

Comparative-Quantitative Analysis of the Relationship between Social Capital and Economic Instability with Suicide Rates (Intra-Country Study, 2011-2012)

Afshar Kabiri (Corresponding Author) 

Associate Professor of Sociology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia, Urmia University (a.kabiri@urmia.ac.ir)

Morteza Mahmoodzadeh 

M.A. in Social Research, Urmia, Farhangian University (mmahmoodzadeh902@gmail.com)

Abstract

Suicide, due to its prevalence across societies both traditional and modern has attracted considerable attention from researchers across multiple disciplines, including psychology and sociology. The primary aim of the present study is to examine and elucidate the interprovincial differences in suicide rates within Iran. This research adopts a macro-sociological perspective, critically reviewing existing literature and social order theories to analyze the phenomenon of suicide. Employing a comparative-quantitative approach, the study utilizes secondary data spanning 2011–2021, with provinces serving as the unit of analysis. Empirical findings indicate that the linear combination of the examined variables accounts for approximately 0.63 of the variance in provincial suicide rates. Among the predictors, changes in inflation rates ($\beta = 0.327$) and unemployment rates ($\beta = 0.220$) exerted the strongest positive and direct effects on suicide rates, whereas life satisfaction ($\beta = -0.146$) and future outlook ($\beta = -0.028$) exhibited negative associations. These results suggest that provinces with higher inflation and unemployment experienced elevated suicide rates, while higher levels of life satisfaction and positive future expectations were associated with lower rates of suicide. Accordingly, the findings imply that individuals with weak social support and diminished social cohesion are particularly vulnerable to rapid, disjointed, and severe economic changes, which may increase the likelihood of suicide.

Keywords: Comparative-quantitative analysis, Suicide, Social capital, Economic indicators, Iran.



Social Problems of Iran, Vol. 17, No. 1, Spring 2026

Received: 27/02/2026 Accepted: 04/05/2026 Pages 203–246



Extended Abstract

1. Introduction

Suicide as a social phenomenon, although rooted in individual action, is sociologically, especially in the Durkheimian tradition, a function of social realities (integration and regularity). In Iran, statistics from the Forensic Medicine Organization show that the number of successful suicides increased from 2,598 in 2011 to 5,085 in 2013, and the suicide rate increased from 3.5 to 6 per 100,000 people. Furthermore, the distribution of suicide frequency among provinces is not uniform: Ilam province with an average rate of 0.116 and Siستان and Baluchestan province with a rate of 0.018 are at the top and bottom of this spectrum. This intra-country heterogeneity shapes the main research question: What factors explain the difference in suicide rates among Iranian provinces? The present study answers this question with a macro-sociological approach, simultaneously emphasizing the two constructs of social disorganization (as weak social capital, social ties, and institutional support) and economic instability (as inflation, unemployment, and declining GDP).

The theoretical framework of the study is based on five axes: (1) Durkheim's suicide theory (1897), emphasizing two social trends of integration and regularity that cause selfish suicide (caused by weak cohesion) and anomic suicide (caused by disorder and economic crisis), respectively. Durkheim explicitly showed that financial crises and worsening economic conditions, such as the Vienna crisis of 1873, are accompanied by a sudden increase in suicide. (2) The theory of social disorganization (Wilson and Herrnstein), which emphasizes the weakening of institutions such as the family, school, and local communities and the reduction of the effectiveness of informal controls. (3) Stress theory (Agnew), which considers stressful events and lack of social support as the cause of negative emotions and ultimately deviant behaviors. (4) Social bond theory (Hirschi) which emphasizes the role of attachment, commitment, involvement and belief in preventing deviance. (5) The concept of economic disorganization, which refers to crisis, recession, decline in GDP, chronic inflation and structural unemployment. The combination of these theories provides an explanatory model according to which the weakness of social capital (social disorganization) on the one hand and economic instability on the other hand interactively create the basis for an increase in suicide. The main hypothesis of the research: "The suicide rate is a function of social disorganization and economic instability."

2. Methodology

The research is a comparative-quantitative within-country study with a cross-sectional design (10 years). The unit of analysis is the 31 provinces of Iran in the period 2011-2014 (except for some indicators that continued until 2013). The data collection method is secondary analysis of existing data from three main sources :Suicide: Statistics from the Iranian Forensic Medicine Organization (number of successful suicides and rate per 100,000 people). Social capital indicators (social disorganization): Data from the social capital survey including eight dimensions: perception of the institutional success of the system, perception of the desirability of society, assessment of the future, perception of the existence of justice and equality, public trust, lawlessness, social participation, and life satisfaction. Economic indicators (economic instability): Data from the Central Bank and the Statistical Center of Iran including GDP per capita, Gini coefficient, unemployment rate, inflation rate, and economic participation rate.

3. Findings

The suicide trend in the country has been on the rise during the years 2011-2023. The suicide rate has increased from 4.7 in 2011 to 8.8 in 2023 (an increase of about 87 percent). Suicide attempts have also increased from 112 to 195 per 100,000 people. The provinces of Ilam (0.116), Kermanshah (0.110), Kohgiluyeh and Boyer Ahmad and Lorestan (0.088) have the highest average suicide rates, and the provinces of Sistan and Baluchestan, South Khorasan, Yazd and Mazandaran have the lowest rates. The average social capital indicators in the country are low: the highest life satisfaction is in Bushehr and the lowest in Kurdistan. The multiple regression model (simultaneous entry of 14 independent variables) showed: the multiple correlation coefficient is $R=0.796$ and the coefficient of determination is $R^2=0.633$. In other words, the linear combination of variables explains about 63% of the variance in suicide rates across provinces (the adjusted coefficient of determination is 0.312, which indicates that about 31% of the variance is explained by taking into account the number of variables. Among the 14 variables, only four variables had a significant effect: Changes in inflation rate and unemployment rate are positive and direct; with increasing inflation and unemployment, the suicide rate increases, and the variables of life satisfaction and assessment of the future have a significant negative and inverse relationship with the suicide rate, meaning that with increasing life satisfaction and positive assessment of the future, the suicide rate decreases.

4. Conclusion

The research findings clearly support Durkheim's theoretical framework and post-Durkheimian theories. Increased inflation and unemployment (economic instability) as indicators of economic disorder and anomie are associated with increased suicide. This finding is consistent with the research of Hassel et al. (2014) in Greece, Amiri (2021) and Frasquiello et al. (2016). On the other hand, decreased life satisfaction and negative evaluation of the future (which are reflections of weak social capital and social disorganization) are associated with increased suicide. It is noteworthy that many dimensions of social capital (public trust, social participation, lawlessness, etc.) did not show a significant effect in the regression analysis, which is in line with the findings of Salehabadi (1400) and somewhat different from the findings of Bahador (1400). This may be due to differences in indexing, time period or level of analysis. Suicide in Iran, especially in the western and southwestern provinces, is a multi-causal social problem that is formed at the intersection of social disorganization (weak supports, low life satisfaction, pessimism about the future) and economic instability (inflation and chronic unemployment).

Therefore, any effective intervention in reducing suicide requires an integrated and context-based approach. Therefore, it is suggested that designing social policies based on strengthening social capital (local participatory programs, support groups) along with economic stabilization policies (inflation control and unemployment reduction) be put on the agenda as preventive strategies for suicide.

Keywords: Comparative-quantitative analysis, Suicide, Social capital, Economic indicators, Iran.

تحلیل تطبیقی رابطه سرمایه اجتماعی و بی ثباتی اقتصادی با نرخ خودکشی (مطالعه درون کشوری دهه ۱۳۹۰-۱۴۰۰)

افشار کبیری^۱ ID مرتضی محمودزاده^۲ ID

چکیده

مسئله خودکشی به دلیل شیوع آن در تمام جوامع اعم از سنتی و پیشرفته، توجه بسیاری از محققان رشته های گوناگون از جمله روانشناسی و جامعه شناسی را به خود جلب کرده است. هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی و تبیین تفاوت نرخ خودکشی در بین استان های کشور است. در این پژوهش ضمن مرور انتقادی منابع و تئوری های حوزه نظم اجتماعی، با رویکرد جامعه شناختی کلان به تبیین مسئله خودکشی پرداخته شده است. روش پژوهش، تطبیقی-کمی با استفاده از تحلیل ثانویه داده های موجود، در بازه زمانی ۱۳۹۰-۱۴۰۰ با واحد تحلیل استان اجرا شده است. یافته ها حاکی از آن بود که ترکیب خطی متغیرها قریب به دوسوم واریانس نرخ خودکشی را در بین استان های کشور تبیین کردند و تغییرات نرخ تورم، نرخ بیکاری، رضایت از زندگی و ارزیابی از آینده به ترتیب حائز بیشترین تأثیر بر نرخ خودکشی هستند. در ضمن، دو متغیر تغییرات نرخ تورم و نرخ بیکاری تأثیر مثبت و دو متغیر رضایت از زندگی و ارزیابی از آینده تأثیر منفی بر خودکشی داشته اند. بر اساس یافته ها، می توان گفت در استان هایی که با ضعف و کاهش حمایت ها و پیوند اجتماعی در سایه فروگاهی سرمایه اجتماعی، با بروز فشارهای اقتصادی، افرادی که احساس حمایت اجتماعی ضعیفی دارند، در برابر تغییرات سریع، ناهماهنگ و شدید اقتصادی آسیب پذیرتر بوده و احتمال اقدام به خودکشی افزایش می یابد.

کلیدواژگان: تحلیل تطبیقی-کمی، خودکشی، سرمایه اجتماعی، شاخص های اقتصادی، ایران.

۱. دانشیار جامعه شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول) / a.kabiri@urmia.ac.ir

۲. کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه فرهنگیان، ارومیه، ایران / mmahmoodzadeh902@gmail.com



۱. مقدمه و بیان مسئله

خودکشی ازجمله مسائل اجتماعی است که همواره در جامعه ضریب تأثیر بالایی در جریحه دارکردن احساسات عمومی مردم دارد. در دنیای امروزه جامعه‌ای وجود ندارد که بتوان گفت هیچ‌گونه خودکشی در آن صورت نمی‌گیرد. این واقعیت نشان‌دهنده آن است که خودکشی یک پدیده عادی است و زمانی به یک مسئله اجتماعی و پدیده نابهنجار تبدیل می‌شود که از حد معمول و نرمال خود فراتر رود. بروز خودکشی طی سال‌های اخیر روند فزاینده‌ای به خود گرفته است که نه تنها موجب افزایش تنش و نگرانی در بین جوامع گردیده است بلکه کل جهان را تحت تأثیر خود قرار داده است (تورکی و همکاران، ۲۰۱۹).

خودکشی سومین عامل مرگ و میر نوجوانان و یکی از علل شایع مرگ در جهان و یکی از ده علت اصلی مرگ و میر در اغلب کشورهای جهان است و طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی، مرگ ناشی از خودکشی حتی بیشتر از مرگ ناشی از مسائلی چون جنگ و قتل است. البته، علاوه بر میزان خودکشی‌های موفق، حدوداً ده تا بیست برابر نیز اقدام به خودکشی دیده می‌شود که می‌توان برآورد نمود که سالانه در دنیا تقریباً بین ۱۰ تا ۲۰ میلیون نفر اقدام به خودکشی می‌کنند (استیو، ۱۳۹۹؛ کوریموتو^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). گسترش این پدیده و آسیب‌ها و پیامدهای آن موجب شده است تا سازمان بهداشت جهانی روز ۱۰ سپتامبر (۱۹ شهریور) را روز پیشگیری از خودکشی نام‌گذاری نماید (جارسون و همکاران، ۱۹۹۴).

نرخ خودکشی در جهان ۱۶ مورد به ازای هر یک صد هزار نفر جمعیت است، اما این رقم در ایران ۶ نفر در هر یک صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۰۰ رسیده است که بر این اساس کشور ایران در رتبه ۱۵۵ جهان قرار دارد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۶؛ سازمان پزشکی قانونی، ۱۴۰۲). البته در مقایسه با میانگین‌های جهانی، نرخ خودکشی در ایران نسبتاً پایین‌تر گزارش شده است که این امر را می‌توان در پیوند با ساختار اجتماعی و فرهنگی جامعه ایران تحلیل کرد. جامعه ایران به طور سنتی از سطح بالاتری از پیوندهای خانوادگی، خویشاوندی و شبکه‌های حمایتی غیررسمی برخوردار بوده است؛ پیوندهایی که در چارچوب نظری دورکیم، به عنوان عامل تقویت‌کننده انسجام اجتماعی و کاهش رفتارهای خودویرانگر شناخته می‌شوند. خانواده گسترده، نظارت اجتماعی غیررسمی، هم‌زیستی بین نسلی و نقش حمایتی

1. Turecki

2. Steve

3. Kurimoto

خویشاوندان، در بسیاری از موارد به عنوان سازوکارهای بازدارنده در برابر انزوای اجتماعی و فروپاشی روانی عمل کرده‌اند. افزون‌براین، باورهای دینی و هنجارهای فرهنگی مسلط که خودکشی را امری ناپذیرفتنی و مذموم تلقی می‌کنند، از طریق درونی‌سازی هنجارها و اعمال کنترل اخلاقی، به تنظیم رفتار فردی و مهار گرایش به خودکشی کمک کرده‌اند. از منظر جامعه‌شناختی، این عوامل را می‌توان مصادیقی از «تنظیم هنجاری» و «ادغام اجتماعی» دانست که در مجموع، سطح خودکشی را در جامعه ایران نسبت به بسیاری از جوامع صنعتی شده پایین‌تر نگه داشته‌اند؛ هرچند شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که تضعیف تدریجی این سازوکارهای سنتی در سال‌های اخیر، می‌تواند زمینه‌ساز افزایش نرخ خودکشی در آینده باشد (طالبان، ۱۴۰۰: ۱۵۹). همچنان که اگر به تغییرات نرخ خودکشی درون‌کشوری در بازه زمانی ۱۰ ساله نگاهی داشته باشیم مسئله‌مندی موضوع بیشتر مشخص خواهد شد. در ایران، آمارهای خودکشی حاکی از روند صعودی خودکشی در دهه اخیر است، به طوری که تعداد خودکشی منجر به فوت در سال ۱۳۹۰ از تعداد ۲۵۹۸ مورد به تعداد ۵۰۸۵ مورد در سال ۱۴۰۰ رسیده است و نرخ خودکشی نیز از ۳٫۵ مورد در یک صد هزار نفر با افزایش حدود ۸۰ درصدی به ۶ مورد در یک صد هزار نفر رسیده است (سازمان پزشکی قانونی، ۱۴۰۲). علاوه بر این، مرور آمارهای کشوری میزان خودکشی در ده سال اخیر نشان داد که توزیع فراوانی خودکشی در بین استان‌ها یکنواخت نیست، فاصله میانگین استان‌ها از ۱۱٫۶ نفر در یک صد هزار نفر تا ۱٫۸ نفر در یک صد هزار نفر در نوسان است.

علاوه بر این آمارهای رسمی، پژوهش‌های عدیده‌ای در ایران در خصوص خودکشی‌های موفق و اقدام به خودکشی انجام شده است که نشان می‌دهند تعداد واقعی اقدام به خودکشی بسیار بیشتر از موارد منجر به فوت است و عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی متعددی در بروز آن نقش دارند (محمدی، ۱۳۹۷؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۸؛ احمدی و همکاران، ۱۴۰۰). این پژوهش‌ها تأکید دارند که بررسی هم‌زمان خودکشی موفق و اقدام به خودکشی برای درک کامل مسئله اجتماعی خودکشی ضروری است.

بر اساس این شواهد تجربی، مسئله‌مندی موضوع خودکشی به لحاظ تفاوت میزان خودکشی برحسب استان قابل طرح است. افزایش خودکشی در برخی از نواحی کشور استان‌های ایلام، کرمانشاه، لرستان، چهارمحال و بختیاری، همدان، کردستان، آذربایجان غربی، کهگیلویه و بویراحمد، اردبیل و فارس باعث شده است که محققان علوم اجتماعی درصدد تبیین علل و عوامل مؤثر بر این پدیده برآیند.

