هر کسی ساز خودش رو می‌زنه.
شبکه دوستان	بیشتر دوستانم خوب نبودن؛ دوستانم منو بردن سمت مواد مخدر و الکل؛ منو تیغ

بزهار	می‌زدند؛ خودم به خودم ظلم کردم، دوست داشتم بقیه منو قبول کنن؛ برام سخت بود که توی گروه دوستانم منو قبول نکنن؛ دیده شدن برام مهم بود؛ ارزشی بین بقیه داشته باشم.
زندگی در محله جرم خیز	توی محله ما همش دله‌زدی بود؛ زن‌های خرابکار زندگی می‌کردن؛ خونه ما وسط خرابه‌ها بود؛ شغلم، زباله‌گردی بود؛ کارم اصلاً آبرومند نبود؛ به هر کسی می‌گفتم کارم دست‌فروشیه، حس بدی داشتم.
فقدان رفاه اجتماعی	از اینکه مٹ بقیه پول نداشتم، ناراحت بودم؛ تو خونه وسیله‌ای نداشتم، موقعی که مهمون میومد، شرمندگی داشتم؛ وسایل خونه ما کم بود و کولر نداشتم؛ یخچال همیشه خراب بود؛ پیش اقوام، سرم پایین بود.
طرد اجتماعی	دوست داشتم بین جمع باشم؛ از اینکه زندگی عادی نداشتم، زجر می‌کشیدم؛ دوستانم منو قبول نداشتن، منو حذف کردن؛ خانواد منو کنار گذاشته بودن؛ خانواده در هیچ کاری منو بازی نمی‌دادند.

(منبع: یافته‌های پژوهش)

راهبردها و کنش‌های استراتژی

راهبردهای و کنش‌های استراتژی، مجموعه اقداماتی هستند که کنشگران برای مقابله با شرایط دشوار زندگی به کار می‌گیرند. این راهبردها می‌تواند فعالانه، منفعلانه و یا انتقامی و جبرانی باشد. در اینجا، راهبردها در قالب چهار مقولۀ «خودکشی به‌مثابۀ مرگ آسان»، «ترمیم و جبران روابط نارسا»، «گسست پیوندهای همسایگی» و «تماشاگری و پذیرش وضع موجود»، خود را نشان داده‌اند. در ادامه به تفسیر این مقوله‌ها پرداخته شده است.

جدول ۶- راهبردها و کنش‌های استراتژی افراد اقدام‌کننده در مواجهه با خودکشی

مفاهیم پایه	مقوله اصلی
پایان دادن به زندگی برای کاهش رنج، درد موقتی به جای عذاب همیشگی، ناتوانی در تحمل مشکلات	خودکشی به‌مثابه مرگ آسان
تلاش در جهت ازدواج مجدد، دوست‌یابی بیشتر، پاک‌سازی گذشته با رفتارهای مطلوب، مشارکت و مسئولیت‌پذیری جمعی	ترمیم و جبران روابط نارسا
حسادت همسایه‌ها، برچسب‌زنی توسط همسایه‌ها، تهمت‌های بی‌اساس، مداخلات دروغین	گسست پیوندهای همسایگی
تسلیم‌شدگی، بی‌تفاوتی، تقدیرگرایی، سکوت و عدم مداخله	تماشاگری و پذیرش وضع موجود

خودکشی به مثابه مرگ آسان

خودکشی به مثابه مرگ آسان، یکی از استراتژی‌های منفعلانه در برابر شرایط سخت و دشوار زندگی است. این مقوله به معنای پایان بخشی به زندگی از طریق خودکشی است، زیرا فرد تاب‌آوری، زیست‌پذیری و قدرت تغییر شرایط زندگی خود را از دست داده است. مفهوم «خودکشی به مثابه مرگ آسان» از مؤلفه‌های زیر بر ساخت شده است: پایان دادن به زندگی برای کاهش رنج، درد موقتی به جای عذاب همیشگی، ناتوانی در تحمل مشکلات و اعتراض و رهایی از وضع موجود.

شرایط سخت، منزلت پایین، خیر محدود و زنجیره‌های خویشاوندی و خانوادگی نامولد، شرایطی ایجاد کرده‌اند که تاب‌آوری اجتماعی فرد را به حداقل رسانده و این تفکر را که می‌توان زندگی را به سمت مثبتی تغییر داد، از بین برده است. در این شرایط، تحمل شرایط سخت ناشی از برجسب و داغ‌دیدگی ناشی از آن در ترکیب با فقر عاطفی و گسست‌های روانی منبعث از آن، فرد را به سوی خودکشی سوق داده است. در این حالت، هزینه‌های مادی و معنوی زندگی بر هزینه‌های مرگ پیشی گرفته و فرد به زندگی خود پایان می‌دهد. این پایان، راحت و آسان و در یک لحظه انجام می‌گیرد و نوعی تسلیم در برابر شرایط و حامل انفعال محض است. از این جهت، نوعی راهبرد خلاقانه و رو به جلو محسوب نمی‌شود. در این وضعیت، فرد بدون توجه به گذشته، خانواده و سایر موارد (از جمله والدین)، خود را در انتهای مسیر می‌بیند. این حالت، زمانی رخ می‌دهد که فرد نسبت به آینده، هیچ گونه امیدی ندارد. سمیه ۳۵ ساله می‌گوید:

«قرص هیچ دردی ندارد. اما تصادف و بیماری عذاب‌آور، ولی قرص خوردن

آسونه! فقط سختی اون اینکه تا روز (آخرت) جواب بدی که چی شد قرص

خوردی، برای چی خوردی؟»

در استراتژی مرگ آسان، نوعی کنش اعتراضی نیز وجود دارد. اعتراض نسبت به وضعیت موجود که موجودیت فرد را نادیده گرفته و امکان بازگشت به زندگی و ترمیم زندگی خود را از او سلب کرده است. مرگ آسان، اعتراضی به زندگی سخت است که جامعه برای او ایجاد کرده است؛ نوعی اعتراض که فرد، ارزش و معنایی در آن نمی‌بیند. در اینجا، فرد دست به نوعی هزینه-فایده نیز می‌زند و فایده مرگ و خودکشی را بالاتر از زندگی در رنج همیشگی می‌یابد. از این رو کوشش‌های خود در زندگی کردن را عبث و

بیهوده می‌داند. در این وضعیت، فرد با عبور از هر آنچه تاکنون اندوخته، تنها مسیر راحتی خود را در خودکشی می‌داند. رنج زندگی، همیشگی، ولی رنج مرگ، موقتی است و او را از همه چیز دور می‌سازد و از این طریق، امکان دریافت حس شفقت و دلسوزی دیگران را برای او (در پسامرگ) فراهم می‌سازد.

«آدم‌هاش برام تکراری شدن و نمی‌تونم به چشمانشان نگاه کنم. دوست دارم از همه دور باشم. تحقیر کردنشان، اذیت می‌کنه و با خودکشی راحت بشم. راحت بدون دردسر برای همیشه» (علی، ۳۲ ساله).

در مجموع در استراتژی مرگ آسان، مشارکت‌کنندگان با کنار نهادن تلاش‌های خود، منفعلانه به زندگی نگاه می‌کنند و برای ادامه زندگی، معنا و ارزشی نمی‌بینند که با انگیزه و فعالانه برای آن بجنگند.

ترمیم و جبران روابط نارسا

مقوله «ترمیم و جبران روابط نارسا»، برخلاف مقوله خودکشی به مثابه مرگ آسان، استراتژی‌ای فعالانه است و فرد سعی دارد که با اتخاذ رویکردی مثبت به روابط و تعاملات ناقص خود پایان دهد و آنها را جبران کند. این مقوله از چهار مقوله فرعی استخراج شده است: تلاش در جهت ازدواج مجدد، دوست‌یابی بیشتر، پاک‌سازی گذشته با رفتارهای مطلوب و مشارکت و مسئولیت‌پذیری جمعی.

ترمیم روابط ناسالم و مخرب گذشته و سعی در ترسیم افق تازه و نو در زندگی آتی، امر فعالانه در برابر مشکلات و چالش‌های زندگی است. مشارکت‌کنندگان در این راهبرد، مسیرهای جدیدی در زندگی ایجاد کرده، از طریق آن به بازسازی خود می‌پردازند. در اینجا، افراد با ازدواج مجدد و دوست‌یابی‌های جدید، فضای تعاملات و کنش‌های خود را سازمان‌دهی می‌کنند. این سازمان‌دهی بر معیارهای متفاوتی استوار است. این معیارها از مکانیسم‌های جبران‌ساز ناشی می‌شود. فرد با آگاهی محیطی (به این مقوله مراجعه کنید) از محدودیت‌های خود آگاه شده، می‌داند در زنجیره‌های خویشاوندی نامولدی زندگی می‌کند که خیر محدودی برای او دارد. از این جهت به جبران آنچه اشتباه بوده می‌پردازد و از این‌رو برای بازسازی وضع موجود اقدام می‌کند. مهم‌ترین مکانیسم جبران‌ساز در آگاهی نهفته است؛ آگاهی از توانمندی‌ها در جهت رفع محدودیت‌ها. «من اون زندگی گذشته‌ام را از ذهنم پاک کردم، چون ازش یه چیزی

ساختم که کاملاً ازش متنفرم و بتی بود که شکستمش. سه ساله تنها کار می‌کنم و مشغول به کار» (مهناز، ۲۴ ساله).

در اینجا، ذهنیت دارایی محوری، جای رویکرد نیازمحوری را می‌گیرد. فرد به تدریج درمی‌یابد که با وجود محدودیت‌های ناشی از منزلت پایین، واجد توانایی‌هایی هم هست که می‌تواند تاحدودی به بازیابی خود بپردازد و کنش‌های خود را چندبعدی و با موقعیت‌ها سازگار کند. رهاورد این امر، انطباق با شرایط است. اما این بار انطباق با شرایط در جهت حضور فعالانه برای تغییر آن، نه تسلیم و بی‌تفاوتی در برابر آن. اینکه جهان و هستی دارای معناست و فرد نیز باید با نقش‌پذیری متناسب با ظرفیت‌های خود از آن بهره‌برداری کند. انطباق ناشی از این وضعیت، مشارکت‌کنندگان را در برابر وسوسه‌های خودکشی مقاوم کرده و ارتکاب مجدد آن را کاهش داده است. این انطباق-پذیری با ایجاد بسترهای لازم برای مشارکت اجتماعی، انسجام و خودشناسی فرد را بالا برده، شرایط را برای خودشکوفایی او فراهم می‌سازد.

«ما الان سه ساله به عنوان دوست [اسماء] هستیم. من تو بازار الان شال و روسری می‌فروشم. به اینم [اسماء] گفتم بیا، با هم می‌ریم. اندازه کرایه خونمون در میاد. ما چیزی می‌خواهیم که رو پای خودمون وایسیم» (شیرین، ۴۰ ساله).

ترمیم روابط نارسا، همراه با مسئولیت‌پذیری بیشتر بوده است. این مسئولیت‌پذیری، دریچه‌ای برای کاهش سطح انزوا و افسردگی ناشی از آن بوده است. در واقع فرد، شرایط ادغام و کاهش سطح محرومیت خود را باز یافته است. تعهد نسبت به مسئولیت باعث شده دیگران فرد را بپذیرند و همچنین دیدگاه‌های ناصواب خود نسبت به او را تعدیل کنند. مهم‌ترین پیامد این وضعیت، خود را در کاهش میزان انگ و برچسب منحرف نشان داده است. دیگران به تدریج دریافته‌اند که انگ و برچسب به او ناشی از درک نادرست از موقعیت فرد بوده، ذاتی شخصیت او نیست. افزون بر این در کنش‌های متقابل نیز فرد درمی‌یابد که خودپنداره شکاک او نسبت به دیگران بیهوده و ناشی از تراحمات و فهم نادرست از جایگاه اطرافیان بوده است. در نتیجه فرد با تعدیل خود و تغییر ذهنیت دیگران می‌تواند زنجیره‌های نامولد خویشاوندی و خانوادگی را تعدیل کند و فعالانه و به صورت مستقل، زندگی خود را اداره کند.

گسست پیوندهای همسایگی

مقوله «گسست پیوندهای همسایگی»، یک استراتژی مقابله‌ای و فعالانه است. در مقوله قبلی، استراتژی جبرانی بود؛ اما اینجا بیشتر مقابله‌ای و انتقامی است. فرد، فعالانه دیگران را کنار گذاشته، به زندگی خود ادامه می‌دهد. این مقوله، از «گسست پیوندهای همسایگی» از گویه‌های زیر بر ساخت شده است: حسادت همسایه‌ها، برچسب‌زنی توسط همسایه‌ها، تهمت‌های بی‌اساس و مداخلات دروغین اطرافیان.

در مقوله گسست از پیوندهای همسایگی، فرد آگاهانه به فشارهای ناشی از این پیوندها آگاه است و دریافته که باید از این وضعیت خارج شود تا بتواند به بازسازی خود بپردازد. از این‌رو در بطن آن، نوعی راهبرد مقابله‌ای نهفته است. در اینجا، فرد درمی‌یابد که در برابر محیط باید مقابله به مثل کند تا بتواند سلامت اجتماعی و روانی خود را حفظ کند. مشارکت‌کنندگان برای کاهش سطح سوژگی و نگاه ابزاری به خود از یکسو و دوری از زنجیره‌های خانوادگی و خویشاوندی از سوی دیگر، این راهبرد را اتخاذ کرده‌اند. همسایه‌ها به دلیل مداخلات شکننده و ایجاد محدودیت در کمیت و کیفیت کنش‌های فرد، مانع آزادی عمل فرد شده، از این طریق سلامت اجتماعی او را با مخاطره روبه‌رو می‌سازند. در این حالت، فرد با دوری و کاهش سطح تعاملات خود به این وضعیت واکنش نشان داده، این کار را به صورت آگاهانه و عامدانه انجام می‌دهد.

«باید دور و برت هم خوب باشن. مثلاً محیط زندگی من وقتی همسایه

حرف درمیاره، خیلی سخته باشون ادامه بدی. به نظر من، من برای مردم

دارم زندگی می‌کنم، برای خودم نیستم. یعنی دوست دارم همسایه و

فامیلم راضی باشند، ولی تو خانوادم بچهم، کمتر بخوره، لباس بد بپوشه.

مهم فقط اینه که آبرومو نبره. فقط به خودم ضربه می‌زنم و ازشون جدا

شدم و رابطه‌ای ندارم» (معصومه، ۳۲ ساله)

راهبرد گسست از همسایگی‌ها، راهبردی است برای از جا کندن سطح تعاملات خود در یک گستره مکانی متفاوت، تا سازمان‌دهی کنش‌ها در اختیار فرد باشد و بتواند بر زندگی خود کنترل داشته باشد. فرد درمی‌یابد که نمی‌تواند در تعاملات موجود، پذیرش مشروع پیدا کند و در نظم مستقر، مسئولیت‌پذیری داشته باشد. از این‌رو گسست را بر ماندن و مبارزه

ترجیح داده، نوعی انقطاع ذهنی و عینی ایجاد می‌کند. آسودگی ناشی از این انقطاع، خودپنداره فرد را مثبت و نوعی عقلانیت به زندگی فرد می‌بخشد. از این رو تاب‌آوری روانی و اجتماعی فرد بالا رفته، از این طریق زیست‌پذیری جمعی فرد تقویت می‌شود.

«من حصار امیر که زندگی می‌کردم، خیلی اذیت می‌شدم و خونه مجردی

که داشتم، ساعت چهار صبح یارو لگد زد تو در خونه من که شوهرم به تو

نظر داره، با من دعوا می‌کنه. الان من محله‌ای دیگه زندگی می‌کنم؛ تا الان

تیکه‌ای از مردی نشنیدم یا چیز بدی ندیدم» (مصاحبه گروه متمرکز).

آنچه در گسست مهم است، بُعد آگاهانه آن است. این آگاهی، محیطی است و محیط، فرد را از فشارهای ناشی از گذشته فرد پاک می‌سازد. از این جهت حالت تدافعی ندارد که فرد را از ایجاد تعامل و ارتباطات مثبت تهی کند؛ بلکه سطح تعاملات و پیوندها را از یک گستره به گستره دیگری انتقال می‌دهد. این انتقال، معناسازی را در زمینه‌ها و میدان‌های دیگری آغاز می‌کند که در آن ابتدا روابط ناشناخته و ناشی از فعالیت سوژه ناشناس در برابر محیط شناساست. اما با گذشت زمان، بین فاعل و زمینه، شناخت ایجاد می‌شود و پایداری کنش‌ها، خود کمیت و کیفیت را نشان می‌دهد.

تماشاگری و بی‌معنایی وضع موجود

«تماشاگری و بی‌معنایی وضع موجود» از چهار مقوله فرعی (تسلیم‌شدگی، بی‌تفاوتی، تقدیرگرایی و سکوت و عدم مداخله) برساخت شده است. این استراتژی منفعلانه و ناشی از تسلیم‌شدگی در برابر وضع موجود به مثابه تقدیر و سرنوشت است. در اینجا فرد نوعی تسکین پیدا کرده که پذیرش آنچه را بر او می‌گذرد، سهل کرده است.

در استراتژی تماشاگری و پذیرش وضع موجود، شرایط زندگی بد و ناکامی منزلتی و آنچه از آسیب‌ها بر فرد عارض شده، نوعی تقدیر و بازی سرنوشت قلمداد شده، فرد این ذهنیت را پیدا کرده که باید در برابر این وضعیت تسلیم شد. این استراتژی را عمدتاً دو گروه از مشارکت‌کنندگان اتخاذ کرده‌اند: کسانی که رویکرد مذهبی دارند و این شرایط را نوعی تقدیر فرض می‌کنند و در نتیجه باید مقاومت کرد و شرایط را پذیرفت. گروه دوم، کسانی هستند که وضع موجود را ناشی از ناتوانی در تغییر وضع موجود می‌دانند و آن را فراتر از توانایی خود می‌دانند. این دسته از افراد چون انگیزه مذهبی ندارد، از

جمله مشارکت‌کنندگانی هستند که سابقه خودکشی چندباره دارند؛ زیرا بعد از مدتی درمی‌یابند که تاب تحمل وضع موجود را ندارند. با این حال این راهبرد حالت انفعال محض دارد. از این‌رو افراد به تماشای وضعیت خود پرداخته، امکانات تغییر زندگی خود را به حداقل می‌رسانند. در این راهبرد، بی‌معنایی، بیشترین سطح خود را نمایان ساخته است. فرد، معنایی در زندگی خود نمی‌بیند. تقدیر نیز از انفعال است و معنا را در جهان دیگر می‌بیند، نه این جهان. بنابراین این انفعال، فرد را بی‌حس، بی‌هدف و فاقد احساسات کرده است.

«دلم نمی‌خواهد که زندگی کنم، هیچ دلیلی ندارم، هیچ هدفی ندارم و هیچ

آینده‌ای ندارم. پس زندگی کردن من بی‌فایده است» (ابوالفضل، ۱۷ ساله).

زندگی معنا می‌خواهد. معنا هم یا بعد استعلایی دارد یا بعد روزمره. زندگی افراد در وضعیت موجود، فاقد استعلاست، زیرا تنش‌های همیشگی، امکانات فراروی از وضع موجود را از آنها سلب کرده است. زندگی روزمره نیز همراه با ناکامی‌های چندبعدی است. از این‌رو معنا در خلأ است. در اینجا، مشارکت‌کنندگان، وضعیتی دارند که نوعی تعلیق وجودی است. این تعلیق از فقدان انگیزه ناشی شده است. فرد نه واقعاً قصد به پایان رساندن زندگی خود دارد (مانند استراتژی مرگ آسان) و نه اینکه فعالانه وارد چرخه زندگی شده، برای خود فهم جدید از زندگی بر ساخت می‌کند (مانند استراتژی گسست از پیوندهای همسایگی). در نتیجه بی‌تفاوتی را پیشه خود کرده و هر از گاهی با اقدام به خودکشی، خود را به دیگران نشان می‌دهد. البته در این حالت نیز تکرار خودکشی‌ها، اطرافیان را نسبت به این اقدام فرد بی‌تفاوت کرده، به او توجهی نمی‌کنند.

«یکی دوبار اول همه اومدن بالا سرم و در بیمارستان گفت چرا این کار رو

کردی و بهم دلداری دادن. اما وقتی چند بار خودکشی کردم، دیگه کسی

بهم محلی نداشت» (نسرین، ۳۵ ساله).

امیر ۳۷ ساله نیز با توصیف بی‌تفاوتی و بی‌معنایی زندگی خود و تسلیم در برابر وضع موجود، اینگونه اظهار می‌کند:

«تو این اجتماع من دیگه هیچی خوشحالم نمی‌کنه، هیچی هم ناراحتم

نمی‌کنه. الان با تمام داشته‌هام اصلاً حال نمی‌کنم» (امیر، ۳۷ ساله).

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف واکاوی تجربه زیسته جوانان اقدام‌کننده به خودکشی در شهرستان پاکدشت، نشان داد که این پدیده فراتر از یک بن‌بست روانی فردی، محصول تلاقی «انسداد ساختاری» و «تعلیق معنایی» در زیست‌جهان سوژه‌هاست. تحلیل پدیدارشناختی روایت‌ها بیانگر آن است که جوان در این منطقه، خود را در وضعیت میان‌بری می‌یابد که در آن، خودکشی نه لزوماً به معنای گزینش قطعی «نیستی»، بلکه به‌مثابه تنها ابزار موجود برای بازپس‌گیری عاملیت در محیطی است که او را نادیده می‌گیرد. یافته‌های تحقیق در پرتو مباحث نظری و چارچوب روش‌شناختی پدیدارشناسی تحلیل می‌شود. چهار راهبرد متمایز (مرگ آسان، ترمیم و جبران، گسست پیوندها و تماشاگری و بی‌معنایی وضع موجود) به عنوان واکنش‌های افراد در مواجهه با تجربه «هستی نامقتدر بی‌اثر» شناسایی شدند.

رویکرد پدیدارشناسی بر «نحوه پدیداری» این پدیده‌ها در آگاهی افراد تمرکز دارد. هر راهبرد، یک تفسیر زیسته متفاوت از فقدان عاملیت است:

- کنش فعالانه (ترمیم و گسست): تلاشی برای بازسازی جهان معنایی و تعریف خویشتن از طریق عمل و مسئولیت‌پذیری محدود. این واکنش‌ها نشان‌دهنده تلاش آگاهانه برای حفظ هویت فاعلیت در چارچوبی محدود شده است.
 - کنش غایی (مرگ آسان): حذف رنج از طریق پایان دادن به تجربه زیسته، ناشی از فقدان کامل دسترسی به معنا در حوزه روزمره. این راهبرد بیانگر ناتوانی کامل در یافتن هرگونه زمینه‌ای برای تجربه زیسته معنادار در چارچوب فعلی است و به عنوان آخرین تلاش برای بازپس‌گیری کنترل (هرچند از طریق حذف خود) تعبیر می‌شود.
 - بی‌کنش مطلق (تماشاگری): نقطه مقابل کنش، نشان‌دهنده فروپاشی معنایی عمیق‌تر و رسیدن به تعلیق وجودی و بی‌حسی مطلق.
- یافته‌ها نشان می‌دهد که خشم ناشی از ناتوانی، در این افراد به اشکال درونی‌شده بروز می‌کند که ماهیت آن بستگی به راهبرد انتخابی دارد:
- خشم متجلی در کنش: در راهبردهای ترمیم و گسست، خشم، نیروی محرکه تغییر مرزهاست. این خشم به صورت انرژی‌ای صرف می‌شود که مرزهای

جدیدی را در تعامل با محیط یا بافت‌های اجتماعی تعریف می‌کند؛ نوعی خشم کنترل‌شده که برای بقای روان‌شناختی، ضروری است.

- خشم جذب‌شده در انفعال: در راهبرد تماشاگری، خشم آنقدر سرکوب شده که به بی‌حسی تبدیل شده است. این خشم دیگر قابلیت تبدیل شدن به واکنش سازنده یا مخرب را از دست داده و به یک فشار درونی تبدیل شده که فاقد انرژی لازم برای بیان است. این وضعیت نشان‌دهنده شکست کامل مکانیسم‌های مقابله‌ای است.

نتایج علمی این مقاله با یافته‌های پژوهش‌های زیر همسو است:

- مینگ (۲۰۲۰): خودکشی برای زنان به عنوان اعتراض در برابر فشارها و تنگناهای اجتماعی و اقتصادی درک می‌شود.
- ون‌برگ و همکاران (۲۰۲۱): شرایط خانوادگی، طرد، فقر، بیماری‌ها
- کیلی و همکاران (۲۰۲۲): ادراک حمایت‌های اجتماعی
- داگلاس (۲۰۱۹): ابعاد ذهنی پنهان خودکشی (افکار و احساسات) و اجتماعی آشکار (رفتار قابل مشاهده)
- ویکتور فرانکل (۱۳۹۴): خودکشی پاسخی ناگوار به «فقدان معنا» در زندگی است.

تجربه زیسته افراد در قبال فقدان عاملیت، به طور نظام‌مند به چهار دسته واکنشی (از کنش هدفمند تا انفعال کامل) منجر می‌شود که تلاشی برای مدیریت رنج ناشی از ناتوانی در اعمال اراده بر محیط پیرامونی است. این راهبردها بیانگر دسته‌ای هستند که در یک سر آن، تلاش برای تعریف مجدد فاعلیت (ترمیم) و در سر دیگر آن، تسلیم کامل به بی‌معنایی (تماشاگری) قرار دارد. حتی در شدیدترین حالات (مرگ آسان و تماشاگری)، فرد در حال مبارزه معنایی است. مرگ آسان، مبارزه‌ای برای پایان دادن به معنای دردناک است و تماشاگری، مبارزه‌ای برای جلوگیری از درگیر شدن در معنایی که غیر قابل قبول است. راهبرد «تماشاگری»، سطح نهایی انفعال است که در آن، فرد در وضعیت «تعلیق» باقی می‌ماند. این حالت نه تنها فقدان عاملیت را می‌پذیرد، بلکه از هرگونه تلاش برای بازپس‌گیری آن اجتناب می‌کند.

منابع

- ابوالمعالی، خدیجه و فاطمه سادات آل یاسین (۱۳۹۵) «بررسی معنای زندگی از دیدگاه امام علی(ع) و مقایسه آن با دیدگاه ویکتور فرانکل»، نشریه علوم تربیتی از دیدگاه اسلام، سال چهارم شماره ۱ (پیاپی ۶، بهار و تابستان).
<https://www.magiran.com/p1569060>.
- باختر مرضیه و محسن رضائیان (۱۳۹۵) شیوع افکار و اقدام به خودکشی و عوامل خطر مرتبط با آن در دانشجویان ایرانی: یک مطالعه مروری منظم. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۵ (۱۱)، صص ۱۰۶۱-۱۰۷۶.
- <http://journal.rums.ac.ir/article-۱-۳۴۲۸-fa.html>.
- بهرامی، اردشیر و پروانه دانش و زهرا محمدی (۱۴۰۲) «مطالعه بسترهای اقدام به خودکشی در بین جوانان شهرستان ورامین»، فصلنامه علوم اجتماعی، سال سی‌ام، شماره ۱۰۰، صص ۲۲۱-۲۵۸.
- <https://doi.org/10.22054/qjss.2023.75891.2694>
- بخارایی، احمد و ابراهیم میرزایی (۱۳۹۳) فراتحلیل مطالعات خودکشی در استان ایلام. فرهنگ ایلام، دوره ۱۶، شماره ۴۷-۴۷، صص ۱۱۵-۱۳۴.
- پروین، ستار و ابراهیم اخلاصی و سید مهرداد نظری آدریانی (۱۳۹۸) «مسمومیت دارویی عمدی به‌مثابه خودکشی: زمینه‌ها و پیامدهای اجتماعی»، بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال دهم، شماره ۱، صص ۲۱۷-۲۴۰.
- https://ijsp.ut.ac.ir/article_76174_2e04960b1f3e0eaacff48e752d706d51.pdf.
- پناهی‌نسب، صادق و صیاد خردمند (۱۴۰۴) «زیست‌پروبلماتیک و اقدام به خودکشی (مطالعه کیفی در میان شهروندان ۱۸ تا ۴۰ ساله استان کهگیلویه و بویراحمد)»، مسائل اجتماعی ایران، سال شانزدهم، شماره ۱، صص ۴۱-۸۲.
- <http://dx.doi.org/10.61186/jspi>.
- روشن‌پور، امین و اسدالله نقدی و سهیلا کردعلیوند و سارا نورزی (۱۴۰۴) «فصلنامه مددکاری اجتماعی»، سال سیزدهم، شماره ۴۹، صص ۵۶-۶۵.
- <https://iranjournals.nlai.ir/handle/123456789/1173509>.
- سازمان پزشکی قانونی کشور، سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور ۱۳۹۷، ۱۳۹۸، ۱۳۹۹، ۱۴۰۱.
- شفیعی‌نژاد، اکبر و مجتبی زارع شاه آبادی و جواد مداحی (۱۳۹۶) «اقدام به خودکشی بین زنان آبدانان: انگیزه‌ها و شرایط» زن در توسعه و سیاست، (۳) ۱۵، صص ۴۲۷-۴۴۶.
- doi: 10.22059/jwdp.2017.229631.1007164.
- عنبری، موسی و اردشیر بهرامی (۱۳۸۹) «بررسی آثار فقر و خشونت بر میزان خودکشی در ایران (مورد مطالعه: روستاهای شهرستان پلدختر)»، بررسی مسائل اجتماعی ایران (نامه علوم اجتماعی)، سال اول، شماره ۲، صص ۱-۲۹.
- SID. <https://sid.ir/paper/155298/fa>.
- فرانکل، ویکتور (۱۳۹۴) انسان در جستجوی معنا، مترجمان: نهضت صالحیان و مهین میلانی، درس. قاسمی‌نژاد، ابودر و سعید وصالی (۱۳۹۷) «مطالعه داده‌های بنیاد حاشیه‌نشینی و توسعه اجتماعی (شناسایی

شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدهای عدم تحقق توسعه اجتماعی در پاکدشت»، توسعه اجتماعی، سال چهاردهم، شماره ۲، صص ۹۳-۱۲۶.

<https://doi.org/10.22055/qjsd.2020.15402>.

کوچکیان، زینب و علیرضا کلدی و علیرضا محسنی تبریزی (۱۳۹۵) «خودکشی؛ به مثابه عبور از امر مسکوت مانده (مورد مطالعه: افراد اقدام کننده به خودکشی در شهر تهران»، فصلنامه پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، دوره ۳، شماره ۱۰، دی ۱۳۹۵، صص ۱-۳۹.

<https://doi.org/10.22054/rjsw.2016.9370>.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور (۱۴۰۱) «وضعیت اقدام به خودکشی در کشور از ۱۳۹۴ الی ۱۴۰۰».

Berman AL. Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide Life Threat Behav* (2011) 41 (1): 110-116. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2010.00009.x> PMID:21309829.

Douglas, Jack D. (1967) *The Social Meaning of Suicide*, Princeton: Princeton University.

Erlangsen, Annette Bo Runeson, James M Bolton, Holly C Wilcox, Julie L Forman, Jesper rogh, M Katherine Shear, Merete Nordentoft, Yeates Conwell (2017) Association Between Spousal Suicide and Mental, Physical, and Social Health Outcomes: A Longitudinal and Nationwide Register-Based Study, *JAMA Psychiatry*, 2017 May 1; 74 (5): 456-464. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0226.

Evans, Rhiannon & White, James & Turley, Ruth & Slater, Thomas & Morgan, Helen & Strange, Heather & Scourfield, Jonathan, (2017) "Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence," *Children and Youth Services Review*, Elsevier, vol. 82 (C), pages 122-129.

Evans Emma, Keith Hawton, Karen Rodham (2004) Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies, *Affiliations Expand*, PMID: 15533280. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.04.005.

Haw, C., & Hawton, K. (2008) Life problems and deliberate self-harm: Associations with gender, age, suicidal intent and psychiatric and personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 109(1-2), 139-148.

Hoyert, D.L. and Xu, J. (2012) Deaths: Preliminary Data for 2011. *National Vital Statistics Report*, 61.

http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr61/nvsr61_06.pdf.

Kushner Howard., PhD and Claire E. Sterk, PhD (2005) The Limits of Social Capital: Durkheim, Suicide, and Social Cohesion, *Am J Public Health*. 2005 July; 95(7): 1139-1143.

doi: 10.2105/AJPH.2004.053314.

- Kelli, D., Helen, M., & Jodi, Q. (2022) Perceived Social Status and Suicidal Ideation in Maltreated Children and Adolescents. *Res Child Adolesc Psychopathol.* 2022; 50(3): p.p 349–362.
- Isernson, K. V. (2000) Notifying survivors about sudden, unexpected deaths. *The Western Journal of Medicine*, 173(4), 261–265. <https://doi.org/10.1136/ewjm>.
- Niederkrötenhaler, T., Floderus, B., Alexanderson, K., Rasmussen, F., & Mittendorfer-Rutz, E. (2012) Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: An analysis of sensitive life periods. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66 (3), 233–239. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.109595>.
- Meng, L. (2020) Rebellion and revenge: the meaning of suicide of women in rural China, *International Journal of Social Welfare*, 11 (4): 300-309.
- Nock Matthew K, Jennifer Greif Green, Irving Hwang, Katie A McLaughlin, Nancy A Sampson, Alan M Zaslavsky, Ronald C Kessler (2013) Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement, *JAMA Psychiatry*, 2013 Mar;70(3): 300-10. doi: 10.1001/2013.jamapsychiatry.55.
- Ormiston CK, Lawrence WR, Sulley S, et al. Trends in Adolescent Suicide by Method in the US, 1999-2020 *JAMA Netw Open.* (2024) 7 (3): e244427. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.4427.
- Runeson, B., & Asberg, M. (2003) Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 160 (8), 1525–1526. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1525>.
- Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011) Familial clustering of suicide risk: A total population study of 11.4 million individuals. *Psychological Medicine*, 41(12), 2527–2534. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000833>.
- Van Bergen, D., Eylem Van Bergeijk, O., & Montesinos, A. H. (2021) Attempted suicide and suicide of young Turkish women in Europe and Turkey, A systematic literature review of characteristics and precipitating factors. *PloS one*, 16 (8), e0253274.
- World Health Organization (2014) Suicide Prevention Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ on 4 July 2014.
- World Health Organization. (2022) Suicide prevention. https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1.

