

الگوی فصلی خودکشی در شهرستان بوشهر طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲

اسماعیل عبدالهی^۱ مجتبی سهرابی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۸

چکیده

مقدمه: خودکشی و اقدام به خودکشی پدیده‌های پیچیده روانی هستند که تحت تاثیر متقابل عوامل فردی و محیطی قرار دارند. از میان عوامل محیطی، شرایط آب و هوایی مرتبط با تغییر فصول می‌تواند بر روی این دو پدیده موثر واقع شود. از آنجایی که مطالعات به عمل آمده در این زمینه محدود به کشورهای غربی بوده است، هدف مطالعه حاضر بررسی الگوی فصلی خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام انتخاب گردیده است. مواد و روش‌ها: داده‌های مطالعه حاضر مربوط به نظام جامع ثبت اطلاعات موارد خودکشی و اقدام به خودکشی در شهرستان بوشهر است که در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ به مرحله اجرا در آمده است. در این نظام جامع ثبت اطلاعات، موارد خودکشی و اقدام به خودکشی در شهرستان با ذکر مشخصات **دموگرافیک** هر مورد با زمان رخداد حادثه ثبت گردیده است.

یافته‌های پژوهش: در فاصله سال‌های مورد بررسی، ۲۹۶ مورد خودکشی در شهرستان بوشهر رخ داده است. بررسی توزیع فراوانی این موارد بر حسب فصل نشان می‌دهد که بیشترین موارد خودکشی ۱۳۴ نفر (۴۵/۲۷) در فصل تابستان و در فصل بهار ۶۷ نفر (۲۲/۶۳) رخ داده است که این اختلافات از نظر آماری معنی‌دار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: در شهرستان بوشهر مانند بسیاری از کشورهای دیگر موارد خودکشی و اقدام به خودکشی بیشتر در فصول بهار و تابستان اتفاق می‌افتد. نتایج مطالعه حاضر مبین آن است که سازمان‌های بهداشتی و درمانی موجود در منطقه بایستی به‌خصوص قبل از شروع فصول بهار و تابستان برنامه مناسبی برای مقابله با این دو پدیده داشته باشند.

۱- استادیار حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات بوشهر

E-mail: dr.Abdollahi2009@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات بوشهر (نویسنده مسول)

E-mail: m_sohrabi1000@yahoo.com

خودکشی را می‌توان به‌عنوان اقدامی آگاهانه در خودآزایی تعریف نمود که به مرگ منتهی می‌گردد. اقدام به خودکشی نیز اصطلاحی است برای اشاره به تمامی اقدامات غیر کشنده که در آنها شخص ماهرانه به خود آسیب می‌رساند یا دارویی را بیش از اندازه می‌خورد. تفاوت آن با خودکشی در آن است که در اقدام به خودکشی فرد خواهان مرگ نبوده بلکه به این وسیله می‌خواهد احساسات خود را بیان داشته و رفتار دیگران را نسبت به خود تغییر دهد (محسنی، منوچهر، ۱۳۷۶:۵۱).

بر اساس تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ میلادی نزدیک به هشتصد و پنجاه‌هزار مرگ ناشی از خودکشی در جهان وجود داشته و بیش از ده تا بیست برابر آن در سطح جهان اقدام به خودکشی کرده‌اند. این در حالی است که تخمین زده‌شده در سال ۲۰۲۰ میلادی، تقریباً یک میلیون و پانصد و سی هزار نفر بر اثر خودکشی خواهند مرد و بیش از ده تا بیست برابر آن در سطح جهان اقدام به خودکشی خواهند کرد. نکته فوق به این معنی است که در سال ۲۰۲۰ میلادی به طور متوسط یک مورد مرگ ناشی از خودکشی در هر بیست ثانیه و یک مورد اقدام به خودکشی در فاصله هر یک تا دو ثانیه اتفاق می‌افتد. بنابراین نتایج هر مطالعه‌ای که به وسیله آن بتوان پیرامون علل رویداد این دو پدیده اطلاعات بیشتری کسب نمود از اهمیت بسیار زیادی برخوردار خواهد بود (کرلینجر، فردان، ۱۳۶۶: ۷۰).