تفاوت نرخ خودکشی در ادوار مختلف و روند افزایشی آن در دهه اخیر، ازجمله دلایل دیگر مسئله‌مندی موضوع است. با توجه به مطالبی که ذکر شد توجه به علت یا علل خودکشی بسیار ضروری و حائز اهمیت است. با این اوصاف سؤال اصلی تحقیق این است که تفاوت نرخ خودکشی در بین استان‌ها با کدام عوامل قابل تبیین است؟

با وجود انجام پژوهش‌های متعددی در ایران در حوزه خودکشی و اقدام به خودکشی، اکثر مطالعات گذشته به صورت منطقه‌ای، توصیفی یا بریک متغیر خاص تمرکز داشته‌اند و کم‌تر به بررسی هم‌زمان رابطه عوامل اجتماعی و اقتصادی با خودکشی در سطح ملی پرداخته‌اند. پژوهش حاضر با استفاده از تحلیل تطبیقی-کمی در بازه زمانی ۱۳۹۰-۱۴۰۰ و بررسی تمامی استان‌های کشور، به طور هم‌زمان بی‌سازمانی اجتماعی و بی‌ثباتی اقتصادی را به عنوان عوامل مؤثر بر خودکشی مورد تحلیل قرار می‌دهد. به این ترتیب، مطالعه حاضر شکاف مطالعات پیشین را پر می‌کند و با ارائه شواهد کمی در سطح ملی، امکان درک دقیق‌تر از روندهای خودکشی و عوامل مرتبط با آن را فراهم می‌آورد.

۲. چارچوب نظری

خودکشی به مثابه پدیده‌ای پیچیده، چندبُعدی، کیفی، سیال و زمینه‌محور، دارای ابعاد گوناگون اجتماعی، زیستی، روانی، اقتصادی، فرهنگی و... است (قادرزاده و همکاران، ۱۳۹۳: ۲؛ تورکی و همکاران، ۲۰۱۹؛ مولوی و همکاران ۲۰۰۷). مفهوم خودکشی به لحاظ مفهومی «خاتمه دادن عمدی به زندگی به میل خود و به دست خود» نخستین بار در ۱۷۳۷ میلادی توسط دفانتون استفاده شده است (ماکسین ژائی، ۲۰۲۲). در تبیین خودکشی، گروهی صاحب نظر به ساختارهای اجتماعی عنایت داشته (صالحی، ۱۴۰۳: ۱۶۸) و گروهی دیگر این پدیده را برگرفته از مسائل فردی و روانی دانسته‌اند

(رافعی، ۲۰۰۹). امیل دورکیم، اولین تحقیق جامعه‌شناختی منظم، تجربی و علمی سامانمند، درباره خودکشی و علل آن را انجام داده است. دورکیم در مقام جامعه‌شناس به مطالعه علت خودکشی فردی خاص نمی‌پردازد (رستمی و همکاران، ۲۰۱۶) (برک، ۲۰۰۶)، در عوض علاقه مند به تبیین تفاوت میزان‌های خودکشی است؛ یعنی به چرایی بالاتر بودن میزان خودکشی یک گروه از گروه دیگر علاقه‌مند است (شجاعی، ۲۰۱۳).

1. Muxin Zhai

2. Berk

عوامل روانی یا زیستی شاید علت خودکشی فردی خاص در گروه باشد، اما امیل دورکیم می‌پندارد فقط واقعیت‌های اجتماعی می‌تواند علت بالاتر بودن میزان خودکشی یک گروه از گروه دیگر را تبیین کند (ژانگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۶، هاملین و بریم^۲، ۲۰۰۶).

دورکیم دو راه به هم مرتبط برای ارزیابی میزان‌های خودکشی در نظر می‌گیرد: یکی مقایسه جوامع متفاوت یا انواع دیگر جمع‌ها و دیگری، بررسی تغییرات میزان خودکشی در یک جمع در طول زمان (بدکاک و همکاران، ۲۰۲۱^۳). در هر صورت منطق استدلال، خواه میان فرهنگی و خواه تاریخی، یکی است. به عقیده دورکیم چنانچه میزان خودکشی از گروهی به گروهی دیگر یا از زمانی به زمانی دیگر متغیر باشد تفاوت ناشی از تغییر در عوامل جامعه‌شناختی خاصه جریانات اجتماعی است (آرون^۴، ۱۳۷۹: ۱۳۶-۱۳۷؛ ییپ و همکاران، ۲۰۱۲^۵). دورکیم اذعان می‌کند افراد چه بسا دلایلی برای اقدام به خودکشی داشته باشند اما آن دلایل علت واقعی نیست: «می‌گویند آن‌ها مبین نقطه ضعف‌های فرد است که از آنجا جریان خارجی پدید آورنده میل شدید خودویرانگری خیلی راحت وارد می‌شود. اما آن‌ها هیچ بخشی از خود این جریان نیست و لاجرم نمی‌تواند به درک خودکشی کمک کند» (دورکیم، ۱۸۹۷: ۱۵۱؛ وانگ و همکاران، ۲۰۱۶^۷).

دورکیم کتاب خودکشی را با واریسی و رد مجموعه‌ای از نظریات مختلف در باب علل خودکشی آغاز می‌کند. نظریه تقلید، آسیب‌شناسی روانی فرد و الکلیسم و نژاد و وراثت و اقلیم از جمله این علل اند (بخارایی، ۱۳۳۱؛ محمدیان و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۲۴-۱۳۷). رویکرد روانشناسی اجتماعی با نظریه تقلید مهم‌ترین رقیب تئوریک دورکیم در توجه بر واقعیت‌های اجتماعی بود. از این رو، بی‌اعتبار کردن آن برای دورکیم خیلی پُر زحمت بود. دورکیم استدلال می‌کند چنانچه تقلید واقعاً مهم بود باید شاهد آن بودیم که ملت‌های هم‌جوار در کشوری با میزان خودکشی بالا خود نیز دارای میزان بالای خودکشی باشند، اما بررسی داده‌ها حاکی از این است که چنین رابطه‌ای وجود ندارد. دورکیم می‌پذیرد که چه بسا برخی خودکشی‌های فردی ناشی از تقلید باشد اما چنین عامل کوچکی اثر مهمی بر میزان کلی خودکشی ندارد.

1. Zhang

2. Hamlin & Brym

3. Badcock and et al

4. Aron

5. Yip and et al

6. Durkheim

7. Wang et al

دورکیم نتیجه می‌گیرد عامل‌های تعیین‌کننده خودکشی را باید در تفاوت سطوح واقعیت‌های اجتماعی جستجو کرد (ریتزر، ۱۳۹۹: ۱۳۶-۱۳۷؛ تیلور، ۱۳۷۹).

دورکیم در بررسی و تحلیل خودکشی بر دو واقعیت اجتماعی یکپارچگی^۲ و قاعده‌مندی^۳ تأکید دارد (گلدز، ۱۹۹۶). یکپارچگی اجتماعی همان نیروی پیوندی است که فرد با جامعه دارد و قاعده‌مندی همان نظارت اجتماعی و درجه محدودیت بیرونی بر افراد است. از نظر دورکیم این دو جریان اجتماعی متغیرهای پیوسته هستند و خودکشی هنگامی زیاد می‌شود که این دو جریان‌ها یا خیلی قوی‌اند یا خیلی ضعیف (عنبری، ۱۳۸۳: ۱۱۱؛ کوزر، ۱۳۸۵: ۱۳۷). اگر یکپارچگی، احساس انسجام و پیوستگی اجتماعی بالا باشد، منجر به خودکشی نوع دوستانه یا دیگرخواهانه می‌شود (تیلور، ۱۳۷۹)، درواقع، ساخت اجتماعی میان فرد و گروه چنان پیوستگی و اتحادی به وجود آورده که تفاوتی بین فرد و گروه نیست. یکپارچگی و سطوح پایین انسجام منجر به خودکشی خودخواهانه یا فردگرایانه خواهد شود (معیدفر، ۱۳۸۳: ۴۵-۴۲؛ ماریون، ۲۰۰۲). هرگاه انسان از جامعه‌اش برکنار افتد و به امیال شخصی‌اش واگذار شود و پیوندهایی که پیش‌ازاین او را به هم‌گنانش وابسته می‌ساختند سُست گردد، او برای خودکشی خودخواهانه یا فردگرایانه آمادگی می‌یابد (کوزر، ۱۳۸۵؛ ریتزر، ۱۳۹۹: ۱۳۸).
جریان اجتماعی دوم، قاعده‌مندی یا احساس نظارت اجتماعی است؛ سطوح بالای انتظام و نظارت اجتماعی به خودکشی قدرگرایانه منجر خواهد شد (موری، ۲۰۰۶: ۸۹-۸۶). شخصی که می‌خواهد از قیود جامعه خود را رها نماید، درحالی‌که در سطوح پایین انتظام، به خودکشی آنومیک یا بی‌هنجاری می‌انجامد (موسوی و همکاران، ۱۳۸۳: ۱۰۵-۱۰۲). شخصی که احساس می‌نماید که تمایلات و خواسته‌هایش به وسیله جامعه برآورده نمی‌شود، به خودکشی ناشی از ناهنجاری‌ها یا در اصطلاح خودکشی آنومیک دست می‌زند که معلول عدم تعادل، دگرگونی ساختاری، وقفه ناگهانی و شدید یا تغییرات عمیق و سریع در سازمان‌ها و نظام‌های اجتماعی است (ربانی، ۱۳۸۹؛ کیانی و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۴۸-۱۴۷).

1. Ritzer
2. Teilor
3. Integration
4. Regulation
5. Gelder
6. Coser
7. Marion
8. Murray

چنین وضعیت‌هایی خود معلول رکود سازمان اقتصادی، ازهم‌پاشیدگی ارزش‌های سنتی، تورم، تغییر حکومت، بی‌سازمانی سریع طبقات اجتماعی و انقلاب است. به عقیده دورکیم، در برابر چنین شرایط اجتماعی که به عنوان بلایای جمعی تلقی می‌شوند، سازگاری تثبیت شده برخی افراد و گروه‌ها دچار دگرگونی سریع شده و سازوکار روانی-اجتماعی آنان فلج می‌شود؛ به طوری که سازگاری مجدد و سریع آن‌ها ناممکن شده و زمینه خودکشی فراهم می‌شود (قادرزاده و همکاران، ۱۳۹۳: ۶؛ دورکیم، ۱۹۹۷).

به طور کلی باید مطرح کرد که صورت‌بندی اصلی دورکیم یک رابطه U شکل را می‌پذیرد: یکپارچگی و انسجام اجتماعی بسیار ضعیف به موقعیت احساس تنهایی و خودکشی خودخواهانه منجر می‌گردد. انسجام اجتماعی بسیار قوی به خودکشی دگرخواهانه منجر می‌شود و قاعده‌مندی و نظارت اجتماعی پایین خودکشی آنومیک را به وجود می‌آورد، از طرف دیگر، نظارت اجتماعی بیش‌ازحد (افراطی) به خودکشی تقدیرگرایانه منجر می‌شود (جمشیدی‌ها و همکاران، ۱۳۹۲).

دورکیم اذعان دارد که خودکشی تا حدی طبیعی است، ولی معتقد است جامعه مدرن شاهد افزایش بیمارگونه‌ای هم در خودکشی خودخواهانه یا فردگرایانه و هم در خودکشی آنومیک یا بی‌هنجارانه است. خودکشی آنومیک یا بی‌هنجارانه در شرایطی رخ می‌دهد که بی‌نظمی و اغتشاش در جامعه، ناهنجاری‌های اجتماعی را برانگیخته است. دورکیم نشان داده است که با وقوع بحران مالی و بدشدن شرایط اقتصادی در سال ۱۸۷۳ در وین، شمار خودکشی‌ها در طی چند سال متعاقب آن افزایش ناگهانی داشته است (ماکسین و همکاران، ۲۰۲۲؛ دورکیم، ۱۹۵۱). میزان این نوع خودکشی با افزایش مشکلات زندگی افزایش می‌یابد. در شرایط بحران‌های اقتصادی، طبقات اجتماعی احتمالاً درهم می‌ریزند، یعنی افرادی که زمانی در طبقات و لایه‌های اجتماعی بالا و یا بالاتر از متوسط قرار داشتند به طبقات پایین‌تر کشیده شوند و احساس بی‌سازمانی اقتصادی و بی‌امتیازی کنند و نتوانند خود را با شرایط جدید تطبیق دهند (وانگ، ۲۰۱۵: ۱۵۲؛ بدکاک، ۲۰۲۱).

امروزه بسیاری از نظریه‌پردازان منظور اصلی دورکیم را از مفهوم یکپارچگی، قاعده‌مندی و آنومی را بسط داده‌اند و آن را در سطوح خرد و کلان به کار گرفته‌اند (قادرزاده، ۱۳۹۳). در ادامه، نظریه‌پردازانی که با الهام از دورکیم به توسعه تئوری‌های جامعه‌شناختی درباره آسیب‌های اجتماعی پرداخته‌اند، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

این نظریه‌ها به‌ویژه نقش عوامل اجتماعی شامل فشار اجتماعی، پیوندهای اجتماعی، بی‌سازمانی اجتماعی، بی‌ثباتی اقتصادی و سرمایه اجتماعی در تبیین خودکشی که موضوع اصلی پژوهش حاضر است را مورد تأکید قرار می‌دهند.

بر اساس تئوری فشار، وقایع پُرتنش در خانواده یا محله منجر به احساسات منفی و سپس بزهکاری می‌گردد، به‌ویژه اگر منابع هنجاری چیره شود و حمایت والدین و همسالان قابل دسترسی نباشد. طبق این تئوری، می‌توان گفت که فقدان تعلقات اجتماعی و همچنین کاهش سرمایه اجتماعی در جامعه و نیز در درون خانواده باعث می‌شود که افراد، هنگام روبه‌رو شدن با منابع فشار بیرونی نتوانند بر آن‌ها غلبه نمایند؛ در نتیجه احساسات منفی در آنان ایجاد می‌شود که منجر به کج‌روی و ناهنجاری خواهد شد (چلبی و مبارکی، ۱۳۸۴).

هیرشی به‌عنوان پایه‌گذار نظریه پیوند اجتماعی معتقد است که کج‌رفتاری زمانی روی می‌دهد که پیوند میان فرد و جامعه ضعیف یا گسسته شود (ارل رابینگتن و مارتین واینبرگ، ۱۳۹۱). سرمایه اجتماعی در روابط نهادی شده چه در خانواده و چه در محل کار و اجتماع است که شدت کنترل غیررسمی را در سطح فردی تحکیم بخشیده و باعث کاهش کج‌رفتاری می‌شود (موسوی و همکاران، ۱۳۸۳).

بر اساس نظریه بی‌سازمانی اجتماعی، جامعه مدرن با تغییراتی مواجه بوده است، مثل تضعیف علاقه و روابط خویشاوندی، کاهش کارایی نهادهای اجتماعی، تضعیف روابط همسایگی، کاهش انسجام اجتماعی، افزایش فقر، افزایش بی‌اعتمادی و مواردی مانند آن که محیط مناسبی برای کج‌روی و جرم فراهم می‌کند (بدکاک، ۲۰۲۱). فرض بی‌سازمانی اجتماعی بر این است که عدم وابستگی به نهادها و سازمان‌های اجتماعی از قبیل مدرسه، خانواده و... موجب گرایش به جرم و رفتار انحرافی می‌شود. به عبارت دیگر، این نظریه بر شرایط تأکید می‌کند (شرایط بی‌سازمانی) که در آن وابستگی به نهادهای اجتماعی یعنی انسجام اجتماعی ضعیف و سازمان اجتماعی از هم پاشیده و دیگرکنترلی اعمال نمی‌شود (احمدی، ۱۳۷۷).

بی‌سازمانی اقتصادی به بحران و بی‌نظمی اقتصادی اشاره دارد که همراه با کاهش رشد و توسعه اقتصادی، اُفت تولید ناخالص ملی و داخلی است (یپ و همکاران، ۲۰۱۵). این بحران و ورشکستگی اقتصادی از طریق کاهش ذخیره کالاهای اساسی بازار و افزایش گرانی پیش‌بینی شدنی است؛ بنابراین با شکست تجارت و زیان‌های بازاریان، بیکاری افزایش و

میزان درآمد خانوارها کاهش شدیدی می‌یابد. یک اقتصاد ورشکسته به اقتصاد بیمار، پریشان و مضطرب می‌انجامد. همین شرایط یکی از مهم‌ترین عوامل افزایش رفتارهای خودکشی در بازه زمانی ۱۹۲۹ الی ۱۹۳۳ بوده است (رفیعی و سیفی، ۲۰۰۹).