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره هجدهم، زمستان ۱۴۰۴: ۱۶۱-۱۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۳

نوع مقاله: پژوهشی

ترسیم طرح‌واره روانی - اجتماعی اقدام به خودکشی

* مهری سادات موسوی

** سلمان قادری

*** مریم بیک‌محمدی

**** الهام ثانی

***** فائزه رئیسی

چکیده

خودکشی به عنوان یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر به‌ویژه در میان جوانان، پدیده‌ای چندبعدی است که ریشه در تعامل پیچیده عوامل روانی، اجتماعی و اقتصادی دارد. روش این مطالعه با هدف ترسیم طرح‌واره روانی - اجتماعی اقدام به خودکشی، از طریق تحلیل عاملی اکتشافی دیدگاه ۷۶ نفر از اقدام‌کنندگان تحت مداخله اورژانس اجتماعی تهران انجام شد. داده‌ها با پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته گردآوری و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل عاملی تحلیل شد. بیشترین گروه سنی شرکت‌کنندگان، ۲۰ تا ۳۰ سال (۸/۳۶ درصد) و میانگین سنی ۳۳ سال

* نویسنده مسئول: استادیار گروه جوانان و مناسبات نسلی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی
smousavi@acecr.ac.ir

http://orcid.org/0000-0003-1069-6091

** دکتری جامعه‌شناسی، مددکار اجتماعی و کارشناس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی، تهران، ایران
salmang41@gmail.com
http://orcid.org/0000-0006-9167-6161

*** مددکار اجتماعی و کارشناس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی، تهران، ایران
saharbekmohamadi6767@gmail.com
http://orcid.org/0000-0008-1874-0888

**** دکتری مردم‌شناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
elhamsani62@yahoo.com
http://orcid.org/0000-0003-6464-8457

***** کارشناس‌ارشد روان‌شناسی و روان‌شناس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی، تهران، ایران
reisi.f381@gmail.com
http://orcid.org/0000-0001-8396-5307



بود. مهم‌ترین دلایل اقدام از دیدگاه آنان به ترتیب تنهایی (۷/۲۳ درصد)، مشکلات مالی (۴/۲۲ درصد) و اختلافات خانوادگی (۹/۷ درصد) گزارش شد. تحلیل عاملی اکتشافی، نه عامل مؤثر را استخراج کرد که ۱۶/۷۷ درصد از واریانس را تبیین نمودند. رتبه‌بندی این عوامل نشان داد که درماندگی و بن‌بست، پوچی و بی‌معنایی وجودی و شرایط اقتصادی-اجتماعی به ترتیب مهم‌ترین عوامل از دیدگاه اقدام‌کنندگان هستند. یافته‌ها، الگوی اقدام به خودکشی را به عنوان پدیده‌ای عمدتاً جوان‌گرا با ساختار روانی-اجتماعی چندلایه ترسیم می‌کند و نشان می‌دهد که هرچند عوامل عینی به عنوان محرک‌های فوری عمل می‌کنند، عوامل شناختی-هیجانی عمیق‌تر، وزن تعیین‌کننده‌تری در شکل‌گیری طرح‌واره ذهنی منجر به خودکشی دارند. این نتایج، لزوم طراحی مداخلات دوسطحی شامل مداخلات فوری برای رفع محرک‌های عینی و مداخلات عمیق روان‌شناختی برای مقابله با درماندگی و بازسازی معنای زندگی را پیشنهاد می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، عوامل روانی-اجتماعی خودکشی، اورژانس اجتماعی، تحلیل عاملی و اقدام به خودکشی.

بیان مسئله

خودکشی به عنوان یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین معضلات حوزه سلامت عمومی، تنها یک عمل فردی نیست؛ بلکه نشانه‌ای رنج‌بار از نابسامانی‌های عمیق روانی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در یک جامعه است. این پدیده چندبعدی، همچون تکه‌یخی شناور در اقیانوس است که تنها بخش کوچکی از آن آشکار و عمق و ابعاد واقعی‌اش از دید پنهان است (ر.ک: WHO & UNICEF, 2021). خودکشی، تنها یک «مرگ» نیست، بلکه زنجیره‌ای به هم پیوسته از افکار، نیات، برنامه‌ریزی‌ها و در نهایت اقدام است که ریشه در دردهایی دارد که اغلب ناشناخته می‌مانند (Franklin et al, 2017: 187-232).

در جهان امروز، خودکشی، یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر به‌ویژه در میان جوانان و گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شود. آمارهای نگران‌کننده سازمان جهانی بهداشت بیانگر آن است که سالانه نزدیک به ۷۰۰ هزار نفر در سراسر جهان در اثر خودکشی، جان خود را از دست می‌دهند (WHO, 2025). خودکشی فراتر از یک تراژدی فردی، بازتابی رنج‌بار از نابسامانی‌های ساختاری و شکاف‌های حمایتی در جامعه است. در ایران نیز گزارش‌های رسمی پزشکی قانونی نشان می‌دهد که خودکشی از سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۹، روندی صعودی داشته و به ۷/۷ مورد در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر رسیده است. این ارقام، تنها عدد و رقم نیستند، بلکه هر کدام داستان انسانی است که امیدش به یأس گراییده و دردش به نقطه اوج رسیده است.

این پدیده در بافت ایرانی، در تقاطع چندین بحران اجتماعی از جمله نابرابری اقتصادی روزافزون، فروپاشی شبکه‌های حمایت سنتی، احساس بی‌عدالتی، استیغمای شدید نسبت به اختلالات روانی و محدودیت دسترسی به خدمات سلامت روان قرار دارد. آمارهای نگران‌کننده خودکشی در ایران تنها سطح آشکار این بحران را نشان می‌دهد، در حالی که ریشه‌های آن در نهادهای خانواده، اقتصاد، و نظام سلامت تنیده شده است.

هرچند مطالعات پراکنده به عوامل روانی یا اقتصادی منفرد پرداخته‌اند، درک ما از چگونگی تعامل این عوامل ساختاری در لحظه بحران و شکل‌دهی به «طرح‌واره روانی- اجتماعی» که فرد را به سمت خودکشی سوق می‌دهد، ناقص است. این پژوهش با تمرکز

بر دیدگاه افرادی که به این مرحله بحرانی رسیده‌اند، در پی پاسخ به این پرسش اساسی است: سهم و سلسله‌مراتب عوامل روانی، اجتماعی و اقتصادی در تشکیل طرح‌واره ذهنی منجر به اقدام خودکشی در بافت خاص کلان‌شهر تهران چیست؟ پاسخ به این پرسش، از طریق تحلیل عاملی دیدگاه اقدام‌کنندگان می‌تواند نقشه‌ای برای طراحی مداخلات چندسطحی و مبتنی بر شواهد ارائه دهد.

پیشینه پژوهش

تاکنون تحقیقات متعددی در زمینه عوامل روانی و اجتماعی درباره خودکشی در داخل و خارج از کشور به انجام رسیده است که در این بخش به برخی از آنها اشاره می‌شود. بررسی پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه خودکشی در ایران بیانگر تنوع علل و زمینه‌های مؤثر بر این پدیده است. در مطالعه فراکیب (متاسنتز) فیض‌اللهی (۱۴۰۱) مشخص شد که عواملی نظیر نابسامانی خانواده، مدیریت نابهنجارانه خانواده، فشار اجتماعی، رابطه زناشویی تنش‌آلود، ناهمترازی سنتی، دسترسی به ابزار خودکشی، سترون‌سازی خودکشی و طرد اجتماعی از مهم‌ترین دلایل خودکشی در ایران هستند. در این میان، بیشترین بسامد آسیب‌ها مربوط به کژکارکردی و آسیب‌زایی وضعیت خانوادگی بوده است.

در مرور نظام‌مند زرانی و احمدی (۱۴۰۰) نیز مشخص شد که برخلاف آمارهای جهانی، میزان اقدام به خودکشی در مردان ایرانی بیشتر از زنان است و همچنین شیوع، روش‌ها و علل خودکشی در خرده‌فرهنگ‌های ایرانی، تفاوت چشمگیری دارد.

نصیرزاده و همکاران (۱۴۰۴) در بررسی افکار خودکشی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان نشان دادند که حدود یک‌ششم دانشجویان دارای افکار خودکشی با خطر بالا و بسیار پرخطر هستند. همچنین رابطه مستقیمی بین آموزش مهارت‌های زندگی و حمایت اجتماعی درک‌شده با خودکشی وجود داشت. بر این اساس، اجرای برنامه‌های آموزشی و دوره‌های توانمندسازی دانشجویان توصیه شده است.

در فراتحلیل کریم (۱۴۰۱)، متغیرهایی مانند سطح تحصیلات، تأهل، عزت نفس، انسجام خانوادگی، ازدواج زودهنگام، اضطراب و وضعیت اقتصادی خانواده، تأثیر معناداری بر خودکشی نشان دادند. به طور مشخص در میان مقوله‌های اجتماعی، ازدواج

زودهنگام، بیشترین رابطه را با گرایش به خودکشی داشت (اندازه اثر (۰/۳۷۲۱) و در میان متغیرهای روان‌شناختی، عزت نفس، بیشترین رابطه را با خودکشی نشان داد (اندازه اثر ۰/۶۹۲۱).

بررسی پژوهش‌های بین‌المللی نیز گویای تنوع عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و رشدی مؤثر بر خودکشی است. در مطالعه سیستماتیک مک کله‌لند و همکاران (۲۰۲۳) در اسکاتلند، سه دسته عامل مرتبط با خودکشی شناسایی شد: عوامل ارتباطی (شامل تعلق خاطر، بار مسئولیت و ارتباط با مدرسه)، سلامت روان (شامل افسردگی، افکار خودکشی، مصرف موادمخدر و الکل و قربانی قلدری بودن) و عوامل درونی (شامل ناامیدی، شکست، گرفتاری، بی‌باکی از مرگ، تکنشگری، تصویرسازی ذهنی و توانایی اکتسابی).

فورکمن و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهشی با عنوان «فکر کردن به خودکشی» نشان دادند که نشخوار فکری، تثبیت توجه و فراشناخت‌های مثبت و منفی در میان افرادی که در طول زندگی اقدام به خودکشی کرده‌اند، مؤثر بوده و این افراد را از افراد غیر اقدام‌کننده متمایز می‌سازد.

در مطالعه ملی کره، جیون نو و همکاران (۲۰۲۵) گزارش کردند که عواملی نظیر اختلال افسردگی اساسی، وابستگی به نیکوتین، خودآزاری و انزوای اجتماعی، قوی‌ترین ارتباط را با رفتار خودکشی دارند. همچنین این پژوهش بر لزوم تمایز بین افراد دارای افکار خودکشی و افراد دارای اقدام و برنامه‌ریزی خودکشی تأکید کرده است.

باهامون (۲۰۲۵) در بررسی عوامل تعیین‌کننده اجتماعی و رشدی مؤثر بر خطر خودکشی و خودآزاری در زمینه‌های مراقبت‌های بهداشتی نشان داد که ارتباط معناداری بین اقدام به خودکشی و قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی، خشونت مدرسه و آزار جنسی وجود دارد. همچنین سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی، احتمال رفتار خودکشی را در نوجوانان افزایش می‌دهد. در مقابل، حمایت درک‌شده خانواده به عنوان یک عامل محافظتی بالقوه عمل می‌کند. این یافته‌ها بر نیاز به استراتژی‌های پیشگیری که عوامل اجتماعی و رشدی را مورد توجه قرار می‌دهند، تأکید دارد.

با عنایت به بررسی‌های انجام‌شده به نظر می‌رسد که در تحقیقات پیشین داخلی و خارجی به بررسی دلایل جامع و متعدد روان‌شناختی، عوامل خانوادگی و نقش متغیرهای

اقتصادی و اجتماعی در بروز خودکشی پرداخته شده است. با وجود این آنچه در این پژوهش مورد بحث و نظر است، سهم، میزان و اولویت هر یک از عوامل مؤثر در بروز خودکشی برحسب زمان و شرایط خاص جامعه ایرانی و همچنین درک عمیق از چرایی و چگونگی شکل‌گیری تصمیم به خودکشی در میان افرادی است که به این مرحله بحرانی رسیده‌اند که همچنان نیازمند پژوهش‌های کیفی و کمی غنی‌تری است. در این پژوهش برخلاف تحقیقات قبلی به دنبال یافتن سهم عوامل متعدد و با وزن و اهمیت و طرح‌واره ذهنی افرادی هستیم که در شرایط بحرانی به خودکشی اقدام نموده‌اند.

مبانی نظری

خودکشی، یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی برنامه‌های مراقبت بهداشتی است و هر سال بیش از ۸۰۰ هزار نفر در جهان به دلیل خودکشی، جان خود را از دست می‌دهند. همچنین خودکشی، هزینه‌های اقتصادی زیادی نیز برای جامعه در بردارد (Shepard, 2016: 352-362). به همین دلیل است که برخلاف بسیاری از مشکلات ناشی از سلامت عمومی، آثار و پیامدهای روانی، اقتصادی و اجتماعی خودکشی و عوامل مرتبط با آن طی دهه‌های اخیر کاهش نیافته است و به دلیل بی‌اطلاعی و بررسی نشدن پیش‌بینی‌کننده‌های دقیق خودکشی در جوامع، منجر به کاهش موارد خودکشی نیز نشده است.

طی سال‌های اخیر، مطالعات امیدوارکننده‌ای در سطح جهانی و همچنین در کشورمان با هدف بررسی و تبیین مدل‌ها و نظریه‌های خودکشی از زوایای مختلف طرح و بسط یافته است که از جمله می‌توان به دیدگاه‌های اپیدمیولوژیک، محیطی، اجتماعی و فرهنگی و روان‌شناختی اشاره نمود. با وجود این هیچ‌یک از آنها به‌تنهایی به پیش‌بینی رفتار خودکشی نپرداخته‌اند و تبیین نسبتاً جامعی نیز از دلایل بروز آن به دست نداده‌اند. مهم‌ترین رویکردهای نظری در تبیین خودکشی به شرح ذیل است:

رویکرد جامعه‌شناختی

این رویکرد بر عوامل کلان اجتماعی، ساختاری و فرهنگی تأکید دارد. دورکیم، خودکشی را پدیده‌ای اجتماعی دانسته، بر اساس میزان یکپارچگی فرد با جامعه، چهار نوع را معرفی می‌کند: خودکشی خودخواهانه^۱ (به دلیل انزوا و پیوند اجتماعی

1. Egoistic Suicide

ضعیف)، نوع دوستانه^۱ (به خاطر هدفی والاتر از خود)، نابهنجاری^۲ (ناشی از گسیختگی هنجارها و ساختارهای اجتماعی) و تقدیرگرایانه^۳ (در شرایط کنترل افراطی و آینده مسدود) (ر.ک: دورکیم، ۱۳۷۸).

نظریه‌های شبکه اجتماعی بر ساختار عینی و کیفیت ارتباطات بین فردی تمرکز دارند. محور اصلی، میزان و کیفیت پیوندهای اجتماعی فرد است. شبکه‌های اجتماعی قوی و حمایت‌گر، اثر محافظتی دارند، در حالی که شبکه‌های ضعیف یا حاشیه‌ای، آسیب‌پذیری را افزایش می‌دهند. جولی فیلیپس به طور خاص بر نقش شبکه‌های فردی در انتشار، همگنی و عادی‌سازی رفتار خودکشی تأکید کرده است (Phillips et. al., 2010: 680-680).

نظریه فشار، شکاف بین اهداف فرهنگی و ابزار مشروع دستیابی به آنها را منشأ فشار می‌داند که می‌تواند به کج‌روی از جمله خودکشی بینجامد. نظریه فشار عمومی اگنیو با تمرکز بر تعاملات منفی با دیگران، این چارچوب را بسط داده، سه منبع فشار را برمی‌شمارد: شکست در دستیابی به اهداف، حذف محرک‌های مثبت و حضور محرک‌های منفی. رویکرد برچسب‌زنی بر فرآیندهای اجتماعی تعریف و برچسب‌زنی به رفتار منحرفانه تمرکز دارد. برچسب خوردن (مثلاً پس از یک اقدام به خودکشی) می‌تواند منجر به طرد اجتماعی، درونی‌سازی برچسب و افزایش خطر خودکشی شود. گافمن در مطالعه داغ ننگ به استراتژی‌های مدیریت هویت افراد داغ‌خورده پرداخته است (Agnew, 1992: 628-639).

نظریه‌های تفسیری و پدیدارشناختی به دنبال درک معنای ذهنی خودکشی از دیدگاه فرد اقدام‌کننده است و نظریه معنای خودکشی داگلاس بر صورت‌بندی معانی شخصی توسط فرد، پیش از اقدام تأکید دارد و لزوم استفاده از منابعی مانند یادداشت‌های خودکشی را برای درک دنیای درونی فرد پررنگ می‌کند (ر.ک: Douglas, 2015). پژوهشگرانی مانند گوین^۴ (۲۰۲۳) با روش پدیدارشناسی تفسیری، به مطالعه تجربه زیسته اقدام‌کنندگان و بازماندگان می‌پردازند و بالاخره نظریه نظام جهانی و جهانی شدن

2. Altruistic Suicide

3. Anomic Suicide

4. Fatalistic Suicide

4. Guin

که چارچوب کلان‌نگر، خودکشی را در بستر تغییرات اقتصادی و اجتماعی جهانی مانند بی‌ثباتی شغلی، افزایش نابرابری و تأثیرات سیاست‌های جهانی تحلیل می‌کند.

رویکرد روان‌شناختی و روان‌پزشکی

این رویکرد بر عوامل فردی، هیجانی و روان‌شناختی تمرکز دارد. اکثر افرادی که خودکشی می‌کنند از یک اختلال روانی رنج می‌برند (Chesney et.al, 2014: 153-160). مهم‌ترین نظریه‌های این رویکرد به اختصار به شرح ذیل است: نظریه سه‌گانه درد و انزوای جویئر (۲۰۰۵) که در آن شرط وقوع خودکشی، همزمانی سه عامل احساس تعلق‌زدگی (تنهایی و انزوا)، احساس بار بودن (باور به سربار بودن) و توانایی اقدام به خودکشی (اکتساب ظرفیت غلبه بر گزینه بقا از طریق حساسیت‌زدایی) بیان می‌شود. نظریه سه‌گانه خودکشی کلونسکی و می^۱، مراحل گذار به خودکشی را چنین شرح می‌دهد: ترکیب درد روانی و ناامیدی، ایجاد میل به مرگ می‌کند. در صورت فقدان عوامل پیوندجویی، این میل به افکار خودکشی تبدیل می‌شود و حرکت از فکر به اقدام، به ظرفیت عملی فرد بستگی دارد (Klonsky & May, 2016: 114-129).

از جمله نظریه‌های دیگر این رویکرد می‌توان به نظریه یادگیری اجتماعی (ر.ک: Lester, 2010) نظریه درد روانی (ر.ک: Shneidman, 2016)، نظریه ناامیدی (ر.ک: Liu et al, 2015)، نظریه استعداد متغیر (Liu & Alloy, 2010) و مدل انگیزشی-مشورتی یکپارچه (O'Connor & Kirtley, 2018) اشاره نمود. مدل‌های خانواده خودکشی^۲ نیز عمدتاً بر حوزه‌های زیر متمرکز شده‌اند:

- مدل‌هایی که ارتباط ضعیف خانوادگی و حل مشکل را از جمله ارتباطات اجتنابی و خصمانه در سطح خانواده یا سطح والد-کودک نشان می‌دهد.
- در برخی موارد، فرض بر این است که رفتار خودکشی با برانگیختن توجه از یک شکل دلبستگی، عملکرد دلبستگی را ایفا می‌کند.
- آسیب‌شناسی روانی در خانواده که ممکن است دلالت بر انتقال ژنتیکی رفتار خودکشی یا عوامل خودکشی داشته باشد یا ممکن است به اختلال در روابط والد-کودک منجر شود (Wagenaar, 2010: 2270-2278).

1. Klonsky et.al.

2. Family models of suicide

رویکردهای چندرشته‌ای دیگر

- رویکرد جرم‌شناسی: بر رابطه خودکشی با بزهکاری، محیط‌های نگهداری مانند زندان (Fazel et al, 2017: 946-952) و پدیده‌هایی مانند «خودکشی - با - دست - پلیس» متمرکز است (Mohandie et.al, 2009: 456-462).
 - رویکرد مددکاری اجتماعی: بر عوامل سیستمی و محیطی خطر ساز مانند فقر، محرومیت اقتصادی، خشونت خانگی و شرایط جمعیت‌های آسیب‌پذیر تأکید دارد (Johnson et.al., 2008: 81:55).
 - رویکرد پزشکی: خودکشی را در زمینه بیماری‌های لاعلاج و درد مزمن (Erlangsen et al, 2015:1439-1425)، تأثیرات داروها یا شرایط عصب‌شناختی بررسی می‌کند.
 - رویکرد فرهنگی - دینی: به بررسی نگرش‌های فرهنگی و دینی (به عنوان بازدارنده یا مشوق) و خودکشی به عنوان عمل اعتراضی یا شهادت‌طلبانه می‌پردازد.
- همان‌طور که مشاهده می‌شود، اساساً به دلیل ماهیت پیچیده و درون و برون‌زای خودکشی، یک یا چند نظریه واحد نمی‌تواند خودکشی را تبیین کند. از این‌رو باید از دیدگاه‌های مختلف و به روش‌های متفاوت و متناسب با شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگ و ذهنیت افراد درگیر در وضعیت خاص تاریخی و زمانی پرداخته شود. نظریه‌های یادشده تا حدود زیادی می‌تواند چهارچوبی خاص و ویژه را برای تحلیل در اختیار قرار دهد. با وجود این واکاوی و بررسی دلایل بروز خودکشی مستلزم تحلیل دقیق عوامل کلیدی آن در بستر خاص زمانی و مکانی آن است.

چارچوب نظری و مدل مفهومی پژوهش

با توجه به پیچیدگی و چندبعدی بودن پدیده خودکشی، هیچ نظریه واحدی، قادر به تبیین جامع آن نیست. بنابراین این پژوهش از یک چارچوب نظری تلفیقی بهره می‌گیرد که سه سطح تحلیل خرد (روانی- هیجانی)، میانی (اجتماعی- تعاملی) و کلان (ساختاری) را در کنار یکدیگر قرار می‌دهد تا بتواند به درکی یکپارچه از «طرح‌واره روانی- اجتماعی» اقدام به خودکشی دست یابد. این چارچوب بر سه رکن نظری اصلی استوار است:

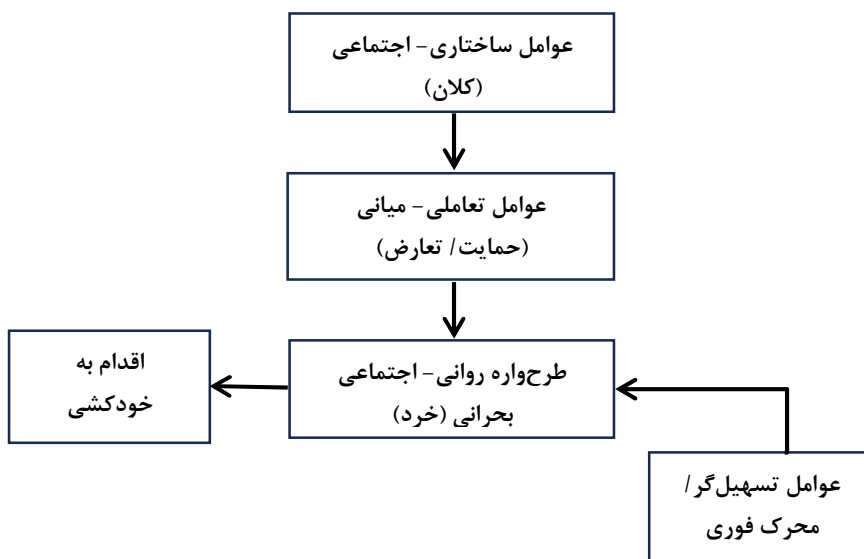
۱- نظریه سه‌گانه خودکشی کلونسکی و و می (۲۰۱۶): این نظریه در سطح تحلیل خرد، مکانیسم گذار از افکار به اقدام خودکشی را تبیین می‌کند. بر اساس این نظریه، هم‌زمانی درد روانی (که در این مطالعه با عواملی مانند «درد عاطفی غیر قابل تحمل» و «پوچی» سنجیده می‌شود) و ناامیدی نسبت به تغییر آن، میل به مرگ را ایجاد می‌کند. این میل در صورت فقدان عوامل پیوندجویی (مانند احساس تعلق، مسئولیت‌پذیری و حمایت اجتماعی که در این مطالعه در قالب عوامل «فقدان حمایت اجتماعی» و «بار بودن» بررسی می‌شود) به افکار خودکشی تبدیل می‌شود. سرانجام گذار از فکر به عمل، به توانایی اقدام (شامل کاهش ترس از مرگ و دسترسی به روش و تکنالگری) بستگی دارد.

۲- نظریه فشار عمومی اگنیو (۱۹۹۲): این نظریه در سطح تحلیل میانی و کلان، به منشأ اجتماعی رنج و درماندگی می‌پردازد. بر این اساس، فشار ناشی از حذف محرک‌های مثبت (مانند از دست دادن شغل، شکست عاطفی و طرد اجتماعی)، وجود محرک‌های منفی (مانند خشونت خانگی، سوءاستفاده و اختلافات خانوادگی) و ناکامی در دستیابی به اهداف ارزشمند (مانند موفقیت اقتصادی یا تحصیلی) می‌تواند منجر به حالت‌های هیجانی منفی مانند خشم، درماندگی و ناامیدی شود. این نظریه، پیوند بین شرایط عینی زندگی (عوامل اقتصادی- اجتماعی) و پریشانی ذهنی فرد را روشن می‌سازد.

۳- نظریه حمایت اجتماعی کابرون (۱۹۷۴): این چارچوب در سطح تحلیل میانی، بر نقش محوری شبکه روابط و ادراک فرد از دسترسی به منابع حمایتی تأکید دارد. فقدان حمایت اجتماعی عینی (مانند تنهایی) و ذهنی (احساس طردشدگی و درک نشدن)، هم به عنوان یک عامل فشار عمل می‌کند و هم به عنوان عاملی که ظرفیت فرد برای مقابله با فشارهای دیگر را تضعیف می‌نماید. این نظریه، مکمل نظریه سه‌گانه خودکشی کلونسکی و می است، زیرا فقدان حمایت را معادل ضعف در «عوامل پیوندجویی» در نظر می‌گیرد.

بر اساس چارچوب نظری تلفیقی یادشده، مدل مفهومی پژوهش حاضر در شکل (۱) ترسیم شده است. این مدل فرض می‌کند که عوامل ساختاری- اجتماعی (شرایط اقتصادی- اجتماعی نامساعد) و تعاملی- میانی (فقدان حمایت اجتماعی و تعارضات خانوادگی) به عنوان پیش‌آیندهای دور عمل می‌کنند. این پیش‌آیندها از طریق ایجاد حالت‌های روانی- هیجانی بحرانی (شامل درماندگی و بن‌بست، پوچی، درد هیجانی شدید و باورهای شناختی ناسازگار) که هسته طرح‌واره روانی- اجتماعی اقدام به خودکشی را

تشکیل می‌دهند، اثر خود را اعمال می‌کنند. در نهایت این طرح‌واره بحرانی، در مواجهه با عوامل تسهیل‌گر یا محرک‌های فوری (مانند یک رویداد منفی خاص، دسترسی به روش و تکنانگری) می‌تواند به اقدام به خودکشی بینجامد.



شکل ۱- مدل مفهومی تلفیقی عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی

هدف این پژوهش، آزمون مستقیم این مدل علی نیست، بلکه کشف و اعتبارسنجی ابعاد و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده لایه میانی این مدل، یعنی «طرح‌واره روانی- اجتماعی بحرانی» از دیدگاه خود اقدام‌کنندگان است. به عبارت دیگر، تحلیل عاملی اکتشافی به‌کار گرفته شده است تا بفهمیم از نظر افرادی که در بحران قرار گرفته‌اند، عوامل روانی و اجتماعی در ذهن آنان چگونه دسته‌بندی و سازمان می‌یابد و کدام‌یک، وزن بیشتری در تبیین واریانس کلی این طرح‌واره دارد. عوامل استخراج‌شده (مانند درماندگی، پوچی و فقدان حمایت) در واقع مؤلفه‌های عینی‌شده این طرح‌واره هستند که می‌توانند در آینده مبنای ساخت ابزار سنجش یا طراحی مداخلات هدفمند قرار گیرند.

روش پژوهش

روش این پژوهش، مطالعه توصیفی- تحلیلی با رویکرد تحلیل عاملی اکتشافی است

که با هدف شناسایی ساختار زیربنایی عوامل روانی- اجتماعی مؤثر بر اقدام به خودکشی از دیدگاه ذی‌نفعان اصلی انجام شد.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه افرادی تشکیل دادند که در بازه زمانی شش ماهه (نیمه اول سال ۱۴۰۴) به دلیل بحران خودکشی با اورژانس اجتماعی (خط ۱۲۳) استان تهران تماس گرفته و مددکاران این نهاد، آنها را تحت مداخله فوری قرار داده بودند. با توجه به ماهیت حساس، بحرانی و دشوار دسترسی به این جامعه، از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی و در دسترس استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن هجده سال و بالاتر، داشتن تجربه اقدام به خودکشی در بازه زمانی حداکثر ۷۲ ساعت قبل از تماس با اورژانس اجتماعی، داشتن وضعیت پزشکی پایدار برای مصاحبه و تمایل آگاهانه برای مشارکت در پژوهش.

در نهایت ۷۶ نفر از مراجعانی که واجد شرایط بودند و رضایت آگاهانه دادند، در پژوهش مشارکت نمودند. لازم به ذکر است که حجم نمونه حاضر برای تحلیل عاملی اکتشافی در مقایسه با استانداردهای رایج (۵ تا ۱۰ مورد به ازای هر گویه) محدود است. این محدودیت عمدتاً ناشی از ماهیت بحرانی و دشواری دسترسی به جامعه مورد مطالعه است. بنابراین، یافته‌های تحلیل عاملی در این پژوهش، بیشتر اکتشافی و مقدماتی است و تعمیم آن نیازمند مطالعات آتی با نمونه‌های بزرگ‌تر است.

ابزار گردآوری داده‌ها و روایی و پایایی داده‌ها با استفاده از یک پرسشنامه محقق‌ساخته نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد که طی دو مرحله طراحی شد: ۱- مرور نظام‌مند ادبیات پژوهش و پیشینه نظری مربوط به عوامل روانی- اجتماعی خودکشی و ۲- انجام مصاحبه‌های عمیق مقدماتی با پنج نفر از اقدام‌کنندگان (که در نمونه نهایی حضور نداشتند). پرسشنامه نهایی شامل بخش‌های زیر بود:

- اطلاعات دموگرافیک و زمینه‌ای (۲۳ گویه): شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی و محل سکونت.
- شرح حال و ویژگی‌های اقدام (۳ گویه): شامل روش اقدام، برنامه‌ریزی قبلی و دلایل ذکر شده اقدام.
- عوامل مؤثر روانی- اجتماعی (۳۵ گویه): این گویه‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵

درجه‌ای (از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵) طراحی شدند و عواطف، شناخت‌ها و تجربه‌های فرد در لحظه بحران را می‌سنجیدند.

- عوامل محافظت‌کننده و مسیر کمک‌خواهی (۵ گویه کیفی): شامل سؤالاتی درباره موانع کمک‌خواهی و منابع حمایتی.

روایی محتوای پرسشنامه را هفت نفر از متخصصان حوزه روان‌شناسی بالینی، مددکاری اجتماعی و جامعه‌شناسی بررسی و تأیید کردند. شاخص روایی محتوای هر گویه (CVR) و شاخص روایی محتوای کلی (CVI) محاسبه شد که مقادیر آنها به ترتیب بالاتر از ۰.۷۵ و ۰.۸۰ بود که نشان‌دهنده روایی محتوای مطلوب است.

برای سنجش پایایی پرسشنامه بخش عوامل روانی- اجتماعی (۳۵ گویه)، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰.۸۹۲ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی بسیار خوب ابزار است.

شیوه اجرا و ملاحظات اخلاقی: پرسشنامه‌ها را مددکاران آموزش‌دیده اورژانس اجتماعی که درباره اهداف پژوهش و ملاحظات اخلاقی توجیه شده بودند، در بستری مناسب، محرمانه و همراه با ارائه حمایت روانی- اجتماعی تکمیل کردند. رعایت کامل ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن اطلاعات، اختیاری بودن مشارکت و ارجاع افراد به خدمات حمایتی ضروری، در سراسر فرآیند پژوهش مدنظر قرار گرفت.

روش تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای زمینه‌ای استفاده شد. برای پاسخ به پرسش اصلی پژوهش و کشف ساختار عوامل روانی- اجتماعی، از تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) با روش استخراج مؤلفه‌های اصلی (PCA) و چرخش واریماکس استفاده شد. کفایت داده‌ها برای تحلیل عاملی با استفاده از آزمون KMO و آزمون کرویت بارتلست بررسی شد. برای تعیین تعداد عوامل از معیار کیزر (مقادیر ویژه بزرگ‌تر از ۱) و نمودار اسکری استفاده شد. در نهایت برای رتبه‌بندی اهمیت عوامل استخراج‌شده از دیدگاه شرکت‌کنندگان، از آزمون ناپارامتریک فریدمن استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

مصاحبه‌شوندگان، ۳۰ نفر مرد و ۴۶ نفر زن بودند. ۶۲ نفر (۸۱.۶ درصد) مسلمان، ۸ نفر (۱۰.۵ درصد) مسیحی، ۳ نفر (۳.۹ درصد) زرتشتی و ۳ نفر (۳.۹ درصد) کلیمی بودند. از بین افراد مسلمان، ۵۶ نفر (۳.۷ درصد) شیعه و ۶ نفر (۷.۹ درصد) سنی بودند. اغلب افراد (۸۹.۵ درصد) ساکن تهران بودند. بیشترین تعداد متعلق به شهر تهران (۳۷ نفر) و پس از آن شهر پردیس (۱۸ نفر)، ری (۳ نفر)، رباط کریم، پیشوا و دماوند هر یک با ۲ نفر و بهارستان، ورامین، شمیرانات، پاکدشت هر یک با ۱ نفر از استان تهران بودند. ۷ نفر از افراد نیز ساکن تهران نبودند، ولی به صورت موقت در استان تهران به سر می‌بردند و جزء اقدام‌کنندگان به خودکشی بودند که با تیم مصاحبه‌کننده همکاری نمودند.