خودکشی و اقدام به خودکشی را می‌توان پدیده‌های پیچیده روانی در نظر گرفت که تحت تاثیر متقابل عوامل فردی و محیطی قرار دارند. از میان عوامل محیطی، نشان داده شده است که شرایط آب و هوایی مرتبط با تغییر فصول می‌تواند بر روی خودکشی مؤثر واقع شود. این نکته برای اولین بار در سال ۱۸۸۱ میلادی توسط دانشمند ایتالیایی به نام مورسلی^۱ عنوان گردید. پس از وی نیز دورکخیم^۲ جامعه‌شناس شهیر فرانسوی نشان داد که در اغلب کشورهای غربی وقوع خودکشی در فصل بهار به حد بالای خود و در فصل زمستان به پایین‌ترین حد می‌رسد. از آن به بعد در اغلب مطالعات انجام‌شده در کشورهای غربی چنین الگوی معنی‌دار فصلی مشاهده شده است که در آن خودکشی در مردان و زنان در فصل بهار به حداکثر و در فصل زمستان به

^۱ Morselli

^۲ Dorkhim

حداقل خود می‌رسد. برخی از مطالعات محدود انجام شده در کشورهای موجود در نیم‌کره جنوبی که فصول آن متفاوت با نیم‌کره شمالی می‌باشد نیز روند فوق را تأیید نموده است (مرادی، سعداله، ۱۳۸۱: ۱۶ تا ۲۱).

از آنجایی که مطالعات به عمل آمده در این زمینه عمدتاً محدود به کشورهای غربی بوده و بیشتر خودکشی را در بر می‌گیرد تا اقدام به خودکشی، هدف مطالعه حاضر بررسی الگوی فصلی خودکشی در شهرستان بوشهر بوده است.

مبانی نظری تحقیق

۱-۱- انواع اجتماعی خودکشی (طبقه‌بندی دورکیم)

دورکیم^۱ استدلال کرد که هرچه فرد خود را از زندگی اجتماعی منفک سازد، اجتماع یکپارچگی خود را از دست می‌دهد و در نتیجه با ضعیف و ناتوان شدن گروه‌های اجتماعی که فرد بدان‌ها وابسته است، فرد کمتر به آنها وابستگی پیدا می‌کند و به خود وابسته می‌شود و تنها قواعد رفتاری را که بر مبنای منافع شخصی‌اش استوار باشد، می‌پذیرد. و سرانجام در نتیجه این خود فردی در برابر خود اجتماعی، فرد به خودخواهی یا فردگرایی افراطی خواهد رسید. دورکیم خودکشی را به چهار دسته تقسیم کرده است (محسنی تبریزی، علیرضا، ۱۳۷۳: ۱۳۲-۱۳۱).

۱-۱-۱- خودکشی خودخواهانه

دورکیم این نوع خودکشی را خاص جوامع و اجتماعاتی که دارای فلسفه و سنت فردگرایی، استقلال‌طلبی افراد، خوداتکایی و خودکفایی می‌باشند، می‌داند. در چنین جوامعی به واسطه میزان کنترل اجتماعی و فشار جمعی بسیار کم، تضعیف روح جمعی، بی‌طرفی سازمان‌های اجتماعی در مسئولیت‌های فردی، غلبه مناسبات و روابط