با افزایش شدت بی‌سازمانی اقتصادی، فشارهای اقتصادی اجتماعی بر طبقات اجتماعی، باعث می‌شود که آن‌ها برای پاسخ به این شرایط، خودکشی را انتخاب کنند. خودکشی در شرایط بی‌ثباتی و بحران اقتصادی، انعکاس‌دهنده محرومیت نسبی، بیکاری، گرانی و تورم و افزایش ضریب جینی است. مؤلفه‌های اقتصادی امری حیاتی و تعیین‌کننده‌اند و سلامت اجتماعی، بهزیستی با سرمایه اقتصادی در ارتباط است. همراه با وخامت اقتصادی، افزایش فقر و نگرانی‌های مالی، سلامتی اجتماعی نیز در معرض خطر قرار می‌گیرد (موری و رایت، ۲۰۰۶).

تحلیل نظریه‌ها و مطالعات پیشین نشان می‌دهد که خودکشی پدیده‌ای پیچیده، چندبُعدی و زمینه‌محور است که تحت تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی، روانی و فرهنگی قرار دارد. از منظر جامعه‌شناختی، الهام‌پذیری از دورکیم مبتنی آن است که تفاوت‌های جمعی در میزان خودکشی عمدتاً ناشی از تغییرات در پیوندهای اجتماعی و ساختارهای نظارتی جامعه است؛ به‌گونه‌ای که کاهش انسجام و یکپارچگی اجتماعی، ضعف پیوندهای خانوادگی و اجتماعی و افزایش بی‌سازمانی اجتماعی و اقتصادی زمینه‌ساز افزایش خودکشی فردگرایانه و آنومیک می‌شوند.

نظریه‌های مرتبط با فشار اجتماعی، سرمایه اجتماعی و پیوند اجتماعی نیز نشان می‌دهند که فقدان تعلقات اجتماعی و کاهش سرمایه اجتماعی در سطح خانواده و جامعه، افراد را در مواجهه با منابع فشار بیرونی آسیب‌پذیر کرده و احتمال گرایش به خودکشی را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، بی‌ثباتی اقتصادی و بحران‌های مالی، کاهش رشد اقتصادی، افزایش بیکاری و تورم و نابرابری درآمدی به‌عنوان مؤلفه‌های کلیدی بی‌سازمانی اقتصادی، فشارهای اجتماعی-اقتصادی را تشدید کرده و زمینه‌ساز خودکشی جمعی می‌شوند. بنابراین، چارچوب نظری پژوهش حاضر بر پایه ترکیبی از نظریه دورکیم، نظریه‌های پیوند اجتماعی، فشار اجتماعی، سرمایه اجتماعی و بی‌سازمانی اقتصادی شکل گرفته است و فرضیه اصلی آن بیان می‌کند که نرخ خودکشی تابعی از تغییرات سرمایه اجتماعی و بی‌ثباتی اقتصادی است؛ بدین معنا که تغییرات در این دو متغیر اجتماعی و اقتصادی، می‌تواند به‌طور مستقیم و قابل اندازه‌گیری بر میزان خودکشی در جوامع اثر بگذارد.

۳. پیشینه تجربی

نخستین تلاش‌های تجربی در ایران برای تبیین جامعه‌شناختی خودکشی، متأثر از رویکردهای کلاسیک انسجام اجتماعی و آنومی بوده است. برای مثال، موسوی و همکاران (۱۳۸۳) در مطالعه‌ای کمی نشان دادند که متغیرهایی مانند نابرابری درآمدی، صنعتی شدن و رشد جمعیت بر تغییرات نرخ خودکشی در ایران تأثیر معنادار دارند؛ به گونه‌ای که افزایش نابرابری و شتاب تغییرات ساختاری، با افزایش خودکشی همراه بوده است.

جمشیدی‌ها و قلی‌پور (۱۳۸۳) نیز با تمرکز بر متغیرهای جمعیت‌شناختی و اقتصادی دریافتند اشتغال، تأهل، مکان زندگی و فشارهای اقتصادی از عوامل مؤثر بر تفاوت‌های منطقه‌ای خودکشی در ایران هستند. ربانی و محمدامینی (۱۳۸۹) در پژوهشی تحلیلی نشان دادند که نرخ بیکاری، تورم، نابرابری درآمدی، صنعتی شدن و شهرنشینی اثر مثبت و معناداری بر میزان خودکشی دارند و بی‌ثباتی اقتصادی را می‌توان از مهم‌ترین زمینه‌های بروز این پدیده دانست.

احمدی و ابوترابی زارچی (۱۳۹۱) با تمرکز بر سرمایه اجتماعی نشان دادند که سرمایه‌های اجتماعی تعمیق‌یافته ساختاری و نهادی رابطه منفی و معناداری با خودکشی دارند، درحالی‌که سایر ابعاد سرمایه اجتماعی و سرمایه اجتماعی کلی رابطه معناداری با خودکشی نشان ندادند. فرزین و همکاران (۱۳۹۴) با استفاده از شاخص فلاکت، نشان دادند که رکود اقتصادی، کاهش رشد اقتصادی و افزایش مستمر تورم به‌طور معناداری با افزایش خودکشی در ایران همراه بوده است.

خانزادی و همکاران (۱۳۹۵) نیز در مطالعه‌ای اقتصادسنجی دریافتند که افزایش نااطمینانی اقتصادی، رشد ضریب جینی، تورم و نوسانات رشد اقتصادی نقش تعیین‌کننده‌ای در افزایش خودکشی دارند. قادرزاده و پیری (۱۳۹۳) نشان دادند که فشارهای اجتماعی-اقتصادی، نرخ مشارکت اقتصادی و بیکاری از مهم‌ترین متغیرهای اثرگذار بر خودکشی هستند و تغییرات این شاخص‌ها می‌تواند نوسانات نرخ خودکشی را توضیح دهد.

بهادر (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای تطبیقی در ۳۱ استان کشور طی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۶ نشان داد که سرمایه اجتماعی خُرد، میانه و کلان همگی با خودکشی رابطه معنادار دارند و سرمایه اجتماعی کل رابطه‌ای منفی و قوی با خودکشی نشان می‌دهد. صالح‌آبادی (۱۴۰۰) با رویکردی انتقادی به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و خودکشی در استان‌های ایران پرداخت و نشان داد که اگرچه برخی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با خودکشی مرتبطاند، اما رابطه

کلی و پایای سرمایه اجتماعی با خودکشی در ایران مشاهده نمی‌شود و حتی در برخی موارد، افزایش اعتماد نهادی با افزایش خودکشی همراه بوده است. در مطالعات جدیدتر، جهانی دولت‌آبادی و همکاران (۱۴۰۲) نشان دادند که تورم بالا، افزایش نابرابری درآمدی و بی‌ثباتی اقتصادی در دهه ۱۳۹۰ تأثیر معناداری بر افزایش خودکشی در ایران داشته است.

در ادبیات خارجی، نقطه آغاز مطالعات تجربی خودکشی به پژوهش کلاسیک دورکیم (۲۰۱۳/۱۸۹۷) بازمی‌گردد که نشان داد میزان خودکشی با سطح یکپارچگی اجتماعی رابطه معکوس دارد و این پدیده بیش از آن‌که فردی باشد، ریشه در ساخت اجتماعی دارد. داگلاس جی^۱ (۱۹۶۷) و جاکوبز^۲ (۱۹۶۷) با تأکید بر بُعد اجتماعی خودکشی نشان دادند که این پدیده الگوپذیر و قابل‌پیش‌بینی است. تورلیندسون^۳ (۱۹۹۸) با مدل‌سازی نظریه دورکیم در سطح خرد نشان داد که انسجام خانوادگی و انتظام والدین نقش بازدارنده‌ای در انومی و تمایل به خودکشی جوانان دارند.

برتولوت^۴ (۲۰۰۲) نشان داد شرایط اشتغال، وضعیت تأهل و فشارهای اقتصادی از عوامل مؤثر بر خودکشی در جوامع مختلف هستند. برووم و همکاران^۵ (۲۰۰۶) دریافتند ناامنی شغلی و درآمد پایین موجب کاهش سلامت روانی و افزایش گرایش به خودکشی می‌شود. هسل و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه بحران اقتصادی یونان نشان دادند که افزایش بیکاری، فقر و فروپاشی انسجام اجتماعی پس از بحران مالی ۲۰۰۹ با افزایش خودکشی همراه بوده است.

فراسکیلویو و همکاران (۲۰۱۶) نیز تأیید کردند که دوره‌های بحران اقتصادی به‌طور مستقیم با افزایش خودکشی مرتبط‌اند. راس^۶ و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که سختی دسترسی به شغل، بدهی‌های مزمن و فشار اقتصادی باعث اختلال در نظم اجتماعی و افزایش آسیب‌های اجتماعی از جمله خودکشی می‌شود. کزوکا نامی و کزودا^۸ (۲۰۲۰) در ژاپن نشان دادند که سرمایه اجتماعی محلی (انسجام و مشارکت اجتماعی) به‌ویژه در میان سالمندان، نقش محافظتی در برابر خودکشی دارد.

1. Douglas, J

2. Jacobs

3. Thorlindson

4. Bertolote

5. Broom

6. Fraskilho

7. Ross

8. Kozaka & Kuroda

امیری (۲۰۲۱) نشان داد که بیکاری و تورم مداوم در کشورهای در حال توسعه رابطه مثبت و معناداری با خودکشی دارند. ماکزین^۱ و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که تقویت سرمایه اجتماعی موجب کاهش افکار و رفتار خودکشی و کاهش احساس بیگانگی می شود. چوی^۲ و همکاران (۲۰۲۲) در مناطق فقیر نشان دادند که حتی در شرایط اقتصادی نامطلوب، سرمایه اجتماعی محلی قوی مانع اقدام به خودکشی می شود. دلونو^۳ (۲۰۲۱) و ماساشیگه سائتو^۴ و همکاران (۲۰۲۴) نیز تأیید کردند که بی ثباتی اقتصادی، نابرابری و ضعف انسجام اجتماعی از مهم ترین زمینه های ساختاری خودکشی در جوامع معاصر هستند.

مرور نظام مند تحقیقات داخلی و خارجی نشان می دهد که خودکشی پدیده ای چندبُعدی و ساختاری است که به طور معناداری تحت تأثیر سطح انسجام اجتماعی و وضعیت ثبات اقتصادی جوامع قرار دارد؛ به گونه ای که کاهش سرمایه اجتماعی، تضعیف پیوندهای خانوادگی و اجتماعی، افزایش احساس انومی و بی سازمانی اجتماعی از یک سو و تشدید بی ثباتی های اقتصادی شامل بیکاری، تورم، نابرابری درآمدی، ناامنی شغلی و رکودهای اقتصادی از سوی دیگر، به صورت مستقل و متقابل با افزایش نرخ خودکشی همراه بوده اند. در عین حال، یافته ها نشان می دهد که نقش متغیرهای اجتماعی و اقتصادی وابسته به زمینه های زمانی و مکانی است و در برخی مطالعات، اثرگذاری سرمایه اجتماعی یا شاخص های اقتصادی به صورت ناهمگون یا حتی متناقض گزارش شده است؛ امری که بر ضرورت انجام پژوهش های تطبیقی، کمی و درون کشوری با دوره های زمانی بلندمدت برای تبیین هم زمان اثر بی سازمانی اجتماعی و بی ثباتی اقتصادی بر خودکشی تأکید می کند.

۴. روش شناسی

پژوهش حاضر به لحاظ ماهیت پژوهش یک طرح تحقیق تطبیقی کمی-مقطعی است. در مطالعات تطبیقی عمدتاً واحد تحلیل، کشور است. برخی از صاحب نظران بر این عقیده هستند که بررسی تطبیقی درون کشوری برای آزمون نظریه های مورد نظر، از برخی جهات حتی پتانسیل بیشتری نسبت به تحلیل های بین کشوری دارند (آرون، ۱۳۷۰، به نقل از

1. Muxin

2. Choi

3. De Leo

4. Masashige

معمار، ۱۳۸۸: ۲۳۰؛ فلیک، ۱۳۹۲). استدلال بر این است که واحدهای تحلیل و مشاهده در مطالعات درون‌کشوری، در مقایسه با مطالعات بین‌کشوری معمولاً بسیط‌ترند و از تجانس درونی بیشتری، واریانس درون‌سیستمی کم‌تر و در نتیجه مقایسه‌پذیری بیشتری برخوردارند. همچنین، امکان ثابت نگاه داشتن برخی از عوامل کلان سیستمی، مداخله‌گر و احیاناً فاقد موضوعیت، محاسنی است که در مطالعات بین‌کشوری به راحتی قابل حصول نیست (آوات^۱ و همکاران، ۲۰۰۵؛ تراویسی،^۲ ۱۹۹۰).

این پژوهش به لحاظ روش گردآوری و تحلیل داده‌ها، اسنادی و مبتنی بر تحلیل داده‌های ثانویه است. در این مطالعه از داده‌های مختلف و از منابع متعدد استفاده شده است.^۳ داده‌های مربوط به متغیر خودکشی، از آمارهای سازمان پزشکی قانونی کشور و اطلاعات مربوط به بی‌سازمانی اجتماعی از داده‌های پیمایش سرمایه اجتماعی با ابعاد پنداشت از موفقیت نهادی نظام، پنداشت از مطلوبیت جامعه، امید به آینده، پنداشت از وجود عدالت و برابری، قانون‌گریزی، مشارکت اجتماعی، رضایت از زندگی و برای سنجش بی‌ثباتی اقتصادی از داده‌های بانک مرکزی و مرکز آمار ایران در شاخص‌های مشارکت اقتصادی، نرخ تورم، نرخ بیکاری، ضریب جینی و تولید ناخالص داخلی استفاده شده که با استفاده از این داده‌ها سعی شد است تا سؤال اساسی پژوهش، تحلیل و بررسی شود.

واحد تحلیل ما در این مطالعه «استان» است و جامعه آماری کل استان‌های کشور را شامل می‌شود که سعی شده است آمارهای مربوط به شاخص‌های یادشده و تحولات آن با جزئیات بیشتر در میان آن‌ها مقایسه شود. به عبارت دقیق‌تر، نمره هرکدام از استان‌های کشور در شاخص‌های بررسی شده در دوره زمانی یادشده، گردآوری و تحلیل شدند.

در پژوهش حاضر، متغیرها بر اساس چارچوب نظری و با اتکا به داده‌های ثانویه معتبر، به صورت عملیاتی تعریف و اندازه‌گیری شده‌اند. واحد تحلیل پژوهش «استان» است و کلیه شاخص‌ها برای استان‌های کشور در بازه زمانی ۱۳۹۰-۱۴۰۰ محاسبه شده‌اند.

1. Awata

2. Travis

۳. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، بحث داده‌ها و آمارهای استفاده‌شده در آن است؛ همان‌طور که اشاره شد، در این مطالعه از آمارهای رسمی مرتبط با خودکشی و مؤلفه‌های مرتبط با سرمایه اجتماعی و وضعیت اقتصادی بهره گرفته شده است که گاهی به دلایل مختلف، از جمله مراجع متعدد آماری و اعلام با تأخیر آمارها و یا گزارش غیرخودکشی پدیده ممکن است قابلیت اطمینان کاملی نداشته باشند؛ اما با توجه به محدودیت‌های آماری و نبود اطلاعات اتکاشدنی جایگزین در مطالعه حاضر، فرض بر واقعی بودن آمارها مدنظر است و نویسندگان اعلام می‌دارند که اعتبار این اطلاعات با اتکا به اعتبار سازمان‌های ارائه‌کننده آن مفروض است.

- **نرخ خودکشی:** متغیر وابسته پژوهش، نرخ خودکشی است. خودکشی به عنوان یک پدیده اجتماعی از منظر دورکیم (۱۳۸۴/۱۸۹۷) به معنای «مرگ عمدی فرد تحت تأثیر عوامل اجتماعی و کاهش انسجام اجتماعی» تعریف می‌شود. خودکشی نشان‌دهنده سطح انحراف از تعادل اجتماعی و ناکامی فرد در پیوند با جامعه است. این متغیر بر اساس آمارهای رسمی سازمان پزشکی قانونی کشور استخراج شده است.

نرخ خودکشی به صورت تعداد موارد خودکشی منجر به فوت به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت هر استان در هر سال محاسبه شده است. برای افزایش قابلیت مقایسه، از نرخ استاندارد شده استفاده شده و داده‌ها در سطح استانی و سالانه گردآوری شده‌اند.