از نظر شاخص قومیت نیز ۴۸.۷ درصد از آنان فارس، ۱۴.۵ درصد لر، ۱۱.۸ درصد ترک/آذری، ۱۰.۵ درصد کرد بودند. نتایج حاصل از توزیع سنی پاسخگویان نشان می‌دهد که بیشترین میزان فراوانی (۳۶.۸ درصد) افراد در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال قرار دارند و کمترین تعداد (۹.۲ درصد) نیز به گروه ۵۰ سال و بیشتر اختصاص دارد. همچنین یافته‌ها بیانگر این موضوع بوده که میانگین سنی به‌دست‌آمده برابر ۳۳ سال و حداقل سن پاسخگویان، ۱۶ سال و حداکثر آن، ۷۱ سال بوده است. بیشترین تعداد پاسخگویان (مد) مربوط به افراد ۳۰ ساله بوده است.

جدول ۱- توزیع مصاحبه‌شوندگان برحسب گروه‌های سنی، جنس و وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	سن					جمع
	۲۰ سال و کمتر	۳۰-۲۰ سال	۴۰-۳۰ سال	۵۰-۴۰ سال	۵۰ سال و بالاتر	
مجرد	۳	۳	۲	۲	۱	۱۱
	۰	۲	۲	۱	۱	۶
	۰	۱	۰	۰	۰	۱
	۱	۴	۵	۲	۰	۱۲
جمع	۴	۱۰	۹	۵	۲	۳۰
طلاق گرفته	۲	۱۰	۵	۲	۳	۲۲
	۰	۲	۰	۱	۱	۴

سن	وضعیت تأهل					جمع
	۲۰ سال و کمتر	۲۰-۳۰ سال	۳۰-۴۰ سال	۴۰-۵۰ سال	۵۰ سال و بالاتر	
ببین	۱	۰	۳	۰	۰	۴
	۳	۶	۵	۱	۱	۱۶
	۶	۱۸	۱۳	۴	۵	۴۶
زن	۵	۱۳	۷	۴	۴	۳۳
	۰	۴	۲	۲	۲	۱۰
	۱	۱	۳	۰	۰	۵
	۴	۱۰	۱۰	۳	۱	۲۸
	۱۰	۲۸	۲۲	۹	۷	۷۶

۴۳.۴ درصد از افراد مجرد، ۱۳.۲ درصد طلاق گرفته، ۶.۶ درصد همسر فوت شده و ۳۶.۸ درصد دارای همسر هستند. از بین افرادی که فاقد همسرند، ۲۳.۷ درصد با خانواده خود زندگی می کنند. ۶.۶ درصد با خواهر یا برادر ازدواج کرده، ۶.۶ درصد با یکی از اقوام و ۲۶.۳ درصد مستقل و تنها زندگی می کنند.

۴۴.۷ درصد از این افراد خودسرپرست، ۴۴.۵ درصد دارای سرپرست مؤثر و ۱۰.۸ درصد فاقد سرپرست مؤثر هستند (سرپرست ۱.۵ درصد معتاد، ۴ درصد از کار افتاده، ۲.۶ درصد متواری، ۱.۴ درصد متارکه بدون طلاق و ۱.۳ درصد نیز مفقود هستند).

۱۷.۱ درصد در حال تحصیل و ۸۲.۹ درصد فارغ التحصیل هستند. ۱.۳ درصد زیر دیپلم، ۱۹.۷ درصد دیپلم، ۳۲.۹ درصد کاردانی، ۳۵.۵ درصد کارشناسی، ۹.۲ درصد کارشناسی ارشد و ۱.۳ درصد دکتری حرفه ای (پزشکی) هستند.

۳۶.۸ درصد شاغل، ۲۸.۹ درصد غیر شاغل، ۳۰.۳ درصد جویای کار، ۳.۹ درصد بازنشسته هستند. ۳۵.۵ درصد بیان داشتند که فاقد درآمدند، ۳۲.۹ درصد دارای درآمد مستمر و ۳۱.۶ درصد دارای درآمد غیر مستمر هستند. ۳۴.۲ درصد وضعیت اقتصادی در حد متوسط، ۴۶.۱ نامناسب و بسیار نامناسب و ۱۹.۷ درصد نیز مناسب و بسیار مناسب دارند.

جدول ۲- رویدادها و احساساتی که مستقیماً منجر به اقدام به خودکشی شده‌اند

ردیف	دلیل اقدام	فراوانی	درصد فراوانی
۱	تنهایی	۱۸	۲۳.۷
۲	بی‌پولی و مشکل مالی	۱۷	۲۲.۴
۳	اختلافات خانوادگی	۶	۷.۹
۴	طلاق	۵	۶.۶
۵	احساس بدبختی	۵	۶.۶
۶	بیماری خود فرد	۴	۵.۳
۷	بیکاری	۳	۳.۹
۸	خیانت همسر	۳	۳.۹
۹	فوت همسر	۲	۲.۶
۱۰	مشکلات روانی و عصبی	۲	۲.۶
۱۱	بیماری یکی از اعضای خانواده	۲	۲.۶
۱۲	عاشق شدن و شکست عاطفی	۲	۲.۶
۱۳	خانواده نامناسب	۱	۱.۳
۱۴	درک نشدن توسط نزدیکان	۱	۱.۳
۱۵	نگرانی برای فرزندان	۱	۱.۳
۱۶	دوری از خانواده و ناتوانی در انطباق با خوابگاه	۱	۱.۳
۱۷	طلاق فرزندان و افسردگی آنان و خود فرد	۱	۱.۳
۱۸	تجاوز جنسی و آزار جسمی و کنترل‌گری پدر	۱	۱.۳
۱۹	مشکلات قضایی و تجربه زندان	۱	۱.۳
	جمع	۷۶	۱۰۰.۰

تنهایی و احساس بی‌کسی و درماندگی (۲۳.۷ درصد)، مهم‌ترین احساس و دلیلی است که در اقدام به خودکشی مطرح شده است و پس از آن، مشکلات مالی (۲۳.۴ درصد) و بی‌پولی و اختلافات خانوادگی (۷.۹ درصد) در رتبه دوم و سوم بوده است.

جدول ۳- توزیع مصاحبه‌شوندگان بر حسب شیوه اقدام به خودکشی

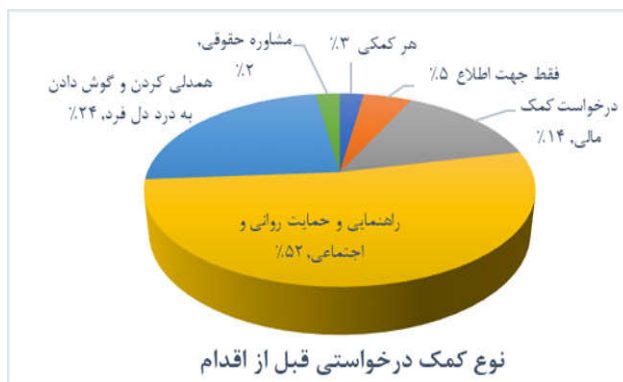
ردیف	میزان تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
۱	مسمومیت	۳۰	۳۹.۵
۲	روش‌های فیزیکی حاد	۲۹	۳۸.۲
۳	پرت کردن از ارتفاع	۸	۱۰.۵
۴	خودسوزی	۶	۷.۹
۵	روش‌های مرتبط با اسلحه	۳	۳.۹
	جمع	۷۶	۱۰۰.۰

۳۹.۵ درصد از خودکشی‌ها به دلیل مسمومیت است که در بین مسمومیت‌ها، ۷۹.۳ به دلیل مصرف داروها به میزان بیش از حد مجاز و ۲۰.۷ درصد نیز بر اثر مصرف سایر مواد شیمیایی بوده است. ۳۸.۲ درصد از شیوه‌های اقدام به خودکشی با استفاده از روش‌های فیزیکی حاد صورت گرفته است که در این شیوه، ۶۹ درصد با استفاده از ابزار برنده و تیز و ۳۱ درصد بر اثر استفاده از روش‌های حلق‌آویز کردن اقدام به خودکشی نموده بودند. ۱۰.۵ درصد با پرت کردن خود از ارتفاع، ۷.۹ درصد با خودسوزی و ۳.۹ با استفاده از اسلحه، اقدام به خودکشی کرده‌اند.

۴۶ درصد از افراد، اقدام خود را تکانشی و بدون هیچ برنامه‌ریزی توصیف کردند و اظهار داشتند تصمیم و عملشان در همان لحظه و بدون هیچ فکر قبلی رخ داد است؛ ولی ۴۵ درصد نیز اقدام خود را نتیجه یک برنامه‌ریزی دقیق و از پیش تعیین شده می‌دانستند. ۹ درصد نیز اظهار داشتند بین این دو حالت قرار داشتند. نه کاملاً تکانشی و نه کاملاً برنامه‌ریزی شده.

۲۷.۶ درصد از افراد بیان داشتند که در آن لحظه که اقدام به خودکشی کردند، چیزی یا کسی بوده که می‌توانست آنان را از اقدامشان منصرف نماید؛ ولی ۷۲.۴ درصد اظهار نمودند که هیچ چیز و هیچ کسی نمی‌توانست آنان را از تصمیمشان منصرف نماید. البته ۶۵.۸ درصد از افراد قبل از اقدام به خودکشی از دیگران کمک گرفته‌اند (۵۵ درصد از یکی از اعضای خانواده مثل پدر، مادر، خواهر، برادر، ۱۸ درصد از اورژانس

اجتماعی، ۱۳ درصد از روان‌شناس و مددکار، ۴ درصد از دوست دختر/ دوست پسر، ۴ درصد از همسر، ۴ درصد از چت جی‌بی‌تی و ۲ درصد از همکار).



شکل ۲- نمودار کمک درخواستی قبل از اقدام به خودکشی

۵۲ درصد از اقدام‌کنندگان، در قالب راهنمایی و حمایت روانی- اجتماعی، ۲۴ درصد صرفاً همدلی کردن و گوش دادن به درد دلشان را بزرگ‌ترین کمکی اعلام نمودند که پیش از اقدام، طلب کرده بودند. ۱۴ درصد درخواست کمک مالی، ۵ درصد فقط برای اطلاع به دیگران تماس برقرار نموده بودند. ۲ درصد برای مشاوره حقوقی و ۲ درصد نیز متقاضی هر نوع کمک ممکن قبل از اقدام بودند.

بزرگ‌ترین مانع برای کمک‌خواهی، شرم (۴۹ درصد)، پس از آن، ترس از قضاوت دیگران (۲۹ درصد) و ناآشنایی با مراجع راهنما و حمایتی (۲۲ درصد) اعلام شده است.

عوامل مؤثر بر خودکشی از دیدگاه اقدام‌کنندگان

بر اساس داده‌های ارائه‌شده، تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس روی ۳۵ گویه مربوط به افکار و رفتارهای خودکشی انجام شد.

جدول ۴- اشتراکات^۱

مقدار استخراج- شده ^۳	مقدار اولیه ^۲	گویه
۰.۷۸۵	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم به هیچ کس و هیچ چیز تعلق ندارم و کاملاً تنها و منزوی هستم.
۰.۸۴۲	۱.۰۰۰	دنیا برایم پوچ و بی‌معنا به نظر می‌رسید.
۰.۸۳۸	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم هیچ (سهم) مثبتی در زندگی دیگران ندارم.
۰.۸۲۸	۱.۰۰۰	به آینده خوش‌بین نبودم و فکر نمی‌کردم اوضاع بهتر شود.
۰.۷۴۸	۱.۰۰۰	امیدی به پیدا کردن یک راه‌حل برای رنج‌هایم نداشتم.
۰.۸۸۲	۱.۰۰۰	فکر می‌کردم خودکشی تنها گزینه برای افرادی است که همه درهای دیگر به رویشان بسته شده است.
۰.۷۴۵	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم کنترل زندگی‌ام را کاملاً از دست داده‌ام و این تنها راه بازپس گرفتن کنترل بود.
۰.۷۶۴	۱.۰۰۰	از قضاوت دیگران به خاطر مشکلات روانی‌ام می‌ترسیدم، بنابراین برای طلب کمک، پیش کسی نرفتم.
۰.۸۸۷	۱.۰۰۰	می‌خواستم از یک موقعیت یا بن‌بست غیر قابل تغییر فرار کنم.
۰.۸۵۰	۱.۰۰۰	گاهی تصمیمات مهم زندگی را در یک لحظه و با عجله می‌گیرم.
۰.۸۰۰	۱.۰۰۰	اغلب احساس می‌کنم حرف دلم در گلویم حبس شده است.
۰.۷۸۷	۱.۰۰۰	من خودکشی را عملی قابل درک در برابر شکست‌های بزرگ زندگی می‌دانستم
۰.۸۲۰	۱.۰۰۰	نمی‌دانستم اگر در بحران روحی باشم، به چه فرد یا سازمانی می‌توانم مراجعه کنم.
۰.۷۶۷	۱.۰۰۰	اگر به روان‌پزشک یا روان‌شناس مراجعه می‌کردم، دیگران فکر می‌کنند دیوانه هستم.
۰.۷۴۶	۱.۰۰۰	نداشتن شغل ثابت، احساس بی‌ارزشی به من می‌داد.
۰.۷۰۳	۱.۰۰۰	در آن زمان، فشارهای مالی (مانند بدهی یا بیکاری)، آینده را برایم کاملاً تاریک نشان می‌داد.
۰.۷۳۵	۱.۰۰۰	رسیدن به اهدافم در جامعه امروز تقریباً غیر ممکن به نظر می‌رسید.

1. Communalities

2. Initial

3. Extraction

مقدار استخراج- شده ^۲	مقدار اولیه ^۲	گویه
۰.۸۶۲	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم کسی نیست که در مواقع مشکل، بتوانم واقعاً روی کمکش حساب کنم.
۰.۶۲۳	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم از جامعه و اطرافیانم طرد شده‌ام.
۰.۸۶۷	۱.۰۰۰	درد عاطفی من آنقدر شدید بود که از هر دردی بدتر و غیرقابل تحمل شده بود.
۰.۸۵۸	۱.۰۰۰	درد و رنج عاطفی من آنقدر شدید بود که تحمل آن غیر ممکن بود و باور داشتم که این درد هرگز تمام نخواهد شد.
۰.۸۱۷	۱.۰۰۰	هدف اصلی من، متوقف کردن یک رنج و عذاب غیر قابل تحمل بود.
۰.۸۲۴	۱.۰۰۰	در لحظات خشم شدید، ممکن است کارهایی بکنم که بعداً پشیمان شوم.
۰.۷۴۵	۱.۰۰۰	قبل از این اقدام، یک یا چند بار دیگر نیز به خودکشی فکر کرده یا اقدام کرده بودم.
۰.۶۳۴	۱.۰۰۰	سابقه خودزنی (بریدن یا سوزاندن خود) داشتم.
۰.۷۳۳	۱.۰۰۰	عمل من در پاسخ به یک رویداد منفی آنی و به صورت یک واکنش ناگهانی بود.
۰.۷۴۸	۱.۰۰۰	روشی که استفاده کردم، اولین چیزی بود که به ذهنم رسید و به راحتی در دسترس بود.
۰.۷۲۶	۱.۰۰۰	در گذشته تجربیات دردناک یا خشونت‌آمیزی داشتم که باعث شد کمتر از مرگ بترسم.
۰.۷۵۷	۱.۰۰۰	امیدوار بودم با این کار، دیگران بالاخره متوجه عمق رنج من شوند.
۰.۸۱۵	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم سربار خانواده و اطرافیانم هستم.
۰.۷۲۱	۱.۰۰۰	احساس می‌کردم وجود من فقط باعث دردسر و رنج برای عزیزانم است.
۰.۶۵۱	۱.۰۰۰	رسیدن به اهدافم در جامعه امروز تقریباً غیر ممکن به نظر می‌رسید.
۰.۷۶۷	۱.۰۰۰	کسی واقعاً مرا درک نمی‌کرد.
۰.۵۸۲	۱.۰۰۰	زندگی من بسیار دور از آرزوها و ایده‌آل‌هایم بود.
۰.۷۵۴	۱.۰۰۰	می‌خواستم دیگران را به خاطر رنجی که به من وارد کرده بودند، تنبیه کنم.

پیش از استخراج عوامل، کفایت داده‌ها برای تحلیل عاملی با استفاده از دو شاخص ارزیابی شد. مقدار Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) برابر با ۰.۷۸۲ به دست آمد که نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری در سطح مطلوب است. همچنین نتایج آزمون کرویت بارتلت، معنادار بود ($Sig = ۰.۰۰۰$ ، $۵۹۵ =$ درجه آزادی، $۲۱۵۹.۹۲۲ =$ کای اسکوئر). این نتایج بیانگر مناسب بودن ماتریس همبستگی‌ها برای تحلیل عاملی است. مقادیر استخراج‌شده^۱ نشان می‌دهد که همه گویه‌ها از اشتراکات قابل قبولی (بین ۰.۵۸۲ تا ۰.۸۸۷) برخوردار بودند. پایین‌ترین مقدار مربوط به گویه «زندگی من بسیار دور از آرزوها و ایده‌آل‌هایم بود» (۰.۵۸۲) و بالاترین مقدار مربوط به گویه «می‌خواستم از یک موقعیت یا بن‌بست غیر قابل تغییر فرار کنم» (۰.۸۸۷) بود. این مقادیر نشان می‌دهد که واریانس هر گویه به میزان قابل توجهی با عوامل استخراج‌شده تبیین می‌شود.

در مجموع نه عامل با مقادیر ویژه بالاتر از ۱ استخراج شد که در مجموع ۷۷.۱۶۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. این مقدار از واریانس تبیین‌شده در سطح بسیار مطلوبی قرار دارد. عامل اول به تنهایی ۳۷.۲۷۵ درصد از واریانس را تبیین می‌کند که پس از چرخش به ۱۳.۶۳۱ درصد کاهش یافته و بارهای عاملی به صورت متوازن‌تری بین عوامل توزیع شدند. با استفاده از روش چرخش واریماکس، ساختار عاملی به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که گویه‌ها در نه عامل به صورت متمایز قرار گرفته‌اند. بارهای عاملی در ماتریس چرخش‌یافته عمدتاً بالاتر از ۰.۴ هستند که نشان‌دهنده ارتباط قوی هر گویه با عامل مربوطه است. بر این اساس می‌توان عوامل را به شرح زیر نام‌گذاری و تفسیر کرد:

- عامل ۱- پوچی و انزوا: این عامل با بارهای عاملی بالا روی گویه‌هایی مانند «دنیا برایم پوچ و بی‌معنا به نظر می‌رسید» (۰.۸۱۲)، «احساس می‌کردم هیچ سهم مثبتی در زندگی دیگران ندارم» (۰.۸۴۳) و «احساس می‌کردم به هیچ کس و هیچ چیز تعلق ندارم» (۰.۷۰۳) بار شده است. این عامل بر احساسات عمیق پوچی، بی‌معنایی و انزوای اجتماعی دلالت دارد.

- عامل ۲- درماندگی و بن‌بست: این عامل بر گویه‌هایی مانند «فکر می‌کردم خودکشی تنها گزینه برای افرادی است که همه درهای دیگر به رویشان بسته شده است»

(۰۰۷۶۳) و «احساس می‌کردم کنترل زندگی‌ام را کاملاً از دست داده‌ام» (۰۰۷۰۳) تمرکز دارد. این عامل، حس درماندگی، گیر افتادن در بن‌بست و فقدان راه‌حل‌های جایگزین را منعکس می‌کند.

- عامل ۳- فرار از موقعیت غیر قابل تحمل: گویه‌های «می‌خواستم از یک موقعیت یا بن‌بست غیر قابل تغییر فرار کنم» (۰۰۸۴۲) و «گاهی تصمیمات مهم زندگی را در یک لحظه و با عجله می‌گیرم» (۰۰۶۷۳)، بارهای عاملی بالایی در این عامل دارند. این عامل بر انگیزه فرار از رنج و تمایل به عمل تکنیکی اشاره دارد.

- عامل ۴- بازداری و ناتوانی در ابراز: این عامل با گویه «اغلب احساس می‌کنم حرف دلم در گلویم حبس شده است» (۰۰۸۳۳) و «من خودکشی را عملی قابل درک در برابر شکست‌های بزرگ زندگی می‌دانستم» (۰۰۶۹۸) مشخص می‌شود و به ناتوانی در بیان هیجانات و باورهای شناختی مربوط به خودکشی می‌پردازد.

- عامل ۵- برچسب و فقدان دانش کمک‌خواهی: گویه‌های «نمی‌دانستم اگر در بحران روحی باشم، به چه فرد یا سازمانی می‌توانم مراجعه کنم» (۰۰۸۳۸) و «اگر به روان‌پزشک یا روان‌شناس مراجعه می‌کردم، دیگران فکر می‌کنند دیوانه هستم» (۰۰۶۹۸)، بارهای عاملی اصلی این عامل هستند. این عامل، موانع کمک‌خواهی ناشی از برچسب روانی و فقدان آگاهی را نشان می‌دهد.

- عامل ۶- شرایط اقتصادی- اجتماعی: این عامل بر گویه‌هایی مانند «نداشتن شغل ثابت، احساس بی‌ارزشی به من می‌داد» (۰۰۷۶۹) و «رسیدن به اهدافم در جامعه امروز تقریباً غیر ممکن به نظر می‌رسید» (۰۰۴۵۰) بار شده است و بر پیوند بین مشکلات عینی (شغل، اهداف) و احساس بی‌ارزشی تأکید دارد.

- عامل ۷- فقدان حمایت اجتماعی: گویه «احساس می‌کردم کسی نیست که در مواقع مشکل بتوانم واقعاً روی کمک‌ش حساب کنم» (۰۰۸۴۳)، هسته اصلی این عامل را تشکیل می‌دهد. این عامل، درک فقدان شبکه حمایتی قابل اتکا را منعکس می‌کند.

- عامل ۸- درد عاطفی غیر قابل تحمل: این عامل با گویه‌های «درد عاطفی من آنقدر شدید بود که از هر دردی بدتر و غیر قابل تحمل شده بود» (۰۰۷۲۶) و «درد و رنج

عاطفی من آنقدر شدید بود که تحمل آن غیر ممکن بود» (۰،۴۶۹) مشخص می‌شود و بر شدت رنج هیجانی به عنوان یک محرک کلیدی تأکید دارد.

- عامل ۹- توقف رنج و رفتار تکانشی: گویه‌های «هدف اصلی، من متوقف کردن یک رنج و عذاب غیر قابل تحمل بود» (۰،۸۰۱) و «در لحظات خشم شدید ممکن است کارهایی بکنم که بعداً پشیمان شوم» (۰،۸۰۴)، بارهای عاملی بالایی در این عامل دارند. این عامل بر انگیزه اصلی پایان دادن به رنج و همچنین تمایل به رفتارهای تکانشی در حالت هیجانی شدید دلالت می‌کند.

جدول ۵- واریانس تبیین‌شده توسط عوامل استخراج‌شده

مؤلفه	مقادیر ویژه اولیه	استخراج مجموع مربعات بارهای عاملی	چرخش یافته مجموع مربعات بارهای عاملی
	کل	درصد واریانس	درصد تجمعی
۱	۱۳،۰۴۶	۳۷،۲۷۵	۳۷،۲۷۵
۲	۲،۷۴۱	۷،۸۳۲	۴۵،۱۰۶
۳	۲،۳۵۰	۶،۷۱۶	۵۱،۸۲۲
۴	۲،۱۲۴	۶،۰۶۹	۵۷،۸۹۱
۵	۱،۷۹۸	۵،۱۳۶	۶۳،۰۲۷
۶	۱،۵۰۹	۴،۳۱۲	۶۷،۳۳۹
۷	۱،۳۰۴	۳،۷۲۴	۷۱،۰۶۳
۸	۱،۱۲۳	۳،۲۱۰	۷۴،۲۷۳
۹	۱،۰۱۳	۲،۸۹۴	۷۷،۱۶۷

تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس انجام شد. بر اساس معیار کیزر (مقدار ویژه بزرگ‌تر از ۱)، نه عامل استخراج شد که در مجموع ۷۷،۱۶۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند.

جدول ۶- ماتریس مؤلفه‌های چرخش یافته و بارهای عاملی گویه‌ها

ردیف	گویه	۱- پوچی و انزوا	۲- درماندگی و بن‌بست	۳- فرار	۴- بازداري	۵- برچسب اجتماعي	۶- بی‌ارزشی	۷- فقدان حمایت	۸- درد هیجانی	۹- توقف رنج
عامل ۱: پوچی و انزوا										
۱	احساس می‌کردم هیچ سهم مثبتی در زندگی دیگران ندارم.	۰.۸۴۲								
۲	دنیا برایم پوچ و بی‌معنا به نظر می‌رسید.	۰.۸۱۲								
۳	به آینده خوش‌بین نبودم و فکر نمی‌کردم اوضاع بهتر شود.	۰.۷۲۷								
۴	احساس می‌کردم به هیچ کس و هیچ چیز تعلق ندارم و کاملاً تنها و منزوی هستم.	۰.۷۰۲								
۵	باور داشتم که درد و رنجم هرگز تمام نخواهد شد.	۰.۶۶۴								
عامل ۲: درماندگی و بن‌بست										
۶	فکر می‌کردم خودکشی تنها گزینه برای افرادی است که...		۰.۷۶۳							
۷	احساس می‌کردم کنترل زندگی‌ام را کاملاً از دست داده‌ام...		۰.۷۰۲							
۸	امیدی به پیدا کردن یک راه حل برای رنج‌هایم نداشتم.		۰.۵۸۸							
۹	روشی که استفاده کردم، اولین چیزی بود که به ذهنم رسید...		۰.۵۶۸							
۱۰	احساس می‌کردم وجود من فقط باعث دردسر و رنج برای...		۰.۵۷۷							

ردیف	گروه	۱- بوجی و انزوا	۲- درماندگی و بن بست	۳- فرار	۴- بازداری	۵- برچسب اجتماعی	۶- بی ارزشی	۷- فقدان حمایت	۸- درد هیجانی	۹- توقف رنج
عامل ۳: فرار از موقعیت										
۱۱	می خواستم از یک موقعیت یا بن بست غیر قابل تغییر فرار کنم.			۰.۸۴۲						
۱۲	گاهی تصمیمات مهم زندگی را در یک لحظه و با عجله می گیرم.			۰.۶۷۳						
۱۳	در گذشته تجربیات دردناک یا خشونت آمیزی داشتم که باعث شد کمتر از مرگ بترسم.			۰.۴۲۰						
عامل ۴: بازداری و باورهای شناختی										
۱۴	اغلب احساس می کنم حرف دلم در گلویم حبس شده است.				۰.۸۷۰					
۱۵	من خودکشی را عملی قابل درک در برابر شکست های بزرگ...				۰.۶۹۸					
عامل ۵: برچسب اجتماعی و فقدان دانش										
۱۶	نمی دانستم اگر در بحران روحی باشم، به چه فرد یا سازمانی می توانم مراجعه کنم					۰.۸۳۸				
۱۷	اگر به روان پزشک یا روان شناس مراجعه می کردم، دیگران فکر می کردند دیوانه هستم.					۰.۶۶۰				
عامل ۶: شرایط اقتصادی- اجتماعی										
۱۸	نداشتن شغل ثابت، احساس بی ارزشی به من می داد.						۰.۷۶۹			

ردیف	پایه	۱- پوچی و انزوا	۲- درماندگی و بین‌بست	۳- فرار	۴- بازداري	۵- برچسب اجتماعي	۶- بي‌ارزشي	۷- فقدان حمايت	۸- درد هيچاني	۹- توقف رنج
۱۹	در آن زمان، فشارهای مالی (مانند بدهی یا بیکاری) آینده را برایم کاملاً تاریک نشان می‌داد.						۰.۶۲۸			
عامل ۷: فقدان حمایت اجتماعی										
۲۰	احساس می‌کردم کسی نیست که در مواقع مشکل بتوانم واقعاً...							۰.۸۴۳		
۲۱	احساس می‌کردم از جامعه و اطرافیانم طرد شده‌ام.							۰.۶۱۳		
عامل ۸: درد عاطفی غیر قابل تحمل										
۲۲	درد عاطفی من آنقدر شدید بود که از هر دردی بدتر و غیر قابل تحمل شده بود.								۰.۷۲۶	
۲۳	امیدوار بودم با این کار، دیگران بالاخره متوجه عمق رنج من شوند.								۰.۵۱۵	
عامل ۹: توقف رنج و رفتار تکانشی										
۲۴	در لحظات خشم شدید ممکن است کارهایی بکنم که...									۰.۸۰۴
۲۵	هدف اصلی من متوقف کردن یک رنج و عذاب غیر قابل تحمل بود.									۰.۸۰۱

تحلیل مؤلفه‌های اصلی با روش چرخش واریماکس با نرمالیزه کایزر انجام پذیرفته است و تنها بارهای عاملی بزرگ‌تر از ۰.۴ نمایش داده شده‌اند. همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، ساختار عاملی چرخش‌یافته منجر به تشکیل نه عامل با معنی شد. گویه‌ها به وضوح در حول این عوامل دسته‌بندی شدند و بارهای عاملی عمدتاً بالاتر از

۰.۶۵ بودند که نشان از همبستگی قوی بین گویه‌ها و عامل مربوطه دارد. نام‌گذاری عوامل بر اساس محتوای گویه‌هایی که بیشترین بار عاملی را روی آن عامل داشتند، انجام گرفته است.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از آزمون فریدمن، مقدار آماره آزمون ($\chi^2 = 480.434$) است که در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت با ۹۹ درصد اطمینان بین میانگین شاخص‌های به‌دست‌آمده، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۷- بررسی مقایسه رتبه‌های بین شاخص‌های عوامل مؤثر بر خودکشی با استفاده از آزمون ناپارامتریک فریدمن

عنوان	میانگین رتبه	اولویت
درماندگی و بن‌بست	۸.۳۸	۱
پوچی و بی‌معنایی وجودی	۸.۲۰	۲
شرایط اقتصادی- اجتماعی	۷.۱۲	۳
فرار از موقعیت	۵.۷۲	۴
فقدان حمایت اجتماعی	۳.۳۴	۵
توقف رنج و رفتار تکانشی	۳.۲۶	۶
بازداری و باورهای شناختی	۳.۱۶	۷
درد عاطفی غیر قابل تحمل	۳.۰۹	۸
برچسب و فقدان دانش	۲.۷۴	۹
Sig	Df	Chi-square
۰.۰۰۰	۸	۴۸۰.۴۳۴

طبق نتایج به‌دست‌آمده از جدول یادشده، میانگین رتبه «درماندگی و بن‌بست» برابر با ۸.۳۸ از ۹ بوده است که نشان‌دهنده بیشترین میزان میانگین در بین نه عامل مؤثر بر خودکشی از دیدگاه افراد اقدام‌کننده به خودکشی است و کمترین میانگین برابر ۲.۷۴ مربوط به «برچسب و فقدان دانش کمک» است.

بحث و تحلیل

این پژوهش با هدف ترسیم طرح‌واره روانی-اجتماعی اقدام به خودکشی از طریق تحلیل عاملی اکتشافی دیدگاه اقدام‌کنندگان تحت مداخله اورژانس اجتماعی تهران انجام شد. یافته‌ها، تصویری چندلایه از این پدیده ارائه می‌دهد که در چارچوب مدل مفهومی تلفیقی پژوهش قابل تفسیر است.

ساختار عاملی طرح‌واره روانی-اجتماعی خودکشی تحلیل عاملی اکتشافی، نه عامل متمایز را به عنوان هسته طرح‌واره ذهنی افراد در لحظه بحران آشکار کرد. این عوامل را می‌توان در سه سطح مدل مفهومی دسته‌بندی کرد: عوامل شناختی-هیجانی عمیق (درماندگی و بن‌بست، پوچی و بی‌معنایی وجودی و درد عاطفی غیر قابل تحمل)، عوامل میان‌فردی و حمایتی (فقدان حمایت اجتماعی، بازداری و باورهای شناختی، برچسب و فقدان دانش کمک‌خواهی) و عوامل ساختاری و موقعیتی (شرایط اقتصادی-اجتماعی و فرار از موقعیت غیر قابل تحمل).

رتبه‌بندی این عوامل با آزمون فریدمن نشان داد که از دیدگاه اقدام‌کنندگان، درماندگی و بن‌بست و پوچی و بی‌معنایی، مهم‌ترین مؤلفه‌های این طرح‌واره هستند. این یافته به خوبی با نظریه سه‌گانه خودکشی کلونسکی و می، همسو است که ترکیب درد روانی (مشابه عامل پوچی و درد عاطفی) و ناامیدی (مشابه عامل درماندگی و بن‌بست) را موتور محرک میل به مرگ می‌داند. به عبارت دیگر یافته‌های ما نشان می‌دهد که در ذهن فرد اقدام‌کننده، تنها رنج کشیدن کافی نیست؛ بلکه باور به غیر قابل تغییر بودن این رنج و ناتوانی در یافتن راه‌حل است که بحران را شکل می‌دهد.

تعامل عوامل ساختاری و روانی: از فشار اجتماعی تا طرح‌واره بحرانی، هرچند عوامل روانی عمیق‌تر، بالاترین وزن ذهنی را داشتند، با این حال این عوامل در خلأ شکل نمی‌گیرند. عامل شرایط اقتصادی-اجتماعی در رتبه سوم اهمیت قرار گرفت که مؤید نقش پیش‌آیندهای ساختاری در مدل مفهومی است. این یافته با نظریه فشار عمومی اگنیو همخوانی دارد که ناکامی در دستیابی به اهداف مادی و مواجهه با محرک‌های منفی پایدار (مانند بیکاری و فقر) را منبع فشار و پریشانی روانی می‌داند.