^۱ Durheim

ثانویه و رسمی بر روابط اولیه و نخستین و عدم تعلق عمیق فرد به گروه، کمبود یا اختلال شدید همانندسازی با گروه‌های اجتماعی و عدم پشتیبانی اجتماعی و سرپرستی عاطفی و روانی سازمان‌ها از فرد سبب افزایش تمایل او به خودکشی در شرایط بحرانی می‌گردد. در این جوامع افراد شدیداً به اراده خود وابسته‌اند و رفتار خود را بنا به میل شخصی‌شان تنظیم می‌کنند و ارزش‌های حاکم بر جامعه در انتخاب آنها تأثیری ندارد البته این میزان فردگرایی بسته به جوامع متفاوت، تغییر می‌کند (تنهایی، ابوالحسن، ۱۳۷۴: ۱۴۲-۱۴۱). دورکیم برای توجیه خودکشی خودگرایانه به مسایل روانی توجه نمی‌کند، اگر چه توضیح علل خودگرایانه خود به معنی پذیرش نوعی علل روانی است ولی دورکیم بررسی روانی آسیب‌های اجتماعی را از مطالعاتش دور می‌کند. خودکشی خودخواهانه، خود نیز به دو قسم است؛ نوع مالیخولیایی که با نوعی سستی و احساس **فتور** همراه است و حالات افسردگی و انفعال شدید در افراد دیده می‌شود. نوع اپیکوری که با احساس بی‌میلی و بی‌اشتهایی به صورت امری واقعی و غیر خیالی در فرد به شدت راه یافته است، او را نسبت به هر چه در پیرامون است بی-میل، بی تفاوت و خون سرد می‌سازد (شیخاوندی، داور، ۱۳۷۴: ۶۹).

۱-۱-۲- خودکشی دگرگرایانه

خودکشی دگرخواهانه بیشتر در جوامع ابتدایی و به صورت یک وظیفه اجتماعی تجلی پیدا می‌کند؛ مثل رسم ساتی هندویان یا خودکشی مردان در آستانه سالمندی و افراد بیمار در قبایل فیجی و مانگا. خودکشی خودخواهانه عموماً متعلق به دنیای جدید و با رشد تکنولوژی و فردگرایی ارتباط دارد (دورکیم، امیل، ۱۳۷۸: ۲۵۴-۲۵۳). در این گونه جوامع میزان کنترل و فشار گروهی به شدت بالا، تعلق گروهی بسیار عمیق و همانندسازی با گروه بسیار شدید است تا حدی که موجودیت فردی مستقل از موجودیت گروهی نامفهوم قلمداد می‌شود و که در مجموع می‌توان گفت که در این گونه جوامع، تقسیم کار محدود، احساس همبستگی بالا

و پیوند و احساس یگانگی به علت همانندی شرکت در آداب و رسوم مشترک می‌باشد و قابل تقسیم به سه دسته‌ی اجباری، اختیاری و هوشمندانه است. در نوع اجباری خودکشی به‌عنوان یک وظیفه‌ی اجتماعی محسوب می‌شود؛ خودکشی دگرگرایانه اختیاری به گونه‌ای اطلاق می‌شود که فرد داوطلبانه به استقبال مرگ می‌رود اما در نوع سوم کناره‌گیری فرد از خود و چشم‌پوشی از دنیا به دلیل تمجید و ستایش فرهنگ جامعه از این عمل است (محسنی تبریزی، پیشین: ۱۳۴).

۱-۱-۳- خودکشی آنومیک

خودکشی آنومیک معلول عدم تعادل، دگرگونی ساختاری، وقفه ناگهانی شدید یا تغییرات عمیق و سریع سازمان‌ها و نظام‌های اجتماعی است که خود این عوامل معلول کسادی سازمان اقتصادی، ازهم‌پاشیدگی ارزش‌های سنتی، تورم، تغییر حکومت و انقلاب و... است. چهار شاخص در بروز این نوع خودکشی موثر است: تغییرات سریع اجتماعی، آشفتگی در نظام جمعی و نظم عمومی جامعه، داشتن مشاغل حرفه‌ای و لیبرال، طلاق و در نتیجه‌ی آن اغتشاش در روابط بین هدف و وسیله‌ی خانواده(همان: ۱۳۷-۱۳۵).