- **سرمایه اجتماعی:** سرمایه اجتماعی عبارت است از ارتباطات و شبکه‌های اجتماعی‌ای که می‌توانند حس همکاری و اطمینان را در میان افراد یک جامعه پدید آورند. مفهوم سرمایه اجتماعی دربرگیرنده مفاهیمی همچون اعتماد، همکاری و همیاری میان اعضای یک گروه یا یک جامعه است که نظام هدفمندی را شکل می‌دهند و آن‌ها را در جهت دستیابی به هدف‌های ارزشمند هدایت می‌کنند.

در این پژوهش با استفاده از داده‌های پیمایش سرمایه اجتماعی و از طریق مجموعه‌ای از شاخص‌های ادراکی و رفتاری اندازه‌گیری شده است. این متغیر به صورت یک شاخص ترکیبی، بر اساس ابعاد زیر محاسبه شده است، لازم به ذکر است مقدار این شاخص‌های عددی بین صفر و ۱۰۰ است: پنداشت از موفقیت نهادی نظام، پنداشت از مطلوبیت جامعه، امید به آینده، پنداشت از وجود عدالت و برابری، قانون‌گریزی، مشارکت اجتماعی و رضایت از زندگی. هر یک از این مؤلفه‌ها بر اساس نمرات استاندارد شده استانی استخراج و پس از هم‌مقیاس‌سازی، به صورت ترکیبی برای سنجش سطح بی‌سازمانی اجتماعی به کار رفته‌اند. در این شاخص، مقادیر بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر بی‌سازمانی اجتماعی و ضعف انسجام اجتماعی هستند.

- **بی‌ثباتی اقتصادی:** بی‌ثباتی اقتصادی به عنوان وضعیتی تعریف می‌شود که در آن درآمد، اشتغال و فرصت‌های اقتصادی ناپایدار و غیرقابل پیش‌بینی هستند و موجب افزایش فشار روانی و کاهش امنیت اقتصادی افراد می‌شود. بی‌ثباتی اقتصادی به کاهش تاب‌آوری فردی و اجتماعی و افزایش ریسک رفتارهای آسیب‌زا مرتبط است. در این تحقیق، بی‌ثباتی اقتصادی به عنوان متغیر مستقل دوم، با استفاده از داده‌های بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و مرکز آمار ایران اندازه‌گیری شده است.

این متغیر نیز به صورت یک شاخص ترکیبی و بر اساس مؤلفه‌های زیر عملیاتی شده است: نرخ مشارکت اقتصادی، نرخ بیکاری، نرخ تورم، ضریب جینی (نابرابری درآمدی) و تولید ناخالص داخلی (GDP). هریک از این شاخص‌ها به صورت سالانه و در سطح استان استخراج شده و پس از استانداردسازی، برای سنجش سطح بی‌ثباتی اقتصادی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. افزایش مقدار این شاخص بیان‌گر افزایش بی‌ثباتی و نااطمینانی اقتصادی در سطح استان است.

پس از گردآوری داده‌ها، نمرات هر استان در شاخص‌های مربوط به بی‌سازمانی اجتماعی و بی‌ثباتی اقتصادی محاسبه و برای تحلیل آماری آماده‌سازی شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSSver.25 انجام شده و روابط بین متغیرها در چارچوب تحلیل‌های توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفته است.

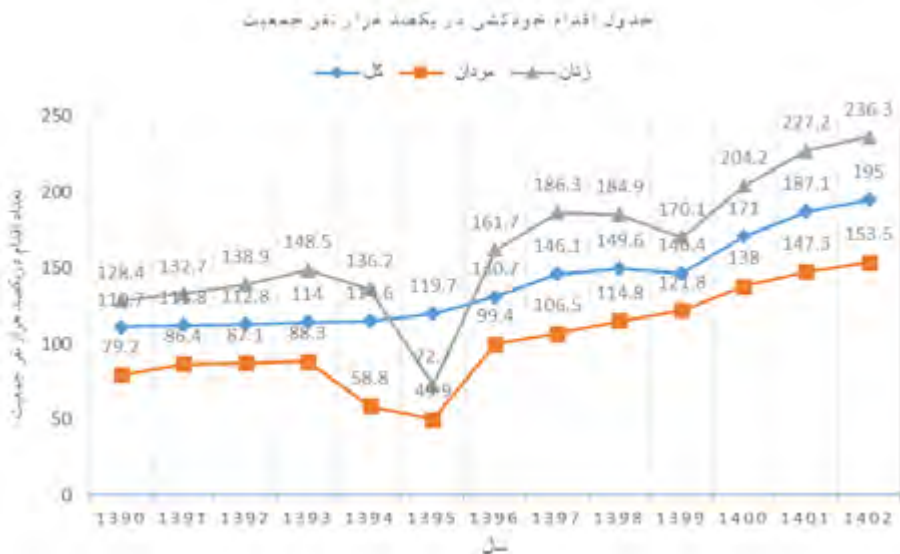
در پژوهش حاضر، با توجه به استفاده از داده‌های ثانویه، روایی و پایایی متغیرها از دو منظر مورد توجه قرار گرفته است:

- **روایی داده‌ها:** روایی با اتکا به منابع رسمی و معتبر تضمین شده است. داده‌های مربوط به «نرخ خودکشی» در این تحقیق از سازمان پزشکی قانونی کشور و داده‌های «سرمایه اجتماعی» از پیمایش سرمایه اجتماعی معتبر کشوری استخراج شده‌اند که قبلاً از نظر محتوایی و ساختاری توسط کارشناسان و پژوهشگران مربوط مورد تأیید قرار گرفته‌اند. همچنین داده‌های اقتصادی شامل شاخص‌های تورم، بیکاری، تولید ناخالص داخلی و ضریب جینی از بانک مرکزی و مرکز آمار ایران دریافت شده‌اند که دارای استانداردهای بین‌المللی و ملی روایی هستند. به این ترتیب، داده‌های مورد استفاده از نظر پوشش جامع، اعتبار اندازه‌گیری و مطابقت با تعاریف نظری متغیرها دارای روایی کافی می‌باشند.
- **پایایی داده‌ها:** پایایی از طریق استانداردسازی و هم‌مقیاس‌سازی شاخص‌ها تضمین شده است. برای متغیرهای ترکیبی مانند بی‌سازمانی اجتماعی و بی‌ثباتی اقتصادی، تمامی مؤلفه‌ها قبل از ترکیب، به نمرات استاندارد تبدیل شده و سپس شاخص ترکیبی محاسبه شده است تا قابلیت مقایسه بین استان‌ها و سال‌ها حفظ شود. علاوه بر این، استفاده از داده‌های رسمی و پیمایش‌های معتبر که دارای روند جمع‌آوری و ثبت مستمر و کنترل کیفی هستند، اطمینان از تکرارپذیری و اعتبار آماری نتایج تحلیل را افزایش می‌دهد.

۵. یافته‌ها

۵-۱. خودکشی

اطلاعات شکل شماره (۱) روند نرخ اقدام به خودکشی در کشور در دوره زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ را نشان می‌دهد که طبق آن، در این فاصله زمانی روند اقدام به خودکشی در کشور از ۱۱۲ نفر به ازای یک صد هزار نفر در سال ۱۳۹۲ به ۱۹۵ نفر به ازای یک صد هزار نفر در سال ۱۴۰۲ رسیده است؛ که علی‌رغم نوسانات در طول این دهه دائماً حالت افزایشی داشته است، این آمارها به وضوح نشان‌دهنده افزایش تدریجی تعداد خودکشی در طول این دهه بوده و میزان اقدام به خودکشی زنان همواره بالاتر از مردان بوده است.



شکل شماره ۱: نمودار روند میزان اقدام به خودکشی

مأخذ: آمارهای پزشکی قانونی کشور ۱۴۰۲

این روند افزایشی مستمر، بیانگر آن است که اقدام به خودکشی در کشور از یک پدیده مقطعی یا نوسانی فراتر رفته و به یک مسئله اجتماعی پایدار تبدیل شده است. تداوم افزایش اقدام به خودکشی، حتی در سال‌هایی که نوسانات کوتاه مدت مشاهده می‌شود، نشان‌دهنده وجود زمینه‌های ساختاری و فشارهای مزمن اجتماعی و اقتصادی است که در طول زمان انباشته شده‌اند.

از منظر جامعه‌شناختی، این الگو می‌تواند بازتابی از تضعیف تدریجی پیوندهای اجتماعی، افزایش فشارهای معیشتی و گسترش احساس ناامنی و بی‌ثباتی در جامعه ایران باشد. همچنین بالاتر بودن میزان اقدام به خودکشی در میان زنان نسبت به مردان، حاکی از تفاوت‌های جنسیتی در تجربه فشارهای اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی است. این امر می‌تواند نشان‌دهنده آسیب‌پذیری بیشتر زنان در مواجهه با نابرابری‌های ساختاری، محدودیت‌های نقش‌های اجتماعی و فشارهای روانی ناشی از ترکیب مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی باشد؛ موضوعی که ضرورت تحلیل جنسیتی پدیده خودکشی را برجسته می‌سازد.

اطلاعات جدول شماره ۱ فراوانی تعداد خودکشی‌های موفق ثبت شده از سال ۱۳۹۰ تا سال ۱۴۰۲ را نشان می‌دهد که طبق آن، تعداد خودکشی در سال ۱۳۹۰ تعداد ۳۵۱۲ مورد بوده است که پایین‌ترین میزان در بین سال‌های بررسی شده محسوب می‌شود؛ اما این عدد تا سال ۱۴۰۲ روندی صعودی در پیش گرفته و در این سال، به عدد ۷۶۰۵ نفر افزایش یافته است که بالاترین میزان ثبت شده در دوره یادشده است و در طول این دهه دائماً حالت افزایشی داشته است؛ به طوری که تعداد موارد خودکشی در طول این دهه، بیش از دو برابر شده است. به لحاظ تفکیک جنسی نیز همواره آمار خودکشی مردان بیش از زنان بوده است.

این افزایش چشم‌گیر در تعداد خودکشی‌های منجر به فوت، نشان می‌دهد که مسئله خودکشی در کشور صرفاً محدود به افزایش اقدام به خودکشی نبوده، بلکه شدت و پیامدهای آن نیز در طول زمان تشدید شده است. دوبرابر شدن تعداد خودکشی‌های موفق در یک بازه زمانی نسبتاً کوتاه، حاکی از تعمیق شرایط بحران‌زا و ناکارآمدی سازوکارهای حمایتی اجتماعی، اقتصادی و نهادی در مهار این پدیده است. این روند می‌تواند بازتابی از افزایش فشارهای ساختاری، تضعیف حمایت‌های اجتماعی و ناتوانی بخشی از افراد در بازیابی تعادل روانی و اجتماعی در مواجهه با بحران‌های زندگی باشد.

برتری آماری خودکشی مردان نسبت به زنان نیز بیان‌گر تفاوت‌های جنسیتی در الگوهای کنش خودویرانگر است. از منظر جامعه‌شناختی، این تفاوت را می‌توان به انتظارات نقش‌های جنسیتی، فشارهای مرتبط با تأمین معیشت، مسئولیت‌های اقتصادی و محدودیت‌های مردان در بهره‌گیری از حمایت‌های عاطفی و اجتماعی نسبت داد. در این چارچوب، مردان در شرایط بی‌ثباتی اقتصادی و اجتماعی، بیش از زنان در معرض تبدیل فشارهای ساختاری به کنش‌های پُرخطر و مرگ‌بار قرار می‌گیرند.

جدول شماره ۱: فراوانی تعداد خودکشی در کشور از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲

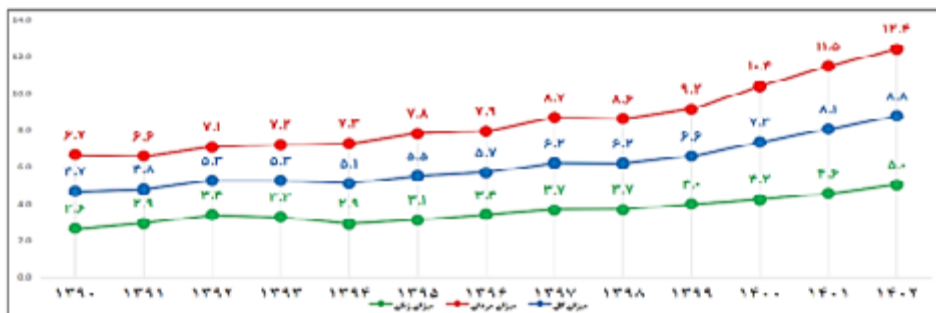
۱۴۰۲	۱۴۰۱	۱۴۰۰	۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	
۲۱۶۲	۱۹۲۸	۱۷۸۲	۱۶۵۳	۱۵۱۸	۱۴۹۱	۱۳۶۵	۱۲۳۵	۱۱۳۸	۱۲۶۲	۱۲۹۲	۱۱۱۰	۹۸۵	زنان
۵۶۴۲	۴۹۸۰	۴۴۶۲	۳۸۸۹	۳۶۲۷	۳۶۰۷	۳۲۶۰	۳۱۷۰	۲۸۹۱	۲۸۲۳	۲۷۶۳	۲۵۳۰	۲۵۲۷	مردان
۷۶۰۵	۶۹۱۸	۶۲۴۴	۵۵۴۲	۵۱۴۵	۵۰۹۸	۴۶۲۵	۴۴۰۵	۴۰۲۹	۴۰۹۵	۴۰۵۵	۳۶۴۰	۳۵۱۲	کل

مأخذ: سازمان پزشکی قانونی کشور، ۱۴۰۲

اطلاعات شکل شماره ۲، تعداد خودکشی های هر سال به ازای یک صد هزار نفر جمعیت آن سال مدنظر قرار گرفته و سعی شده است تا روندهای موجود در قالب نرخ خودکشی بررسی شود. طبق اطلاعات این نمودار، در فاصله سال های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ روند تغییرات نرخ خودکشی در کشور کاملاً با روند مشاهده شده در نمودار قبلی مشابه است، بنابراین شاخص مناسبی برای بررسی وضعیت خودکشی در دوره زمانی یادشده تلقی می شود. در اینجا نیز مشاهده می شود که پایین ترین نرخ خودکشی ثبت شده در دوره مطالعه شده، مربوط به سال ۱۳۹۰ با میزان ۴٫۷ نفر است که این نرخ در طول ۱۲ سال بعدی، روندی صعودی را تجربه کرده و در سال ۱۴۰۲ به بالاترین سطح یعنی ۸٫۸ نفر در یک صد هزار نفر رسیده است. به لحاظ تفکیک جنسی نیز همواره نرخ خودکشی مردان بالاتر از زنان بوده است؛ به طوری که در طی این سال ها همواره خودکشی مردان چیزی در حدود دووینیم برابر زنان بوده است درحالی که این عدد در اقدام به خودکشی معکوس بوده است.

تحلیل یافته ها نشان داد که افزایش نرخ خودکشی صرفاً ناشی از رشد جمعیت نیست، بلکه ریشه در تحولات ساختاری و اجتماعی عمیق تری دارد. هم سویی روند نرخ خودکشی با تعداد مطلق آن، نشان دهنده تشدید عوامل زمینه ساز و کاهش ظرفیت های تنظیم کننده اجتماعی است. از منظر جامعه شناختی، روند صعودی بلندمدت خودکشی می تواند نشانه ای از وضعیت آنومیک، تضعیف نظم هنجاری و افزایش ناامنی اجتماعی باشد، وضعیتی که دورکیم آن را بستر اصلی خودکشی آنومیک می داند.

تفاوت جنسیتی نیز اهمیت تحلیلی دارد؛ نرخ خودکشی مردان بالاتر است، درحالی که زنان بیشتر اقدام به خودکشی می کنند اما با روش هایی کم کشنده. این الگو نشان دهنده پیوند میان ساختارهای جنسیتی، فشارهای اقتصادی و اجتماعی و آشکال متفاوت بروز رفتارهای خودویرانگر در جامعه است.