به نظر می‌رسد که در بافت استان تهران به طور عام و کلان‌شهر تهران، فشارهای اقتصادی نه تنها به عنوان یک محرک عینی، بلکه از طریق تقویت احساس بی‌ارزشی،

ناامیدی و درماندگی، به شکل‌گیری طرح‌واره بحرانی کمک می‌کند. به طور مشابه، عامل فقدان حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل میان‌فردی کلیدی، هم به عنوان یک فشار مستقیم (تنهایی) و هم به عنوان عاملی که عوامل پیوندجویی نظریه کلونسکی و می را تضعیف می‌کند، عمل می‌نماید. این یافته بر اهمیت شبکه‌های حمایتی به عنوان سپری در برابر تبدیل فشارهای زندگی به بحران وجودی تأکید می‌ورزد.

یافته‌های توصیفی این پژوهش مبنی بر جوان‌گرا بودن پدیده خودکشی، شیوع تنهایی و مشکلات مالی به عنوان محرک‌های فوری و روش شایع مسمومیت، با نتایج مطالعات داخلی مانند فیض‌اللهی (۱۴۰۱) و کریم (۱۴۰۱) همسو است. همچنین شناسایی عوامل چندگانه روانی- اجتماعی با مطالعات خارجی مانند مک کله‌لند و همکاران (۲۰۲۳) که بر ترکیب عوامل درونی و ارتباطی تأکید داشتند، همخوانی دارد.

اولویت‌بندی این عوامل از دیدگاه ذی‌نفعان و ارائه یک ساختار عاملی منسجم (طرح‌واره) است که نشان می‌دهد چگونه عوامل عینی (اقتصادی) و میان‌فردی (حمایتی) در نهایت به شکل‌گیری حالت‌های شناختی- هیجانی عمیق‌تر (درماندگی و پوچی) می‌انجامد. این دیدگاه یکپارچه، در مطالعات پیشین داخلی کمتر مورد توجه مستقیم قرار گرفته است.

محدودیت‌ها و دلالت‌های کاربردی تفسیر این یافته‌ها باید با در نظرگیری محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر انجام شود. حجم نمونه محدود و روش نمونه‌گیری در دسترس از اورژانس اجتماعی تهران باعث می‌شود که ساختار عاملی به‌دست‌آمده عمدتاً اکتشافی و مقدماتی بوده، قابلیت تعمیم آن به تمامی اقدام‌کنندگان در ایران نیازمند احتیاط باشد. با این حال همین یافته‌های اکتشافی می‌تواند دلالت‌های کاربردی/سیاستی ارزشمندی برای طراحی مداخلات در سطوح مختلف داشته باشد:

- در سطح فردی و خدمات مستقیم: آموزش مددکاران و روان‌شناسان خطوط بحران (مانند ۱۲۳) باید بر شناسایی و مقابله با نشانه‌های درماندگی و پوچی متمرکز شود، نه صرفاً حل مشکل عینی مطرح‌شده. استفاده از مداخلات کوتاه‌مدتی مانند «مدیریت مورد» فشرده و «درمان متمرکز بر حل مسئله» که امیدواری و احساس کنترل را تقویت می‌کنند، ضروری به نظر می‌رسد.
- در سطح برنامه‌ریزی اجتماعی: باید تمهیداتی برای کاهش برچسب

اجتماعی مرتبط با اختلالات روانی و کمک‌خواهی و همچنین افزایش آگاهی عمومی درباره خدمات حمایتی مانند اورژانس اجتماعی اندیشیده شود. تقویت شبکه‌های حمایت همسان (مانند گروه‌های حمایتی بازماندگان یا بهبودیافتگان) می‌تواند شکاف حمایتی را پر کند.

- در سطح سیاست‌گذاری کلان: یافته‌ها، لزوم اتخاذ رویکردی چندبخشی را گوشزد می‌کند. همکاری بین‌دستگاهی بین سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، وزارت کار و نهادهای اقتصادی برای طراحی «برنامه‌های کاهش فشار ساختاری» (مانند بیمه بیکاری، تسهیلات اشتغال‌زایی برای گروه‌های پرخطر) در کنار «خدمات سلامت روان جامعه‌نگر» می‌تواند هم بر پیش‌آیندهای دور و هم بر عوامل نزدیک تأثیر بگذارد.

جمع‌بندی نهایی: این پژوهش، گامی اولیه برای فهم سازمان‌شناختی-هیجانی عوامل مؤثر بر خودکشی از زبان خود اقدام‌کنندگان است. طرح‌واره استخراج‌شده، خودکشی را نه یک عمل تکانشی صرف یا واکنش به یک عامل منفرد، بلکه نتیجه نهایی یک فرآیند روانی-اجتماعی لایه‌لایه نشان می‌دهد که در آن عوامل ساختاری و میان‌فردی، بستر شکل‌گیری یک بحران شناختی-هیجانی عمیق (درماندگی و پوچی) را فراهم می‌کنند. تأیید این ساختار در نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر و همچنین بررسی روابط علی بین این لایه‌ها در مطالعات طولی آتی می‌تواند به تدوین مدل‌های پیش‌بینی دقیق‌تر و طراحی مداخلات چندسطحی و مبتنی بر شواهد بینجامد. در نهایت این یافته‌ها بر این اصل کلیدی تأکید می‌ورزند که پاسخ مؤثر به پدیده خودکشی، مستلزم عبور از رویکردهای تک‌عاملی و اتخاذ نگرشی یکپارچه‌نگر است که هم درد فرد را در لحظه بحران می‌شناسد و هم فشارهای ساختاری را که به این درد دامن می‌زند، مورد توجه قرار می‌دهد.

محدودیت‌های پژوهش: با وجود تلاش برای دقت در طراحی و اجرا، این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود که لازم است در تعمیم و تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرند:

محدودیت در روش نمونه‌گیری و قابلیت تعمیم

محدودیت حجم نمونه

محدودیت مربوط به ابزار اندازه‌گیری

محدودیت مربوط به طراحی مطالعه و علیت

منابع

- دورکیم، امیل (۱۳۷۸) خودکشی، ترجمه نادر سالارزاده، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
- زرانی، فریبا و زینب احمدی (۱۴۰۰) «خودکشی در فرهنگ ایرانی: یک مطالعه مروری نظام‌مند رویش روان‌شناسی»، سال دهم، شماره ۹، صص ۲۰۵-۲۱۶.
- URL: <http://frooyesh.ir/article-1-2379-fa.html>
- فیض‌اللهی، علی (۱۴۰۱) «فراترکیب مطالعات خودکشی در ایران رفاه اجتماعی»، سال بیست‌ودوم، شماره ۸۵، صص ۲۲۱-۲۷۰.
- URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3941-fa.html>.
- کریم، مهری (۱۴۰۱) «فراتحلیل مطالعات خودکشی در ایران»، نشریه رفاه اجتماعی، دوره بیست‌ودوم، شماره ۸۵، صص ۲۷۱-۳۰۰.
- نصیرزاده، مصطفی و منا حافظی بختیاری و مهدیه حسن زاده و نیلوفر حسنی آشجردی و محسن رضائیان (۱۴۰۴) «بررسی افکار خودکشی و همبستگی آن با مهارت‌های زندگی و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴: یک مطالعه توصیفی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، سال بیست‌وچهارم، شماره ۷، صص ۶۴۳-۶۵۸.
- URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-1-7748-fa.html>.
- Agnew, R. (1992) Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30 (1), 47-88.
- Bahamón, M.J.; Javela, J.J.; Ortega-Bechara, A.; Matar-Khalil, S.; Ocampo-Flórez, E.; Uribe-Alvarado, J.I.; Cabezas-Corcione, A.; Cudris-Torres, L. Social Determinants and Developmental Factors Influencing Suicide Risk and Self-Injury in Healthcare Contexts. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2025, 22, 411.
- <https://doi.org/10.3390/ijerph22030411>.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014) Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry*, 13(2), 153-160.
- DOI: 10.1002/wps.20128.
- Douglas, J. D. (2015) Social meanings of suicide. Permalink: <http://digital.casalini.it/9781400868117>
- Erlangsen, A., Stenager, E., & Conwell, Y. (2015). Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(9), 1427-1439.
- DOI: 10.1007/s00127-015-1051-0.
- Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017) Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 946-952.
- doi: 10.1016/S2215-0366(17)30514.
- Forkmann, T., Fiorentino, L., Müßeler, S.S. et al. (2025) Thinking About Suicidal

- Thinking: Suicide-Related Metacognitions' Relation to Maladaptive Processing of Suicidal Thoughts. *Int. J. Cogn. Behav. Ther.* 18, 241–255
<https://doi.org/10.1007/s41811-025-00239-2>.
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017 Feb;143(2):187-232.
 doi: 10.1037/bul0000084. Epub 2016 Nov 14. PMID: 27841450.
- Guin, A. J. (2023) Exploring Lived Experiences of Suicide Surviving Spouses: An Interpretive Phenomenological Qualitative Study.
- Johnson J, Gooding P, Tarrier N. Suicide risk in schizophrenia: explanatory models and clinical implications, The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). *Psychol Psychother.* 2008; 81, pp 55-77.
- Joiner, T. E. (2005) Why people die by suicide. Harvard University Press.
 Journal DOI: <https://doi.org/10.7439/ijasr>.
- Klonsky E, May A, Saffer B. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016; 12:307.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015) The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
 DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016) Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual review of clinical psychology*, 12(1), 307-330.
 DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204.
- Lester, D. (2010). Theories of suicide. In *Suicide among racial and ethnic minority groups* (pp. 51-65). Routledge.
- Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010) Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical psychology review*, 30(5), 582-593.
 DOI: 10.1016/j.cpr.2010.04.010.
- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A., & Cheek, S. M. (2015) The hopelessness theory of depression: A quarter-century in review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 345-365.
 DOI: 10.1111/cpsp.12125.
- McClelland, Heather and Loney, Krystyna and Platt, Stephen (2023) Psychological factors associated with suicide attempt and suicide death in Scotland: A systematic review, *Journal of Affective Disorders Reports*,
 Doi: 10.1016/j.jadr.2023.100711.
- Mohandie, K., Meloy, J. R., & Collins, P. I. (2009) Suicide by cop among officer-involved shooting cases. *Journal of Forensic Sciences*, 54(2), 456-462.
 DOI: 10.1111/j.1556-4029.2008.00981.x.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018) The integrated motivational–volitional

model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.

DOI: 10.1098/rstb.2017.0268.

Phillips, J. A., Robin, A. V., Nugent, C. N., & Idler, E. L. (2010) Understanding recent changes in suicide rates among the middle-aged: Period or cohort effects? *Public Health Reports*, 125(5), 680–688.

<https://doi.org/10.1177/003335491012500510>.

Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., & Silverman, M. M. (2016) Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. **Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46*(3), 352–362.

<https://doi.org/10.1111/sltb.12225>.

Shneidman ES. *The suicidal mind*. Oxford University Press, USA; 1998.

BY-NC-SA 3.0 IGO.

Wagenaar, A. C., Tobler, A. L., & Komro, K. A. (2010) Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 100 , 2270–2278.

DOI: 10.2105/AJPH.2009.186007.

World Health Organization, & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2021). *Helping adolescents thrive toolkit: Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours* . Geneva: WHO.CC

World Health Organization. (2025) *Suicide worldwide in 2021: global health estimates*. World Health Organization.

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره هجدهم، زمستان ۱۴۰۴: ۱۹۴-۱۶۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۰۵

نوع مقاله: پژوهشی

از مقاومت تا فروپاشی: تجربه زیسته زنان ایلامی پیش از اقدام به خودکشی^۱

علی فیض‌اللهی*
خلیل کمربگی**

چکیده

مطالعه حاضر تلاش دارد تا به شناختی از فرآیند مقاومت و شکست پیشا خودکشی و دلایل رفتار خودکشانه در بین زنان مورد مطالعه اقدام‌کننده به خودکشی در استان ایلام دست یابد. این پژوهش با استفاده از روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شده است. جامعه هدف پژوهش، زنانی هستند که در سال ۱۴۰۳ در استان ایلام اقدام به خودکشی نموده‌اند و از طریق نمونه‌گیری هدفمند، نمونه‌ای ۱۷ نفره از آنان انتخاب شده است. داده‌ها با استفاده از تکنیک مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته گردآوری شده و تا زمان رسیدن به اشباع،

۱. این مطالعه با حمایت مالی سازمان بهزیستی استان ایلام انجام شده‌است و محققان قدردان حمایت مدیران و کارشناسان محترم آن سازمان هستند.

* نویسنده مسئول: استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران

a.feizolahi@ilam.ac.ir

<http://orcid.org/0000-0002-1641-4289>

** دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، پژوهشگاه مطالعات علوم انسانی تهران و کارشناس برنامه‌ریزی کشوری

khkamarbeigi@gmail.com

سازمان برنامه و بودجه استان ایلام، ایلام، ایران

<http://orcid.org/0000-0001-7407-6102>



نمونه‌گیری و انجام مصاحبه ادامه یافته است. برای تحلیل و کدگذاری داده‌ها از روش تحلیل مضمون به شیوه آترید- استرلینک استفاده شده است. مهم‌ترین دلایل اقدام به خودکشی در نمونه مورد مطالعه را می‌توان ذیل ناسازواری بسترهای نهادی نام‌گذاری نمود که مشتمل بر مضامین سازمان‌دهنده آشفستگی خانوادگی، نامعيارمندی ازدواج، هم‌آیندی مشکلات زناشویی، بستر تعاملی نامناسب و چالش‌های معیشتی است. همچنین یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که زنان خودکشی به منظور خودکشی پرهیزی، فعالانه در جست‌وجوی گره‌گشایی از مسائل خویش بوده‌اند که این کنش‌ها ذیل دو دسته کلی مضامین سازمان‌دهنده راه‌حل‌های هنجارمند و ناهنجارمند قابل دسته‌بندی است. به دلیل اینکه اینگونه کردارها همیشه با موفقیت قرین نبوده‌اند، از این‌رو زنان به سوی خودتخریب‌گری و رفتار خودکشانه روی آورده‌اند که می‌توان آن را محصول نوعی فروپاشی دانست. به طور کلی نتایج تحقیق نشان می‌دهد که رفتار خودکشانه اولین گزینه انتخابی زنان در معرض خطر خودکشی نبوده است، بلکه تا حدود زیادی پیامد عدم توفیق یا شکست در تحقق کنش‌های حل مسئله‌ای آنان بوده است.

واژه‌های کلیدی: رفتار خودکشانه، مقاومت پیشا خودکشی، فروپاشی، خودکشی زنان و ایلام.

مقدمه

خودکشی به عنوان شخصی‌ترین تصمیم فرد برای اقدام علیه حیات خویشتن، کنشی چندوجهی است، زیرا «معمولاً بر پیوستاری از افکار خودکشی تا رفتار خودکشی اعم از اقدام به خودکشی و خودکشی قرار می‌گیرد» (Keyvanara & Haghshenas, 2011: 530) و پیچیده است، زیرا عوامل متعددی در وقوع آن دخیل هستند.

خودکشی، یکی از مسائل اجتماعی نسبتاً بدخیم در سطح جهان و تهدیدی دائمی و چالش‌آفرین در زمینه سلامت اجتماعی در جوامع مدرن معاصر است و جوامع کنونی به صورت بالقوه کماکان با آن مواجه خواهند بود؛ زیرا هم‌اکنون به طور متوسط «هر سال ۷۲۷ هزار نفر در سراسر جهان از طریق خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند و شمار بسیار بیشتری نیز اقدام به خودکشی می‌کنند، به طوری که در سال ۲۰۲۱، نرخ جهانی خودکشی، ۹/۱ نفر در هر صد هزار نفر بوده است» (ر.ک: WHO, 2021). علاوه بر این سالیانه حدود ۵۰ تا ۱۲۰ میلیون نفر عمیقاً از خودکشی و اقدام به خودکشی متأثر می‌شوند (Beautrais, 2006: 55).

هرچند خودکشی، چالشی مهم در سراسر جهان است و می‌توان آن را مسئله‌ای جهانی دانست، «در سال ۲۰۲۱ نزدیک به سه چهارم خودکشی‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط اتفاق افتاده است» (Hedegaard & Warner, 2021: 2). و هرچند خودکشی، امری فراجنسیتی است، با این حال «حدود ۷۱ درصد از مرگ‌های خشن ناشی از خودکشی در بین زنان است. همچنین در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، زنان جوان و میان‌سال، بیشتر از هم‌تایانشان در کشورهای دارای درآمد بالاتر، دست به خودکشی می‌زنند» (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴؛ به نقل از: Cai et al, 2021). برآوردها نشان می‌دهد که در آسیا «سالیانه بیش از ۶۰ میلیون نفر از آسیب خودکشی و اقدام به خودکشی متأثر می‌شوند و بار رفتار خودکشانه در میان زنان بیش از مردان است» (Vijayakumar, 2015: 233). باید توجه داشت که اقدام به خودکشی با پیامدهای

سهمگینی در زمینه سلامت جسمی و روانی، از کار افتادگی و همچنین کیفیت زندگی برای افراد اقدام‌کننده و نیز جامعه همراه است.

هرچند نرخ خودکشی در ایران حدود پنج نفر به ازای هر یکصد هزار نفر است و نسبت به نرخ جهانی آن که «بیش از ۱۶ نفر به ازای هر یکصد هزار نفر» است (Abdu et al, 2020: 233)، میزان پایینی محسوب می‌گردد، با این حال در برخی از استان‌های ایران، میزان‌های بالایی از خودکشی ثبت شده است. برای مثال، میزان خودکشی در استان ایلام ۱۳/۸، کهگیلویه و بویراحمد ۱۳/۷ و کرمانشاه ۱۲/۰۸ به ازای هر یکصد هزار نفر است (سالنامه آماری کشور، ۱۳۹۹) است. البته استان ایلام از دهه هفتاد تاکنون همواره یکی از استان‌های دارای ارقام بالای خودکشی زنان بوده است. در سال‌های ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۳ نیز با «نرخ خودکشی ۱۸/۳ به ازای یکصد هزار نفر» (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان ایلام، ۱۴۰۴) همچنان این روند تداوم داشته است.

استان ایلام از جمله مناطق کم‌برخوردار است که به دلیل توسعه‌نیافتگی اقتصادی ناشی از تجربه جنگ هشت‌ساله عراق علیه ایران و بن‌بست جغرافیایی همراه با «نرخ بالای بیکاری زنان (۱۸/۳)، پایین بودن نرخ مشارکت اقتصادی زنان (۱۱/۶)» (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان ایلام، ۱۴۰۲) و گذار ناقص از سنت، در ردیف مناطق محروم و پرمسئله قرار دارد. این دیار نیز همچون همتایانش در سایر استان‌های زاگرس‌نشین با مشکلاتی همچون خشونت خانگی علیه زنان (ر.ک: بگزایی و دیگران، ۱۳۹۶؛ بگزایی، ۱۳۹۸؛ فیض‌اللهی و دیگران، ۱۴۰۲) و نرخ بالای خودکشی زنان (ر.ک: قادرزاده و پیری، ۱۳۹۳؛ سفیری و دیگران، ۱۳۹۵؛ رضایی‌نسب و دیگران، ۱۳۹۷) دست به گریبان است.

به نظر می‌رسد که الگوی نسبتاً بالای اقدام به خودکشی در میان زنان استان ایلام را نمی‌توان صرفاً به سطح عوامل فردی تقلیل داد، بلکه باید آن را در بستر تحولات ساختاری و فرهنگی جامعه محلی تحلیل نمود؛ زیرا در دهه‌های اخیر به موازات مسائل یادشده، الگوهای زیست اجتماعی زنان و به‌ویژه دختران جوان در این استان نیز متنوع شده است. سطح آگاهی و انتظارات آنان برای حضور و مشارکت اجتماعی بالا رفته و

همزمان الگوهای سنتی کنترل و نظارت بر آنان در خانواده و جامعه همچنان پررنگ است. این ناهمزمانی‌های ساختاری، زمینه شکل‌گیری انواعی از تنش و نابرابری ادراک‌شده در زیست‌جهان زنان ایلامی را فراهم کرده است. تلنبار شدن این قبیل مشکلات، همراه با قرار گرفتن زنان و به‌ویژه دختران جوان در موقعیت دوگانه بین گرایش به کنشگری اجتماعی و الزام به پایبندی به هنجارهای سنتی می‌تواند زمینه‌ساز آسیب‌های روانی و رفتارهایی چون خشونت علیه خود (خودکشی) در بین آنان باشد. تداوم کهرانگاری منزلت اجتماعی زنان نسبت به مردان، امری تقریباً عادی‌شده است که ملازم با تناقض‌هایی بنیادی است.

از منظر پژوهشی نیز بخش عمده‌ای از مطالعاتی که در ایران در دو دهه اخیر درباره خودکشی زنان انجام گرفته است، عمدتاً معطوف به حوزه ساختار فرهنگی جامعه مورد مطالعه (ر.ک: Keyvanara & Haghshenas, 2010؛ عبّری و بهرامی، ۱۳۸۹؛ نبوی و مرادی، ۱۳۹۷؛ قلی‌پور و امیری، ۱۳۹۹)، تحقیق در مناطق پرخطر خودکشی (ر.ک: رضایی‌نسب، ۱۳۹۷؛ یوسفی‌لبنی، ۱۳۹۲؛ قادرزاده و پیری، ۱۳۹۳)، خودسوزی زنان (ر.ک: Boostani et al, 2013؛ باقری، ۱۳۹۸؛ یوسفی‌لبنی و میرزایی، ۱۳۹۲؛ سفیری و رضایی‌نسب، ۱۳۹۵)، تغییرات اجتماعی و خودکشی زنان جوان (ر.ک: جمشیدی‌ها و قلی‌پور، ۱۳۸۹) بوده است. همچنین نتایج فراتحلیل مطالعات انجام‌شده در استان ایلام نشان داده است که بالاترین میزان خودکشی با ۷۰ درصد مربوط به زنان و خودسوزی، مهم‌ترین روش خودکشی آنان بوده است (فیض‌اللهی، ۱۳۸۹: ۲۰۲).

در همین راستا، نتایج مطالعه فراتحلیل دیگری نشان می‌دهد که در مطالعات انجام‌شده درباره خودکشی در استان ایلام، محققان اغلب بدون استفاده از روش‌های مستقیم و صرفاً با تکیه بر داده‌های دسته دوم، موضوع خودکشی را بررسی کرده‌اند. مجموعه معیاری از روش یا نظریه وجود ندارد و نظریه‌ها، موضوعات و روش‌های مطالعه در این تحقیقات نیز با پراکندگی همراه بوده است (بخارایی و میرزایی، ۱۳۹۴: ۱۱۵).

به طور کلی تحلیل حوزه‌ها، روش‌های مطالعه و نتایج تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که این مطالعات بر حوزه‌های متعدد و پراکنده‌ای متمرکز بوده‌اند. هرچند این

مطالعات دارای مفاهیم و تبیین‌های ارزشمندی برای مطالعه حاضرند، به دلیل تمرکز آنها بر علل خودکشی و روایت‌نگاری صرف خودکشی زنان خودکشی، کمتر به استراتژی‌های بقا و تلاش زنان برای اجتناب از خودکشی توجه نموده‌اند. بنابراین مطالعه حاضر برای اجتناب از مقهورانگاری و تصور انفعالی نسبت به کنشگران موصوف، علاوه بر توجه به دلایل خودکشی به فرآیند کنش‌های خودکشی‌پرهیز زنان مورد مطالعه نیز پرداخته است. از این‌رو هدف این تحقیق، شناخت فرآیندهای پرهیز از رفتار خودکشانه و دلایل ناکامی آنان در این زمینه است. پرسش اصلی پژوهش این است که دلایل اقدام به خودکشی زنان مورد مطالعه کدامند و آنان پیش از اقدام به خودکشی، به چه نوع کنش‌هایی برای حل مسئله مبادرت نموده‌اند؟

پیشینه پژوهش

ایاسه و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای در شهر کرمانشاه نشان دادند که آرزوهای برآورده نشده، احساس محرومیت، احساس گسست در تعامل با دیگران و احساس زندگی با دامنه محدود، مهم‌ترین دلایل خودکشی زنان مورد مطالعه بوده و اقدام به خودکشی عمدتاً کنشی اعتراضی یا نمایشی بوده است. عنایت و همکاران (۱۴۰۱)، دلایل خودکشی زنان را ذیل مقوله‌های خشونت، ناسازگاری و تعارضات زناشویی، نبود سرمایه اقتصادی-اجتماعی، اختلاف در شبکه خویشاوندی، سوءمصرف موادمخدر و انزوای اجتماعی دسته‌بندی نموده‌اند. شفیعی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای به نقش خانواده پر تنش، ارتباطات خانوادگی ناکارآمد، سابقه بزهکاری، انحراف اخلاقی، از هم گسیختگی خانواده و ازدواج تحمیلی در اقدام به خودکشی زنان پی بردند و دریافتند که از نظر زنان مورد مطالعه، خودکشی به معنای راهی برای فرار از فضای نامطلوب خانواده بوده است. فیض‌اللهی (۱۴۰۱) در مطالعه فراترکیب مطالعات خودکشی در ایران نشان داد که عوامل خانوادگی نظیر نابسامانی خانوادگی، مدیریت ناکارآمد، رابطه زناشویی ناسازگار، فشار اجتماعی، ناهمترازی سنت، طرد اجتماعی و موجه‌سازی خودکشی در اقدام به

خودکشی، نقش‌آفرین بوده‌اند. به طور کلی خودکشی محصول سازوکار طرد فراگیر زنان از سوی خانواده است.

رحمانی و همکاران (۱۴۰۲)، دلایل اقدام به خودکشی زنان مورد مطالعه را در قالب پنج مضمون ناآگاهی و فقدان مهارت مدیریت زندگی، نارضایتی از زندگی شخصی، احساس بن‌بست در زندگی اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی و سطحی بودن برخی از باورهای دینی در بین نمونه هدف مطالعه دسته‌بندی نموده‌اند.

پناهی‌نسب و خردمند (۱۴۰۳) در مطالعه زیست پروبلماتیک و اقدام به خودکشی نشان دادند که زندگی پروبلماتیک تحت تأثیر تعارضات نسلی، فشارهای ازدواج سنتی، انگیزه‌های انتقام‌جویانه، تنهایی عاطفی و قبح‌زدایی اجتماعی از خودکشی قرار دارد.

روشنی و مرادخانی (۱۴۰۳) برآنند که عوامل نوسازی (رسانه، تحصیلات و امکانات حمل‌ونقل) از یکسو و اختلافات خانوادگی، ازدواج‌های تحمیلی، خشونت خانگی، طلاق و نظارت حداکثری از سوی دیگر بر اقدام به خودکشی و افزایش آن در بین زنان هلیلانی، تأثیر بسزایی داشته است. بر اساس یافته‌های کیلیچ ارسلان^۱ و همکاران (۲۰۲۴) مشخص شد که متغیرهای سن، سطح تحصیلات، وضعیت سلامت، تعداد فرزندان، خشونت فیزیکی، الکلی بودن، خیانت و رفتار کنترل‌گرانه همسر و سطح درآمد خانوار با گرایش به خودکشی زنان مرتبط هستند.

مطالعه فاستناو^۲ و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد که مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اقدام به خودکشی در میان زنان آسیای جنوب شرقی عبارتند از: نابرابری جنسیتی، ناباروری، خشونت خانگی، اختلافات خانوادگی، سوءمصرف الکل توسط شوهر، ازدواج زودرس، ازدواج‌های اجباری و اختلافات بر سر جهیزیه. بر اساس یافته‌های دان‌دونا^۳ و همکاران (۲۰۲۳)، میزان مرگ ناشی از خودکشی در بین زنان هندی متأهل، خانه‌دار و دارای مشکلات خانوادگی، بیشتر از سایر زنان است.

1. Kılıçarslan

2. Fastenau

3. Dandona

مطالعه کومار^۱ و همکاران (۲۰۲۵) نشان می‌دهد که خودکشی در بین زنان متأهل، بیش از زنان مجرد بوده و عوامل خودکشی در بین آنان به ترتیب ناشی از مشکلات خانوادگی، روابط عاشقانه، سرخوردگی، آزار جنسی، فقر و مزاحمت بوده است. فاستر^۲ و همکاران (۲۰۲۴) در مطالعه خویش دریافتند که افرادی که بیشتر به ارزش‌های فرهنگ شرافت پایبند هستند، برای آنکه ضعیف به نظر نرسند، هیجان‌های خود را سرکوب می‌کنند. علاوه بر این سرکوب هیجانی و افسردگی ناشی از آن، به طور غیر مستقیم رابطه میان پایداری به ارزش‌های شرافت‌محور و سابقه اقدام به خودکشی را توضیح می‌دهد.

ملاحظات نظری

دورکیم در مطالعه مشهورش درباره خودکشی، دریافت که خودکشی در غیاب انسجام اجتماعی و قاعده‌مندی یا فزونی تراکم آنها رخ می‌دهد. از این رو وجود یا فقدان آن دو، احتمالاً منجر به گونه‌هایی از عدم تعادل در نظام اجتماعی یا انومی می‌شود که شقوق مختلفی از خودکشی را سبب می‌گردد که در جدول شماره (۱) طرح شده‌اند.

جدول ۱- نوع‌شناسی خودکشی دورکیم

معیار		قاعده‌مندی		انسجام اجتماعی	
میزان	بالا	پایین	بالا	پایین	پایین
نوع	تقدیرگرایی	آنومیک	دیگرخواهانه	خودخواهانه	
توصیف	احساس ناتوانی در تنظیم امور زندگی	احساس فقدان نظم در جامعه	ترجیح منافع جمعی بر فردی احساس	فقدان احساس تعلق به جامعه	
نشانه روان‌شناختی	ترس از کنار گذاشته شدن	احساس عدم امنیت	احساس وظیفه	افسردگی	

(منبع: نویسندگان با اقتباس از: صدیق سروستانی، ۱۴۰۱: ۱۱۶ و Abrutyn & Mueller, 2014: 329)

کلیوارد و اوهلین^۳ در نظریه ساختار فرصت‌ها بر اساس میزان و نوع دسترسی به فرصت‌های غیر قانونی و انسداد فرصت قانونی برای طبقات پایین جامعه، سه نوع

1. Kumar

2. Foster

3. Cloward & Ohlin

خرده‌فرهنگ را شناسایی نمودند که مشتمل است بر: خرده‌فرهنگ جنایی (دسترسی به فرصت غیر قانونی)، خرده‌فرهنگ ستیزه‌جو (دسترسی اندک به فرصت غیر قانونی) و خرده‌فرهنگ انصرافی (عدم دسترسی به هر دو فرصت قانونی و غیر قانونی) که خودکشی ذیل خرده‌فرهنگ انصرافی قرار می‌گیرد (صدیق سروستانی، ۱۴۰۱: ۱۴-۱۵).

نظریه فشار عمومی آگنو^۱ بر روابط منفی فرد با دیگران تمرکز می‌کند. وی به فشارها به‌مثابه فلاکت و بدبختی یا شرایط و رویدادهایی می‌نگرد که افراد از آنها متغرنند. او استدلال می‌کند که این روابط منفی می‌تواند احساسات منفی تولید کند که به نوبه خود ممکن است منجر به رفتار بزهکارانه شود. وی سه نوع اصلی این فشارها را مشخص می‌کند:

۱. وقتی فرد، برخی چیزهای ارزشمند (کالاها، افراد، روابط و غیره) را از دست می‌دهد.

۲. وقتی فرد، بی‌عدالتی عاطفی یا فیزیکی / سوءاستفاده / بدرفتاری از سوی دیگران را تجربه می‌کند.

۳. وقتی فرد از دستیابی به مجموعه اهداف یا منزلت اجتماعی دلخواهش در جامعه نانوان باشد (Olson, 2015: 16).

نظریه فشار عمومی بر نقش واکنش‌های فرد در مقابل تجارب منفی زندگی در پرورش و ایجاد رفتار انحرافی تأکید می‌کند. از نظر آگنو، احساسات منفی، تولید فشار می‌کند و فشار، راهبردهای مقابله‌ای را ضروری می‌سازد که رفتار خودکشی از جمله آنهاست. این نظریه با سویه خرد آنومی مرتبط است و توان تبیین رفتارهایی همچون خودکشی و سایر سوءرفتارها را دارد و به طور خاص برای تحلیل و تبیین پدیده خودکشی در بین زنان ایلامی، مناسب به نظر می‌رسد؛ زیرا این مناطق در وضعیتی قرار دارند که عموماً آزاردهنده، آسیب‌رسان و مسئله‌مندند که لزوماً حل آنها خارج از حیطه توان یک زن است و احتمالاً کنش‌های مقاومتی آنان در زمینه حل مسئله به سویه منفی رفتارهایی همچون اقدام به خودکشی میل کند.

رنдал و همکاران با ارائه «فرضیه رابطه همنشینی» بر آنند که افرادی که در معرض خطر بالای رفتارهای خودکشانه هستند، به احتمال زیاد با سایر افراد پرخطر دوست هستند (Randall et al, 2015: 219). این فرضیه نشان می‌دهد که افزایش خطر در میان افرادی که در معرض رفتار خودکشی قرار دارند، با عوامل خطر مشترک، قابل توضیح است و صرفاً یک ارتباط است و نه یک رابطه علی.