۱-۱-۴- خودکشی تقدیرگرایانه

این خودکشی نوعی عکس‌العمل به بازبینی، کنترل و تنظیم اجتماعی جامعه است؛ زمانی که جامعه به حد مفراط و شدیدی دست به ایجاد نظم دستوری می‌زند و فرد به شدت تحت انقیاد و تقلید اجتماعی قرار دارد و هر چیزی تحدید شده، کنترل‌شده، منظم، خشک و بی‌روح است. در این مواقع حق‌گزینش از افراد سلب شده و فرد تحت شرایط اجباری، نمی‌تواند اهداف و راه‌های رسیدن به آنها را فراهم کند و سرانجام به قضا و قدر تن دهد (همان : ۱۳۷). آسیب‌شناسی جامعه‌شناسی دورکیم عمدتاً دو حالت دارد: مشکل در نظام اجتماعی و

مشکل در گروه‌های کوچک داخل اجتماع و یا افراد. به طور کلی می‌توان گفت که خودکشی دگرگرایانه و خودگرایانه، از پیوستگی شدید و پیوستگی ضعیف افراد ناشی می‌شود درحالی‌که خودکشی ناشی از بی‌هنجاری (آنومیک) و خودکشی تقدیرگرایانه، از دخالت و نظارت بیش‌ازحد ناشی می‌شوند (تنهایی، ابوالحسن، پیشین: ۱۴۲-۱۴۱).

۱-۲- مبانی نظری تحقیق

پژوهشگران و نظریه‌پردازان طی قرن‌های گذشته، نظریه‌های متفاوت و کارگشایی پیرامون خودکشی ارائه داده‌اند که هر کدام تبیین‌کننده‌ی یکی از جنبه‌های خودکشی می‌باشد. در این مبحث ضمن تشریح نظریه‌های مربوط به خودکشی از نظر اندیشمندان حوزه‌های روان‌شناسی و جامعه‌شناسی به بررسی این دیدگاه‌ها می‌پردازیم تا ابعاد گوناگون این پدیده بهتر و دقیق‌تر شناخته شود.

۱-۲-۱- نظریه‌های روان‌شناختی

روان و شناخت آن از جمله مسائل جذاب زندگی آدمی است. قرن‌هاست که بشر در جستجوی نهان و کشمکش‌های درونی خویش هست، اما هرگز گذر زمان نتوانسته پیچیدگی‌های این عنصر را به‌صورت دقیق و رضایت بخشی آشکار کند. رویکرد روان‌شناختی بر تفاوت‌های فردی افراد که بر اساس عوامل روان‌شناختی نظیر هوش و نوع شخصیت تعیین می‌شود، به‌عنوان عوامل موثر بر انحراف‌های اجتماعی تمرکز نموده است. روان‌شناسان هر فرد را یک شخصیت منحصربه‌فرد می‌دانند و در بررسی عواملی که فرد را در معرض خودکشی قرار می‌دهد ویژگی‌های فردی و شخصی افراد را موثر می‌دانند. بر اساس تبیین‌های روان‌شناختی و مهم‌ترین عوامل موثر بر خودکشی، بیماری‌های روانی، اختلالات شخصیتی، دیوانگی و جنون، افسردگی، بیماری‌های

عصبی، عشق‌های نافرجام، شکست‌ها، تنهایی و انزوای اجتماعی، برملا شدن اسرار شخصی و پای بند نبودن به مقدسات مذهبی هستند.

۱-۲-۱-۱- نظریه‌های روان‌تحلیل‌گری

دیدگاه روان‌کاوانه بر اهمیت نقش انگیزه‌های غیر معقولانه و ناخودآگاه فرد در ارتکاب رفتارهای غیراجتماعی تاکید می‌ورزد. در این دیدگاه به جای تاکید بر عوامل زیستی و بدنی، عوامل روانی مورد اکید قرار می‌گیرد. این رویکرد توسط زیگموند فروید (۱۹۳۶-۱۸۵۶) پایه‌گذاری شد و مکتبی و در برابر دیدگاه زیست‌شناختی. فروید پیش‌فرض جبر روانی را مطرح و اظهار داشت؛ رفتارهای آشکار (ترس و خشم) و پنهان (افکار و سواسی) ریشه در گذشته فرد دارند، به تعبیر دیگر هر رفتار علتی دارد که ریشه‌ی آن در انگیزه‌های ناخودآگاه روانی است و از گذشته فرد سرچشمه می‌گیرد (ریتال اتکینوس، ریچارد اس اتلینسون: ۱۳۶۸، ۷۰).