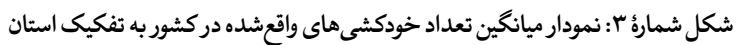


شکل شماره ۲: نمودار نرخ خودکشی‌های واقع شده در کشور به ازای هر یک صد هزار

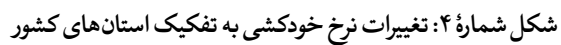
مأخذ: سازمان پزشکی قانونی کشور، ۱۴۰۲

شکل شماره ۳، تعداد خودکشی‌ها را به تفکیک استان‌های کشور در بازه زمانی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ نشان می‌دهد. اطلاعات حاکی از آن است که استان تهران با ثبت میانگین بیش از ۴۵۷ مورد خودکشی در سال رتبه نخست را به خود اختصاص داده و استان فارس با میانگین سالیانه ۲۶۶ مورد خودکشی، در رتبه دوم جای گرفته است و دو استان خوزستان و کرمانشاه در رتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند. در انتهای نمودار، استان‌های خراسان جنوبی، سمنان، یزد و خراسان شمالی به ترتیب کم‌ترین میزان خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند. این الگوی استانی نشان می‌دهد که توزیع خودکشی در کشور یکنواخت نیست و تفاوت‌های منطقه‌ای معناداری در بروز این پدیده وجود دارد. تمرکز بالاتر خودکشی در استان‌های پُرجمعیت و دارای پیچیدگی‌های اجتماعی-اقتصادی بیشتر، می‌تواند بازتابی از تراکم جمعیتی، فشارهای معیشتی، ناهمگونی اجتماعی و تضعیف پیوندهای اجتماعی در این مناطق باشد. در مقابل، پایین‌تر بودن تعداد خودکشی در برخی استان‌ها لزوماً به معنای نبود مسئله نیست، بلکه می‌تواند تحت تأثیر جمعیت کم‌تر، ساختارهای اجتماعی سنتی‌تر یا تفاوت در الگوهای ثبت و گزارش‌دهی قرار داشته باشد.

شکل شماره ۴، تغییرات نرخ خودکشی را طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ نشان می‌دهد. طبق این نمودار، این نرخ در ۳۰ استان کشور در طول دوره بررسی شده افزایش داشته است که از این میان، آذربایجان شرقی با افزایش بیش از دو و نیم برابری در طول ده سال، بیشترین میزان افزایش در نرخ خودکشی را تجربه کرده است. این نرخ در دو استان کهگیلویه و بویراحمد و البرز نیز در طول دهه نود به دو برابر افزایش یافته است. از سوی دیگر، در طول دهه ۹۰، نرخ خودکشی تنها در یک استان، یعنی استان سمنان، روند کاهشی داشته و میزان این کاهش ۳۵٪ است.



مأخذ: آمارهای پزشکی قانونی کشور ۱۴۰۲



مأخذ: سازمان پزشکی قانونی کشور، ۱۴۰۲

این یافته نشان می‌دهد که افزایش خودکشی در کشور ماهیتی فراگیر و ساختاری داشته و تقریباً تمامی استان‌ها را درگیر کرده است. تفاوت در شدت افزایش نرخ خودکشی میان استان‌ها بیانگر آن است که زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و نهادی در سطوح منطقه‌ای به صورت نابرابر عمل کرده‌اند. افزایش شدید نرخ خودکشی در برخی استان‌ها می‌تواند نشانه‌ای از تشدید بی‌سازمانی اجتماعی و فشارهای اقتصادی در این مناطق باشد، درحالی‌که کاهش محدود نرخ خودکشی در استان سمنان احتمالاً بازتاب تفاوت در شرایط اجتماعی، ثبات نسبی اقتصادی یا کارآمدی سازوکارهای محلی کنترل اجتماعی است.

۲-۵. وضعیت اجتماعی

بخش دیگر مطالعه حاضر، به ارزیابی وضعیت اجتماعی با استفاده از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی استان‌ها مربوط می‌شود. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از: پنداشت از موفقیت نهادی نظام، پنداشت از مطلوبیت جامعه، ارزیابی از آینده، پنداشت از وجود عدالت و برابری، اعتماد عمومی، قانون‌گریزی، مشارکت اجتماعی و رضایت از زندگی. اطلاعات مربوط به میانگین این مؤلفه‌ها در جدول شماره (۱) ارائه شده است.^۱

جدول شماره ۲: وضعیت شاخص‌های سرمایه اجتماعی به تفکیک استان‌های کشور

شاخص‌های سرمایه اجتماعی استان	رضایت از زندگی	مشارکت اجتماعی	قانون‌گریزی	اعتماد عمومی	پنداشت از وجود عدالت	ارزیابی از آینده	مطلوبیت جامعه	موفقیت نهادی نظام
آذربایجان شرقی	۱۵/۵	۴۱	۱۶/۳	۸۲	۲۲	۲۰	۲۲	۲۷
آذربایجان غربی	۱۲/۱	۲۹	۱۸/۳	۴۴	۲۱	۱۷	۲۳	۲۹
اردبیل	۵/۲	۲۵	۱۹/۴	۵۳	۲۲	۱۶	۲۲	۳۱
اصفهان	۱۲	۲۵	۲۱/۳	۳۸	۱۹	۱۷	۱۹	۲۷

۱. برای محاسبه شاخص‌های اجتماعی از شاخص نسبت ارزیابی مثبت به ارزیابی منفی استفاده شده است که به صورت کلی دامنه آن بالای ۱۰۰ و زیر ۱۰۰ است. بدین معنی به میزانی که نسبت حاصل شده از ۱۰۰ کم‌تر باشد، حکایت از وضع منفی و نامطلوب دارد و عکس آن؛ یعنی به میزانی که نسبت محاسبه شده از عدد ۱۰۰ بیش‌تر باشد نشان از وضعیت مثبت و مطلوب دارد. البته برای سهولت محاسبات، تمامی اعداد منفی بر ۱۰۰ شده‌اند. لذا با اضافه کردن ۱۰۰ مشخص می‌گردد که کدام استان‌ها بالای ۱۰۰ و کدام زیر ۱۰۰ هستند، به طوری‌که در شاخص رضایت از زندگی مشاهده می‌گردد استان بوشهر با ۲۱،۵ که همان ۱۲۱،۵۰ است، بیش‌ترین رضایت و استان کردستان با ۴،۴ یعنی ۱۰۴،۴ کم‌ترین رضایت را دارد.

شاخص‌های سرمایه اجتماعی استان	رضایت از زندگی	مشارکت اجتماعی	قانون‌گریزی	اعتماد عمومی	پنداشت از وجود عدالت	ارزیابی از آینده	مطلوبیت جامعه	موفقیت نهادی نظام
البرز	۱۱/۴	۳۵	۲۲/۳	۳۹	۲۲	۱۹	۲۱	۲۹
ایلام	۸/۸	۳۸	۱۶/۹	۶۷	۲۱	۱۹	۲۳	۲۹
بوشهر	۲۱/۵۰	۵۸	۱۹/۳	۸۱	۲۳	۲۱	۲۳	۳۱
تهران	۱۱/۴	۵۰	۲۹/۱	۵۰	۲۰	۱۷	۲۰	۲۷
چهارمحال و ب.	۸/۱	۳۱	۱۸/۴	۴۷	۲۲	۱۷	۲۱	۲۹
خراسان جنوبی	۱۰/۸	۴۷	۱۳/۶	۷۰	۲۴	۱۹	۲۲	۳۱
خراسان رضوی	۱۳/۶	۱۸	۳۰/۵	۴۴	۲۰	۱۶	۲۰	۲۸
خراسان شمالی	۱۶/۹	۳۳	۱۱/۹	۷۳	۲۴	۲۲	۲۳	۳۱
خوزستان	۷	۵۳	۱۲/۸	۷۸	۲۵	۱۷	۲۲	۲۸
زنجان	۱۳/۶	۳۵	۱۷/۱	۹۸	۲۳	۲۰	۲۳	۳۰
سمنان	۱۱/۴	۶۰	۲۷/۱	۶۲	۲۱	۱۹	۲۲	۲۹
سیستان و بلوچستان	۱۱/۸	۲۷	۱۶/۹	۷۶	۲۲	۲۰	۲۲	۳۰
فارس	۱۱/۱	۲۴	۱۵/۳	۹۸	۲۴	۲۳	۲۳	۳۱
قزوین	۱۲/۸	۵۲	۱۹/۵	۴۳	۲۲	۱۸	۲۱	۲۷
قم	۱۸/۷	۵۵	۲۱/۷	۸۱	۲۴	۲۴	۲۳	۳۰
کردستان	۴/۴	۳۱	۲۲/۵	۵۰	۲۱	۱۶	۲۰	۲۷
کرمان	۱۱	۳۹	۲۲/۹	۴۷	۲۱	۱۹	۲۱	۲۹
کرمانشاه	۸/۲	۴۸	۱۴/۸	۶۰	۲۴	۱۹	۲۲	۲۹
کهگیلویه و ب.	۹/۴	۳۰	۲۲/۵	۵۷	۲۲	۱۹	۲۲	۳۰
گلستان	۱۳/۷	۴۴	۱۵	۵۷	۲۳	۲۲	۲۳	۳۲
گیلان	۱۰/۱	۵۶	۱۱	۹۶	۲۲	۱۶	۲۱	۳۰
لرستان	۹	۳۷	۲۱/۱	۶۸	۲۲	۲۱	۲۳	۲۹
مازندران	۹/۷	۲۵	۲۰/۲	۵۴	۲۱	۱۹	۲۳	۲۸
مرکزی	۱۱/۸	۲۷	۲۳/۱	۵۶	۲۰	۱۶	۲۲	۳۰
هرمزگان	۲۰	۴۶	۱۷/۲	۶۹	۲۴	۲۲	۲۳	۳۰
همدان	۱۰/۸	۲۷	۱۹/۷	۶۱	۲۲	۱۹	۲۲	۲۹
یزد	۱۲/۹	۴۹	۱۷/۶	۶۸	۲۲	۱۹	۲۱	۲۹

با توجه به جدول شماره ۲، شاخص پنداشت از موفقیت نهادی نظام که منظور از آن مجموعه‌ای از عواملی است که منجر به موفقیت یک نظام در رسیدن به اهداف ازپیش‌تعیین‌شده خود می‌شود، برای کل کشور عددی معادل ۲۹ از ۱۰۰ است، این عدد تا حدود زیادی بیان‌گر این امر است که نظر افراد در مورد میزان موفقیت برنامه‌ها و اهداف ازپیش‌تعیین‌شده نظام مساعد نیست.

وضعیت این شاخص نیز در بین استان‌های مختلف تا حدود زیادی مشابه است و میزان شاخص پنداشت از موفقیت نهادی نظام در بین استان‌های مختلف عددی بین ۲۷ تا ۳۲ متغیر است، در بین استان‌های کشور استان گلستان با عدد ۳۲ بالاترین و استان‌های آذربایجان شرقی، اصفهان، تهران، قزوین و کردستان با عدد ۲۷ پایین‌ترین میزان شاخص پنداشت از موفقیت نهادی نظام را کسب کرده‌اند. به‌طورکلی تفاوت فاحشی بین بالاترین و پایین‌ترین میزان این شاخص در بین استان‌های کشور مشاهده نمی‌گردد.

شاخص پنداشت از مطلوبیت جامعه که منظور از آن تحلیل و بررسی نیازها، ارزش‌ها و انتظاراتی است که افراد از جامعه خود دارد. به عبارت دیگر منظور از مطلوبیت جامعه میزان اهمیتی است که جامعه در رفع نیازها، توجه به احساسات و خواسته‌ها و تمایلات افراد خود دارد. میانگین این شاخص برای کل کشور عددی معادل ۲۲ از ۱۰۰ است. بالاترین میزان این شاخص مربوط به استان‌های آذربایجان غربی، ایلام، بوشهر، خراسان شمالی، زنجان، فارس، قم، گلستان، لرستان، مازندران و هرمزگان با عددی معادل ۲۳ است که بیان‌گر این امر است که این استان‌ها نسبت به سایر استان‌های کشور پنداشت مساعدی از مطلوبیت جامعه و رفع نیازها و توجه به احساسات و ارزش‌ها و خواسته‌های مردم توسط جامعه دارند. پایین‌ترین میزان این شاخص مربوط به استان اصفهان با میزان ۱۹ است که بیان‌گر میزان پایین مطلوبیت جامعه در مقایسه با سایر استان‌ها است.

شاخص ارزیابی از آینده که منظور از آن نوع دیدگاه افراد به آینده کشور در حوزه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و... است، هرچقدر نگاه افراد به آینده جامعه مثبت و مطلوب باشد این شاخص به عدد ۱۰۰ نزدیک‌تر خواهد شد و هرچقدر دیدگاه افراد نسبت به آینده جامعه منفی و نامطلوب باشد شاخص این عدد به صفر نزدیک می‌شود، طبق داده‌های جدول مشاهده می‌گردد که میانگین شاخص ارزیابی از آینده برای کل کشور عددی معادل ۱۹ است که نسبت به دو شاخص قبلی پایین‌ترین میزان را به خود اختصاص داده است. استان قم با عدد ۲۴ نسبت به سایر استان‌های کشور ارزیابی مثبتی

نسبت به آینده داشته است که البته این میزان از نظر استاندارد تفاوت فاحشی با حداکثر شاخص (عدد ۱۰۰) دارد. پایین‌ترین میزان شاخص ارزیابی از آینده مربوط به استان‌های اردبیل، خراسان رضوی، کردستان، گیلان و مرکزی با عدد ۱۶ است.

شاخص پنداشت از وجود عدالت و برابری که منظور از آن برداشت و درک وجود عدالت و برابری در بخش‌های مختلف جامعه توسط افراد است، میانگین این شاخص برای کل کشور عددی معادل ۲۲ است که در مقایسه با بالاترین میزان این شاخص (عدد ۱۰۰) بسیار پایین است. بالاترین میزان شاخص پنداشت از عدالت و برابری مربوط به استان خوزستان است با عدد ۲۵؛ بدین معنی که مردم استان خوزستان در مقایسه با سایر استان‌ها پنداشت مثبت‌تری از وجود عدالت و برابری در جامعه دارند. پایین‌ترین میزان این شاخص نیز مربوط به استان اصفهان است با عدد ۱۹؛ بدین معنی که مردم اصفهان در مقایسه با سایر استان‌ها پنداشت منفی نسبت به وجود عدالت و برابری در جامعه دارند.

شاخص اعتماد عمومی به معنای انتظار مردم از دریافت مثبت به خواسته‌های آنان از طریق متولیان امور عمومی است. همچنین در بحث اعتماد عمومی پاسخگویی فرهیختگان سبب افزایش رضایت‌مندی شهروندان و به تبع آن ارتقای اعتماد آنان می‌شود و با تحقق اعتماد عمومی، مشارکت عمومی مردم جامعه افزایش خواهد یافت. در حقیقت مشارکت عمومی شهروندان تنها در سایه اعتماد عمومی آنان نسبت به دولت و سازمان‌های دولتی محقق می‌شود. میانگین شاخص اعتماد عمومی بر اساس داده‌های جدول (۱) در کل کشور حدوداً ۶۴ است که بیان‌گر اعتماد بالای افراد است. بالاترین میزان این شاخص مربوط به استان‌های زنجان و فارس است با مقدار ۹۸ و پایین‌ترین اعتماد عمومی مربوط به استان اصفهان با مقدار ۳۸ است، در کل وضعیت اعتماد عمومی در بین اکثر استان‌ها از ۵۰٪ بالاتر بوده و بیان‌گر اعتماد بالایی است که در بین افراد وجود دارد.

شاخص قانون‌گریزی که به دو نوع قانون‌گریزی نرم و سخت تقسیم می‌شود و منظور از قانون‌گریزی نرم هر نوع رفتاری که قوانین رسمی جامعه را نادیده گرفته و دارای ویژگی غیرخوشونت‌آمیز، گاه‌گاهی و عمدتاً بدون مجازات یا مجازات ضعیف است. قانون‌گریزی سخت نیز نقطه مقابل قانون‌گریزی نرم بوده و به معنای هر نوع رفتاری که قوانین رسمی جامعه را نادیده گرفته و دارای ویژگی خوشونت‌آمیز بودن و همراه با مجازات سخت است. طبق جدول مشاهده می‌گردد که میانگین شاخص قانون‌گریزی در کشور عددی معادل ۱۹٫۲ است که بیان‌گر وضعیت نسبتاً خوب پایبندی به قانون در کشور است. طبق جدول استان خراسان

رضوی (با مقدار ۳۰/۵) در مقایسه با سایر استان‌ها قانون‌گریزی بیشتری داشته و استان گیلان (با مقدار ۱۰/۹) کم‌ترین میزان قانون‌گریزی را داشته است.