روش پژوهش

مطالعه حاضر از نوع مطالعات کیفی است و با روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شده است. جامعه هدف تحقیق، زنان دارای سابقه اقدام به خودکشی و ساکن استان ایلام است و نمونه تحقیق از طریق استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند برگزیده شده‌اند. بر این اساس اطلاعات پژوهش، محصول مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با هدفه نفر از زنان دارای تجربه اقدام به خودکشی است. در همین راستا برای تعمیق مطالعه و ارائه آزادانه روایت‌ها توسط افراد مورد مطالعه، از شیوه مصاحبه عمیق استفاده شده است. کدگذاری داده‌ها با استفاده از تکنیک تحلیل مضمون انجام شد که مراحل «غوطه‌ور شدن در داده‌ها، بررسی انتقادی آنها و یادداشت‌برداری از متن مصاحبه‌ها برای انتخاب عبارات معنادار را شامل می‌شود» (Braun & Clarke, 2021: 87). شناسایی و تحلیل نهایی مضامین، مبتنی بر روش تحلیل شبکه مضمون آتراید- استرلینگ است. این روش مشتمل بر مضامین پایه است که اولین و پایین‌ترین شواهد انتزاع‌شده در متن هستند که متشکل از کدها و مفاهیم اولیه‌ای است که از متن استخراج شده‌اند. در واقع گزاره‌های ساده‌ای هستند که پایه‌ای برای انتزاع سطح بالاتر هستند؛ مضامین سازمان‌دهنده از تلفیق چند مضمون پایه برای خلاصه کردن اصول انتزاعی‌تر، گروه‌بندی می‌شوند و بنابراین انتزاعی‌تر، معنادارتر و آشکارتر از مفاهیم مکنون در متن هستند. هر خوشه‌ای از مضامین سازمان‌دهنده به واسطه ارتباط معنادار با یکدیگر برای سطح انتزاع بالاتری به کار می‌روند که استعاره‌های اصلی کل متن را در برمی‌گیرند و مضامین فراگیر را شکل می‌دهند (Attride-Stirling, 2001: 388).

معیار مورد استفاده برای بررسی اعتبار در این پژوهش، معیار مقبولیت است که مبتنی بر مقبولیت پژوهشگر و درگیری کامل وی با داده‌هاست. قابلیت تصدیق از طریق حضور مستمر محققان در میدان تحقیق، انجام مصاحبه‌ها و استخراج دقیق داده‌ها و بهره‌گیری از نظر ارزیابان محقق گشته است و قابلیت انتقال از طریق نگارش یادداشت‌های فنی، مقایسه و مقارنه یافته‌ها با ادبیات تحقیق و آرای صاحب‌نظران محقق شده است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه

کد	سن	تحصیلات	شغل	تاهل	فرزند	مشاوره با:	ابزار خودکشی	سابقه خودکشی
۱	۱۹	متوسطه	بیکار	مجرد	-	خانواده	دارو و قرص	دارد
۲	۳۳	راهنمایی	خانه‌دار	متاهل	۲	روانشناس	دارو و قرص	ندارد
۳	۳۶	کاردانی	خانه‌دار	متاهل	۲	روانپزشک	دارو	دارد
۴	۲۱	دیپلم	شاغل	مجرد	-	-	قرص	دارد
۵	۲۱	دانشجو	-	مجرد	-	روانشناس	قرص	دارد
۶	۳۲	کارشناسی	بیکار	مطلقه	-	خانواده	قرص	ندارد
۷	۳۸	کاردانی	خانه‌دار	مطلقه	-	خانواده	قرص	دارد
۸	۲۵	دانشجو	-	مجرد	-	خانواده	قرص	دارد
۹	۱۵	محصل	-	عقد شده	-	خانواده	قرص	ندارد
۱۰	۲۰	دانشجو	-	مجرد	-	روانشناس	قرص	ندارد
۱۱	۱۸	راهنمایی	بیکار	مجرد	-	-	قرص	ندارد
۱۲	۲۹	کارشناسی	بیکار	مجرد	-	صدای مشاور	قرص	ندارد
۱۳	۱۹	دانشجو	دانشجو	مجرد	-	سامانه ۱۴۸۰	دارو	دارد
۱۴	۳۷	دیپلم	خانه‌دار	مطلقه	۲	مشاور	-	در حد تصمیم
۱۵	۳۶	دیپلم	خانه‌دار	مطلقه	۱	-	قرص	دارد
۱۶	۳۹	کارشناسی	خانه‌دار	مطلقه	۲	صدای مشاور	قرص	دارد
۱۷	۳۱	بی‌سواد	خانه‌دار	متاهل	۱	همسر و پدر	سم	ندارد

یافته‌های پژوهش

پس از کدگذاری باز متن مصاحبه‌های مشارکت‌کنندگان در تحقیق، عبارات معنادار و مفاهیم استخراج‌شده در قالب زیرمضمون‌ها و مضامین اصلی تحقیق دسته‌بندی شده‌اند. چنان‌که از محتوای عبارات و روایت تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان در تحقیق برمی‌آید، آنان بر مفاهیمی تأکید داشته‌اند که ناظر بر دلایل امتناع مکرر از خودکشی و در نهایت اقدام به آن از سوی آنان بوده است.

جدول ۲- مراحل کدگذاری یافته‌های تحقیق

مفهوم	مضمون پایه	مضمون سازمان‌دهنده	مضمون فراگیر
ناسازواری بسترهای نهادی	اختلاف شدید با خواهر و برادران، اختلاف با پدر	آشفته‌گی خانوادگی	محدودیت روابط اجتماعی
	معاشرت محدود، برچسب‌زنی، اطرافیان سرزنش‌گر		
	نامزدی برای سرپوشی رابطه جنسی پیش‌ازدواج، ازدواج ناخواسته	نامعیارمندی ازدواج	ازدواج مصلحتی
	ازدواج مبتنی بر دوستی		
	یک‌طرفه، علاقه نداشتن به همسر	هم‌آیندی مشکلات زناشویی	ازدواج نامعقول
	اختلاف با همسر، مشکل حاد با نامزد		
	بدگمانی شوهر، بی‌اعتمادی همسر، توهم شوهر مبنی بر خیانت		
	خشونت رفتاری همسر، بددهنی همسر، اخراج از خانه از جانب شوهر		
	زندگی طفیلی، دخالت خانواده شوهر	بستر تعاملی نامناسب	اطرافیان سرزنش‌گر
	برچسب‌زنی خانواده، اطرافیان و فامیل برچسب‌زن		
	قرار پنهانی با دوستان، ارتباط نامناسب دوستان با جنس مخالف	چالش معیشتی	دشوارزیستی
	مشکلات اقتصادی، بدهکاری فراوان، ناتوانی در تأمین معاش		
	بیکاری، فقر شدید خانواده	بیکاری	دشوارزیستی
	بیکاری، فقر شدید خانواده		

مضمون	مضمون	مضمون پایه	مفهوم
فراگیر	سازمان‌دهنده		
کنش‌های حل مسئله‌ای	راه‌حل هنگارمند	استمدادطلبی	تقاضای حمایت از خانواده، جست‌وجوی رهنمود، مشاوره با خانواده
		مساعدت به خانواده	جلب رضایت همسر، تلاش برای درمان همسر
		درمان‌جویی	مشاوره روانی، مراجعه به روان‌پزشک، بستری شدن در بیمارستان
		فداکاری	نگهداری فرزند معلول پس از طلاق، انصراف از ازدواج مجدد
	راه‌حل ناهنجارمند	منزل‌گریزی	فرار از منزل با دوست پسر، قصد خروج از کشور
		نافرمانی از خانواده	ترک تحصیل، بی‌توجهی به حرف‌های خانواده، مشاجره و قهر
فروپاشی	خودتخریب گری	رفتار پرخطر	کشیدن سیگار و قلیان، مصرف مواد، مصرف الکل
		خودکنترلی ضعیف	نوشیدن الکل و قرص تاحد مردن، خودزنی
	اقدام به خودکشی	افکار و رفتار خودکشانه	افکار خودکشی مستمر، تهدید به خودکشی
		اقدام به خودکشی	اقدام به خودکشی، مسمومیت و سایر روش‌ها

مضمون فراگیر ناسازواری بسترهای نهادی

این مضمون بیانگر ناسازواری نهادهای اجتماعی انتظام‌بخش زیست جمعی اعضای جامعه به‌ویژه بنیادی‌ترین نهاد اجتماعی شکل‌دهنده زندگی افراد یعنی نهاد خانواده و نهادهایی همچون ازدواج، سامانه زناشویی و محیط اجتماعی (گروه دوستان و...) همراه با نهاد تمشیت‌بخش مادی زندگی یعنی اقتصاد است که در تعاطی و تعامل با هم منجر به شکل‌گیری خانواده بحران‌زده و آشفته شده‌اند.

۱- آشفته‌گی خانوادگی

در این تحقیق، مضمون آشفته‌گی خانوادگی به وضعیتی اشاره دارد که در آن برهم‌کنش‌های اعضای خانواده همراه با رفتارهای نابسامان‌کننده‌ای همچون خشونت خانگی، کنترل‌گری افراطی و محدودیت‌آفرین است. این شیوه‌های رفتاری منجر به بروز

اختلال و تضاد درون خانواده می‌شود.

مضمون پایه اختلافات خانوادگی بر وجود اختلافات شدید خانوادگی و روابط مجادله‌آمیز و نفرت‌انگیز بین اعضای خانواده خاستگاه زن دلالت دارد. مشارکت‌کننده کد ۱۵ در این باره چنین بیان می‌دارد:

«در خانواده ما اختلافات زیادی همیشه وجود دارد. مثلاً من خودم هم ازدواج ناموفقی داشته‌ام و الان هم مشکل اصلی زندگیم، اختلافات شدید من با دیگر خواهر مطلقه‌ام است که همواره با من تنش دارد».

مضمون پایه محدودیت روابط اجتماعی در این مطالعه، مواردی همچون معاشرت محدود و وجود خانواده و فامیل سرزنش‌گر را شامل می‌شود. بنیاد زندگی انسان، اجتماعی است و مفروضه جامعه‌شناسی روابط اجتماعی این است که «در خانواده‌هایی که تولد یافته‌ایم، در خلال مدرسه، کار، بازنشستگی و حتی درگردهمایی‌های پاسداشت مرگمان، زندگی‌مان را درون پیلۀ بافته‌شده‌ای از ترتیبات اجتماعی به هم پیوسته‌ای می‌گذرانیم» (Stolley, 2005: 1). در این باره مشارکت‌کننده کد ۹ از محدود شدن روابط اجتماعی خود می‌گوید:

«خانواده در کم نمی‌کنند. خانه‌مان انگار یک پادگانه. زن داداشم به من تهمت ناموسی زد. هر چقدر گفتم دروغ می‌گه و تهمت می‌زنه، سکوت کردند، به این معنا که عروسمان حتماً چیزی می‌داند... توی دل خودم گفتم مثل خاله‌ام خودمو می‌کشم و راحت می‌شوم».

و مشارکت‌کننده کد ۱۰ نیز بر آن است که:

«چون مادرم سختگیر هست، دایره دوستان زیادی ندارم... اطرافیانم

آن‌جوری که دوست دارم، با من رفتار نمی‌کنند».

۲- نامیاری از دواج

از دواج از جمله نهادهای اجتماعی است که رسمیت آن در جوامع مختلف، منوط به رعایت قواعد حقوقی و اعلام عمومی است. در تمامی جوامع امروزی سنن، اخلاقیات،

قواعد، نمادها و تابوهایی بر ازدواج حاکم است و شکل امروزی رایج آن، انعقاد پیوند زناشویی بین یک زن و یک مرد است.

مضمون پایه ازدواج مصلحتی به نوعی از ازدواج اشاره دارد که بر مبنای اهداف اقتصادی، اجتماعی یا خانوادگی شکل می‌گیرد، نه عشق و علاقه. در این تحقیق به نوعی از اینگونه ازدواج‌ها که بنا بر مصلحت بالاتری که حفظ آبرو است، برخوردیم که باعث نارضایتی زوجین و افزایش تعارضات در زندگی مشترک و در نهایت طلاق و یا اقدام به خودکشی شده است. مصاحبه‌شونده شماره ۷، چنین ازدواجی را تجربه نموده و سرانجام آن، اقدام به خودکشی بوده است:

«مشکلات من از زمانی آغاز شد که با یک جوانی دوست شدم که بعداً به‌ناچار با هم ازدواج کردیم. از همان روز اول ازدواج تا زمانی که طلاق داد، با هم اختلافات شدیدی داشتیم و همیشه به فکر خودکشی بودم. در دوره رفاقت، مشکلاتمان شروع، ولی در دوره نامزدی بیشتر شد. زمانی که رفیق بودیم، به من تجاوز کرد، ولی بعد از مدتی هم با من سرد برخورد می‌کرد و هم حرف‌های زشتی بهم می‌زد. من را تهدید می‌کرد که اگر قطع رابطه کنی، خود و خانواده‌ات را می‌کشم و من هم ازش می‌ترسیدم و هر دو مجبور بودیم ادامه دهیم. فکر می‌کردم بعد از ازدواج خوب می‌شه، ولی بدتر شد».

مضمون پایه ازدواج نامعقول، ناظر بر این است که هرچند نمی‌توان ازدواج را رابطه‌ای صرفاً عقلانی یا لزوماً عاشقانه دانست، منطقی است که وجود حداقلی از شرایط که آمیزه‌ای از این دو باشد، وجود داشته باشد. علاوه بر این اگر نتوان دیدگاه عقلانی و معیارهایی همچون کفویت زوجین، تناسب و وجاهتی برای آن یافت، نمی‌توان آن را ازدواجی معقول دانست. در این باره مشارکت‌کننده کد ۱۶ معتقد است:

«شوهرم واقعاً انتخاب من نبود و اصلاً سبک زندگی و رفتارمان به هم نمی‌خورد و تفاهمی با هم نداشتیم. بدون علاقه و اختیار باهش ازدواج کردم. از نظر فرهنگی هم خیلی اختلاف داشتیم، او اصلاً در وادی

موضوعات فرهنگی و اجتماعی روز نبود. از نظر شیوه گفتار و رفتار هم مبادی آداب نبود.

۳- هم‌آیندی مشکلات زناشویی

مضمون سازمان‌دهنده هم‌آیندی مشکلات زناشویی به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن رفتارها یا موقعیت‌های خاص همسر، به بروز چالش‌هایی در زندگی زناشویی منجر شود. این چالش‌ها ممکن است ناشی از «رفتارهای شخصی، شرایط اجتماعی یا عوامل بیرونی باشند و بر پایداری رابطه زوجین، تأثیر منفی بگذارد» (Fincham & Beach, 2010: 632). چنین وضعیتی موجبات رنجش و اختلال در روابط زناشویی را فراهم می‌سازد. مضمون پایه تعارض زناشویی به ناسازگاری‌ها و اختلافات مداوم در روابط زوجین گفته می‌شود که می‌تواند به کاهش صمیمیت و افزایش استرس در رابطه منجر شود (Bradbury & Karney, 2019: 344). چنان‌که مشارکت‌کننده کد ۳ معتقد است:

«همسر کل وقتش را به دیگران اختصاص می‌دهد تا خانواده؛ و با وجود اینکه جوان است، ولی فازش، فازیه پیرمرد نادانه تا یک جوان و جوریه که شده قبرکن کل طایفه... و شده مرده شور طایفه. در مقابل خانواده، احساس مسئولیتش ضعیفه».

مضمون پایه بی‌اعتمادی همسر بر بدگمانی و بی‌اعتمادی شوهر و عدم درک متقابل میان زوجین دلالت دارد. صداقت، تعهد و پذیرش متقابل، سه مؤلفه اصلی اعتماد بین زوجین است و هر کدام از آنها که خدشه‌دار شود، موجبات بی‌اعتمادی را فراهم می‌سازد. در این باره مشارکت‌کننده کد ۲ مدعی است که:

«برای جلب اعتماد شوهرم مجبور شدم در حضور خودش، لیست ریز تماس‌ها و پیامک‌هایم را پرینت بگیرم. شوهرم خیلی به من تهمت می‌زنه و فکر می‌کنه بهش خیانت می‌کنم و می‌گه یه صداهایی توی گوشم هست که داری تلفنی با کسی حرف می‌زنی».

مضمون پایه آزاررسانی همسر می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد و در اینجا صرفاً

وجوه ذهنی و عاطفی و روانی آن مدنظر قرار دارد. مشارکت‌کننده کد ۷، چنین موردی را تجربه کرده است:

«همسرم بددهن و فحاش است و از زمان نامزدی هم این‌جوری بود. چندین بار دنبال ارائه دادخواست طلاق افتادم، ولی متأسفانه خانواده خودم ممانعت می‌کردند و نمی‌گذاشتند که برای گرفتن طلاق اقدام کنم. حیف که دیر ازش جدا شدم».

مضمون پایه فقدان استقلال همسر، ناظر بر این است که یکی از زوجین به دلیل وابستگی عاطفی یا مالی بیش از حد به دیگر افراد خانواده، توانایی تصمیم‌گیری یا مسئولیت‌پذیری مستقل را از دست دهد. در تحقیق حاضر در چندین مورد به این موضوع اشاره داشته‌اند، اما شکل افراطی آن، روایت مشارکت‌کننده کد ۱۷ است که خانمی است که با مرد چوپانی ازدواج نموده و شرح زندگی‌اش چنین است:

«بدون اینکه شناختی از شوهرم و خانواده‌اش داشته باشم، پدرم مرا مجبور به ازدواج کرد. منطقی این بود که خانواده دولتمندی هستند. از قضا پدرشوهرم چندین ملک در شهر... و در روستا داره، تراکتور و ماشین داره و از بین فرزندان، شوهر من چوپان گله‌اش شده، ولی حتی یک گاو هم به اسمش نیست. شوهرم با مستقل شدن زندگی از خانواده پدرش، مخالف است. از گفت‌وگو با من فرار می‌کند و توجهی نمی‌کند. عشقش، نوکری پدرش است و در یک خانواده گسترده، شوهرم هیچ اختیاری ندارد. هر وقت صحبت از استقلال می‌کنم، پیشنهادش اینه که از خانه‌شان بروم و طلاق بگیرم. شوهرم سعی می‌کند که کمتر به خانه بیاید و بیشتر به فکر گله است تا زن و فرزندش. باور کنید که در دو سال گذشته، هیچ نوع رابطه زن و شوهری نداشته‌ایم».

مضمون سازمان‌دهنده بستر تعاملی نامناسب به شرایط درونی خانواده و بسترهای اجتماعی‌ای اشاره دارد که کنش‌های اجتماعی و سلامت روان زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مضمون پایه دوستان بزهکار مشتمل بر مواجهه زنان جوان مورد مطالعه با

فرایندهای تعاملی آسیب‌زایی از قبیل ویژگی‌های منفی دوستان و روابط خود و دوستانشان با جنس مخالف در این زمینه است. چنان‌که مشارکت‌کننده کد ۲ در این مورد می‌گوید:

«متأسفانه به خاطر نداشتن پشتوانه خانوادگی و احساس بی‌کسی، درگیر دوستی‌های خیابانی شدم و...».

مضمون پایه اطرافیان سرزنش‌گر، داشتن تجربه‌های منفی از سرزنش شدن، طعنه‌زنی و برچسب‌زنی از جانب خانواده و اطرافیان، اثرات عمیقی بر سایر اعضا دارد. این موارد اغلب منجر به احساس گناه، خشم، یا شرم شده، بر روابط بین‌فردی اعضای خانواده، سایه می‌اندازد. مشارکت‌کننده کد ۱۵، وضعیت خود را چنین شرح داده است:

«قبل از اینکه طلاق بگیرم، پدرم اصلاً کاری به پوشش و رفتار من نداشت؛ ولی تغییر رفتار پدرم، بعد از طلاق گرفتیم، مرا آزار می‌دهد و زیاد سخت‌گیر و بهانه‌گیر شده و امر و نهی در مورد پوشش و رفت‌وآمدهام می‌کنه و انگ‌های زشت و بسیار بدی نثارم می‌کنه».

مضمون سازمان‌دهنده چالش‌های معیشتی

چالش معیشتی بدین معناست که شرایط معیشتی خانواده دچار بحران دامن‌گیری شده است که تصور خروج از چرخه فقر و مشکلات مالی، ناممکن به نظر می‌رسد و همراه با نوعی از استیصال است که منجر به بروز رفتارهای ناهنجار می‌شود. مضمون پایه دشواری‌زستی به ناتوانی در تأمین معاش، مشکلات مالی و بدهکاری خانواده اشاره دارد که زیست معمول و حداقلی خانواده را با دشواری و مشقت روبه‌رو ساخته است. چنان‌که مشارکت‌کننده کد ۲ اشاره نموده است:

«در موقعیت بدی قرار داشتیم و همسرم معتاد هم شده بود. کم‌کم دچار مشکلات شدید اقتصادی شدیم و شوهرم، بدهی پانصد میلیونی بالا آورد. به خیلی‌ها بدهکار بودیم و نمی‌دانم این همه پول را که قرض گرفته بود، در کجا خرج کرده بود. برای ما که خرج نکرده بود و به ما هم نمی‌گفت. دیگه خسته شدم از دستش... زندگی پانسیون‌ی مجدد، میزان بدهکاری بالا و...».

مضمون پایه بیکاری و فقر بر نقش همزمان دو عامل اقتصادی اثرگذار بر کیفیت

زندگی انسان اشاره دارد که همواره عاملی عمده در اکثر تحقیقات مرتبط با آسیب‌های اجتماعی از جمله خودکشی بوده است. در این تحقیق نیز نمود اصلی آن در روایت مصاحبه‌شونده کد ۶ هویداست:

«علت اصلی خودکشی من بیکاری است. هر کاری می‌کنم، شغل مناسبی گیرم نیامده که گذران زندگی کنم. احساس حقارت و بی‌هویتی می‌کنم، چون واقعاً کسی نیستم، نه شغلی دارم، نه درآمدی. احساس بی‌ارزشی بهم دست می‌دهد. هیچ‌گونه پشتوانه اقتصادی و سرمایه مالی ندارم. ماندنم با وجود فقر مطلق، ارزشی ندارد».

مضمون فراگیر کنش‌های حل مسئله‌ای

درباره این مضمون می‌توان با عنوان راهبردها و استراتژی‌های مقاومتی بحث کرد که زنان مورد مطالعه برای حفظ زندگی خانوادگی‌شان یا ارتقای زندگی شخصی خویش به عنوان کنشگرانی معقول و دارای تأمل به قصد گره‌گشایی از وضعیتی ناخوشایند، ابتدا به کنش‌های حل مسئله‌ای روی آورده و در مواردی موفق و یا ناموفق بوده‌اند. ناموفق بودن در حل مسئله یا حمایت نکردن اطرافیان در نهایت آنان را به سمت چنین رفتاری سوق داده است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که «سطح بالای مقاومت یا تاب‌آوری، نقش حائل محافظتی دارد و رابطه بین خطر و خودکشی را کاهش می‌دهد، در حالی که سطح پایین تاب‌آوری این حفاظ را ایجاد نکرده و احتمال بروز خودکشی را افزایش می‌دهد» (Johnson et al, 2011: 563-564).

۱- مضمون سازمان‌دهنده در جست‌وجوی راه‌حل هنجارمند

این مضمون ناظر بر استراتژی‌های سه‌گانه استمدادطلبی، درمان‌جویی و کنش‌های همکاری‌جویانه‌ای همچون مساعدت و همراهی با خانواده از جانب زنان در معرض خطر است که تلاش‌های شخصی آنان بیانگر کنشگری هنجارین و فعالانه‌ای در راستای بازسازی و بهینه‌سازی شرایط و تداوم حیات ولو پرمشقتشان بوده است که نشان می‌دهد که بخش عمده‌ای از زنان مورد مطالعه لزوماً اولین انتخابشان عمل خودکشی نبوده است.

مضمون پایه استمدادطلبی در این تحقیق بر تلاش زنان برای رهایی از وضعیتی که در آن گرفتارند یا حل یک موضوع مسئله‌مند در زندگی دلالت دارد. چنان‌که بیش از نیمی از زنان مورد مطالعه در زمینه مشاوره با خانواده یا مراکز مشاوره اقداماتی، ولو ناموفق انجام داده‌اند. در این مورد مشارکت‌کننده کد ۱۷ گفته است:

«از حدود دو سال پیش از خانواده‌ام برای کمک به طلاق گرفتن و موضوعات مرتبط با آن استمداد طلبیدم که پشتم را بگیرند و حمایت کنند، اما آنها کاری کردند که احساس بی‌پناهی کنم».

مضمون پایه درمان‌جویی ناظر بر تلاش زنان در معرض افکار خودکشی و مشکلات روحی و روانی برای درمان بوده است. در این مورد، مصاحبه‌شوندگان کدهای ۲، ۳، ۵، ۱۰ و ۱۲ اظهار داشته‌اند که برای حل مشکلات خویش، پیگیر درمان بوده‌اند. روایت مصاحبه‌شونده کد ۳، نمونه عبرت‌آموزی در زمینه ناهم‌ترازی تصورات فرهنگی از بیماری‌های روانی با پزشکی مدرن در جامعه مورد مطالعه است:

«من در خانواده‌ای متولد شدم که مادرم، زن سوم پدرم بود. هفت برادر و خواهر ناتنی دارم و من هشتمین و کوچک‌ترین فرزند خانواده هستم. بعد از فوت پدرم، برادر بزرگ‌ترم که سنش از مادرم بیشتر بود، بنای ناسازگاری گذاشت و من و مادرم مجبور به ترک خانواده شدیم. مادرم این بار هم همسر سوم مردی شد که اکنون در قید حیات نیست. مجبور شدم در هجده سالگی با فردی از آشنایان دور ازدواج کنم که هم پرخاشگر است و هم از درک وضعیت من عاجز است. دچار افسردگی هستم. به روان‌شناس و روان‌پزشک، مراجعات مکرر داشتم، ولی همسر و مادرم با بستری شدن من در بیمارستان تحت عنوان روان‌درمانی مخالفت می‌کنند. آنان روان‌درمانی را مایه آبروریزی می‌دانند. به دلیل همین بیماری و ناتوانی در درمان، اقدام به خودکشی کردم».

و مشارکت‌کننده کد ۱۳، زنده ماندن خویش را مدیون مشاوران سازمان بهزیستی

می‌داند و در این باره می‌گوید:

«الان تنها عاملان تداوم و امید به آینده‌ام این است که یک جایی برای حرف زدن پیدا کردم به اسم ۱۴۸۰ و با آنها حرف می‌زنم و آرام می‌شوم. خواستم با اسلحه خودمو بکشم، اما وقتی خواستم ماشه را بچکانم، یادم افتاد به خانم مشاور قول شرف دادم که خودم را نکشم».

مضمون پایه مساعادت به خانواده، ناظر بر اقدام به کمک به فرد دیگری در خانواده است که درگیر یک مشکل شخصی است که فضای زندگی خانواده را تحت تأثیر قرار داده و فرد خودکشی به قصد درمان به فرد مقابل کمک نموده است تا تغییرات مثبتی را در زندگی تجربه کنند. چنان‌که مشارکت‌کننده کد ۲ در این باره مدعی است که:

«برای درمان اعتیاد همسرم، او را به دکتر و کمپ ترک اعتیاد بردم و خیلی تلاش کردم؛ اما ترک دادنش، سخت و ناموفق بود... همچنین شوهرم، بدهکاری زیادی داشت. تلاش زیادی کردم که کمکش کنم و با هم این مشکل را حل کنیم، ولی نه خانواده شوهرم و نه خانواده خودم، هیچ کمکی به ما نمی‌کردند. فهمیدم کاملاً بی‌کس و بی‌پناهم... تمام تلاش‌هایم بی‌نتیجه بود و لذا اقدام به...»

مضمون پایه فداکاری، به پذیرش رنج و مسئولیت‌پذیری در قبال فرزندان اشاره دارد. روایت زندگی مصاحبه‌شونده کد ۱۴ در این باره قابل تأمل است:

«در بیست‌سالگی ازدواج کردم. دو فرزند دارم؛ دخترم چهارده ساله است و پسرم یازده ساله و معلول است. حدود هفت سال است که شوهرم طلاقم داده، رهایمان کرد و به شهر دیگری رفت. از فشارهای زندگی خسته شده‌ام. در طول سه چهار سال گذشته، چند بار تصمیم به خودکشی گرفتم، اما وقتی پسر معلولم را می‌بینم، پشیمان می‌شوم. یک شب تصمیم گرفتم خودم را خلاص کنم. قرص‌ها را آماده کرده بودم، اما دلشوره داشتم، هی می‌آمدم و می‌رفتم و به بچه معلولم که پیش خودم می‌خوابه، نگاه می‌کردم و پشیمان شدم. الان تصمیم گرفتم فعلاً این بچه‌ها را بزرگ کنم.

در این چند سال، چند نفر خواستگار داشتیم، اما وقتی فهمیدند که بچه معلول دارم، پا پس کشیدن و دیگه نیامدن. الان که دیگه سنم بالا رفته و دیگر به فکر ازدواج نیستم و می‌خواهم بچه‌هایم را به جایی برسانم».

۲- مضمون سازمان‌دهنده جست‌وجوی راه‌حل ناهنجارمند

مضمون جست‌وجوی راه‌حل ناهنجارمند، ناظر بر کنش‌هایی است که فاقد حداقلی از معیارهای مشروع، هنجارین و معقول برای حل مسئله هستند و به جای حل مسئله، بر پیچیدگی و دشواری شرایط افزوده‌اند. دو نمونه از این کنش‌ها که برجسته‌ترند، منزل‌گزینی و نافرمانی از خانواده است.

مضمون پایهٔ منزل‌گزینی به عنوان یک راهبرد خودکشی‌پرهیز و زندگی‌طلب اما نامعقول، ساختارشکنانه و نابهنجار مورد اشارهٔ مشارکت‌کنندهٔ کد ۱ است:

«از نوجوانی با پسری دوست شدم و چون با وجود اصرار من، خانواده‌ام با ازدواج ما موافقت نکردند، با دوست‌پسرم فرار کردم. فرار کردم که خودکشی نکنم».

مضمون پایهٔ نافرمانی از خانواده ممکن است نشان‌دهندهٔ انزوای عاطفی یا تلاش برای قطع ارتباط با منبعی باشد که فرد، آن را محدودکننده یا فشارآور می‌داند. نافرمانی از خانواده شامل درگیری مستمر و بی‌توجهی به رهنمودهای خانواده است و با نفی سلطه یا کنترل اجتماعی خانواده معنا می‌یابد. مشارکت‌کنندگان کدهای زیر هر کدام بر وجهی و شکلی از این کنش ستیزه‌گرایانه و ناهنجارمند تأکید داشته‌اند:

برای نمونه کد ۱ بر دعوای مستمر با برادر و خواهرش، کد ۳ بر دعوای مستمر و قهر با پدر و اختلاف و درگیری مقطعی و گاه‌گاهی با مادر و خواهر، کد ۷ به دعوای پدر، کد ۱۱ به دعوای مادر، کدهای ۱۵ و ۱۸ به دعوای پدر و کدهای ۱۳ و ۱۵ به اقدام به ترک تحصیل تا مهاجرت اشاره نموده‌اند.

مضمون فراگیر فروپاشی

زمانی که کنش‌های حل مسئله‌ای فرد با موفقیت قرین نبوده یا اساساً فرد از درون و برون چنان تحت فشار قرار دارد که به خودکشی به عنوان گریزگاهی برای فرار از

مشکلات می‌نگرد، می‌توان از فرآیند فروپاشی نام برد. این مضمون در برگیرنده افکار خودکشی تا سایر کنش‌های آسیب‌رسان به خویشتن است که سرانجام نهایی آن، اقدام به خودکشی است. به عبارتی «فروپاشی روانی در مسیر خودکشی را می‌توان به عنوان ترکیبی از احساس شکست در مواجهه با فشارهای روانی و تجربه گرفتار شدن در وضعیتی بدون امکان خروج تلقی نمود که موجب از دست دادن راهبردهای مقابله‌ای و افزایش خطر خودکشی می‌شود» (Oakey-Frost, 2022: 2).

۱- مضمون سازمان‌دهنده کنش‌های خودتخریب‌گرانه

به آسیب‌دیدگی‌های جسمی و روانی- عاطفی حاصل از تجربه‌های منفی‌ای که فرد در طول زندگی با آنها مواجه بوده است، اشاره دارد. آزار و شکست‌هایی که فرد را به ارتکاب رفتارهای خودتخریبی و خودکشانه وامی‌دارد. در مورد مضمون پایه رفتار پرخطر، مشارکت‌کننده کد ۱۲ درباره اعتیاد شدید خودش بیان داشته است که:

«از سن هجده سالگی، مصرف مواد مخدر را شروع کردم و مدت‌هاست که مواد مصرف می‌کنم. چند بار ترک و مراجعه مجدد به مصرف داشته‌ام».

مضمون پایه خودکنترلی ضعیف به مواردی همچون سابقه خودزنی، نوشیدن افراطی الکل و خوردن قرص تا سرحد آسیب رساندن به خود و حتی تا حد مردن اشاره دارد که فرد فاقد مهارت اجتماعی و خودکنترلی است. چنان‌که مصاحبه‌شونده کد ۶ می‌گوید:

«من برای فراموش کردن یا کم کردن درگیری ذهنی‌ام با مشکلات دوران جدایی و طلاق، به اعتیاد و کشیدن سیگار روی آوردم و چند بار هم آنقدر قرص خوردم که از دست این زندگی نکبت‌بارم خلاص بشوم. سابقه چندین بار خودکشی ناموفق دارم».

۲- مضمون سازمان‌دهنده اقدام به خودکشی

دورکیم، خودکشی را نوعی از مرگ می‌داند که «نتیجه مستقیم یا غیر مستقیم کردار مثبت یا منفی خود قربانی است و می‌داند که چنین نتیجه‌ای را در بردارد» (Calhoun et

194: 2007, al) و دو شکل عمده آن، خودکشی موفق و ناموفق یا اقدام به خودکشی است. مضمون پایه اقدام به خودکشی به کنش خودکشانۀ ناشی از تصمیم عملی فرد برای مردن گفته می‌شود که به دلایلی با موفقیت همراه نبوده است. همه افراد مورد مطالعه در این تحقیق دارای تجربه زیسته اقدام به خودکشی بوده‌اند و روش‌های مورد استفاده آنان در جدول (۱) آمده است.

در مورد مضمون پایه افکار و رفتار خودکشانۀ مشارکت‌کنندگان کدهای ۴، ۶، ۷، ۱۳ و ۱۶ به صراحت به داشتن افکار خودکشی اذعان داشته‌اند و در مورد تهدید به خودکشی، مشارکت‌کنندگان کدهای ۱ و ۷ هم اشاره‌های صریحی به این موضوع داشته‌اند. چنان‌که مشارکت‌کننده کد ۱۳ اذعان دارد که به دلیل رویۀ پردامیز خانواده، همیشه با افکار خودکشی دست‌وپنجه نرم می‌کند:

«وقتی مادرم فهمید دانشگاه قبول شدم، گفت این چیه؟ پدرم گفت: دوست پزشکی قبول شده؛ هیچ‌کدام استقبال نکردند. الان فقط مشاوران بهزیستی من را طرد کرده‌اند. به شدت احساس تنهایی می‌کنم... قبل از آشنایی با مشاور ۱۴۸۰، چند بار اقدام به خودکشی کردم، ولی اگر روزی خودمو کشتم، نکید ضعیف بود، چون واقعاً زندگی‌ام درب و داغان است».