فروید انسان را به سه بخش "نهاد"، "خویشتن"^۲ و "فرا خویشتن"^۳ تقسیم می‌کند. "نهاد" بخش ناخودآگاه، غریزی، وادارنده و اجتماعی نشده‌ی انسان را نشان می‌دهد و عبارت است از مجموعه‌ی آورده‌های یک فرد ضمن تولد او. "خویشتن" عبارت از آن بخش از شخصیت است که هشیار است، دستورهای اخلاقی و اجتماعی و الزامات قانونی در این بخش قرار دارند. "خویشتن" بخش سطحی و هشیار شخصیت انسانی است و در اثر فعل محیط طبیعی به رشد رسیده و متعادل‌کننده‌ی نیروهای ناشی از "نهاد" و "فرا خویشتن" است. به عقیده‌ی فروید شخص طبیعی کسی است که "خویشتن" او بتواند نقش تعادل دهنده‌ی بین "نهاد" و "فرا خویشتن" را به طریق صحیح ایفاء کند (نوربها، رضا، ۱۳۷۷: ۱۲۶). کسانی که به مکتب روان‌شناختی فروید

^۱ - ID

^۲ - Super- ego

^۳ - Ego

وابسته‌اند معتقدند، رفتار انحرافی زمانی پیش می‌آید که "نهاد" نظارت ناپذیر و بسیار فعال، در ترکیب با "فرا خویشتن" ضعیف ظاهر شود و در این میان "خویشتن" بی تفاوت بماند.

۱-۲-۱- دیدگاه‌های یادگیری

دیدگاه یادگیری، رفتارهای انحرافی را مجموعه‌ای از رفتارها می‌داند که همچون سایر رفتارها آموخته می‌شوند. این دیدگاه در مورد بزهکاری بر نقش خانواده و هم‌قطاران را به‌عنوان منشأ کج‌رویی‌ها تأکید می‌ورزد. روی آورد یادگیری این نکته را القاء می‌کند که یادگیری مشاهده‌ای در وهله‌ی نخست در سه ضابطه جای می‌گیرد (خانواده، خرده‌فرهنگ‌های غالب و نهادهای فرهنگی (رابرت سون، یان، ۱۳۷۷: ۴۹). فرآیند خودکشی بر اساس دیدگاه یادگیری چنین تبیین می‌شود که کودکان و نوجوانان که در سنین و شرایط حساسی هستند، چنانچه رفتار خودکشی را در دوستان و نزدیکان خود مشاهده نمایند آن را می‌آموزند و به‌عنوان یک حادثه ناگوار برای همیشه در ذهنشان می‌ماند و همواره آن را به خاطر دارند. در بحران‌های زندگی که ممکن است برای هر شخصی پیش آید، این افراد بلافاصله ذهنشان معطوف به آموخته‌های گذشته می‌شود و چون رفتار خودکشی را به‌عنوان یک راه‌حل فرار و رهایی از بحران آموخته‌اند، لذا بر مبنای آن ممکن است اقدام به خودکشی نمایند. از مهم‌ترین نظریه‌های مربوط به دیدگاه یادگیری؛ نظریه‌ی هم‌نشینی افتراقی، نظریه‌ی یادگیری اجتماعی و نظریه‌ی تقلید است.