شاخص مشارکت اجتماعی که عبارت است از: حضور نسبتاً پایدار و عنداللزوم عناصر سازنده جامعه شامل افراد، گروه‌ها، اجتماعات، نهادها و سازمان‌ها در فرایندها، امور و فعالیت‌های اجتماعی. طبق جدول میانگین این شاخص برای کل کشور عددی معادل ۳۸/۵۴ است که اگر حداکثر مشارکت اجتماعی را از ۱۰۰ محاسبه کنیم بیان‌گر مشارکت اجتماعی زیر ۵۰ درصدی در جامعه است. مردم استان سمنان با مقدار ۶۰ بیشترین میزان مشارکت اجتماعی را کسب کرده‌اند و کم‌ترین میزان مشارکت اجتماعی نیز مربوط به استان خراسان رضوی با مقدار ۱۸ است.

شاخص رضایت از زندگی نشان‌گر آن است که پاسخگو زندگی‌اش را در کل چگونه ارزیابی و برآورد می‌کند و بر ارزیابی بلندمدت فرد از زندگی‌اش، متمرکز است. طبق تعریف مقدار این شاخص برای کل کشوری عددی معادل ۱۱/۷ است و وضعیت این شاخص در بین استان‌های کشور نیز متفاوت است؛ به نحوی که مردم استان بوشهر (با مقدار ۲۱/۵) بیشترین میزان رضایت از زندگی را داشته و استان کردستان با مقدار ۴/۴ کم‌ترین میزان رضایت از زندگی را تجربه کرده است.

۳-۵. بی‌ثباتی اقتصادی

شاخص‌های اقتصادی موردبررسی در مطالعه حاضر عبارت‌اند از: سرانه تولید ناخالص داخلی، ضریب جینی، نرخ بیکاری، نرخ مشارکت اقتصادی و نرخ تورم. اطلاعات مربوط به میانگین این شاخص‌ها در دوره یادشده و همچنین، میزان تغییرات آن‌ها در طول این دوره در جدول شماره ۳، ارائه شده است.

جدول شماره ۳: وضعیت شاخص‌های اقتصادی به تفکیک استان‌های کشور

استان‌ها	مشارکت اقتصادی		نرخ تورم		نرخ بیکاری		ضریب جینی		تولید ناخالص داخلی	
	میانگین	تغییرات	میانگین	تغییرات	میانگین	تغییرات	میانگین	تغییرات	میانگین	تغییرات (درصد)
آذربایجان شرقی	۴۰/۹۳	۱/۸	۲۶/۳	۹/۳	۹/۴۵	-۱/۲	۰/۳۴۳۸	۰/۰۲۲۸	۲۲۷	۰/۳۲
آذربایجان غربی	۴۱/۷۵	۱/۹	۲۵/۱	۱۲/۵	۱۱/۸۹	-۰/۶	۰/۳۱۹۸	۰/۰۷۸۸	۱۳۴	۰/۲۳

اردبیل	۴۳/۸۶	۳/۷	۲۴/۳	۹/۳	۱۱/۳۸	-۴/۲	۰/۳۰۲۶	۰/۰۱۶۳	۶۴	۰/۳۵
اصفهان	۴۰/۷	۱/۴	۲۴	۹/۴	۱۲/۶۲	-۶/۲	۰/۳۳۱	-۰/۱۱۳۲	۳۸۹	۰/۳
البرز	۳۸/۲۵	۱/۶	۲۳/۸	۱۱/۶	۱۳/۲۷	-۶/۹	۰/۲۹۵۷	۰/۱۱۴۳	۱۷۶	۰/۲۴
ایلام	۳۵/۵۰	-۲/۸	۲۵/۳	۱۹	۱۱/۴۷	-۲/۸	۰/۳۱۳۲	-۰/۱۲۱۴	۸۷	۰/۰۳
بوشهر	۳۶/۸۵	۴/۳	۲۴/۴	۱۶/۹	۱۰/۱۵	-۲	۰/۳۰۸۸	-۰/۰۸۲۰	۳۹۰	۰/۳۹
تهران	۳۸/۵۵	۵/۱	۲۳/۵	۱۱/۶	۹/۸۵	-۴	۰/۳۷۴۸	۰/۰۲۹۲	۱۶۲۲	۰/۴
چهارمحال بختیاری	۳۸/۸۷	۴/۹	۲۷/۱	۸/۵	۱۴/۰۴	-۱	۰/۳۱۲۸	-۰/۰۴۵۸	۴۱/۵	۰/۱۷
خراسان جنوبی	۳۹/۰۴	۳/۹	۲۵	۱۶/۴	۷/۷۶	-۱/۱	۰/۳۰۳۸	۰/۰۸۵۵	۳۷	۰/۴
خراسان رضوی	۴۰/۹۵	۴/۴	۲۳/۳	۸/۴	۹/۶۵	-۵/۲	۰/۳۴۰۸	۰/۰۵۵۱	۳۳۸	۰/۲۳
خراسان شمالی	۴۲/۱۳	۶/۹	۲۶/۲	۸/۳	۱۰/۱۸	-۴/۲	۰/۳۳۹۵	۰/۰۲۹۸	۳۵	۰/۵۴
خوزستان	۳۷/۵۹	۶/۲	۲۳/۳	۸/۷	۱۲/۸۴	-۳/۲	۰/۳۴۴۴	۰/۰۵۱۲	۱۱۵۷	-۰/۲۴
زنجان	۴۱/۹۶	۳/۹	۲۴	۱۵/۶	۹/۰۵	-۹/۱	۰/۲۹۹۶	۰/۲۲۰۱	۶۶	۰/۴۸
سمنان	۳۷/۱۷	۳/۲	۲۳	۱۲/۸	۸/۵	-۲/۳	۰/۳۰۷۱	-۰/۰۸۶۴	۵۹/۶	۰/۳۳
سیستان و بلوچستان	۳۰/۵۵	۸/۴	۲۶	-۰/۴	۱۱/۷۴	-۰/۵	۰/۴۰۶۹	۰/۲۳۰۳	۸۷/۵	۰/۳۸
فارس	۳۸/۱۱	۰	۲۳/۸	۱۱/۱	۱۱/۵۸	-۹/۱	۰/۳۳۶۷	-۰/۰۵۲۲	۳۲۲	۰/۱۲
قزوین	۴۰/۸۶	۴/۶	۲۳/۳	۱۶/۳	۱۰/۷۶	-۲/۵	۰/۲۸۱۶	۰/۰۳۲۹	۹۴	۰/۱۹
قم	۳۵/۴۸	۲/۵	۲۲/۹	۹/۳	۱۰/۱۵	-۰/۵	۰/۳۲۶۴	-۰/۰۹۴۵	۶۲	۰/۳
کردستان	۴۱/۲۸	۲/۳	۲۴/۷	۹/۲	۱۳/۶۴	-۳/۲	۰/۳۰۰۴	۰/۰۷۵۸	۶۴	۰/۳۲
کرمان	۳۶/۸۹	۶	۲۳	۱۲/۲	۹/۲۹	-۰/۹	۰/۳۱۷۴	-۰/۱۸۰۱	۲۰۴	۰/۴۲
کرمانشاه	۳۹/۰۸	۹/۸	۲۴/۳	۱۱/۵	۱۵/۷۱	-۰/۸	۰/۳۰۰۹	-۰/۱۲۰۴	۱۰۸	۰/۲۳
کهگیلویه و بویراحمد	۳۳/۸۱	۴/۳	۲۵/۷	۱۹/۱	۱۲/۲۵	-۵	۰/۲۸۲۵	۰/۰۲۵۸	۱۵۸	-۰/۳۳
گلستان	۳۷/۸۴	-۰/۶	۲۵/۳	۱۲/۵	۹/۹۷	-۱/۱	۰/۳۷۸۲	۰/۰۵۵۷	۷۵	۰/۳۸
گیلان	۴۱/۸۷	۶/۴	۲۳/۷	۱۲/۶	۲۰/۷۹	-۷/۴	۰/۳۳۱۰	-۰/۰۰۷	۱۴۵	۰/۴۱
لرستان	۳۶/۶۲	۴/۳	۲۶/۵	۱۲/۸	۱۴/۰۶	-۶/۷	۰/۳۱۳۱	-۰/۰۵۵۸	۷۶	۰/۲۱
مازندران	۴۰/۷۱	۴/۱	۲۳/۸	۱۷	۹/۹۷	-۳/۲	۰/۳۰۹۲	۰/۰۹۷۵	۲۲۶	۰/۳۸
مرکزی	۳۶/۰۵	-۰/۳	۲۴/۵	۸/۷	۷/۸۹	-۳/۲	۰/۳۰۲۷	-۰/۱۲۶۱	۱۱۹	۰/۲۲
هرمزگان	۳۸/۵۹	۱۰/۸	۲۶/۱	۷/۸	۱۱/۴۴	۴/۸	۰/۳۴۵	۰/۲۲۶۹	۱۲۷	۰/۱۴
همدان	۳۹/۶۵	۳	۲۴/۲	۴/۶	۹/۰۱	-۳/۲	۰/۳۴۱۹	۰/۰۱۷۹	۸۵	۰/۲۳
یزد	۳۹/۸۷	۶	۲۴/۹	۱۲/۳	۱۰/۲۹	۱/۶	۰/۲۹۴۹	-۰/۰۱۲۵	۱۲۷	۰/۳۹
کل کشور	۳۹/۰۵	۴	۲۴/۱۴	۱۰/۷	۱۱/۹۴	-۳/۱	۰/۳۷۰۹	۰/۰۵۳۱	۷۰۷۶	۰/۱۵

این جدول نشان می‌دهد متوسط نرخ مشارکت اقتصادی در کل کشور طی سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۴۰۰ برابر با ۳۹٫۰۵ بوده است. در این پژوهش، نرخ مشارکت اقتصادی بر اساس تعریف رسمی مرکز آمار ایران محاسبه شده است. نرخ مشارکت اقتصادی بیان‌گر نسبت جمعیت فعال اقتصادی به جمعیت در سن کار است. جمعیت فعال اقتصادی شامل کلیه افراد شاغل و بیکار (در جست‌وجوی کار) است که در سن کار قرار دارند. داده‌های مربوط به جمعیت فعال اقتصادی و جمعیت در سن کار، به‌صورت سالانه و در سطح استان، از آمارهای رسمی مرکز آمار ایران استخراج شده است. به این ترتیب، نرخ مشارکت اقتصادی هر استان برای هر سال در بازه زمانی ۱۳۹۱ تا ۱۴۰۰ محاسبه و سپس برای تحلیل‌های تطبیقی مورد استفاده قرار گرفته است.

افزایش نرخ مشارکت اقتصادی نشان‌دهنده سهم بالاتر جمعیت فعال در بازار کار و کاهش آن بیان‌گر خروج نیروی کار از فعالیت اقتصادی یا تضعیف فرصت‌های اشتغال است؛ از این رو، این شاخص به عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی بی‌ثباتی اقتصادی در چارچوب نظری و تحلیلی پژوهش حاضر در نظر گرفته شده است که از این نظر، استان‌های اردبیل، خراسان شمالی و زنجان نرخ‌های بالاتر و استان‌های سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد و ایلام نرخ‌های پایین‌تری نسبت به میانگین کشوری داشته‌اند. همچنین طبق این آمارها، بالاترین نرخ مشارکت اقتصادی (۴۳٫۸۶) در دوره یادشده، مربوط به استان اردبیل و پایین‌ترین نرخ (۳۰٫۵۵) مربوط به استان سیستان و بلوچستان بوده است. بررسی تغییرات نرخ مشارکت اقتصادی نیز نشان می‌دهد در طول ۱۰ سال بررسی‌شده، استان هرمزگان بیشترین افزایش (۱۰٫۸) و استان ایلام بیشترین کاهش (۲٫۸) را در طول دوره یادشده تجربه کرده‌اند.

از سوی دیگر، آمارهای مربوط به نرخ تورم ۱۲ ماهه در سال ۱۳۹۱ عدد ۲۹٫۵ را برای کل کشور نشان می‌دهد که این عدد در نیمه اول دهه نود، روند نزولی داشته و در سال ۱۳۹۵ به ۶٫۹٪ رسیده است، ولی مجدداً سیر صعودی گرفته و به ۴۰٫۲٪ در سال ۱۴۰۰ رسیده است. میانگین نرخ تورم در طی این دوره ده ساله ۲۴٫۱۴٪ است. همچنین این آمارها نشان می‌دهد وضعیت استان‌های کشور از نظر نرخ تورم نیز متفاوت بوده است. طبق این آمارها، استان‌های چهارمحال بختیاری، لرستان و آذربایجان شرقی نرخ تورم بالاتر از متوسط کشوری داشته و دیگر استان‌ها نرخ‌های پایین‌تر از میانگین کشوری را تجربه کرده‌اند. در این دوره زمانی، استان چهارمحال بختیاری با میانگین نرخ تورم ۲۷٫۱۳٪، بالاترین و استان سمنان با میانگین نرخ ۲۲٫۸٪، پایین‌ترین میزان تورم را به خود اختصاص داده‌اند. همچنین، بالاترین میزان رشد

تورم در دوره یادشده به میزان ۱۹٫۱٪، مربوط به استان کهگیلویه و بویراحمد و کم‌ترین میزان رشد (۰٫۰۴-) مربوط به استان سیستان و بلوچستان بوده است (جدول ۳).

آمارهای مربوط به نرخ بیکاری نشان‌دهنده این است که متوسط نرخ بیکاری در دوره زمانی ده ساله ۱۱٫۹۴ است که استان‌های خراسان جنوبی، مرکزی و سمنان نرخ‌های بیکاری پایین‌تر از متوسط کشوری داشته‌اند. طبق این آمارها، بالاترین نرخ بیکاری (۲۰٫۷۹) مربوط به استان گیلان و پایین‌ترین نرخ (۷٫۷۶) مربوط به استان‌های خراسان جنوبی بوده و اختلاف درخور توجه ۱۳ درصدی بین نرخ‌های بیکاری این استان‌ها مشاهده می‌شود. از نظر تغییرات نرخ بیکاری نیز، استان هرمزگان بیشترین افزایش (۴٫۸) و استان فارس بیشترین کاهش (۱۰٫۹) را در طول دوره بررسی شده تجربه کرده‌اند. اما آمارهای مربوط به شاخص ضریب جینی نشان می‌دهد متوسط این ضریب در کل کشور در طی سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۴۰۰ برابر با ۳۷۰۹٪ بوده است که از این نظر استان‌های تهران، سیستان و بلوچستان و گلستان ضرایب بالاتر نسبت به میانگین کشوری داشته‌اند. طبق این آمارها، بالاترین ضریب جینی (۴۰۶۹٪) در دوره یادشده مربوط به استان سیستان و بلوچستان و پایین‌ترین ضریب (۲۸۱۶٪) مربوط به استان قزوین بوده است. از نظر تغییرات ضریب جینی نیز، بیشترین افزایش (۲۳۰۳٪) در استان سیستان و بلوچستان و بیشترین کاهش (۱۲۶۱٪) در استان مرکزی رخ داده است (جدول ۳).

تحلیل این مجموعه شاخص‌های اقتصادی نشان می‌دهد که بی‌ثباتی اقتصادی در کشور ماهیتی چندبُعدی و ناهمگون داشته و استان‌ها به صورت متفاوتی در معرض فشارهای اقتصادی قرار گرفته‌اند. نوسانات نرخ مشارکت اقتصادی بیانگر تغییر در میزان حضور فعال نیروی کار در بازار و در مواردی، خروج اجباری یا ناامیدانه افراد از فعالیت اقتصادی است؛ وضعیتی که می‌تواند به تضعیف احساس تعلق اجتماعی و افزایش فشار روانی منجر شود. هم‌زمان، تورم بالا و ناپایدار به عنوان تجربه‌ای فراگیر، قدرت خرید خانوارها را کاهش داده و نااطمینانی اقتصادی را تشدید کرده است، به گونه‌ای که حتی استان‌هایی با نرخ بیکاری پایین‌تر نیز از پیامدهای منفی آن مصون نمانده‌اند. افزون‌براین، سطوح بالای نابرابری درآمدی، به ویژه در برخی استان‌ها، بازتابی از توزیع ناعادلانه فرصت‌ها و منابع اقتصادی است که می‌تواند احساس محرومیت نسبی و بی‌عدالتی اجتماعی را تقویت کند. در مجموع، هم‌پوشانی این شاخص‌ها تصویری روشن از شرایط بی‌سازمانی و بی‌ثباتی اقتصادی ترسیم می‌کند که در چارچوب نظری پژوهش حاضر، به عنوان یکی از زمینه‌های ساختاری مؤثر بر افزایش گرایش به خودکشی مورد توجه قرار می‌گیرد.