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق بیانگر این است که خودکشی، محصول برهم‌کنش مجموعه پیچیده و درهم‌تنیده‌ای از عوامل است. در استان ایلام که با نرخ بالای خودکشی زنان شناخته می‌شود، رفتار خودکشانۀ با حضور عوامل محلی‌ای مانند فقر تاریخی و بیکاری مزمن، محدودیت‌های جنسیتی و تعارضات خانوادگی تشدید می‌شود. مثلاً وقتی که سازمان خانواده به عنوان سپر حفاظتی فرد در مقابل دشواری‌هایی همچون فقر و بیکاری و سایر مشکلات ساختاری فرو می‌پاشد و به یک واحد اجتماعی توخالی تبدیل می‌گردد، تبعاً عضو طرد شده و منزوی به عنوان فردی بی‌پناه و فاقد پشتوانه نیز تاب‌آوری لازم در مقابل مشکلات را ندارد. چنان‌که جو آشفته خانواده و برهم‌کنش‌های تنش‌آلود

خانوادگی، یکی از مضامین و درون‌مایه‌های اصلی و پرتکرار این تحقیق بوده است. در این مطالعه با نوعی از خانواده اصطلاحاً آشفته مواجه هستیم که اعضای آن از ایفای بایسته و شایسته نقش خویش ناتوان هستند، به گونه‌ای که می‌توان آن را خانواده توخالی نامید. این یافته با نتایج مطالعات شفيعی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۱)، فیض‌اللهی (۱۴۰۱)، روشنی و مرادخانی (۱۴۰۳)، فاستنا و همکاران (۲۰۲۴)، دان‌دونا و همکاران (۲۰۲۳) و کومار و همکاران (۲۰۲۵) در زمینه شقوق مختلف مشکلات خانوادگی همچون نابسامانی خانوادگی و اختلافات و خشونت در خانواده دارای همسانی‌هایی است. علاوه بر آن، نهاد دیگری که با نهاد خانواده مرتبط و عجین است، نهاد ازدواج و سامانه زناشویی است. در این زمینه، نامعیارمندی ازدواج که برجسته‌ترین وجوه آن در این تحقیق، ازدواج‌های مصلحتی (اجباری، از سر ناچاری و...) و نامعقول است، بر اشکالی از ازدواج در فرهنگ‌های آبرویی، سنت‌مدار و در حال گذار ناقص دلالت دارند که در نمونه مورد مطالعه با چالش مواجه بوده‌اند. این مطلب با یافته‌های شفيعی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۱) در زمینه ازدواج تحمیلی، با مطالعه پناهی‌نسب و خردمند (۱۴۰۳) در زمینه فشارهای ازدواج سنتی، با تحقیق روشنی و مرادخانی (۱۴۰۳) در زمینه ازدواج تحمیلی، با فاستنا و همکاران (۲۰۲۴) در زمینه ازدواج اجباری و زودرس و با فاستر و همکاران (۲۰۲۴) در زمینه فرهنگ آبرویی و شرافت ناموسی همخوان است.

همچنین هم‌آیندی مشکلات زناشویی بر تعاطی و درهم‌تنیدگی مشکلات درون خانواده راهیاب زنان متأهل و مطلقه اشاره دارد. در این تحقیق بارزترین شکل‌های این مشکلات، آزاررسانی و خشونت خانگی، اشکالی از بدگمانی، بی‌اعتمادی و فقدان استقلال زندگی شخصی یا اصطلاحاً طفیلی‌زیستی خانواده راهیاب بوده است. این یافته با خشونت خانگی، ناسازگاری و تعارض زناشویی در مطالعه عنایت و همکاران (۱۴۰۱)، رابطه زناشویی ناسازگارانه در مطالعه فیض‌اللهی (۱۴۰۱)، خشونت خانگی در مطالعه فاستنا و همکاران (۲۰۲۴)، خشونت خانگی و نظارت حداکثری در تحقیق روشنی و مرادخانی (۱۴۰۳) و کیلیچ ارسلان و همکاران (۲۰۲۴) و آزار جنسی و مزاحمت در مطالعه کومار و همکاران (۲۰۲۵) هم‌راستا است.

اطرافیان سرزنشگر، داشتن دوستان بزهکار و به طور کلی وجوهی از خرده فرهنگ‌های انحرافی در خانواده و محیط بلافصل زندگی به‌ویژه برای زنان جوان و دختران در نمونه مورد مطالعه با پیامدهای سنگینی در زمینه بهزیستی و رفاه ذهنی و روانی همراه بوده است. هم‌زمانی و هم‌افزایی این معضل با رواج خرده فرهنگ سرزنشگر قربانی در جامعه مورد مطالعه، زنان جوان و عمدتاً قربانیان شرایط فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی خاص را در تنگنای تصمیم‌گیری قرار می‌دهد. این یافته با موضوع گسست در روابط اجتماعی (ر.ک: ایاسه و دیگران، ۱۴۰۰)؛ مشکلات شبکه خویشاوندی (ر.ک: عنایت و دیگران، ۱۴۰۱)؛ سابقه خلافکاری و انحرافات اخلاقی (ر.ک: شفیع‌نژاد و دیگران، ۱۴۰۱) و تجربه مزاحمت و آزار جنسی (ر.ک: کومار و دیگران، ۲۰۲۵) هم‌داستان است.

استقلال فردی در زمینه نقش‌های جنسیتی و روابط جنسیتی، بعد دیگری است که معطوف به رهایی زنان است؛ ولیکن در جامعه مورد مطالعه با چالش‌هایی به‌ویژه برای زنان جوان مواجه است. فقر شدید نیز امیدبخش‌ترین الگوهای خودتحقق‌بخشی را تهدید می‌کند. بنابراین می‌توان از منظر ساختاری نیز اذعان نمود که ساختارهای اجتماعی با اثرگذاری بر تصمیم‌گیری‌ها و اقدامات افراد می‌تواند به عنوان عوامل فروپاشی در تجربه زیسته افراد در معرض خطر عمل کند و تسهیل‌گر رفتار خودکشانه شود.

ماحصل نهایی و کانونی این تحقیق به طور خاص نشان می‌دهد که زنان مورد مطالعه برای فائق آمدن بر مشکلات و اجتناب از خودکشی، تلاش بسیاری نموده‌اند. این مقاومت یا اجتناب از اقدام به خودکشی را ذیل دو دسته کنش‌های حل مسئله‌ای هنجارمند و ناهنجارمند دسته‌بندی نمودیم که اولی نشان‌دهنده رویکردی فعال برای مقابله با بحران است. این نوع کنش‌ها در مسیر بهبود وضعیت یا سازگاری با وضعیت موجود زندگی بوده‌اند. هدف اصلی این کنش‌ها، حل مشکل و اجتناب از فروپاشی زندگی بوده است.

دومین دسته یا همان کنش‌های حل مسئله‌ای ناهنجارمند هم تلاشی برای بازپس‌گیری آن چیزی بوده‌اند که فرد در فرآیند برهم‌کنش‌های اجتماعی، آنها را از دست داده است و هم می‌تواند بر ناتوانی در سازگاری با فشارهای زندگی دلالت داشته باشد. بی‌توجهی به انتظارات و خواسته‌های خانواده یا نافرمانی از آن ممکن است نشان‌دهنده انزوای عاطفی یا تلاش برای قطع ارتباط با منبعی باشد که فرد آن را مضر

تلقی می‌کند؛ زیرا آنگاه که انسان از پاسخ شایسته به بحران‌های زندگی باز می‌ماند یا از یافتن راه‌حل برای مسائل عملی زندگی ناتوان است، احتمالاً یکی از شقوق محتمل انتخابی او، رفتار خودکشانه باشد. به عبارتی می‌توان این سنخ از رفتار حیات‌ستان علیه خویش را انعکاس عدم موفقیت یا شکست در تحقق کنش‌های حل مسئله‌ای محسوب داشت. در این باره می‌توان اقدام به خودکشی تمامی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش را ذیل ناهم‌ترازی همه‌جانبه بسترهای ساختاری- نهادی با اقتضائات کنش‌ورزی زنان آسیب‌دیده و در معرض خطر خودکشی قلمداد نمود.

به طور کلی زمانی که تلاش‌های فرد در زمینه فائق آمدن بر عوامل خطر خودکشی، نتایج مطلوب را به بار نیاورد و میزان احساس درماندگی بالا باشد، مکانیسم‌های اجتماعی ازدحام‌ساز انرژی شالوده‌شکنانه را افزایش می‌دهد. این سازوکار موجب احساس درماندگی و سردرگمی، واکنش‌های شالوده‌شکنانه‌ای مانند خودتخریبی و سایر رفتارهای ضد اجتماعی را در پی دارد.

انجام این تحقیق با محدودیت‌هایی همچون وقت‌گیر بودن، مراجعات مکرر به سازمان‌های متولی امر آسیب‌های اجتماعی و وجود نوعی از تابو بودن امر خصوصی از جمله دشواری‌های پژوهش در جامعه مورد مطالعه مواجه بوده است؛ اما کاربست این مطالعه از لحاظ توجه دادن سازمان بهزیستی به تمرکز مراکز مشاوره اجتماعی و روان‌شناختی و اورژانس اجتماعی بر قلمروهای خانواده و مشکل روابط بین‌فردی می‌تواند مؤثر باشد.

ادارات امور اجتماعی استانداری‌ها با تشکیل کمیته کاربست نتایج این پژوهش و سایر پژوهش‌های انجام شده در استان می‌توانند سیاست‌گذاری مناسب و متناسب با شرایط بومی استان را برای کاهش نرخ خودکشی اتخاذ نمایند. نتایج مطالعاتی از این‌دست، برای متولیان امور اجتماعی و فرهنگی جامعه روشن می‌سازد که خانواده به عنوان یکی از کانون‌های اصلی نقش‌آفرین در بروز خودکشی، نیازمند توجه، آموزش، تأمین و حمایت اجتماعی اعضای آن است که می‌تواند از طریق مراکز حمایتی، مراقبتی، رسانه‌ای و نهادهای مذهبی و مدنی انجام پذیرد.

منابع

ایاسه، علی و حبیب احمدی و رقیه خسروی و اسفندیار غفاری نسب (۱۴۰۰) «واکاوی فرایند خودکشی در نظام معنایی زنان اقدام‌کننده به خودکشی در شهر کرمانشاه با رویکردی کیفی»، پژوهش‌های انتظامی- اجتماعی زنان و خانواده، سال نهم، شماره ۲، صص ۶۹۵-۷۳۳.

Dor: 20.1001.1.23224274.1400.9.2.12.6.

باقری، رحمان و داریوش رضاپور و اسفندیار غفاری نسب (۱۳۹۸) «تجربه زیسته زنان نجات‌یافته از خودسوزی در بخش کوهنانی کوه‌دشت»، زن در توسعه و سیاست، سال هفدهم، شماره ۲، صص ۳۴۸-۳۲۵.

doi: 10.22059/jwdp.2019.271017.100754.

بخارایی، احمد و ابراهیم میرزایی (۱۳۹۴) «فراتحلیل مطالعات خودکشی در استان ایلام»، فصلنامه علمی فرهنگ ایلام، سال شانزدهم، شماره ۴۶ و ۴۷، صص ۱۱۵-۱۳۴.

بگرضایی، پرویز (۱۳۹۸) «مطالعه جامعه‌شناختی علل و زمینه‌های بروز خشونت خانگی علیه زنان با تأکید بر سرمایه اجتماعی (مورد مطالعه: زنان متأهل شهر ایلام)»، نشریه علمی فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، سال چهاردهم، شماره ۴۹، صص ۱۴۷-۱۷۶.

Dor: 20.1001.1.26454955.1398.14.49.7.7.

بگرضایی، پرویز و حبیب‌الله زنجانی و سیف‌الله سیف‌اللهی (۱۳۹۶) «مطالعه کیفی پدیده خشونت خانگی علیه زنان (مورد مطالعه: زنان مراجعه‌کننده به مرکز خدمات اورژانس اجتماعی شهر ایلام)»، مجله مطالعات اجتماعی ایران، سال سوم، شماره ۱۱، صص ۵-۳۲.

پناهی‌نسب، صادق و سیاد خردمند (۱۴۰۴) «زیست پروبلماتیک و اقدام به خودکشی (مطالعه کیفی در میان شهروندان ۱۸ تا ۴۰ ساله استان کهگیلویه و بویراحمد)»، مسائل اجتماعی ایران، سال شانزدهم، شماره ۱، صص ۴۱-۸۲.

Doi: 10.61186/jspi.16.1.41.

جمشیدی‌ها، غلامرضا و سیاوش قلی‌پور (۱۳۸۹) «مدرنیته و خودکشی زنان و دختران لک»، بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره ۱، صص ۷۹-۱۰۶.

رحمانی، عاطفه و محسن بدره و زهرا میرحسینی (۱۴۰۲) «پدیدارشناسی خودکشی زنان در منطقه دیشموک»، زن در توسعه و سیاست، سال بیست و یکم، شماره ۴، صص ۸۶۷-۸۹۴.

doi: 10.22059/jwdp.2023.350732.1008274.

رضایی‌نسب، زهرا و محمدتقی شیخی و فاطمه جمیلی کهنه شهری (۱۳۹۷) «بررسی تجارب زیسته

اقدام به خودکشی زنان شهر ایلام با رویکرد روش نظریه مبنایی»، مجله جامعه‌شناسی ایران، سال هجدهم، شماره ۴، صص ۸۲-۱۰۷.

Dor: 20.1001.1.17351901.1396.18.4.4.8.

روشنی، زهرا و همایون مرادخانی (۱۴۰۳) «در تکاپوی هویت فردی: تجربه خودکشی زنان در شهرستان هلیلان»، فصلنامه علمی فرهنگ ایلام، سال بیست‌وپنجم، شماره ۸۲-۸۳، صص ۹۵-۱۰۹.

doi: 10.22034/farhang.2024.428448.1720

سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان ایلام (۱۴۰۲) سالنامه آماری استان ایلام.
سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان ایلام (۱۴۰۴) سند آسیب‌های اجتماعی استان ایلام، آمار ده‌ساله خودکشی استان ایلام.

سفیری، خدیجه و زهرا رضایی‌نسب (۱۳۹۵) «مطالعه کیفی پدیده خودسوزی زنان شهر ایلام»، فصلنامه زن و جامعه، سال هفتم، شماره ۱، صص ۱۲۳-۱۴۲.

20.1001.1.20088566.1395.7.25.7.1

شفیعی‌نژاد، مجتبی و اکبر زارع شاه‌آبادی و زهرا محمدی و الناز آزادواری (۱۴۰۱) «واکاوی نقش عوامل خانوادگی در اقدام به خودکشی (مطالعه موردی: زنان شهر آبدانان)»، پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی، سال اول، شماره ۲، صص ۱-۲۹.

20.1001.1.3060821.1400.1.2.6.1

صدیق‌سروستانی، رحمت‌الله (۱۴۰۱) آسیب‌شناسی اجتماعی؛ جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی، چاپ یازدهم، تهران، سمت.

عنایت، حلیمه و سیده ریحانه هاشمی کتکی و محمد محمدی (۱۴۰۱) «بازسازی معنایی خودکشی زنان به روش نظریه زمینه‌ای (مطالعه موردی: زنان خودسوخته بستری در بیمارستان سوختگی شهر اصفهان)»، پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۲، صص ۲۱-۴۶.

doi: 10.22108/srsp.2022.131272.1742

عنبری، موسی و اردشیر بهرامی (۱۳۸۹) «بررسی ارتباط باورهای فرهنگی با خودکشی (مورد مطالعه: شهرستان‌های کوهدشت و پلدختر)»، فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، سال اول، شماره ۲۱، صص ۱۲۱-۱۵۴.

فیض‌اللهی، علی (۱۳۸۹) «فراتحلیل مطالعات خودکشی در ایلام»، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها، فرماندهی انتظامی استان ایلام، دفتر تحقیقات کاربردی، صص ۱۹۳-۲۱۳.

Dor: 20.1001.1.17358191.1401.22.85.7.5.

----- (۱۴۰۱) «فرا ترکیب مطالعات خودکشی در ایران»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال بیست و دوم، شماره ۸۵، صص ۲۷۰-۲۲۱.

Dor: 20.1001.1.17358191.1401.22.85.6.4.

فیض‌اللهی، علی و سمیه‌سادات شفیعی و خلیل کمریگی و زهرا ریسی (۱۴۰۲). خشونت خانگی علیه زنان؛ محصول ناسازواری برهم‌کنش نهادی، فصلنامه علوم اجتماعی، ۳۰ (۱۰۳)، صص ۱-۳۹.

doi: 10.22054/qjss.2024.77792.2746

قادرزاده، امید و کوهیار پیری (۱۳۹۳) «مطالعه پدیدارشناسی اقدام به خودکشی در شهر آبدانان ایلام»، مجله جامعه‌شناسی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱، صص ۳-۲۹.

قلی‌پور، سیاوش و نادر امیری (۱۳۹۹) «تحلیل مردم‌شناختی خودکشی در زاگرس میانی (استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان)»، نامه انسان‌شناسی، سال هفدهم، شماره ۳۱، صص ۲۲۵-۲۴۷.

Dor: 20.1001.1.17352096.1399.17.31.9.1

مرکز آمار ایران (۱۳۹۹) سالنامه آماری کشور، فصل امور قضایی، تهران، مرکز آمار ایران.
نبوی، سید حسین و طاهره مرادی نصاری (۱۳۹۷) «تلاش برای به رسمیت شناخته شدن: تبیین فرهنگی کنش خودکشی در ایلام»، فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران، سال یازدهم، شماره ۳، صص ۱۸۷-۲۱۲.

doi: 10.22631/jicr.2018.1607.2279

یوسفی‌لبنی، جواد و حسین میرزایی (۱۳۹۲) «بررسی عوامل مؤثر بر خودسوزی در بین زنان (شهرستان‌های روانسر و جوانرود)»، مجله تحقیقات نظام سلامت، سال نهم، شماره ۷، صص ۶۸۱-۶۷۲.

Abdu, Z., Hajure, M. & Desalegn, D. (2020) Suicidal behavior and associated factors among students in Mettu University, South West Ethiopia, 2019: An institutional based cross-sectional study. *Psychology research and behavior management*, 233-243.

Abrutyn, S. and Mueller, A. S. (2014) The Socioemotional Foundations of Suicide: A Microsociological View of Durkheim's Suicide, *Sociological Theory*, 32(4), 327-351.

Attride-Stirling, J. (2001) Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/146879410100100307>.

Beautrais, AL. (2006) Suicide in Asia. *Crisis*. 27(2): 55-7.

DOI: 10.1027/0227-5910.27.2.55

- Boostani, D., Abdinia, S. & Rahimpour Anaraki, N. (2013) Women victims of self-immolation: a 'Grounded Theory' study in Iran. *Qual Quant*, 47(6), 3153–3165.
<https://doi.org/10.1007/s11135-012-9709-0>
- Braun, V., Clarke, V. (2021) *Thematic Analysis: A Practical Guide*. United Kingdom: SAGE Publications.
- Bradbury, T. N., Karney, B. R. (2019) *Intimate Relationships*. United Kingdom: W.W. Norton. 3th edition.
- Cai, Z., Canetto, S. S., Chang, Q., & Yip, P. S. (2021) Women's suicide in low-, middle-, and high-income countries: Do laws discriminating against women matter? *Social science & medicine*, 282, 114035.
- Calhoun, C., Gerteis, J., Moody, J., Pfaff, S. & Virk, I. (2007) *classical sociological theory*. second edition, Blackwell publishing.
- Dandona, R., George, S. & Kumar, G. A. (2024) Sociodemographic characteristics of women who died by suicide in India from 2014 to 2020: findings from surveillance data. *Lancet Public Health*, 8(5), 347-355.
- Fastenau, A., Willis, M., Penna, S., Yaddanapudi, L., Balaji, M., Shidhaye, R., & Pilot, E. (2024) Risk Factors for Attempted Suicide and Suicide Death Among South-East Asian Women: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12), 1658.
<https://doi.org/10.3390/ijerph21121658>.
- Fincham, F. D., & Beach, S. R. (2010). Marriage in the new millennium: A decade in review. *Journal of marriage and family*, 72(3), 630-649. DOI:10.1111/j.1741-3737.2010.00722.x
- Foster, S., Albright, A. & Bock, J. (2024) The role of emotional suppression and emotional beliefs in explaining the honor-suicide link. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54(4), First published: 03 April 2024.
- Global health estimates (2021) Geneva: World Health Organization; [in press] <https://www.who.int/data/global-health-estimates>.
- Hedegaard, H., Curtin, S. C. & Warner, M. (2021) Suicide mortality in the United States, 1999-2019. *NCHS Data Brief*. Feb: (398):18.
- Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2011) *Resilience to suicidality: The buffering hypothesis*. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 563–591.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.007>.
- Keyvanara, M., & Haghshenas, A. (2011) Sociocultural contexts of attempting suicide among Iranian youth: a qualitative study. *Eastern Mediterranean health journal*, 17(6), 529-435.
- Kılıçarslan, Ş., Çelik, S., Güngör, AY. and Alkan Ö (2024) The role of effective factors on suicidal tendency of women in Turkey. *Front. Public Health* 11:1332937.

doi: 10.3389/fpubh.2023.1332937.

Kumar S, Patel AB, Sahoo BP (2025) "Cultural idioms of distress and the hidden burden of suicide: a study of Indian women". *Mental Health and Social Inclusion*, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. <https://doi.org/10.1108/MHSI-10-2025-0282>.

Oakey-Frost, D. N., Moscardini, E. H., Russell, K., Rasmussen, S., Cramer, R. J., & Tucker, R. P. (2022) Defeat, entrapment, and hopelessness: Clarifying interrelationships between suicidogenic constructs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10518. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710518>.

Olson, I. A. (2015) in: Dobbert, Duane L. & Mackey, Thomas X. Editors (2015): *Deviance: Theories on Behaviors That Defy Social Norms*, Praeger publications. Pp 15-25.

Randall, J. R., Nickel, N. C., & Colman, I. (2015) Contagion from peer suicidal behavior in a representative sample of American adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 186, 219-225.

Stolley, Kathy S. (2005) *The Basics of Sociology*, Greenwood Press.

Vijayakumar, L. (2015) Suicide in women (Review Article). *Indian Psychiatry*, 57: 233-238.

World Health Organisation. (2021) Suicide rates. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره هجدهم، زمستان ۱۴۰۴: ۲۲۹-۱۹۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۳

نوع مقاله: پژوهشی

مرور نظام‌مند پژوهش‌هایی با موضوع خودکشی در ایران

غلامرضا تاج‌بخش*

محمدرضا پویافر**

چکیده

خودکشی از جمله آسیب‌های مهم و شایع اجتماعی است که روند روزافزون در کشور دارد. خودکشی، یکی از عوامل اصلی آسیب‌زا در ساختار و ثبات جامعه است که تأثیرات ناگواری بر فرد، خانواده و جامعه برجای می‌گذارد. بر این مبنا این پژوهش در چارچوب فراتحلیل آسیب‌های اولویت‌دار کشور به کندوکاو و جمع‌بندی عوامل مؤثر بر این معضل اجتماعی بر اساس برآیند یافته‌های به‌دست‌آمده در پژوهش‌های دو دهه اخیر ایران پرداخته است. برای انجام روش فراتحلیل، ۱۵۱ پژوهش که در بازه زمانی ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۸ صورت گرفته، گردآوری شده که با توجه به معیارهای فراتحلیل، ۲۴ مورد از این مطالعات، انتخاب شده است. هر کدام از این پژوهش‌ها به روش کمی و با رویکرد پیمایش صورت گرفته و دارای سنجه‌های پایا هستند. در بررسی یافته‌های پژوهش ابتدا مفروضات همگنی و خطای انتشار مطالعات منتخب بررسی شد. یافته‌ها بیانگر ناهمگون بودن اندازه اثر و عدم سوگیری انتشار مطالعات منتخب دارد. سپس در گام دوم، ضریب اندازه اثر با استفاده از نرم‌افزار CMA بررسی شد. نتایج فراتحلیل نشان داد که دو متغیر از چهار متغیر پرتکرار در میان مطالعات مورد بررسی، تأثیر مستقیم و دو متغیر دیگر، اثر معکوس بر خودکشی یا گرایش به

* نویسنده مسئول: استاد گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آیت‌الله العظمی بروجردی، بروجرد، ایران

tajbakhsh@abru.ac.ir

<http://orcid.org/0000-0002-1155-8857>

mrpouyafa@gmail.com

** دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه جامع علوم انتظامی امین، تهران، ایران

<http://orcid.org/0000-0003-0912-7908>



خودکشی داشتند. مشکلات روانی با اندازه اثر متوسط $0/437$ و همچنین افسردگی با اندازه اثر $0/557$ ، تأثیر مستقیم و محرک بر خودکشی یا گرایش به آن، و دینداری و حمایت اجتماعی نشان‌دهنده تأثیر معکوس و بازدارنده بر خودکشی بود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، حمایت اجتماعی، خودکشی و رفتارهای آسیب‌زا، دینداری.

مقدمه

خودکشی، آسیبی اجتماعی است که تبعات عدیده‌ای در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد و خطرهای زیان‌باری را بر پیکره جوامع وارد می‌سازد و وجود آن در جامعه بیانگر نابسامانی، انحراف و ناهنجاری و مشکلات عدیده اجتماعی است. خودکشی به‌ویژه در سنین جوانی باعث از بین رفتن سرمایه‌های انسانی جامعه می‌شود. از این‌رو در صورت بی‌توجهی، عواقب وخیمی از جمله نابسامانی خانوادگی، از بین رفتن سرمایه‌های انسانی و... که از منابع مهم جامعه‌اند، در پی خواهد داشت.

بر اساس تحقیقات و آمارهای موجود، بیشترین گروه سنی خودکشی‌کننده در ایران معمولاً جوانان و بزرگسالان جوان هستند. گروه سنی ۱۵ تا ۳۵ ساله به عنوان پرخطرترین گروه سنی برای خودکشی شناخته می‌شود. بیشترین فراوانی خودکشی در ایران در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ ساله است و گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ ساله نیز در معرض خطر بالایی برای خودکشی هستند. سیر آمار خودکشی در ایران، افزایشی است. گواه این مطلب اینکه در سال ۱۳۹۶، بیش از ۴۶۰۰ نفر خودکشی کرده بودند و این عدد تنها تا سال ۱۴۰۰ به ۶۲۰۰ نفر افزایش یافت (ر.ک: وبسایت تابناک، ۱۴۰۴).

طبق داده‌های سازمان بهداشت جهانی، نرخ خودکشی در ایران برابر با ۵/۲ نفر در هر صدهزار نفر گزارش شده است. رتبه ایران در میان کشورها از نظر خودکشی در گزارش‌های مختلف متفاوت بوده، از ۵۸ تا ۱۲۸ گزارش شده است؛ اما آخرین رتبه ایران در فهرست سازمان جهانی بهداشت، ۱۲۸ بوده است. گزارش جهانی از هر صدهزار نفر در جهان، نه نفر خودکشی می‌کنند که این عدد در بیست سال گذشته، سیزده نفر به ازای هر صدهزار نفر است. بر اساس آمارهای جهانی، حدود پنج درصد اقدام به خودکشی‌ها به فوت منجر می‌شود و به ازای یک مرگ ناشی از خودکشی، بیست اقدام به خودکشی رخ می‌دهد (ر.ک: وبسایت تابناک، ۱۴۰۴).

در دین مبین اسلام، خودکشی و دیگرکشی به عنوان ارتکاب فعل حرام، ممنوع و به تبع آن دارای عقوبت اخروی خواهد بود. به طور کلی ضمانت اجرایی ممنوعیت خودکشی در نظام حقوقی اسلام بر پایه‌های اصول و مبانی عقیدتی و اخلاقی استوار است؛ زیرا مؤمنان، کسانی‌اند که اعتقاد کامل دارند که حاکمیت مطلق بر جهان و انسان

از آن خداوند است و اوست که انسان را به سرنوشت اجتماعی خویش حاکم می‌سازد و هیچ‌کس نمی‌تواند این حق خدادادی را از انسان سلب کند (موسوی بجنوردی و رضوی‌نیا، ۱۳۹۳: ۴۲). در قرآن مجید، خودکشی به‌شدت نکوهش و منع شده و از آن به عنوان «قتل نفس» یاد می‌کند. در سوره نساء، آیه ۲۹ می‌فرماید: «ای اهل ایمان! اموال یکدیگر را در میان خود به باطل [و از راه حرام و نامشروع] مخورید، مگر آنکه تجارتی از روی خشنودی و رضایت میان خودتان انجام گرفته باشد و خودکشی نکنید؛ زیرا خدا همواره به شما مهربان است». خودکشی در دیدگاه روایات و احادیث هم امری منفور شناخته شده است. حضرت علی^(ع) می‌فرماید: «مؤمن ممکن است به هر طریقی بمیرد، الا به خودکشی» (دستغیب، ۱۳۶۱: ۱۱۹).

همان‌طور که بسیاری از آسیب‌شناسان اجتماعی معتقدند که برای مبارزه با کژرفتاری‌ها باید زمینه اجتماعی آنها را از میان برداشت، در این تحقیق نیز با شناخت عوامل جامعه‌شناختی دخیل در اقدام به خودکشی، می‌توان از نتایج آن در بهبود و ارتقای سطح زندگی ایشان با کاهش فشارهای اجتماعی غیر ضروری، بهره برد و تا حد بالایی از این آسیب اجتماعی که موجب تباهی نیروهای انسانی جامعه می‌شود، جلوگیری کرد.

بنابراین با توجه به مطالب یادشده، اکنون به نظر می‌رسد پس از شکل‌گیری انباشتی از پژوهش‌های تجربی درباره آسیب اجتماعی خودکشی، لازم است با مرور، واکاوی و بررسی مجدد آنچه درباره این آسیب اجتماعی اولویت‌دار در کشور انجام شده، به تبیین عوامل و زمینه‌ها و راهکارهای مؤثر برای کاهش یا پیشگیری از آنها بر اساس فراتحلیل این پژوهش‌ها پرداخته شود. فراتحلیل درباره خودکشی در ایران می‌تواند به دلایل مختلفی ضروری باشد. خودکشی، یکی از مسائل جدی و پیچیده است که عوامل مختلفی مانند مسائل و مشکلات روانی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در آن دخیل هستند. انجام فراتحلیل در این زمینه می‌تواند به شناسایی دقیق‌تر عوامل خطر، الگوهای رفتاری و پیامدهای خودکشی کمک کند.

فراتحلیل می‌تواند به شناسایی عوامل خطر مرتبط با خودکشی در ایران کمک کند. این عوامل می‌تواند شامل مشکلات روانی، سوءمصرف مواد، مشکلات خانوادگی، بیکاری،

فقر و سایر مسائل اجتماعی و اقتصادی باشد. انجام فراتحلیل می‌تواند شیوع خودکشی در ایران را مشخص کند و روند تغییرات آن را در طول زمان نشان دهد. این اطلاعات برای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات مؤثر، ضروری است. فراتحلیل می‌تواند به ارزیابی اثربخشی مداخلات مختلف برای پیشگیری از خودکشی کمک کند. این شامل ارزیابی برنامه‌های آموزشی، درمان‌های روان‌پزشکی و مداخلات اجتماعی است. نتایج فراتحلیل می‌تواند به توسعه و بهبود سیاست‌ها و برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در ایران کمک کند. این سیاست‌ها و برنامه‌ها باید بر اساس شواهد علمی و متناسب با شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران باشد. انجام فراتحلیل و انتشار نتایج آن می‌تواند به افزایش آگاهی عمومی درباره مسئله خودکشی و اهمیت پیشگیری از آن کمک کند. با توجه به اهمیت فراتحلیل در زمینه خودکشی، انجام این نوع تحقیقات می‌تواند گامی مؤثر در جهت کاهش نرخ خودکشی و بهبود سلامت روان افراد در جامعه ایران باشد.

بر این اساس می‌توان با شناخت نقاط قوت و ضعف پژوهش‌های انجام‌شده، هم‌چراچویی برای تکمیل و بهبود طراحی و اجرای پژوهش‌های یادشده ارائه کرد و هم‌اینکه از دل نتایج پژوهش‌های باکیفیت و کاربردی انجام‌شده نظامی از کاربست اجرایی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی را طراحی و ارائه کرد.

بر اساس طرح مسئله پژوهش، پرسش‌های اصلی در مطالعه حاضر شامل دو پرسش زیر است:

۱. میزان تأثیر (اندازه اثر) عوامل مؤثر بر آسیب اجتماعی خودکشی در پژوهش‌های

مورد بررسی چقدر است؟

۲. الگوی پیشگیری از آسیب اجتماعی خودکشی در کشور شامل کدام ابعاد و

مؤلفه‌هاست؟

مبانی نظری

نظریه‌های مربوط به خودکشی، به طور کلی به دو رویکرد عمده تقسیم می‌شود: رویکردهای روان‌شناختی و رویکردهای جامعه‌شناختی. فروید معتقد است که خودکشی نتیجه پرخاشگری به سوی خود است که ناشی از احساس گناه و اضطراب است (ر.ک: Freud, 1917). بر اساس نظریه شناختی- رفتاری، افکار و رفتارهای منفی، مانند تفکر

خودکشی، نتیجه الگوهای شناختی نادرست و یادگیری‌های منفی است (ر.ک: Beck, 1977). به باور دورکیم، خودکشی نتیجه ضعف پیوندهای اجتماعی و فقدان انسجام اجتماعی است. او چهار نوع خودکشی را شناسایی کرد: خودکشی آنومی، خودکشی خودخواهانه، خودکشی تقدیری و خودکشی ناشی از فشار گروهی (ر.ک: Durkheim, 1897). بر اساس نظریه کارکردگرایی ساختاری، این نظریه معتقد است که خودکشی، نتیجه ساختار اجتماعی و شرایط اقتصادی و فرهنگی است (ر.ک: Merton, 1938). برخی نظریه‌ها بر این باورند که عوامل ژنتیک می‌توانند در بروز خودکشی نقش داشته باشند (ر.ک: Scherer, 2008). اختلالات نوروبیولوژیک، مانند تغییرات در سیستم‌های عصبی، می‌تواند به خودکشی منجر شود (ر.ک: Mann, 2003). نظریه اختلالات روانی معتقد است که اختلالات روانی، مانند افسردگی، اضطراب و سوءمصرف مواد می‌تواند به خودکشی منجر شود (ر.ک: American, 2013). خودکشی، یک پدیده پیچیده است که تحت تأثیر عوامل مختلف روان‌شناختی، جامعه‌شناختی، زیست‌شناختی و روان‌پزشکی قرار دارد. درک این عوامل و نظریه‌ها می‌تواند به توسعه مداخلات و استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی کمک کند.