۱-۲-۲- نظریه‌های جامعه‌شناختی

در جامعه‌شناسی خودکشی بیش از آنکه یک پدیده‌ی فردی باشد یک پدیده‌ی فرهنگی اجتماعی است و دلایل آن را باید در ساختار و مناسبات اجتماعی جست و جو کرد. لذا در ذیل به بررسی نظریات عده‌ای از جامعه‌شناسان در مورد خودکشی می‌پردازیم.

۱-۲-۲-۱- نظریه هالبواکس

یکی از نخستین مطالعات جامعه‌شناختی قابل‌توجه درباره میزان‌های خودکشی، توسط موريس هالبواکس (فومن، جورج، ۱۳۷۹: ۸۴)، به پیروی از کار خود او، انجام شده است. به نظر وی، مهم‌ترین عوامل اجتماعی عبارت بودند از آن دسته از عوامل اجتماعی که فرد را نسبت به روابط پایدار اجتماعی منزوی می‌کند. از این رو مفاهیم آنومی و خود‌گرایی دورکیم به نفع انزوای اجتماعی کنار گذاشته شد و عوامل منزوی کننده اجتماعی به‌عنوان ویژگی جامعه شهری محسوب شدند.

هالبواکس با مقایسه نرخ‌های خودکشی مناطق شهری و روستایی به این نتیجه رسید که نرخ خودکشی در شهرهای بزرگ بالاست. در واقع او معتقد است که، هرچه از شهرهای دارای جمعیت متراکم، به سوی مناطق روستایی حرکت کنیم، میزان خودکشی کاهش می‌یابد.

با این حال، بنا به رویه وی، یک چنین گزاره‌هایی را می‌توان به‌صورت زیر ارائه نمود:

گزاره ۱: میزان خودکشی در جوامع با درجه انزوای اجتماعی رابطه مستقیم دارد.

گزاره ۲: درجه انزوای اجتماعی جوامع با درجه شهرنشینی آنها رابطه مستقیم دارد.

تئورم: میزان خودکشی در بین جوامع با درجه شهرنشینی آنها رابطه مستقیم دارد

۱-۲-۲- نظریه پورتر فیلد

مشاهدات پورتر فیلد در مورد خودکشی در جوامع مختلف، یک قضیه کلی را مطرح می‌سازد: «بین میزان خودکشی در جوامع و درجه دین‌داری و توجه افراد آن جامعه به امور دینی و مذهبی رابطه‌ای معکوس وجود دارد» در آزمایش این قضیه بر روی ایالت‌های آمریکا، پورتر فیلد دریافت که یک رابطه نسبتاً نزدیک بین شاخص‌های بی‌دینی (بر مبنای درجه شهرنشینی، صنعتی شدن، عضویت در کلیسا و غیربومی بودن) و میزان خودکشی وجود دارد (علی‌وردی، ۱۳۷۴: ۳۷).

۱-۳- روش بررسی

این تحقیق با استفاده از روش توصیفی- پیمایشی است و هدف آن الگوی فصلی خودکشی و اقدام به خودکشی در شهرستان بوشهر طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ می‌باشد. بدین منظور خودکشی‌های منجر به فوت

ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی بوشهر طی سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. افراد مورد مطالعه در این تحقیق را ۲۹۶ مورد است که خودکشی موفق داشتند تشکیل می‌دهد. پس از جمع بندی، استخراج اطلاعات و کدبندی آنها، تجزیه و تحلیل توسط نرم افزار SPSS و Excel انجام گردید.

۱-۴- یافته‌ها

-توزیع فراوانی افراد اقدام کننده به خودکشی موفق بر اساس سال‌های مختلف

در جدول توزیع فراوانی (۱-۴) بر اساس سال‌های مختلف مقادیر فراوانی و درصد فراوانی افراد با خودکشی موفق بر اساس سال‌های مختلف مشخص شده است. که کم‌ترین میزان خودکشی مربوط به سال ۱۳۹۱ با ۱۷/۲۳ درصد و بیشترین آن مربوط به سال ۱۳۹۲ با ۲۳/۹۹ درصد خودکشی می‌باشد.