۴-۵. نرخ خودکشی برحسب شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی

مطابق با اطلاعات جدول ۴، از بین تمامی شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی مورد بررسی در این تحقیق، بین شاخص رضایت از زندگی و نرخ خودکشی، همبستگی آماری معنی‌دار وجود دارد ($p=0.000$) همبستگی مشاهده شده از نوع همبستگی منفی است. به عبارت ساده‌تر، این نتایج نشان می‌دهد استان‌هایی که از نظر شاخص رضایت از زندگی نمرات پایین‌تری دریافت کرده‌اند به مراتب نرخ‌های خودکشی بالاتری را در مقایسه با دیگر استان‌ها نشان می‌دهند و بالعکس.

بررسی همبستگی مشاهده شده از نظر شدت نیز حاکی از آن است که شاخص رضایت از زندگی با ضریب همبستگی -0.644 - همبستگی بالایی را با نرخ خودکشی نشان می‌دهد. همچنین بین نرخ بیکاری و خودکشی، همبستگی آماری معنی‌دار و مثبت وجود دارد که نشان می‌دهد استان‌هایی که از نرخ بیکاری بالاتری برخوردارند، به مراتب نرخ‌های خودکشی بالاتری را در مقایسه با دیگر استان‌ها نشان می‌دهند.

بررسی همبستگی مشاهده شده از نظر شدت نیز حاکی از آن است که نرخ بیکاری با ضریب همبستگی 0.472 ، همبستگی نسبتاً بالایی را با نرخ خودکشی نشان می‌دهد. همچنین نتایج آزمون همبستگی بیانگر ارتباط معنادار بین متغیرهای تولید ناخالص داخلی (GDP) و نرخ تورم با خودکشی نیز است که به شکل منفی است و نشان می‌دهد در دوره زمانی مطالعه شده، کاهش تولید ناخالص داخلی با افزایش نرخ خودکشی در استان‌ها همراه بوده است.

همچنین، در طول دوره زمانی بررسی شده، بین نرخ تورم و خودکشی در استان‌ها، همبستگی معنی‌دار مثبتی وجود دارد که نشان می‌دهد استان‌هایی که در دهه گذشته افزایش بیشتری را در نرخ تورم تجربه کرده‌اند، در مقایسه با دیگر استان‌ها به مراتب افزایش بیشتری را در نرخ‌های خودکشی نشان می‌دهند. همچنین، روند افزایش نرخ خودکشی در این استان‌ها به مراتب تندتر از دیگر استان‌هاست که نرخ تورم پایین‌تری دارند.

تحلیل این الگوی همبستگی نشان می‌دهد که متغیرهای اجتماعی و اقتصادی بررسی شده، نه به صورت مجزا، بلکه در قالب یک منظومه فشار ساختاری عمل می‌کنند. رابطه منفی و قوی رضایت از زندگی با خودکشی بیانگر آن است که ارزیابی ذهنی افراد از کیفیت زندگی و شرایط اجتماعی، نقشی کلیدی در مهار رفتارهای پرخطر دارد؛ به گونه‌ای که کاهش رضایت از زندگی می‌تواند به تضعیف معنا، امید و پیوند اجتماعی منجر شود.

جدول شماره ۴: همبستگی بین شاخص های اجتماعی و اقتصادی و نرخ خودکشی

متغیرها	پنداشت از موفقیت نظام	پنداشت از موفقیت نهادی نظام	پنداشت از مطلوبیت جامعه	ارزیابی از آینده	پنداشت از وجود عدالت	اعتماد عمومی	قانون گریزی
نرخ خودکشی	R	۰/۰۷۵	۰/۰۴۳	۰/۲۴۸	*-۰/۲۰۷	۰/۱۱۳	-۰/۱۸۶
	SIG	۰/۶۸۷	۰/۸۱۶	۰/۱۷۸	۰/۰۲۵	۰/۵۴۶	۰/۳۱۸
	N	۳۱	۳۱	۳۱	۳۱	۳۱	۳۱
متغیرها	نرخ مشارکت اقتصادی	نرخ تورم	تولید ناخالص داخلی	ضریب جینی	نرخ بیکاری	مشارکت اجتماعی	رضایت از زندگی
نرخ خودکشی	R	-۰/۰۹۸	*۰/۲۹۱	۰/۱۹۹	-۰/۳۱۹	*۰/۴۷۲	*-۰/۶۶۴
	SIG	۰/۵۹۸	۰/۰۰۷	۰/۲۸۴	۰/۰۸۴	۰/۰۰۶	۰/۰۰۰
	N	۳۱	۳۱	۳۱	۳۱	۳۱	۳۱

در مقابل، همبستگی مثبت نرخ بیکاری، تورم و کاهش تولید ناخالص داخلی با خودکشی نشان دهنده آن است که بی ثباتی اقتصادی از طریق افزایش ناامنی معیشتی، احساس بی قدرتی و محرومیت نسبی، فشارهای روانی و اجتماعی را تشدید کرده و زمینه بروز رفتارهای خودویرانگر را فراهم می کند. این الگوی همبستگی، با چارچوب نظری دورکیم و نظریه های بی سازمانی اجتماعی و اقتصادی همخوانی داشته و تأیید می کند که تغییرات نامطلوب در ساختارهای اقتصادی و اجتماعی، به صورت مستقیم و قابل مشاهده، با افزایش نرخ خودکشی در سطح استانی همراه بوده است.

از سوی دیگر، خلاصه مدل رگرسیونی حاکی از آن است که متغیرهای وارد شده در مدل رگرسیون، شامل پنداشت از موفقیت نظام، پنداشت از موفقیت نهادی نظام، پنداشت از مطلوبیت جامعه، ارزیابی از آینده، پنداشت از وجود عدالت و برابری، اعتماد عمومی، قانون گریزی، مشارکت اجتماعی، رضایت از زندگی و همچنین شاخص های اقتصادی تولید ناخالص داخلی، ضریب جینی، نرخ بیکاری، نرخ تورم، نرخ مشارکت اقتصادی، در مجموع همبستگی ۰/۷۹ را با متغیر نرخ خودکشی به نمایش گذاشته اند.

از سوی دیگر، ترکیب خطی متغیرها، نزدیک به ۶۳٪ از واریانس نرخ خودکشی را در بین استان‌های کشور تبیین کرده‌اند. به عبارت دیگر ۳۱٪ از تغییرات نرخ خودکشی توسط ۱۴ متغیر مورد مطالعه در این پژوهش تبیین شده و مابقی مربوط به متغیرهای دیگری است که در این تحقیق مورد بررسی قرار نگرفته است.

همچنین، از بین تمامی متغیرهای مستقل وارد شده به مدل رگرسیونی، چهار متغیر ارزیابی از آینده، رضایت از زندگی، نرخ بیکاری و نرخ تورم با توجه به سطح معنی داری کوچک‌تر ۰/۰۵ در مدل رگرسیونی قابل ارزیابی می‌باشند. متغیرهای نرخ تورم، نرخ بیکاری، رضایت از زندگی و ارزیابی از آینده به ترتیب حائز بیشترین تأثیر معنی دار بر نرخ خودکشی بوده‌اند.

جدول شماره ۵: ضریب همبستگی استاندارد بتا

متغیرهای مستقل	مقدار احتمال (p)	ضریب بتا (Beta)
پنداشت از موفقیت نظام	۰/۸۱۶	۰/۲۴۰
پنداشت از موفقیت نهادی نظام	۰/۸۳۸	۰/۱۱۹
پنداشت از مطلوبیت جامعه	۰/۲۰۱	۰/۷۷۳
ارزیابی از آینده	۰/۰۲۵	-۰/۰۲۸
پنداشت از وجود عدالت و برابری	۰/۷۴۵	۰/۰۷۸
اعتماد عمومی	۰/۶۴۶	-۰/۱۹۲
قانون‌گریزی	۰/۸۴۱	۰/۰۸۹
مشارکت اجتماعی	۰/۵۳۵	۰/۲۶۳
رضایت از زندگی	۰/۰۰۹	-۰/۱۴۶
تولید ناخالص داخلی	۰/۹۵۶	-۰/۰۲۴
ضریب جینی	۰/۹۰۵	-۰/۰۶۶
نرخ بیکاری	۰/۰۰۴	۰/۲۲۰
مشارکت اقتصادی	۰/۱۸۸	۰/۳۴۰
$SES = ۰/۰۱۸۶۳ R^2_{Adj.} = ۰/۳۱۲ R^2 = ۰/۶۳۳ R = ۰/۷۹۶$		

ضرایب بتای منفی بیان‌گر رابطه منفی و معکوس دو متغیر رضایت از زندگی و ارزیابی از آینده با نرخ خودکشی است؛ بدین معنی که هرچقدر مردم جامعه از آینده ارزیابی مثبت و امیدوارانه‌ای داشته باشند و هرچقدر از زندگی حال حاضر رضایت بیشتری داشته باشند به همان میزان شاهد کاهش نرخ خودکشی در استان‌های مختلف کشور خواهیم بود و بالعکس، هرچقدر مردم جامعه از آینده ارزیابی منفی داشته و از زندگی حال حاضر خود رضایت کم‌تری احساس کنند به همان میزان نرخ خودکشی در جامعه افزایش پیدا خواهد کرد.

همچنین بتای مثبت دو متغیر نرخ تورم و نرخ بیکاری بیان‌گر رابطه مثبت و مستقیم این دو متغیر با خودکشی است؛ بدین معنی که با افزایش نرخ تورم و نرخ بیکاری شاهد افزایش نرخ خودکشی در جامعه نیز خواهیم بود و بالعکس، مراجعه شود به جدول ۵.

۶. بحث و نتیجه‌گیری

خودکشی اگرچه در ظاهر کنشی فردی به نظر می‌رسد، اما ریشه‌هایی عمیق در ساختارهای اجتماعی و شرایط کلان اقتصادی دارد و به تعبیر دورکیم (۱۳۷۹)، واقعیتی اجتماعی محسوب می‌شود که میزان و الگوی بروز آن تابعی از وضعیت انسجام اجتماعی، تنظیم هنجاری و شرایط مادی زندگی است. بر این اساس، کنش خودکشی نه صرفاً محصول اختلالات فردی، بلکه بازتابی از کیفیت پیوند فرد با جامعه و نحوه کارکرد ساختارهای اجتماعی و اقتصادی تلقی می‌شود. پژوهش حاضر با الهام از این دیدگاه نظری و با تکیه بر چارچوبی تلفیقی شامل نظریه دورکیم، نظریه‌های سرمایه اجتماعی، پیوند اجتماعی و بی‌سازمانی اجتماعی-اقتصادی، پدیده خودکشی را در سطح ملی و در قالب یک تحلیل تطبیقی استانی مورد بررسی قرار داده است.

یافته‌های توصیفی نشان داد که نرخ خودکشی در کشور طی بازه زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ روندی کاملاً صعودی داشته است، به طوری که این نرخ از ۴/۷ در سال ۱۳۹۰ به ۸/۸ در سال ۱۴۰۲ افزایش یافته است. این روند افزایشی، صرفاً یک تغییر آماری ساده نیست، بلکه بازتابی از تحولات عمیق اجتماعی و اقتصادی در جامعه ایران است. از منظر نظریه دورکیم، افزایش مستمر نرخ خودکشی را می‌توان نشانه‌ای از تضعیف پیوندهای اجتماعی، اختلال در تنظیم هنجاری و افزایش وضعیت‌های آنومیک در جامعه دانست؛ وضعیتی که در آن، قواعد اجتماعی توان هدایت و تنظیم کنش‌های فردی را از دست می‌دهند. هم‌زمانی افزایش نرخ

خودکشی با تغییرات منفی در برخی شاخص‌های سرمایه اجتماعی، مؤید این نکته است که خودکشی را نمی‌توان جدا از زمینه اجتماعی، کیفیت روابط اجتماعی و احساس تعلق جمعی تحلیل کرد، بلکه باید آن را نشانه‌ای از فرسایش انسجام اجتماعی در سطح کلان دانست.

در سطح تبیینی، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی موردبررسی در این پژوهش، توانسته‌اند حدود ۳۱٪ از تغییرات میزان خودکشی در بین استان‌های کشور را تبیین کنند. این میزان تبیین، از منظر جامعه‌شناختی قابل توجه است و نشان می‌دهد که بخش معناداری از کنش خودکشی در چارچوب عوامل ساختاری قابل فهم است. این یافته به طور مستقیم فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر تأثیر بی‌سازمانی اجتماعی و بی‌ثباتی اقتصادی بر نرخ خودکشی را تأیید می‌کند و با منطق نظری دورکیم مبنی بر اجتماعی بودن علل تفاوت در میزان‌های خودکشی هم‌خوانی کامل دارد. همچنین، این نتیجه با دیدگاه نظری پاتنام، کلمن و هیرشی که بر نقش اعتماد اجتماعی، پیوندهای اجتماعی و سرمایه اجتماعی در مهار رفتارهای پُرخطر تأکید دارند، سازگار است.

تحلیل ضرایب استاندارد رگرسیون نشان داد که تغییرات نرخ تورم تأثیر مثبت و مستقیمی بر میزان خودکشی داشته است. این یافته را می‌توان در چارچوب نظری بی‌سازمانی اقتصادی و خودکشی آنومیک تبیین کرد. تورم، صرفاً یک شاخص اقتصادی نیست، بلکه نشانه‌ای از بی‌ثباتی ساختاری و اختلال در نظم اقتصادی است که از طریق کاهش قدرت خرید، افزایش ناامنی معیشتی و تضعیف پیش‌بینی‌پذیری آینده، به فروپاشی نظم هنجاری منجر می‌شود. در چنین شرایطی، انتظارات اجتماعی تنظیم شده با واقعیت‌های اقتصادی هم‌خوانی خود را از دست می‌دهند و شکاف میان آرزوها و امکانات، فشار اجتماعی شدیدی بر افراد وارد می‌کند؛ وضعیتی که دورکیم آن را زمینه‌ساز خودکشی آنومیک می‌داند.

همچنین، متغیر نرخ بیکاری تأثیر مثبت و معناداری بر نرخ خودکشی داشته است. بیکاری، علاوه بر محرومیت اقتصادی، به تضعیف هویت اجتماعی، کاهش احساس تعلق و فروپاشی نقش‌های اجتماعی منجر می‌شود. از منظر نظریه پیوند اجتماعی هیرشی، قطع یا تضعیف پیوند فرد با نهادهای اجتماعی، کنترل اجتماعی غیررسمی را کاهش داده و احتمال کنش‌های انحرافی و خودویرانگر را افزایش می‌دهد. در چارچوب دورکیمی نیز، بیکاری مزمن را می‌توان عاملی دانست که فرد را در وضعیت بی‌هنجاری و فقدان معنا قرار می‌دهد و زمینه خودکشی آنومیک را فراهم می‌سازد.

در مقابل، شاخص‌های سرمایه اجتماعی نقش بازدارنده‌ای در برابر خودکشی ایفا کرده‌اند. رضایت از زندگی رابطه‌ای منفی و معکوس با میزان خودکشی نشان داده است. این یافته را می‌توان در چارچوب نظری سرمایه اجتماعی تبیین کرد؛ به گونه‌ای که رضایت از زندگی بازتابی از کیفیت روابط اجتماعی، احساس عدالت، اعتماد نهادی و حمایت اجتماعی است. افزایش رضایت از زندگی به معنای تقویت پیوندهای اجتماعی و احساس تعلق است که از نظر دورکیم، احتمال خودکشی خودخواهانه را کاهش می‌دهد.

همچنین، متغیر ارزیابی از آینده رابطه‌ای منفی و معنادار با نرخ خودکشی داشته است. امید به آینده را می‌توان یکی از مؤلفه‌های کلیدی تنظیم هنجاری دانست؛ زیرا جامعه‌ای که افق‌های روشنی پیش روی اعضای خود ترسیم می‌کند، توان بیشتری در مهار رفتارهای پرخطر دارد. تضعیف امید اجتماعی، به ویژه در بستر بی‌ثباتی اقتصادی و اجتماعی، به احساس بن‌بست، درماندگی آموخته‌شده و کاهش معنا در زندگی منجر می‌شود؛ وضعیتی که زمینه‌ساز افزایش گرایش به خودکشی است.

درمجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که وضعیت نامطلوب سرمایه اجتماعی و شاخص‌های اقتصادی، از طریق تضعیف انسجام اجتماعی، اختلال در تنظیم هنجاری و تشدید بی‌سازمانی اجتماعی-اقتصادی، زمینه‌ساز افزایش گرایش به خودکشی شده است. در چنین شرایطی، افراد جامعه از یک سو به دلیل ناتوانی در پاسخ به ناکامی‌ها و سرخوردگی‌های فردی و از سوی دیگر به سبب بی‌ثباتی اجتماعی و اقتصادی، دچار احساس درماندگی می‌شوند و در مواردی، خودکشی را به عنوان واکنشی اجتماعی به بحران‌های ساختاری انتخاب می‌کنند. این نتایج با یافته‌های پژوهشی بهادر (۱۴۰۰)، صالح‌آبادی (۱۴۰۰)، جهانی و همکاران (۱۴۰۲)، چوی و همکاران (۲۰۲۲)، نامی و کرودا (۲۰۲۰) و تورلیندسون و جارناسوند (۱۹۹۸) هم‌خوانی داشته و نشان می‌دهد که تحلیل خودکشی بدون توجه به ساختارهای اجتماعی و اقتصادی، تحلیلی ناقص و تقلیل‌گرایانه خواهد بود.

منابع

- احمدی، حبیب و ابوترابی زارچی، فاطمه (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و میزان خودکشی در استان‌های کشور. فصلنامه راهبرد اجتماعی و فرهنگی، ۱(۱)، ۱-۲۰.
- ریمون، آرون (۱۳۷۰). مراحل اساسی اندیشه در جامعه‌شناسی. (باقر پرهام، مترجم). تهران: سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی.
- سازمان پزشکی قانونی کشور، ۱۴۰۱.

- باختر، مهران و رضائیان، محمد (۱۳۹۵). شیوع افکار و اقدام به خودکشی و عوامل خطر مرتبط با آن در دانشجویان ایرانی: یک مطالعه مروری منظم. مجله دانشکده علوم پزشکی، ۱۵، ۱۰۶۱-۱۰۷۶.
- بخارایی، احمد (۱۳۳۱). جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی. چاپ دوم، تهران: دانشگاه پیام نور.
- بهادر، فرشید و موسوی فرد، سیدمحمد رضا (۱۴۰۰). بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین سرمایه اجتماعی و خودکشی در ایران ۱۳۸۶-۱۳۹۶. فصلنامه علمی مطالعات راهبردی فرهنگ، ۱(۱)، ۱-۲۰.
- جهانی دولت آبادی، اسماعیل (۱۴۰۲). بررسی رابطه شاخص‌های کلان اقتصادی بانرخ خودکشی در استان‌های کشور تحلیل ثانویه آمارهای ۱۳۹۰-۱۴۰۰. فصلنامه پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی، ۱۲(۱)، ۴۱-۶۲.
- دورکیم، امیل (۱۳۷۹). خودکشی (نادر سالارزاده امیری مترجم). تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- ربانی، رسول و محمدامینی، حمیده (۱۳۸۳). آنومی و خودکشی. مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی، ۱(۱)، ۱-۲.
- صالح‌آبادی، ابراهیم (۱۳۹۹). سرمایه اجتماعی و خودکشی در استان‌های ایران. جامعه‌شناسی کاربردی، ۳۲(۳)، ۱-۱۰.
- صالحی، مینا (۱۴۰۳). مرور نظام‌مند مطالعات با موضوع خودکشی کودکان و نوجوانان در ایران (۱۳۸۵-۱۴۰۲). فصلنامه مسائل اجتماعی ایران، ۱۵(۲)، ۱۶۳-۲۱۸.
- قریشی، سیدابوالفضل و موسوی نسب، نورالدین (۱۳۸۷). مرور سیستماتیک بررسی‌های انجام‌شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران. روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۴)، ۹۵-۱۰۷.
- کلدی، علیرضا و گراوند، اردشیر (۱۳۸۱). بررسی علل خودکشی در شهرستان کوه‌دشت. رفاه اجتماعی، ۶(۲)، ۱۳۵-۱۵۰.
- کیانی، احمدرضا، فاتحی‌زاده، مریم و قاسمی، نظام‌الدین (۱۳۹۲). بررسی کیفی عوامل خانوادگی دخیل در اقدام به خودکشی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۲)، ۸۱-۱۰۰.
- مهران، ناهید (۱۳۸۳). ویژگی‌های روانی اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در مقایسه با افراد عادی در بیرجند. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۱(۳)، ۴۵-۵۸.
- موسوی، فریبا (۱۳۸۳). بررسی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۴(۳)، ۷۷-۹۲.
- معیدفر، سعید و حسن‌پناه، حسین (۱۳۸۳). عوامل اجتماعی مؤثر بر خودکشی جوانان استان کردستان. مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۶(۱)، ۵۱-۷۰.
- حسینی، ابراهیم، عیسی‌زادگان، علی و سلیمانی، اسماعیل (۱۴۰۲). نقش میانجی گفتار درونی در رابطه بین سبک‌های تصمیم‌گیری و شیوه‌های مقابله با استرس با فکر خودکشی در دانش‌آموزان. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۵(۲)، ۱۶۳-۱۸۲.
- جمشیدی‌ها، غلامرضا و قلی‌پور، سیاوش (۱۳۸۳). مدرنیته و خودکشی زنان و دختران لک. مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۷(۴)، ۱۱۵-۱۳۸.
- اشتراوس، انسلم (۱۳۹۲). مبانی پژوهش کیفی (ابراهیم افشار مترجم). تهران: نی.
- طالبان، محمد رضا (۱۴۰۰). دین و خودکشی در ایران: تحلیل تطبیقی درون‌کشوری. دوفصلنامه مسائل اجتماعی ایران، ۱۲(۲)، ۱۵۵-۱۷۸.

– تیلور، استیو (۱۳۷۹). جامعه‌شناسی خودکشی (رسول ربانی، ابراهیم انصاری و مجید کارشناس مترجمان). تهران: آوای نور.

- Ahmadpanah, M., Astinsadaf, S., Akhondi, A., Haghighi, M., SadeghiBahmani, D., Nazaribadie, M., Jahangard, L., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2017). Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 77, 71-79.
- Awata, S., Seki, T., Koizumi, Y., Sato, S., Hozawa, A., Omori, K., Kuriyama, S., Arai, H., Nagatomi, R., & Matsuoka, I. (2005). Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population: a community-based, cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 327-336.
- Bertolote, J., & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7(2), 6-8.
- Besnard, P. (1988). The true nature of anomie. *Sociological Theory*, 6, 91-95.
- Bjarnason, T., & Thorlindsson, T. (1994). Manifest predictors of past suicide attempts in a population of Icelandic adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 350-358.
- Broom, D.H, Rennie, M. D., Lyndall, S., Peter. B., Ruth. P., Bryan. R. (2006) The lesser evil: bad jobs or unemployment? A survey of mid-aged Australians, National Centre for Epidemiology & Population Health Canberra, Australian National University.
- Choi, M., Ki, M., Yip, P. S. F., Park, J., Song, A., Lee, W. Y., Paik, J. W., & Lim, J. (2022). Small but protective social capital against suicide ideation in poor communities: A community-based cross-sectional study. *Medicine*, 30;99(44):
- De Leo, D., & Viecegli, G.A. (2021). Suicide in late life: a viewpoint. *Preventive Medicine*, 152, Article 106735.
- De Leo, D. (2022). Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*, 2, 7-12.
- Douglas, J. (1967). Social meanings of suicide. Princeton University Press.
- Durkheim, E. (1952). Suicide: A study in sociology. Routledge & Kegan Paul.
- Durkheim, E. (1997). Suicide: A study in sociology. Free Press.
- Eisai, C., & Mahi, M. (2011). Survey of viewpoint and causes of suicide. Booklet of National Conference of Suicide. Jameshenasan.
- Hall-Lande, J.A., Eisenberg, M.E., Christenson, S.L., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence. *Adolescence*, 42(166), 265-286.
- Heidari Pahlavian, A. (1997). The study of psychosocial factors and epidemiological characteristics of the people who attempted suicide in Hamadan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)*, 3(9-10), 19-31.
- Frasilho, D., Matos, M. G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C. C., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2016). Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*, 16, 115.

- Jacobs, J. (1967). A phenomenological study of suicide notes. *Social Problems*, 15(1), 60-72.
- Kurimoto, S., Awata, T., Ohkubo, M., TsubotaUtsugi, K., Asayama, K., Takahashi, K., Suenaga, H., Sato, Y., & Imai, Y. (2011). Reliability and validity of the Japanese version of the abbreviated Lubben social network scale. *Japanese Journal of Geriatrics*, 48(2), 149-157.
- Kozaka, N., & Kuroda, Y. (2020). Association Between Community Social Capital and Suicide Mortality in Rural Areas of Japan: An Evaluation of Temporal Changes. *The Open Public Health Journal*, 13, 163–169
- Masashige, S., Watanabe, R., Tamada, Y., Takeuchi, K., Tani, Y., Kondo, K., & Ojima, T. (2024). Social disconnection and suicide mortality among Japanese older adults: A seven-year follow-up study. *Social Science & Medicine*, 347, 116778.
- Memari, A., Ramim, T., Amirmoradi, F., & Khosravi, K. (2006). Causes of suicide in married women. *Hayat*, 12(1), 47-53.
- Michelle, S.M. (2002). Do extenuating circumstances influence African American women's attitudes toward suicide. Ph.D Thesis, University of Southern Mississippi.
- Molavi, P., Abasi Ranjbar, V., & Mohammadvnia, H. (2007). Assessment of suicide risk factors among attempted suicide in Ardebil within first half of 1382. *Journal of Rehabilitation*, 8(28), 67-71.
- Murray, B., & Wright, K. (2006). Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: The perspective of youth. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(2), 157-164.
- Muxin, Z., Kishan, R.P., & Showalter, D. (2022). Social capital and suicidal behaviors: Evidence from the United States counties. *Social Science & Medicine*, 98, 101856.
- Rafiei, M., & Seyfi, A. (2006). The epidemiologic study of suicide attempt referred to hospitals of University of Medical Sciences in Markazi province from 2002 to 2006. *Iran Journal of Public Health*, 4(3-4), 59-69.
- Rezayian, M. (2009). Public health, epidemiology, suicide. Rafsanjan: University Press.
- Rostami, C., Daliri, S., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., Sayehmiri, F., & Saadata, M. (2016). The incidence of suicide attempt in Iran (2001–2012): A meta-analysis. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 19(7), 374-382.
- Ross, V., Kölves, K., & De Leo, D. (2017). Beyond psychopathology: A case-control psychological autopsy study of young adult males. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(2), 151–160.
- Saito, M., Watanabe, R., Tamada, Y., Takeuchi, K., Tani, Y., Kondo, K., & Ojima, T. (2024). Social disconnection and suicide mortality among Japanese older adults: a seven-year follow-up study. *Social Science & Medicine*, 347, 116778.
- Shojaei, A., Shamsiani, H., Moradi, S., Alaedini, F., & Khademi, A. (2013). The study of successful cases of suicide commitment referred to Iran Legal Medicine Organization in 2010. *Journal of Legal Medicine*, 18(1), 7-15.
- Smith, A., Witte, T., Teale, N., King, S., Bender, T., & Joiner, T. (2008). Joiner revisiting impulsivity in suicide: Implications for civil liability of third parties. *Behavioral Sciences & Law*, 26(6), 779-797.

- Stack, S. (1979). Durkheim theory of fatalistic suicide: Across national approach. *Journal of Social Psychology*, 107, 161-168.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria*. Human Sciences Press.
- Thorlindsson, T., & Bjarnason, T. (1998). Modeling Durkheim on the micro level: A study of youth suicidality. *American Sociological Review*, 63(1), 94-110.
- Travis, R. (1990). Halbwachs and Durkheim: A test of two theories of suicide. *British Journal of Sociology*, 41, 225-243.
- Turecki, G., Brent, D.A., Gunnell, D., O'Connor, R.C., Oquendo, M.A., Pirkis, J., & Stanley, B.H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Wang, H., Naghavi, M., Allen, C., Barber, R.M., Bhutta, Z.A., Carter, A., et al. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388(10053), 1459-1544.
- WHO. (2011). *Management of mental and brain disorders*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- WHO. (2016, April). Suicide fact sheet N°398. Archived from the original on 4 March 2016. Retrieved 3 March 2016.
- WHO. (2019). World Health Organization.
- Yip, P.S., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S.S., Wu, K.C., & Chen, Y.Y. (2012, June). Means restriction for suicide prevention. *Lancet*, 379(9834), 2393.
- Zhang, J., Jia, S., Jiang, C., & Sun, J. (2006). Characteristics of Chinese suicide attempters: An emergency room study. *Death Studies*, 30(3), 259-268.

References in Persian

- Ahmadi, H., & Abotorabi Zarchi, F. (2012). A study of the relationship between social capital and suicide rates in the country's provinces. *Social and Cultural Strategy Quarterly*, 1(1), 1-20.
- Aron, R. (1991). *Stages of Social Thought* (B. Parham, Trans.). Tehran: Organization for Publishing and Educational Revolution of Islam.
- Country Forensic Medicine Organization. (2022).
- Bakhtar, M., & Rezaeian, M. (2016). Prevalence of suicidal ideation and attempts and associated risk factors among Iranian students: A systematic review. *Journal of Faculty of Medical Sciences*, 15, 1061-1076.
- Bukharai, A. (1952). *Sociology of Social Deviations* (2nd ed.). Tehran: Payame Noor University Press.
- Bahador, F., & Mousavifard, S. M. (2021). Sociological study of the relationship between social capital and suicide in Iran (1986-2017). *Quarterly Journal of Strategic Studies of Culture*, 1(1), 1-20.

- Jahanidolatabadi, E. (2023). Investigating the relationship between macroeconomic indicators and suicide rates in the provinces of the country: Secondary analysis of statistics from 1990–2021. *Quarterly Journal of Strategic Research on Social Issues*, 12(1), 41–62.
- Durkheim, E. (2000). *Suicide* (N. Salarzadeh Amiri, Trans.). Tehran: Allameh Tabataba'i University Press.
- Rabbani, R., & Mohammadi, H. (2004). Anomie and suicide. *Collection of Articles of the National Conference on Suicide*, 1(1), 1–2.
- Salehabadi, I. (2020). Social capital and suicide in Iran's provinces. *Applied Sociology*, 32(3), 1–10.
- Salehi, M. (2024). Systematic review of studies on suicide in children and adolescents in Iran (2006–2023). *Quarterly Journal of Social Issues of Iran*, 15(2), 163–218.
- Ghoreishi, S. A., & Mousavinab, N. (2008). Systematic review of studies conducted on suicide and attempted suicide in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(4), 95–107.
- Kaldi, A., & Geravand, E. (2002). Investigating the causes of suicide in Kuhdasht city. *Social Welfare*, 6(2), 135–150.
- Kiani, A., Fatehizadeh, M., & Ghasemi, N. (2013). Qualitative investigation of family factors involved in suicide attempts. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 11(2), 81–100.
- Mehran, N. (2004). Socio-psychological characteristics of suicide attempters compared to normal individuals in Birjand. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*, 11(3), 45–58.
- Systematic Review. (2014). Investigation of causes and methods of suicide attempts in Iran during 2001-2014: A systematic review study. *Clinical Psychology Quarterly*, 6(4), 1–15.
- Mousavi, F. (2004). Investigating family factors associated with suicide attempts. *Scientific Research Quarterly of Social Welfare*, 4(3), 77–92.
- Moeidfard, S., & Hassanpanah, H. (2004). Social factors affecting youth suicide in Kurdistan province. *Iranian Social Issues Journal*, 6(1), 51–70.
- Hosseini, E., Eissazadegan, A., & Soleimani, E. (2023). The mediating role of inner speech in the relationship between decision-making styles and stress coping methods with suicidal ideation in students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15(2), 163–182.
- Jamshidiha, G., & Gholipour, S. (2004). Modernity and suicide of women and girls in Lak. *Iranian Social Issues Journal*, 7(4), 115–138.
- Strauss, A. (2013). *Basics of Qualitative Research* (I. Afshar, Trans.). Tehran: Ney Publishing.
- Taleban, M. R. (2021). Religion and suicide in Iran: A comparative intra-country analysis. *Bianual Journal of Social Issues of Iran*, 12(2), 155–178.
- Taylor, S. (2000). *Sociology of Suicide* (R. Rabbani, I. Ansari, & M. Karshenas, Trans.). Tehran: Avaye Noor Publications.