پیشینه تجربی پژوهش

روشنی و مرادخانی (۱۴۰۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اختلافات خانوادگی، ازدواج‌های تحمیلی، خشونت خانگی، طلاق، بهتان، نظارت حداکثری و پوشش اجباری بر شکل‌گیری و افزایش خودکشی نقش بسزایی دارد. بگان و دیگران (۱۴۰۳) در مطالعه‌ای نتیجه گرفتند که نگرش معنوی، سبک‌های هویت و نگرش به زندگی در شکل‌گیری و کاهش افکار خودکشی، نقش مؤثر دارند.

نتایج مطالعه قلی‌زاده و منصوریه (۱۴۰۳) نشان داد که با شناسایی همبسته‌های افکار خودکشی همانند سبک‌های دلبستگی و سبک‌های هویت می‌توان مداخلات پیشگیرانه را طراحی نمود و از میزان افکار خودکشی در جامعه هدف کاست. در مطالعه دیگری، بی‌نیاز و همکاران (۱۴۰۲) به این نتیجه رسیدند که بین سبک‌های هویت اطلاعاتی و هنجاری با افکار خودکشی، رابطه منفی و معناداری وجود دارد و بین

سبک‌های هویت سردرگم- اجتنابی با افکار خودکشی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج مطالعه وجودی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که بین سبک‌های هویت، هویت سردرگم و تعهد به ترتیب رابطه مثبت و منفی با ایده‌پردازی خودکشی وجود دارد.

در مطالعه دیگری، حسینی و فریبرز (۱۳۹۴) به این نتیجه رسیدند که در میان چهار بعد هویت یعنی هویت شخصی، اجتماعی، جمعی و ارتباطی، تنها هویت اجتماعی و ارتباطی دارای رابطه معنادار با افکار خودکشی بودند. به علاوه نتایج نشان دادند که هویت اجتماعی به‌تنهایی قادر است به طور معناداری افکار خودکشی را پیش‌بینی کند. محمدی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که میان دختران و پسران در افکار مربوط به خودکشی، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین زمانی که نقش جنسیت و سبک‌های هویتی همراه با تعهد باشند، تنها تعهد، پیش‌بینی‌کننده افکار مربوط به خودکشی است. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از پیشینه‌های تجربی مورد اشاره به وضوح قلت پژوهش‌ها در حوزه فراتحلیل را نشان می‌دهد. از این‌رو پژوهش حاضر با تمرکز بر پژوهش‌های جدید، تلاش دارد تا به بازاندیشی و نگاه راهبردی درباره این آسیب اجتماعی بپردازد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نوع فراتحلیل است. در روش فراتحلیل، پژوهشگر با ثبت خصوصیات و داده‌های مجموعه‌ای از پژوهش‌ها در قالب مفاهیم کمی، آنها را آماده استفاده از روش‌های آماری کرده، یافته‌های جدید و انسجام‌یافته را با شیوه‌های قوی آماری استخراج می‌کند (ر.ک: دلاور، ۱۳۸۴). روش فراتحلیل خود شامل چند مرحله اساسی است که نیاز است پژوهشگر در پژوهش خود به آنها توجه کند:

۱- **تعریف موضوع پژوهش:** موضوع پژوهش حاضر، بررسی عوامل مؤثر بر خودکشی در ایران است.

۲- **گردآوری نظام‌مند پژوهش‌های انجام‌شده در حیطه موضوع مورد نظر:** جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مقالات انتشار یافته در ایران است که با موضوع خودکشی در

بین سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۸ در یکی از پایگاه‌های علمی پرتال علوم انسانی^۱، مجله‌های تخصصی نور^۲، بانک اطلاعات نشریه‌های کشور^۳ و جهاد دانشگاهی^۴، نمایه شده‌اند. تعداد این اسناد علمی تا قبل از مرحله غربالگری پژوهش‌ها شامل ۱۵۱ مقاله است.

۳- غربالگری پژوهش‌ها، گزینش و انتخاب مقاله‌های مناسب: پس از مرحله غربالگری، تعداد ۲۴ سند علمی از ۱۵۱ سند علمی که واجد شرایط و معیارهای انتخابی چون مشخص بودن حجم نمونه، داشتن شرایط همبستگی و سطح معناداری، انتخاب شده است. به طور کلی مقالات منتخب این پژوهش از معیار درون گنجی برای استفاده در فراتحلیل برخوردار بوده‌اند. این معیارها عبارتند از میزان حجم نمونه که باید بیشتر از ۲۵۰ نفر باشد، میزان همبستگی بین متغیرها در نسبت با آزمون‌های متفاوتی چون آزمون پیرسون، اسپیرمن و

۴- جمع‌آوری اطلاعات لازم از هر یک از پژوهش‌های انتخاب‌شده: مجموعه اطلاعاتی که از ۲۴ مطالعه منتخب استخراج شده، شامل مواردی چون اطلاعات عمومی یعنی نام نویسندگان، جامعه آماری، سال انتشار، اطلاعات مربوط به متغیرهای پژوهش، شیوه نمونه‌گیری، حجم نمونه و مکان پژوهش است. در این مرحله از روش فراتحلیل علاوه بر جمع‌آوری اطلاعات، هر یک از پژوهش‌ها شناسه‌بندی شده، در مرحله بعدی، اطلاعات مربوط به هر پژوهش به نرم‌افزار «CMA»^۵ وارد می‌شود.

۵- محاسبه اندازه اثر: در فراتحلیل، شیوه اصلی مبتنی بر ادغام و ترکیب نتایج است که معمولاً پس از تبدیل آماره‌ها به شاخص (I) و محاسبه اندازه اثر مورد استفاده قرار می‌گیرد. ذکر این نکته مهم است که در پژوهش حاضر، آماره‌های پژوهشی به وسیله رویکرد هانتر و اشمیت تبدیل به شاخص I شده‌اند. همچنین برای تحلیل استنباطی یافته‌ها، ابتدا مفروضات فراتحلیل بررسی شد، بدین صورت که با استفاده از نمودار قیفی و شاخص رگرسیونی آگر، همبستگی رتبه‌ای بگ و مزومدار و N ایمن از خطا به تحلیل خطای انتشار (تورش) و با استفاده از آزمون Q به مطالعه یا ناهمگنی

1. Ensani

3. Magiran

2. Noormags

3. Magiran

4. Sid

5. Comprehensive meta-analysis

پژوهش‌های یادشده پرداخته شده است. در نهایت با عنایت به ناهمگونی بین پژوهش‌های مورد مطالعه، مدل اثرات تصادفی برای ترکیب نتایج و رسیدن به اندازه اثر استفاده شده است.

جدول ۲- متغیرهای وابسته و مستقل در فرضیه‌های پژوهش‌های مورد مطالعه - خودکشی

کد	پژوهشگر	سال	جمعیت آماری	نمونه آماری	نمونه‌گیری	متغیر وابسته	متغیرهای مستقل
۱	مکیان و لطفی	۱۳۹۴	داده‌های آماری استان‌های کشور	۳۱ استان	-	خودکشی	- بیکاری - نابرابری درآمد - صنعتی شدن
۲	علیوردی‌نیا و همکاران	۱۳۹۰	کلیه دانشجویان دانشگاه رازی	۳۸۰	طبقه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای نامتناسب	گرایش به خودکشی	رفتار انحرافی تقدیرگرایی حمایت اجتماعی نظارت خانواده آنومی
۳	محمدی و همکاران	۱۳۹۰	دانشجویان کارشناسی دانشگاه شهید بهشتی	۳۳۰	طبقه‌بندی در دسترس	افکار مربوط به خودکشی	- سبک هویتی اطلاعاتی - سبک هویتی - هنجاری - تعهد - وضعیت تأهل والدین
۴	مهرابی و شیخ دارانی	۱۳۹۲	دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شاهین شهر	۴۱۵	تصادفی متناسب با حجم	گرایش به خودکشی	- سن - تحصیلات - تحصیلات پدر - تحصیلات مادر - شرکت در فعالیت‌های گروهی - فعالیت‌های ورزشی - بروز اتفاق ناراحت‌کننده - شدت ناراحتی از

کد	پژوهشگر	سال	جمعیت آماري	نمونه آماري	نمونه‌گیری	متغیر وابسته	متغیرهای مستقل
							اتفاق بد - رضایت از زندگی - سن پدر - وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده - در قید حیات بودن پدر - در قید حیات بودن مادر - رابطه والدین با یکدیگر - بیماری روانی پدر - بیماری روانی مادر - مصرف سیگار در خانواده - مصرف مشروب در خانواده - سابقه خودکشی در خانواده - سابقه خودکشی در اقوام - سابقه خودکشی در دوستان
۵	خدابخشی کولایی و خلیلی	۱۳۹۴	دختران دبیرستان شهر اراک	۱۵۰	تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای	گرایش به خودکشی	تصویر بدنی
۶	حیدری و رسایی‌پور	۱۳۹۲	زنان ۱۶-۴۰ ساله شهر یاسوج	۳۷۰	طبقه‌ای تصادفی	گرایش به خودکشی	- تأهل - شاغل بودن - سن - دین‌داری - افسردگی

کد	پژوهشگر	سال	جمعیت آماري	نمونه آماري	نمونه‌گیری	متغیر وابسته	متغیرهای مستقل
۷	سلطانی‌نژاد و همکاران	۱۳۹۱	سربازان سازمان‌های نظامی کشور	۱۶۵۹ نفر	خوشه‌ای چندمرحله‌ای	افکار خودکشی	- شخصیت مرزی - تکانشگری - هیجان‌مداری
۸	جعفری و همکاران	۱۳۹۴	دانشجویان اقدام‌کننده به خودکشی و دانشجویان دانشگاه پیام نور کرج	۵۰ نفر از هر گروه	تصادفی	خودکشی	- اضطراب - افسردگی و مانیا - هیستریک
۹	کیانی چلمردی و همکاران	۱۳۹۷	دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر اردبیل	۴۰۰ نفر	نمونه‌گیری در دسترس	خودکشی	- رابطه خانوادگی - ابرازگری - تعارض
۱۰	قادری و نظری	۱۳۹۸	داده‌های کشوری خودکشی در سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۹۳	-	-	خودکشی	- بعد اجتماعی همبستگی - نرخ مشارکت اقتصادی - نرخ بیکاری - درصد تغییرات اجتماعی - تعداد ضرب و جرح - تعداد پرونده‌های توهین - نرخ مشارکت اقتصادی زنان
۱۱	کیانی چلمردی و همکاران	۱۳۹۷	دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی	۳۳۳ نفر	نمونه‌گیری در دسترس	خودکشی	- اهمیت داشتن - نیازهای بین‌فردی (تعلق‌پذیری خنثی و ادراک سربار بودن)

کد	پژوهشگر	سال	جمعیت آماري	نمونه آماري	نمونه‌گیری	متغیر وابسته	متغیرهای مستقل
۱۲	ثناگوی محرر و همکاران	۱۳۹۶	نوجوانان مقیم خانه‌های بهبزستی زابل	۲۴ نفر	تمام‌شمار	گرایش به خودکشی	- روان‌رنجور خوبی - برون‌گرایی - شخصیت وظیفه- شناس - شخصیت پذیرنده
۱۳	کرمی و همکاران	۱۳۹۲	دانش‌آموزان دختر متوسطه شهر کرمانشاه	۲۵۰ نفر	خوشه‌ای چندمرحله‌ای	نگرش به خودکشی	- روان‌آزردگی - سایکوتیک - برون‌گرایی - تاب‌آوری
۱۴	معیدفر و حسن‌پناه	۱۳۸۹	افراد زیر ۲۵ سال که در سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۸۶ در استان کردستان اقدام به خودکشی ناموفق کرده‌اند.	۱۲۸ نفر	تعمدی	خودکشی	- پایبندی به مذهب - عدم دستیابی به اهداف - بی‌سازمانی خانواده - ناپسامانی اجتماعی - شکاف نسلی - احساس انتقام اجتماعی - پایگاه اقتصادی اجتماعی - سابقه بیماری روانی
۱۵	فرجی و همکاران	۱۳۹۴	افراد معتاد در دو گروه اقدام‌کننده به خودکشی و غیراقدام‌کننده	۴۲ نفر اقدام کننده و ۴۹ نفر غیر اقدام کننده	در دسترس	خودکشی	- وسواس - اختلال شخصیت مرزی - جسمانی شکل - سوءمصرف- الکل - افسردگی - استرس - راهبرد مقابله‌ای تکلیف‌مدار - راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار

کد	پژوهشگر	سال	جمعیت آماري	نمونه آماري	نمونه‌گیری	متغیر وابسته	متغیرهای مستقل
۱۶	داوری و احمدی	۱۳۹۸	دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه پایه‌های دوم و سوم دبیرستان‌های شهرستان کرج	۴۷۲ نفر	در دسترس	خودکشی	- معنویت - روان‌رنجوری - برون‌گرایی - انعطاف‌پذیری - توافق - وظیفه‌شناسی
۱۷	جومی و همکاران	۱۳۸۶	شهروندان ۱۵ سال به بالا در شهر کرج	۲۳۰۰ نفر	تصادفی ساده از روی کد قبض برق	خودکشی	- سن - بیماری روانی - مصرف دخانیات - مصرف الکل - بیکاری
۱۸	امیری‌نژاد و همکاران	۱۳۹۰	والدین کلیه افراد که در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۶ در شهرستان دره شهر اقدام به خودکشی کردند و والدین افراد عادی	۱۹۶ نفر از هر گروه	تصادفی ساده از بین اقدام‌کنندگان و خوشه چندمرحله‌ای بین افراد عادی	خودکشی	- علایم جسمانی - اضطراب و اختلال خواب - عملکرد اجتماعی - سبک فرزندپروری - مستبدانه
۱۹	پورشریفی و همکاران	۱۳۹۱	دانشجویان دختر و پسر کوی دانشگاه تهران	۱۰۹۴ نفر	خوشه‌ای چندمرحله‌ای	افکار خودکشی	- شادکامی - افسردگی - استرس - حمایت اجتماعی
۲۰	رشید و همکاران	۱۳۹۵	دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی	۲۹۵ نفر	در دسترس	خودکشی	- نیازهای بین‌فردی - ادراک بار بودن - تعلق‌پذیری خنثی - حمایت اجتماعی - درک شده

کد	پژوهشگر	سال	جمعیت آماري	نمونه آماري	نمونه‌گیری	متغیر وابسته	متغیرهای مستقل
۲۱	احمدی و ابوترابی زارچی	۱۳۹۱	داده‌های آماري ۲۸ استان در سال ۱۳۷۹	۲۷ استان	-	خودکشی	سرمایه اجتماعی
۲۲	عارفی	۱۳۸۱	موارد خودکشی یا اقدام به خودکشی استان آذربایجان غربی	۲۷۹۳	تمام‌شماری	خودکشی	- تأهل - سن - تحصیلات
۲۳	موحدی و همکاران	۱۳۹۲	دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان	۱۰۶۷	خوشه‌ای چندمرحله‌ای	افکار خودکشی	- دین‌داری - حمایت اجتماعی - جو خانوادگی - افسردگی
۲۴	نعمتی سوگلی تپه	۱۳۹۶	دانشجویان دختر و پسر خوابگاه‌های دانشگاه تبریز	۳۶۱ نفر	خوشه‌ای چندمرحله‌ای	افکار خودکشی	- افسردگی - شخصیت مرزی - دین‌داری - حمایت اجتماعی - مقابله هیجان‌مدار - مقابله مسئله‌مدار

جدول ۳- میزان تکرار متغیرهای مورد بررسی در پژوهش‌های مورد مطالعه- خودکشی

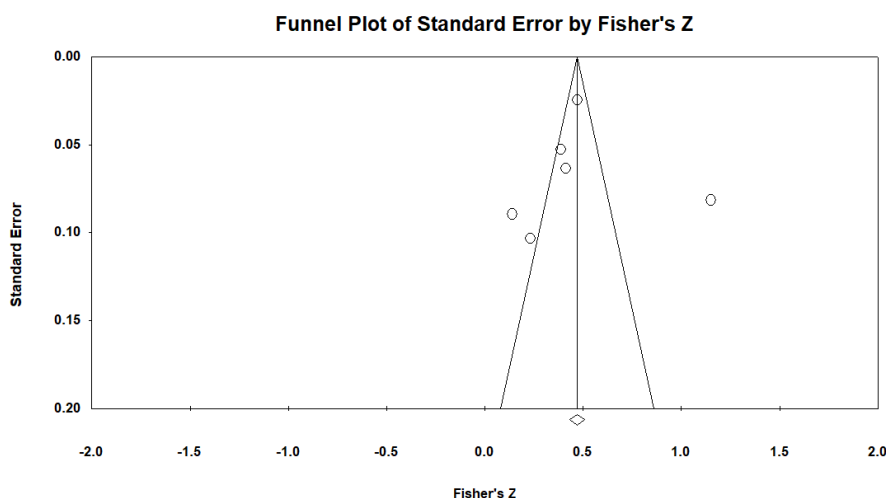
متغیر	عناوین مختلف به کار رفته در مطالعات	تعداد تکرار در مطالعات	شماره مطالعه
بیماری روانی	سایکوتیک، مانیا، هیستریک، شخصیت مرزی	۶	۷-۸-۱۴-۱۵-۱۶-۲۴
افسردگی		۶	۶-۸-۱۶-۲۰-۲۳-۲۴
دین‌داری	جهت‌گیری مذهبی، پایبندی به مذهب	۶	۶-۱۲-۱۵-۱۷-۲۳-۲۴
حمایت اجتماعی		۵	۲-۲۰-۲۱-۲۳-۲۴
بیکاری	شاغل بودن، نرخ بیکاری	۴	۱-۶-۱۰
سن		۴	۴-۶-۲۳
روان‌رنجور خویی	روان‌آزردگی	۳	۱۳-۱۴-۱۷
جو خانوادگی	رابطه خانوادگی، رابطه والدین با یکدیگر	۳	۴-۹-۲۴
برون‌گرایی		۲	۱۴-۱۷
تحصیلات		۲	۴-۲۳
تأهل		۲	۶-۲۳
علایم جسمانی	جسمانی شکل	۲	۱۶-۱۹
سوء مصرف الکل		۲	۱۶
استرس		۲	۱۶-۲۰
نیازهای بین‌فردی		۲	۱۱-۲۱
اضطراب		۲	۸-۱۹
آنومی	نابسامانی اجتماعی	۲	۲-۱۵
وظیفه‌شناسی		۲	۳-۱۷
راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار		۲	۱۶-۲۴

یافته‌های فراتحلیل

بیماری و مشکلات روانی

ابتدا آزمون ارباب انتشار انجام شده است تا مشخص شود آیا در گردآوری و بررسی مطالعات مختلف، دچار سوگیری یا نادیده انگاشتن برخی مطالعات انجام‌شده بوده‌ایم یا

خیر. به این منظور در نرم‌افزار، نمودار کیفی^۱ خطای استاندارد برحسب Z فیشر^۲، نشان‌دهنده وضعیت انتشار مطالعات مورد بررسی است. برای آزمون اریب انتشار از همبستگی رتبه‌ای بگ و مازومدار^۳ استفاده شده که نتایج آن پس از نمودار کیفی آمده است. از آنجا که در این پژوهش از ضرایب همبستگی و تبدیل سایر آماره‌ها به این آماره برای برآورد میانگین اندازه اثر استفاده شده، از ضرایب کندال بدون تصحیح پیوستگی استفاده می‌شود. با توجه به اینکه سطح معناداری دو دامنه^۴، بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض صفر که عدم سوگیری انتشار است، تأیید و اریب انتشار رد می‌شود.



شکل ۱- نمودار کیفی تحلیل اریب انتشار مطالعات در فرضیه اثر بیماری روانی بر خودکشی

1. Funnel plot
2. Fisher's Z
3. Begg and Mazumdar Rank Correlation
4. P-value (2-tailed)

جدول ۴- آماره‌های تحلیل اربب انتشار مطالعات در تحلیل اثر بیماری روانی بر خودکشی

Begg and Mazumdar rank correlation

Kendall's S statistic (P-Q) -5.00000

Kendall's tau without continuity correction

Tau -0.33333
z-value for tau 0.93934
P-value (1-tailed) 0.17378
P-value (2-tailed) 0.34756

Kendall's tau with continuity correction

Tau -0.26667
z-value for tau 0.75147
P-value (1-tailed) 0.22619
P-value (2-tailed) 0.45237

برای انتخاب مدل تحلیل اندازه اثر، از تحلیل ناهمگنی و آزمون Q کوکران استفاده می‌شود. به این منظور برای این فرضیه نیز از آزمون Q کوکران استفاده شده که نتایج آن در جدول زیر آمده است. اندازه آماره به‌دست‌آمده به همراه سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ نشان می‌دهد که تفاوت بین مطالعات مورد بررسی تنها به دلیل خطای نمونه‌گیری نیست. بنابراین می‌توان از مدل اثرات تصادفی در فراتحلیل این فرضیه استفاده کرد.

جدول ۵- تحلیل ناهمگنی (آزمون Q کوکران) اندازه اثر بیماری روانی بر خودکشی

Heterogeneity

Q-value	df (Q)	P-value	I-squared
92.059	5	0.000	94.569

در مجموع تعداد شش مطالعه وارد فراتحلیل مربوط به این فرضیه شد که اندازه‌های اثر منفرد و اندازه اثر متوسط در مدل اثرات تصادفی در جدول زیر، بر اساس خروجی نرم‌افزار CMA2 آمده است. وزن نسبی مطالعات در آخرین ستون سمت راست جدول

آمده است. سایر آماره‌های اصلی منفرد برای هر یک از پژوهش‌های مورد بررسی آمده است. این آماره‌ها، شامل همبستگی، کران بالا و پایین، مقدار Z و سطح معناداری است. تمامی اندازه‌های اثر در سطح اطمینان ۹۵ درصد، معنادار بوده‌اند.

تمامی اندازه‌های اثر منفرد نشان‌دهنده رابطه مستقیم بین بیماری و مشکلات روانی و خودکشی است. بر همین اساس اندازه اثر متوسط حاصل از فراتحلیل تحقیقات در این فرضیه، برابر با ۰/۴۳۷ بوده که در سطح ۰/۰۰۰ معنادار شده است. بنابراین با استنباط از اندازه اثر متوسط به دست آمده می‌توان گفت که بین بیماری روانی با گرایش/ اقدام به خودکشی، رابطه مستقیم وجود دارد.

جدول ۶- اندازه‌های اثر منفرد و اندازه اثر متوسط بیماری روانی بر خودکشی

Model	Study name	Statistics for each study					Correlation and 95% CI					Weight (Random)
		Correlation	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	-1.00	-0.50	0.00	0.50	1.00	Relative weight
	7.SOLTANI	0.440	0.400	0.478	19.217	0.000				+		18.00
	14.KARAMI	0.390	0.279	0.490	6.472	0.000				+		17.00
	15.MOEIDF	0.140	-0.034	0.306	1.576	0.115				+		15.98
	25.NEMATI	0.370	0.277	0.456	7.349	0.000				+		17.35
	8.JAFARI,1	0.819	0.758	0.865	14.132	0.000					+	16.32
	16.FARAJI,	0.229	0.030	0.410	2.249	0.024				+		15.36
Random		0.437	0.261	0.585	4.558	0.000				+		

علاوه بر محاسبه اندازه اثر متوسط، محاسبه تحلیل حساسیت نیز انجام شده است. تحلیل حساسیت نشان می‌دهد که حذف هر یک از مطالعات، چه تأثیری روی اندازه اثر متوسط و معناداری این آماره خواهد داشت. نتایج تحلیل حساسیت در جدول زیر آمده و ستون دوم نتایج (میزان آماره‌ها در صورت حذف هر مطالعه^۱) نشان می‌دهد که با حذف هر مطالعه، چه تغییری در اندازه اثر متوسط رخ می‌دهد. البته در نهایت با توجه به معنادار بودن اندازه اثر متوسط، نیازی به حذف هیچ‌یک از مطالعات نبوده است.

جدول ۷- آماره‌های تحلیل حساسیت مطالعات انجام‌شده

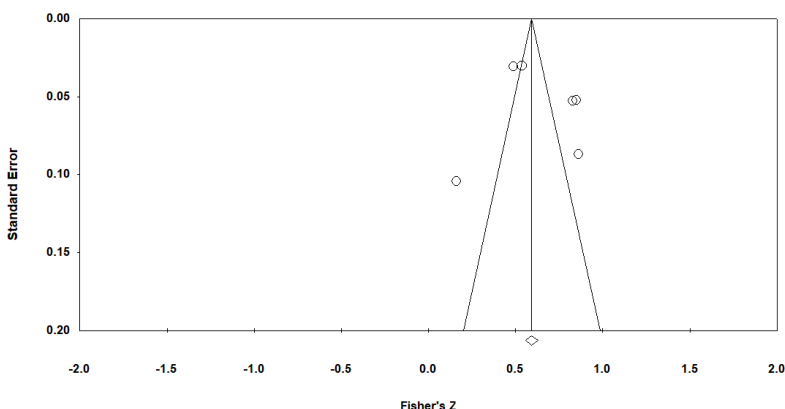
درباره اندازه اثر بیماری روانی بر خودکشی

Model	Study name	Statistics with study removed					Correlation (95% CI) with study removed				
		Point	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	-1.00	-0.50	0.00	0.50	1.00
	7.SOLTANI	0.436	0.153	0.652	2.931	0.003					
	14.KARAMI	0.446	0.227	0.622	3.774	0.000					
	15.MOEIDF	0.486	0.305	0.633	4.821	0.000					
	25.NEMATI	0.450	0.218	0.633	3.617	0.000					
	8.JAFARI,1	0.340	0.241	0.431	6.438	0.000					
	16.FARAJI,	0.471	0.281	0.626	4.493	0.000					
Random		0.437	0.261	0.585	4.558	0.000					

افسردگی

برای آزمون اریب انتشار، از همبستگی رتبه‌ای بگ و مازومدار^۱ استفاده شده که نتایج آن پس از نمودار کیفی آمده است. از آنجا که در این پژوهش از ضرایب همبستگی و تبدیل سایر آماره‌ها به این آماره برای برآورد میانگین اندازه اثر استفاده شده، از ضرایب کندال بدون تصحیح پیوستگی استفاده می‌شود. با توجه به اینکه سطح معناداری دو دامنه^۲ بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض صفر که عدم سوگیری انتشار است، تأیید و اریب انتشار رد می‌شود.

Funnel Plot of Standard Error by Fisher's Z



شکل ۲- نمودار کیفی تحلیل اریب انتشار مطالعات در فرضیه اثر افسردگی بر خودکشی

1. Begg and Mazumdar Rank Correlation
2. P-value (2-tailed)

جدول ۸- آماره‌های تحلیل اربب انتشار مطالعات در تحلیل اثر افسردگی بر خودکشی

Begg and Mazumdar rank correlation

Kendall's S statistic (P-Q) -3.00000

Kendall's tau without continuity correction

Tau -0.20000
z-value for tau 0.56360
P-value (1-tailed) 0.28651
P-value (2-tailed) 0.57303

Kendall's tau with continuity correction

Tau -0.13333
z-value for tau 0.37573
P-value (1-tailed) 0.35356
P-value (2-tailed) 0.70711

برای انتخاب مدل تحلیل اندازه اثر، از تحلیل ناهمگنی و آزمون Q کوکران استفاده شد. به این منظور برای این فرضیه نیز از آزمون Q کوکران استفاده شده که نتایج آن در جدول زیر آمده است. اندازه آماره به دست آمده به همراه سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ نشان می‌دهد که تفاوت بین مطالعات مورد بررسی تنها به دلیل خطای نمونه‌گیری نیست. بنابراین می‌توان از مدل اثرات تصادفی در فراتحلیل این فرضیه استفاده کرد.

جدول ۹- تحلیل ناهمگنی (آزمون Q کوکران) اندازه اثر افسردگی بر خودکشی

Heterogeneity

Q-value	df (Q)	P-value	I-squared
85.859	5	0.000	94.176

در مجموع شش مطالعه وارد فراتحلیل مربوط به این فرضیه شد که اندازه‌های اثر منفرد و اندازه اثر متوسط در مدل اثرات تصادفی در جدول زیر، بر اساس خروجی

نرم‌افزار CMA2 آمده است. وزن نسبی مطالعات در آخرین ستون سمت راست جدول آمده است. سایر آماره‌های اصلی منفرد برای هر یک از پژوهش‌های مورد بررسی آمده است. این آماره‌ها شامل همبستگی، کران بالا و پایین، مقدار Z و سطح معناداری است. تمامی اندازه‌های اثر در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار بوده‌اند.

تمامی اندازه‌های اثر منفرد نشان‌دهنده رابطه مستقیم بین افسردگی و خودکشی است. بر همین اساس، اندازه اثر متوسط حاصل از فراتحلیل تحقیقات در این فرضیه برابر با ۰/۵۵۷ بوده که در سطح ۰/۰۰۰ معنادار شده است. بنابراین با استنباط از اندازه اثر متوسط به‌دست‌آمده می‌توان گفت که بین افسردگی با گرایش/ اقدام به خودکشی، رابطه مستقیم وجود دارد.

جدول ۱۰- اندازه‌های اثر منفرد و اندازه اثر متوسط افسردگی بر خودکشی

Model	Study name	Statistics for each study					Correlation and 95% CI					V/weight (Random)
		Correlation	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	-1.00	-0.50	0.00	0.50	1.00	
	6.HEYDARI	0.690	0.633	0.740	16.244	0.000				+	+	17.21
	20.POURS	0.490	0.444	0.534	17.706	0.000				+	+	18.06
	24.MOVAH	0.453	0.404	0.499	15.933	0.000				+	+	18.05
	25.NEMATI	0.680	0.620	0.732	15.698	0.000				+	+	17.18
	8.JAFARI.1	0.698	0.599	0.775	9.919	0.000				+	+	15.29
	16.FARAJI.	0.159	-0.044	0.349	1.539	0.124			+	+	+	14.21
Random		0.557	0.437	0.657	7.720	0.000				+	+	

علاوه بر محاسبه اندازه اثر متوسط، محاسبه تحلیل حساسیت نیز انجام شده است. نتایج تحلیل حساسیت در جدول زیر آمده و ستون دوم نتایج (میزان آماره‌ها در صورت حذف هر مطالعه) نشان می‌دهد که با حذف هر مطالعه، چه تغییری در اندازه اثر متوسط رخ می‌دهد.

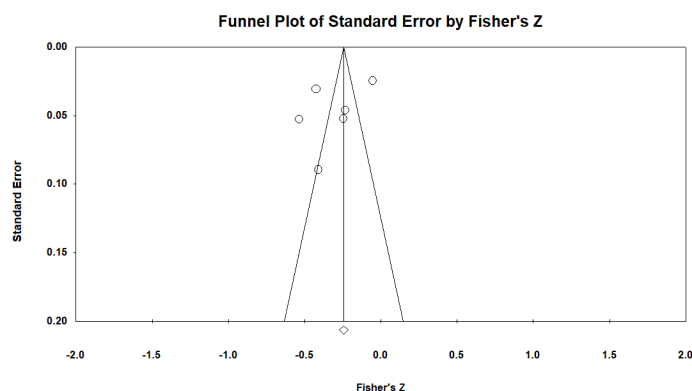
جدول ۱۱- آماره‌های تحلیل حساسیت مطالعات انجام‌شده درباره اندازه اثر افسردگی بر خودکشی

Model	Study name	Statistics with study removed					Correlation (95% CI) with study removed				
		Point	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	-1.00	-0.50	0.00	0.50	1.00
	6.HEYDARI	0.525	0.398	0.632	7.061	0.000				+	+
	20.POURS	0.568	0.401	0.699	5.737	0.000				+	+
	24.MOVAH	0.576	0.425	0.696	6.347	0.000				+	+
	25.NEMATI	0.528	0.397	0.638	6.878	0.000				+	+
	8.JAFARI.1	0.527	0.394	0.639	6.765	0.000				+	+
	16.FARAJI.	0.607	0.497	0.698	8.716	0.000				+	+
Random		0.557	0.437	0.657	7.720	0.000				+	+

دین‌داری

برای آزمون اریب انتشار، از همبستگی رتبه‌ای بگ و مازومدار^۱ استفاده شده که

نتایج آن پس از نمودار کیفی آمده است. از آنجا که در این پژوهش از ضرایب همبستگی و تبدیل سایر آماره‌ها به این آماره برای برآورد میانگین اندازه اثر استفاده شده، از ضرایب کندال بدون تصحیح پیوستگی استفاده می‌شود. با توجه به اینکه سطح معناداری دو دامنه^۱ بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض صفر که عدم سوگیری انتشار است، تأیید و اریب انتشار رد می‌شود.