جدول ۱: جدول توزیع فراوانی خودکشی بر اساس سال‌های مختلف

سال	فراوانی	درصد
۱۳۸۸	۵۸	٪۱۹/۵۹
۱۳۸۹	۶۱	٪۲۰/۶۱
۱۳۹۰	۵۵	٪۱۸/۵۸
۱۳۹۱	۵۱	٪۱۷/۲۳
۱۳۹۲	۷۱	٪۲۳/۹۹
کل	۲۹۶	٪۱۰۰

- توزیع فراوانی سن بر اساس سال‌های مختلف

در جدول توزیع فراوانی (۲-۴)، مقادیر فراوانی و درصد فراوانی سن افراد اقدام کننده به خودکشی موفق به تفکیک سال آورده شده است. همان طور که مشاهده می‌شود در سال‌های ۱۳۸۸، ۱۳۸۹، ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ بیشترین میزان خودکشی را گروه سنی ۲۵-۱۸ سال به خود اختصاص داده‌اند. و در سال ۱۳۹۰ بیشترین میزان خودکشی را گروه سنی ۴۰-۲۵ سال به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۲: جدول توزیع فراوانی سن به تفکیک سال‌های مختلف

سن	۱۳۸۸		۱۳۸۹		۱۳۹۰		۱۳۹۱		۱۳۹۲	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱۸-۱۰	۲	٪۳/۵۷	۱۱	٪۱۸/۰۳	۱۳	٪۲۳/۶۴	۳	٪۶/۵۲	۲۰	٪۲۸/۱۷
۲۵-۱۸	۳۵	٪۶۲/۵	۳۰	٪۴۹/۱۸	۱۳	٪۲۳/۶۴	۲۲	٪۴۷/۸۲	۳۰	٪۴۲/۲۵
۴۰-۲۵	۱۲	٪۲۱/۴۳	۲۰	٪۳۲/۷۹	۱۸	٪۳۲/۷۳	۱۸	٪۳۹/۱۳	۱۸	٪۲۵/۳۵
۴۰ به بالا	۷	٪۱۲/۵	۰	٪۰	۱۱	٪۲۰	۳	٪۶/۵۲	۳	٪۴/۲۳
کل	۵۶	٪۱۰۰	۶۱	٪۱۰۰	۵۵	٪۱۰۰	۴۶	٪۱۰۰	۷۱	٪۱۰۰

- توزیع فراوانی جنسیت بر اساس سال‌های مختلف

در جدول توزیع فراوانی (۳-۴)، مقادیر فراوانی و درصد فراوانی جنس افراد اقدام کننده به خودکشی موفق به تفکیک سال آورده شده است. همان طور که مشاهده می‌شود در سال‌های ۸۹ تا ۹۱ بیشتر افراد اقدام کننده را زنان و در سال ۸۸ و ۹۲ بیشتر افراد اقدام کننده را مردان به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۳: جدول توزیع فراوانی جنسیت به تفکیک سال‌های مختلف

جنسیت	۱۳۸۸		۱۳۸۹		۱۳۹۰		۱۳۹۱		۱۳۹۲	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مرد	۳۱	٪۵۳/۴۵	۲۵	٪۴۰/۹۸	۲۵	٪۴۵/۴۵	۲۹	٪۴۷/۵۴	۴۰	٪۵۶/۳۴
زن	۲۷	٪۴۶/۵۵	۳۶	٪۵۹/۰۲	۳۰	٪۵۴/۵۵	۳۲	٪۵۲/۴۶	۳۱	٪۴۳/۶۶
کل	۵۸	٪۱۰۰	۶۱	٪۱۰۰	۵۵	٪۱۰۰	۶۱	٪۱۰۰	۷۱	٪۱۰۰