شکل ۳- نمودار کیفی تحلیل اریب انتشار مطالعات در فرضیه اثر دین‌داری بر خودکشی

جدول ۱۳- آماره‌های تحلیل اریب انتشار مطالعات در تحلیل اثر دین‌داری بر خودکشی

Begg and Mazumdar rank correlation

Kendall's S statistic [P-Q] -5.00000

Kendall's tau without continuity correction

Tau	-0.33333
z-value for tau	0.93934
P-value (1-tailed)	0.17378
P-value (2-tailed)	0.34756

Kendall's tau with continuity correction

Tau	-0.26667
z-value for tau	0.75147
P-value (1-tailed)	0.22619
P-value (2-tailed)	0.45237

1. P-value (2-tailed)

برای انتخاب مدل تحلیل اندازه اثر، از تحلیل ناهمگنی و آزمون Q کوکران استفاده شد. اندازه آماره به‌دست‌آمده به همراه سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ نشان می‌دهد که تفاوت بین مطالعات مورد بررسی تنها به دلیل خطای نمونه‌گیری نیست. بنابراین می‌توان از مدل اثرات تصادفی در فراتحلیل این فرضیه استفاده کرد.

جدول ۱۴- تحلیل ناهمگنی (آزمون Q کوکران) اندازه اثر دین‌داری بر خودکشی

Heterogeneity

Q-value	df (Q)	P-value	I-squared
128.255	5	0.000	96.102

در مجموع شش مطالعه وارد فراتحلیل مربوط به این فرضیه شد که اندازه‌های اثر منفرد و اندازه اثر متوسط در مدل اثرات تصادفی در جدول زیر، بر اساس خروجی نرم‌افزار CMA2 آمده است. وزن نسبی مطالعات در آخرین ستون سمت راست جدول آمده است. سایر آماره‌های اصلی منفرد برای هر یک از پژوهش‌های مورد بررسی آمده است. این آماره‌ها، شامل همبستگی، کران بالا و پایین، مقدار Z و سطح معناداری است. تمامی اندازه‌های اثر در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار بوده‌اند.

تمامی اندازه‌های اثر منفرد نشان‌دهنده رابطه معکوس بین دین‌داری و گرایش/اقدام به خودکشی است. بر همین اساس اندازه اثر متوسط حاصل از فراتحلیل تحقیقات در این فرضیه برابر با ۰/۳۰۳- بوده که در سطح ۰/۰۰۰ معنادار شده است. بنابراین با استنباط از اندازه اثر متوسط به‌دست‌آمده می‌توان گفت که بین دین‌داری با گرایش/اقدام به خودکشی، رابطه معکوس وجود دارد.

جدول ۱۵- اندازه‌های اثر منفرد و اندازه اثر متوسط دین‌داری بر خودکشی

Model	Study name	Statistics for each study					Correlation and 95% CI					Weight (Random)	
		Correlation	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	-1.00	-0.50	0.00	0.50	1.00	Relative weight	
	6.HEYDARI	-0.240	-0.334	-0.142	-4.689	0.000			+			16.67	
	15.MOEIDF	-0.388	-0.526	-0.230	-4.578	0.000		+				14.91	
	17.DAVARI	-0.229	-0.313	-0.142	-5.049	0.000			+			16.90	
	24.MOVAH	-0.400	-0.449	-0.348	-13.819	0.000			+			17.37	
	25.NEMATI	-0.490	-0.565	-0.407	-10.143	0.000		+				16.65	
	12.SOLTAN	-0.052	-0.101	-0.004	-2.115	0.034			+			17.50	
Random		-0.303	-0.448	-0.143	-3.634	0.000		+					

علاوه بر محاسبه اندازه اثر متوسط، محاسبه تحلیل حساسیت نیز انجام شده است. نتایج تحلیل حساسیت در جدول زیر آمده و ستون دوم نتایج (میزان آماره‌ها در صورت حذف هر مطالعه) نشان می‌دهد که با حذف هر مطالعه، چه تغییری در اندازه اثر متوسط رخ می‌دهد. البته در نهایت با توجه به معنادار بودن اندازه اثر متوسط، نیازی به حذف هیچ‌یک از مطالعات نبوده است.

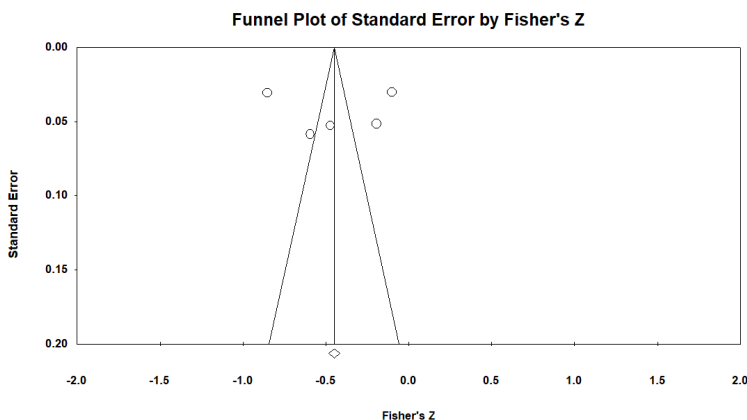
جدول ۱۶- آماره‌های تحلیل حساسیت مطالعات انجام‌شده درباره اندازه اثر دین‌داری بر خودکشی

Model	Study name	Statistics with study removed					Correlation (95% CI) with study removed				
		Point	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	-1.00	-0.50	0.00	0.50	1.00
	6.HEYDARI	-0.316	-0.484	-0.126	-3.202	0.001			+		
	15.MOEIDF	-0.288	-0.448	-0.110	-3.122	0.002			+		
	17.DAVARI	-0.319	-0.489	-0.125	-3.157	0.002			+		
	24.MOVAH	-0.282	-0.442	-0.105	-3.080	0.002			+		
	25.NEMATI	-0.262	-0.414	-0.095	-3.047	0.002			+		
	12.SOLTAN	-0.352	-0.448	-0.248	-6.319	0.000			+		
Random		-0.303	-0.448	-0.143	-3.634	0.000			+		

حمایت اجتماعی

برای آزمون اریب انتشار، از همبستگی رتبه‌ای بگ و مازومدار^۱ استفاده شده که نتایج آن پس از نمودار کیفی آمده است. از آنجا که در این پژوهش از ضرایب همبستگی و تبدیل سایر آماره‌ها به این آماره برای برآورد میانگین اندازه اثر استفاده شده، از ضرایب کندال بدون تصحیح پیوستگی استفاده می‌شود. با توجه به اینکه سطح معناداری دو دامنه^۲ بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض صفر که عدم سوگیری انتشار است، تأیید و اریب انتشار رد می‌شود.

1. Begg and Mazumdar Rank Correlation
2. P-value (2-tailed)



شکل ۴- نمودار کیفی تحلیل ارباب انتشار مطالعات در فرضیه اثر حمایت اجتماعی بر خودکشی

جدول ۱۷- آماره‌های تحلیل ارباب انتشار مطالعات در تحلیل اثر حمایت اجتماعی بر خودکشی

Begg and Mazumdar rank correlation

Kendall's S statistic (P-Q) -4.00000

Kendall's tau without continuity correction

Tau	-0.40000
z-value for tau	0.97980
P-value (1-tailed)	0.16359
P-value (2-tailed)	0.32719

Kendall's tau with continuity correction

Tau	-0.30000
z-value for tau	0.73485
P-value (1-tailed)	0.23122
P-value (2-tailed)	0.46243

برای انتخاب مدل تحلیل اندازه اثر، از تحلیل ناهمگنی و آزمون Q کوکران استفاده می‌شود. اندازه آماره به‌دست‌آمده به همراه سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ نشان می‌دهد که تفاوت بین مطالعات مورد بررسی تنها به دلیل خطای نمونه‌گیری نیست. بنابراین می‌توان از مدل اثرات تصادفی در فراتحلیل این فرضیه استفاده کرد.

جدول ۱۸- تحلیل ناهمگنی (آزمون Q کوکران) اندازه اثر حمایت اجتماعی بر خودکشی
Heterogeneity

Q-value	df (Q)	P-value	I-squared
336.123	4	0.000	98.810

در مجموع پنج مطالعه وارد فراتحلیل مربوط به این فرضیه شد که اندازه‌های اثر منفرد و اندازه اثر متوسط در مدل اثرات تصادفی در جدول زیر، بر اساس خروجی نرم‌افزار CMA2 آمده است. وزن نسبی مطالعات در آخرین ستون سمت راست جدول آمده است. سایر آماره‌های اصلی منفرد برای هر یک از پژوهش‌های مورد بررسی آمده است. این آماره‌ها، شامل همبستگی، کران بالا و پایین، مقدار Z و سطح معناداری است. تمامی اندازه‌های اثر در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار بوده‌اند. تمامی اندازه‌های اثر منفرد، نشان‌دهنده رابطه معکوس بین حمایت اجتماعی است. بر همین اساس اندازه اثر متوسط حاصل از فراتحلیل تحقیقات در این فرضیه برابر با ۰/۴۱۵- بوده که در سطح ۰/۰۰۰ معنادار شده است. بنابراین با استنباط از اندازه اثر متوسط به دست آمده می‌توان گفت که بین تحصیلات با گرایش به خودکشی، رابطه معکوس وجود دارد.

جدول ۱۹- اندازه‌های اثر منفرد و اندازه اثر متوسط حمایت اجتماعی بر خودکشی

Model	Study name	Statistics for each study					Correlation and 95% CI					Weight (Random)
		Correlation	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	-1.00	-0.50	0.00	0.50	1.00	
	2.ALIVERDI	-0.191	-0.286	-0.092	-3.755	0.000			++			19.93
	20.POURS	-0.100	-0.158	-0.041	-3.314	0.001			++			20.17
	21.RASHID	-0.532	-0.609	-0.445	-10.132	0.000			++			19.82
	24.MOVAH	-0.692	-0.722	-0.659	-27.784	0.000		+				20.17
	25.NEMATI	-0.440	-0.520	-0.353	-8.935	0.000			++			19.91
Random		-0.415	-0.650	-0.109	-2.605	0.009			++			

علاوه بر محاسبه اندازه اثر متوسط، محاسبه تحلیل حساسیت نیز انجام شده است. نتایج تحلیل حساسیت در جدول زیر آمده و ستون دوم نتایج (میزان آماره‌ها در صورت حذف هر مطالعه) نشان می‌دهد که با حذف هر مطالعه، چه تغییری در اندازه اثر

متوسط رخ می‌دهد. البته در نهایت با توجه به معنادار بودن اندازه اثر متوسط، نیازی به حذف هیچ‌یک از مطالعات نبوده است.

جدول ۲۰- آماره‌های تحلیل حساسیت مطالعات انجام‌شده

درباره اندازه اثر حمایت اجتماعی بر خودکشی

Model	Study name	Statistics with study removed					Correlation (95% CI) with study removed				
		Point	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	-1.00	-0.50	0.00	0.50	1.00
	2.ALIVERDI	-0.465	-0.716	-0.109	-2.501	0.012					
	20.POURS	-0.485	-0.683	-0.220	-3.396	0.001					
	21.RASHID	-0.384	-0.666	-0.006	-1.989	0.047					
	24.MOVAH	-0.325	-0.515	-0.104	-2.842	0.004					
	25.NEMATI	-0.409	-0.688	-0.024	-2.076	0.038					
Random		-0.415	-0.650	-0.109	-2.605	0.009					

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش به یکی از آسیب‌های اجتماعی مهم و اولویت‌دار سال‌های اخیر در کشور یعنی خودکشی پرداخته شد. خودکشی، هرچند خود به‌تنهایی جرم محسوب نمی‌شود، نشانه‌ای از وجود علایم آسیب‌زایی است که منجر به خودکشی افراد می‌شود. این شرایط آسیب‌زا که در بسیاری از موارد با جرایم مختلف از جمله اعتیاد به موادمخدر مرتبط است، می‌تواند گروه‌هایی از جامعه را به حاشیه رانده، تحت فشار قرار دهد و در نهایت به سوی اقدام به خودکشی سوق دهد.

نتایج فراتحلیل نشان داد که دو متغیر از چهار متغیر پرتکرار در میان مطالعات مورد بررسی، تأثیر مستقیم و دو متغیر دیگر، اثر معکوس بر خودکشی یا گرایش به خودکشی داشتند. بیماری و مشکلات روانی با اندازه اثر متوسط ۰/۴۳۷ و همچنین افسردگی با اندازه اثر ۰/۵۵۷، تأثیر مستقیم و محرک بر خودکشی یا گرایش به آن نشان داده‌اند. در مقابل، دین‌داری با اندازه اثر متوسط ۰/۳۰۳ - و حمایت اجتماعی با اندازه اثر متوسط ۰/۴۱۵ -، تأثیر معکوس و بازدارنده بر خودکشی نشان داده‌اند. نتایج فراتحلیل خودکشی با پژوهش بخارایی و میرزایی (۱۳۹۴)، مشابهت داشته است.

جدول ۲۱- اندازه‌های اثر متوسط در فراتحلیل فرضیه‌های مربوط به خودکشی

نوع رابطه	بیماری و مشکلات روانی	افسردگی	دین‌داری	حمایت اجتماعی
معکوس	مستقیم	مستقیم	معکوس	معکوس
اندازه آماره	۰/۴۳۷	۰/۵۵۷	-۰/۳۰۳	-۰/۴۱۵

ایمان و اعتقاد به خدای یکتا، پایگاه محکمی در مقابل مشکلات، مصایب و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند، در زندگی به انسان نیرو می‌بخشد و موجب آرامش او در زندگی اجتماعی می‌شود؛ اما ضعف ایمان، زنگ خطری است که ناتوانی انسان را در برابر سختی‌های زندگی اعلام می‌دارد و آنها را در برابر مسائل و مشکلات ناتوان می‌کند. انسان‌هایی که ضعف در دین‌داری دارند در مواجهه با سختی و مشکلات، بیشتر احتمال دارد که به بزهکاری روی آورند؛ به طوری که ضعف در دین و مذهب نه تنها در ایران، بلکه در اقصی نقاط جهان، احتمال انجام بزهکاری را در افراد افزایش می‌دهد. به عبارتی می‌توان گفت نقش مذهب در پیشگیری از اعتیاد به گونه‌ای است که بسیاری از نظریه‌پردازان بزرگ جهان مانند فروید، یونگ، ویلیام جمیز و...، مذهب را به عنوان عاملی مستحکم در مقابل آسیب‌های اجتماعی (از جمله خودکشی) تلقی نموده‌اند (موسوی بجنوردی و رضوی‌نیا، ۱۳۹۳: ۴۳). بنابراین دین‌داری در پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی، اهمیت اساسی دارد و از این‌رو جزء عوامل دارای اولویت اصلی برای توجه در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های کشور در کاهش آسیب‌های اجتماعی به شمار می‌رود.

حمایت اجتماعی، چه از سوی خانواده، چه دوستان و چه از سوی نهادهای حمایتی و ساختارهای پهن دامنه جامعه، به طور معنی‌داری روی آسیب‌های اجتماعی به‌ویژه خودکشی اثرگذار بوده است. خودکشی به‌ویژه برای گروه‌های فرودست جامعه، در بسیاری از موارد در نتیجه به حاشیه رانده شدن فرد و فقدان حمایت اجتماعی رخ می‌دهد؛ زیرا فرد برای شروعی دوباره در زندگی، مقاومت در برابر زمینه رفتارهای انحرافی و پیوند اجتماعی، پشتیبانی نمی‌شود؛ زیرا میزان انگیزش و تحریکی که به سوی رفتار انحرافی وجود دارد، بیش از تحریک و انگیزش به رفتارهای بهنجار برای اوست.

عزت و گوشه‌نشینی، یکی از حالت‌های انحرافی است که در آن نه اهداف و نه وسایل مشروع و پذیرفته‌شده اجتماعی در دستیابی به اهداف، هیچ‌یک را نمی‌پذیرد و با رها کردن مکانیزم‌های مشروع اجتماعی به اعتیاد و بلکه به رفتارهای طردگرایانه شدیدتر همچون خودکشی روی می‌آورد. به این ترتیب احساس آنومی، زمینه بروز آسیب‌های اجتماعی مختلف به‌ویژه خودکشی و انواع جرایم دیگر خواهد بود.

در کنار عوامل اجتماعی مؤثر بر بروز آسیب‌های اجتماعی، رفتارهای انحراف و جرایم، برخی عوامل فردی و روان‌شناختی نیز در پژوهش‌های مورد مطالعه بررسی و رابطه آنها تأیید شده است. تأثیر عوامل و زمینه‌های روان‌شناختی به‌ویژه در آسیب‌هایی همچون خودکشی، اهمیت بسیاری زیادی دارد. در واقع باید گفت در تحلیل و تبیین عوامل مؤثر بر خودکشی، این عوامل روان‌شناختی هستند که برجستگی خاصی در تبیین چگونگی بروز این مسایل و رفتارهای انحرافی داشته‌اند.

این مسئله به نوبه خود پیچیدگی، درهم‌تنیدگی و چندوجهی بودن خودکشی را نشان می‌دهد؛ زیرا هر دو مسئله به شکل‌های متفاوتی، زمینه بروز و تقویت آسیب‌ها و مسایل دیگری را در جامعه به وجود می‌آورد. بیماری‌ها و مشکلات روانی به‌ویژه افسردگی، یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در خودکشی هستند. مطالعات نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلالات روانی، به‌ویژه افسردگی، احتمال بیشتری برای اقدام به خودکشی دارند.

دیدگاه‌های مربوط به آسیب‌شناسی روانی به بررسی چگونگی ارتباط اختلالات روانی با رفتارهای خودکشی می‌پردازد. برای مثال، خودکشی به عنوان نتیجه ناتوانی در مقابله آسیب‌های روانی عمل می‌کند، که افراد مبتلا به افسردگی به دلیل احساس تنهایی و بی‌ارزشی، بیشتر مستعد خودکشی هستند (Joiner, 2005: ر.ک). همچنین افسردگی شدید به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده خودکشی شناخته می‌شود (Nock et al, 2008: ر.ک). دین‌داری می‌تواند به عنوان عاملی محافظتی در برابر خودکشی عمل کند. تحقیقات نشان داده‌اند که اعتقادات مذهبی می‌تواند به افراد کمک کند تا با بحران‌ها و مشکلات زندگی، بهتر کنار بیایند. برای مثال نظریه «همبستگی اجتماعی» دورکیم بیان می‌کند که ارتباطات اجتماعی و پیوندهای مذهبی می‌تواند از احساس انزوا جلوگیری

کند و حمایت اجتماعی را افزایش دهد. افراد مذهبی معمولاً احساس تعلق بیشتری به جامعه و خانواده دارند که می‌تواند خطر خودکشی را کاهش دهد (ر.ک: Durkheim, 1897). در برخی مطالعات نشان داده شده که افرادی که دارای باورهای مذهبی قوی‌تری هستند، کمتر به فکر خودکشی می‌افتند و در مواجهه با مشکلات از منابع روانی و اجتماعی بیشتری بهره می‌برند (ر.ک: Pargament et al, 1990).

حمایت اجتماعی، یکی از عوامل کلیدی در کاهش خطر خودکشی محسوب می‌شود. وجود شبکه‌های حمایتی قوی می‌تواند به افراد در مواجهه با بحران‌های روحی و روانی کمک کند. رویکرد نظری حمایت اجتماعی بیان می‌کند که افراد با دسترسی به حمایت‌های اجتماعی، احساس امنیت و آرامش بیشتری دارند و این می‌تواند به کاهش احساس تنهایی و ناامیدی منجر شود. نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که افراد دارای حمایت اجتماعی قوی‌تر، احتمال کمتری برای اقدام به خودکشی دارند. این مطالعه نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در برابر خودکشی عمل کند (ر.ک: Wang et al, 2016). بیماری‌های روانی و افسردگی به عنوان عوامل مؤثر بر خودکشی شناخته می‌شوند، در حالی که دین‌داری و حمایت اجتماعی می‌توانند به عنوان عوامل حفاظت‌کننده عمل کنند. بنابراین برنامه‌های پیشگیری از خودکشی باید بر بهبود سلامت روانی، تقویت پیوندهای اجتماعی و ترویج دین‌داری مثبت، تمرکز داشته باشد.

برخی از پیشنهادهایی که می‌توان ارائه کرد، با توجه به نقش مهم دین‌داری در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، توجه جدی و مجدد به تقویت باورها و عمل دینی در میان مردم در دستورکار متولیان امر قرار گیرد و در این میان نباید از ظرفیت و نقش مهم بیان و قلم روحانیون و علما، جایگاه ممتاز و اهمیت مساجد در تحولات اجتماعی، فرهنگی و استفاده از ظرفیت‌های مناسب فرهنگی مانند ماه مبارک رمضان، محرم و صفر و... در راستای آموزش‌های همگانی در جهت کاهش آسیب‌های اجتماعی غافل شد.

منابع

- احمدی، حبیب و فاطمه ابوترابی زارچی (۱۳۹۱) «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و میزان خودکشی در استان‌های کشور»، فصلنامه راهبرد اجتماعی و فرهنگی، شماره ۲، صص ۶۳-۸۰.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.22517081.1391.1.1.3.0>
- امیری‌نژاد، علی و فخرالسادات قریشی‌راد و غلامحسین جوانمرد (۱۳۹۰) «مقایسه سبک‌های فرزندپروری و سلامت روانی والدین افراد اقدام‌کننده به خودکشی با والدین افراد عادی»، مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده، شماره ۳، صص ۳۱۵-۳۳۰.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.22516654.1390.1.3.4.6>
- بگان، هاجر و عاطفه نژادمحمد نامقی و ناهید هواسی سومار (۱۴۰۳) «پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس نگرش معنوی و سبک‌های هویت و نگرش به زندگی در دانش‌آموزان متوسط دوم»، فصلنامه روان‌شناسی تجربی و شناختی، سال اول، شماره ۳، صص ۱۰۱-۱۱۸.
<https://www.quarterlyecp.com/index.php/ecp/article/view/93/70>
- بی‌نیاز، علیرضا و عبدالعزیز افلاک سیر و محمدعلی گودرزی (۱۴۰۲) «پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس سبک‌های هویت و پذیرش خود در دانشجویان»، مطالعات روان‌شناسی بالینی، سال سیزدهم، شماره ۵۱، صص ۱۴۹-۱۷۴.
<https://doi.org/10.22054/jcps.2023.61545.2586>
- پورشریفی، حمید و مجتبی حبیبی و فریبا زرانی و احمد عاشوری و میترا حفاظی و احمد حاجبی و جعفر بوالهری (۱۳۹۱) «نقش افسردگی استرس شادکامی و حمایت اجتماعی در شناسایی افکار خودکشی دانشجویان»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال هجدهم، شماره ۲، صص ۹۹-۱۰۷.
<https://www.magiran.com/paper/1053227/%D9%86%D9%82%D8%B4>
- ثناگوی‌محرر، غلامرضا و شهرزاد رضا حسینی و مریم توران‌پورا و مرضیه شکری (۱۳۹۶) «رابطه ویژگی‌های پنج‌عاملی شخصیت با میزان افسردگی و گرایش به خودکشی در نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست مقیم خانه‌های بهزیستی شهرستان زابل»، فصلنامه مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی، سال سوم، شماره ۲، صص ۴۲-۳۴.
<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1232612>
- خدابخشی کولایی، آناهیتا و الهام خلیلی (۱۳۹۴) «رابطه بین تصویر بدنی و هیجان خواهی با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر اراک»، فصلنامه پژوهش‌های انتظامی اجتماعی زنان و خانواده، سال سوم، شماره ۱، صص ۲۲-۲۷.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23224274.1394.1394.4.4.3>
- جعفری، سیمین و آریتا حسینی و رقیه کیانی استار و سپیده جعفری و روح‌الله طالبی (۱۳۹۴) «بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی دانشجویان اقدام‌کننده خودکشی و دانشجویان دارای سبک زندگی سالم»، مجله علوم رفتاری، شماره ۲۳، صص ۲۷-۴۲.
<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1336638>
- نجمی، مرضیه و کاظم ملکوتی و جعفر بوالهری و مرجان پشت‌مهدی و صفیه اصغرزاده امین (۱۳۸۶) «عوامل

پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی شهر کرج»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، شماره ۵۰، صص ۲۱۹-۲۲۶.

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/317533>.

حیدری، آرمان و کیهان رسایی‌پور (۱۳۹۲) «بررسی عوامل اجتماعی و روان‌شناختی مؤثر بر گرایش به خودکشی: نمونه موردی زنان ۱۶ تا ۴۰ ساله شهر یاسوج»، فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال چهارم، شماره ۲، صص ۲۰۹-۲۳۴.

<https://doi.org/10.22059/ijsp.2013.52143>.

حسینی، زهرا سادات و الهام فریبرز (۱۳۹۴) «رابطه بین ابعاد هویت با افکار خودکشی در سربازان ارتش»، فصلنامه ابن‌سینا، سال هفدهم، شماره ۴، صص ۱۹-۲۵.

<http://ebnesina.ajajums.ac.ir/article-1-368-fa.html>.

داوری، رحیم و حشمت‌الله احمدی (۱۳۹۸) «مدل ساختاری ویژگی‌های شخصیتی با میانجی‌گری معنویت در گرایش به خودکشی و سوء مصرف مواد»، مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، شماره ۵۱، صص ۶۷-۷۶.

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1490148>.

دستغیب، عبدالحسین (۱۳۶۱) گناهان کبیره (جلد ۱)، تهران، اسلامیه.
دلاور، علی (۱۳۸۴) روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران، ویرایش.
روشنی، زهرا و همایون مرادخانی (۱۴۰۳) «در تکاپوی هویت فردی: تجربه خودکشی زنان در شهرستان هلیلان»، فرهنگ ایلام، سال بیست‌وششم، شماره ۸۲ و ۸۳، صص ۹۵-۱۰۹.

<https://www.doi.org/10.22034/farhang.2024.428448.1720>.

رشید، سجاد و احمدرضا کیانی و کاظم خرم‌دل و بهجت محمدنژادی و بهناز عبدالهی و فرنوش مکارمی مقدم (۱۳۹۵) «همبستگی حمایت اجتماعی ادراک شده، تعلق‌پذیری خنثی و احساس بار بودن با خودکشی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی»، مجله پژوهش، شماره ۱۱۲، صص ۱۹۲-۱۹۸.

<http://pajoothane.sbm.ac.ir/article-1-2248-fa.html>.

سلطانی‌نژاد، عبدالله و علی فتحی آشتیانی و خدابخش احمدی و عماد یاحقی و علیرضا نیک‌مراد و روح‌الله کریم و عاطفه عبدالمنافی و وحید بهنود (۱۳۹۱الف) «الگوی ساختاری رابطه اختلال شخصیت مرزی، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار، تکانشگری و افکار خودکشی در سربازان»، فصلنامه طب انتظامی، سال اول، شماره ۳، صص ۱۸۳-۱۷۶.

<http://dx.doi.org/10.30505/1.3.5>.

سلطانی‌نژاد، عبدالله و علی فتحی آشتیانی و خدابخش احمدی و پرویز آزادفلاح و جعفر انیسی (۱۳۹۱ب) «رابطه جهت‌گیری مذهبی با سابقه اقدام به خودکشی در سربازان»، مجله روان‌شناسی نظامی، شماره ۱۰، صص ۳۵-۴۶.

<https://2.189.160.148/fa/article/554091>.

فروجی، فریده و ندا کاکایی و محمدکاظم عاطف وحید و احمد سهرابی و سمیرا پورقربانی (۱۳۹۴) «عوامل خطر اقدام به خودکشی در سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر»، فصلنامه اعتیادپژوهی، شماره ۳۳، صص ۷۱-۹۰.

<http://etiadjahiri.ir/article-1-529-fa.html>.

قلی‌زاده، شیرین و نسترن منصوریه (۱۴۰۳) «بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی، سبک‌های هویتی با گرایش به افکار خودکشی در افراد دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی: یک مطالعه توصیفی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، سال بیست‌وسوم، شماره ۱۱، صص ۹۷۲-۹۶۰.

<http://dx.doi.org/10.61186/jrums.23.11.960>.

قادری، صلاح‌الدین و حامد نظری (۱۳۹۸) «خودکشی در ایران (بر اساس آمارهای سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۳)»، دوفصلنامه مسائل اجتماعی ایران، سال دهم، شماره ۱، صص ۱۹۵-۲۱۶.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.24766933.1398.10.1.1.3>.

علی‌وردی‌نیا، اکبر و رضایی، احمد و فریبرز پیرو (۱۳۹۰) «تحلیل جامعه‌شناختی گرایش دانشجویان به خودکشی»، فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی، شماره ۴۴، صص ۱-۱۸.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20085745.1390.22.4.1.3>.

عارفی، مرضیه (۱۳۸۱) «بررسی میزان خودکشی در سطح استان آذربایجان غربی بین سال‌های ۱۳۷۷-۱۳۷۸ و دستیابی به برخی از متغیرهای اثرگذار بر آن اساس‌نامه»، روان‌شناسی و علوم تربیتی، شماره ۱۶۴، صص ۱۴۱-۱۶۲.

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

کیانی چلمردی، احمدرضا و پژمان هنرمند قوجه بیگلو و سعید خاکدل و بهمن زردی (۱۳۹۷الف) «بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه مقیاس رابطه خانوادگی و برآورد همبستگی آن با خود گزارش‌دهی رفتارهای خودکشی نوجوانان دبیرستانی»، مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده، شماره ۲۵، صص ۱۴۸-۱۶۴.

<https://doi.org/10.22034/fcp.2018.60862>.

کیانی چلمردی، احمدرضا و یاسمن جمشیدیان و سجاد رشید (۱۳۹۷ب) «تحلیل نقش میانجی مدل بین فردی خودکشی (ادراک سربار بودن، تعلق‌پذیری خنثی) در رابطه بین اهمیت داشتن و خودکشی»، مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، شماره ۴۷، صص ۵۷-۶۶.

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1441718>.

کرمی، جهانگیر و علی زکی‌بی و ع مصطفی لیخانی و فرهاد محمدی (۱۳۹۲) «رابطه ویژگی‌های شخصیتی مدل آیزنک و تاب‌آوری با نگرش به خودکشی در بین دانش‌آموزان دختر»، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، شماره ۳۰، صص ۱۴۷-۱۶۴.

https://journals.tabrizu.ac.ir/article_4255.html.

محمدی، سمیه و شهرزاد ایزدپناه و علیرضا فاضلی مهرآبادی و لیلی پناغی و فاطمه قدیری (۱۳۹۰) «تأثیر سبک‌های هویتی بر افکار خودکشی در دانشجویان»، مجله علوم رفتاری، سال پنجم، شماره ۱، صص ۶۱-۶۷.

<https://sid.ir/paper/129682/fa>.

موحدی، یزدان و معصومه موحدی و تورج هاشمی و نعیمه ماشینچی عباسی و زهره بازگیر (۱۳۹۲) «پیش‌بینی گرایش به خودکشی دانشجویان بر پایه دین‌داری حمایت اجتماعی و خانوادگی و افسردگی»، مجله فرهنگ در دانشگاه اسلامی، سال سوم، شماره ۱، صص ۸۳-۱۰۶.

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1066180>.

مکیان، سید نظام‌الدین و عزت‌الله لطفی (۱۳۹۴) «علل اقتصادی خودکشی مطالعه موردی اقتصاد ایران»، مجله

- سیاست‌گذاری اقتصادی، شماره ۱۳، صص ۱۶۳-۱۸۶.
- <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.26453967.1394.7.13.7.8>.
- مهرایی، حسینی و هما شیخ‌دارانی (۱۳۹۲) «نقش عوامل مؤثر در گرایش به خودکشی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه»، مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، شماره ۵۳، صص ۹۱-۱۰۰.
- <https://sanad.iau.ir/fa/Article/889705?FullText=FullText>.
- معیدفر، سعید و حسین حسن‌پناه (۱۳۸۹) «عوامل اجتماعی مؤثر و خودکشی جوانان استان کردستان»، فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره ۳، صص ۱۲۳-۱۴۴.
- https://journal.ut.ac.ir/article_21902.html.
- موسوی بجنوردی، سیدمحمد و مریم رضوی‌نیا (۱۳۹۳) «اتانازی در فقه و حقوق اسلامی با محوریت آرای امام خمینی (ره)»، پژوهشنامه متین، ۱۶(۶۳)، صص ۲۱-۵۰.
- <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.24236462.1393.16.63.2.1>.
- نعمتی سوگلی‌تیه، فاطمه (۱۳۹۶) «پیش‌بینی افکار خودکشی دانشجویان بر اساس افسردگی اختلال شخصیت مرزی دین‌داری حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای»، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، سال دوازدهم، شماره ۴۵، صص ۲۵۵-۲۸۰.
- <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27173852.1396.12.45.12.5>.
- وجودی، بابک و تورج هاشمی نصرت‌آباد و قاسم عبدل‌پور و نعیمه ماشینی‌عباسی (۱۳۹۴) «پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های هویت»، روان‌شناسی معاصر، سال دهم، شماره ۱، صص ۴۷-۵۶.
- <https://2.189.160.148/fa/article/343556>.
- وبسایت تابناک (۱۴۰۴). آمار باورنکردنی از میزان خودکشی در ایران.
- <https://www.tabnak.ir/fa/news/1328217/%D8%A2%D9%85%D8%A7%D8%B1-%D8%A8%D8%A7%D9%88%D8%B1%D9%86%DA%A9%D8%B1%D8%AF%D9%86%DB%8C-%D8%A7%D8%B2-%D9%85%DB%8C%D8%B2%D8%A7%D9%86-%D8%AE%D9%88%D8%AF%DA%A9%D8%B4%DB%8C-%D8%AF%D8%B1-%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86>
- American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A. T. (1977) Cognitive Therapy: A New Approach to the Treatment of Depression. Guilford Press.
- Durkheim, É. (1897) Le Suicide: Étude Sociologique. Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1917) Mourning and Melancholia. International. Journal of Psycho-Analysis, 4(2), 249-268.
- <https://pep-web.org/browse/document/ijp.004.0243a>
- Joiner, T. (2005) Why People Die by Suicide. Harvard University Press.
- Merton, R. K. (1938) Social Structure and Anomie. American Sociological Review, 3(5), 672-682.

- Mann, J. J. (2003) Neurobiology of Suicidal Behavior. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(7), 552-56.
<https://doi.org/10.1038/nrn1131>.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Lee, S., & Kessler, R. C. (2008) Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154.
<https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000) The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4).
- Scherer, S. W. (2008) Genetics of Suicide. *Journal of Psychopharmacology*, 22(11), 1146-1154.
- Wang, J., et al. (2016) The role of social support in the relationship between depression and suicide ideation among Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 202, 155-162.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.010>.