توزیع فراوانی وضعیت تأهل در سال‌های مختلف

در جدول توزیع فراوانی (۴-۴)، مقادیر فراوانی و درصد فراوانی وضعیت تأهل افراد اقدام کننده به خودکشی موفق به تفکیک سال آورده شده است. بر اساس این جدول در سال‌های ۸۸، ۸۹ و ۹۲ بیشتر افراد فوت شده بر اثر خودکشی مجرد بوده‌اند. اما در سال‌های ۹۰ و ۹۱ بیشتر این افراد را متأهلین به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۴: جدول توزیع فراوانی وضعیت تأهل به تفکیک سال‌های مختلف

تأهل	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
	فراوانی	فراوانی	فراوانی	فراوانی	فراوانی
مجرد	۴۰	۳۵	۲۰	۲۰	۳۲
متال	۱۸	۲۳	۳۰	۲۷	۳۱
مطلقه	۰	۳	۵	۴	۸
کل	۵۸	۶۱	۵۵	۵۱	۷۱

- توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی در سال‌های مختلف

در جدول توزیع فراوانی (۵-۴)، مقادیر فراوانی و درصد فراوانی وضعیت تحصیلی افراد اقدام کننده به خودکشی موفق به تفکیک سال آورده شده است. بر اساس این جدول در سال‌های ۸۸ و ۹۲ بیشترین افرادی که خودکشی کرده‌اند دارای تحصیلات سیکل بوده. و در سال‌های ۸۹ تا ۹۱ بیشتر آنها دارای تحصیلات دیپلم بوده‌اند.

جدول ۵: جدول توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی به تفکیک سال‌های مختلف

وضعیت تحصیلی	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
	فراوانی	فراوانی	فراوانی	فراوانی	فراوانی
بی‌سواد	۰	۳	۸	۱	۵
سیکل	۳۵	۲۰	۱۷	۲۰	۳۸
دیپلم	۱۵	۲۷	۲۰	۲۱	۲۵
دانشگاهی	۸	۱۱	۱۰	۹	۳
کل	۵۸	۶۱	۵۵	۵۱	۷۱

-توزیع فراوانی محل سکونت در سال‌های مختلف

در جدول توزیع فراوانی (۶-۴)، مقادیر فراوانی و درصد فراوانی محل سکونت افراد اقدام کننده به خودکشی موفق به تفکیک سال آورده شده است. اطلاعات نشان می‌دهد که در تمامی سال‌های ۸۸ تا ۹۲ درصد بیشتری از افراد فوت شده بر اثر خودکشی ساکن شهرها بوده‌اند.

جدول ۶: جدول توزیع فراوانی محل سکونت به تفکیک سال‌های مختلف

سکونت	۱۳۸۸		۱۳۸۹		۱۳۹۰		۱۳۹۱		۱۳۹۲	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
شهر	۳۰	%۵۱/۷۲	۳۷	%۶۰/۶۶	۳۴	%۶۱/۸۲	۳۲	%۶۲/۷۵	۴۸	%۶۷/۶۱
روستا	۲۸	%۴۸/۲۸	۲۴	%۳۹/۳۴	۲۱	%۳۸/۱۸	۱۹	%۳۷/۲۵	۲۳	%۳۲/۳۹
کل	۵۸	%۱۰۰	۶۱	%۱۰۰	۵۵	%۱۰۰	۵۱	%۱۰۰	۷۱	%۱۰۰

توزیع فراوانی زمان حادثه در سال‌های مختلف

در جدول توزیع فراوانی (۷-۴)، مقادیر فراوانی و درصد فراوانی زمان حادثه افراد اقدام کننده به خودکشی موفق، به تفکیک سال آورده شده است. بر اساس جدول در تمامی سال‌های ۸۸ تا ۹۲ بیشتر افراد در فصل تابستان اقدام به خودکشی کرده‌اند.

جدول ۷: جدول توزیع فراوانی زمان حادثه به تفکیک سال‌های مختلف

زمان حادثه	۱۳۸۸		۱۳۸۹		۱۳۹۰		۱۳۹۱		۱۳۹۲	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بهار	۱۱	%۱۸/۹۷	۱۵	%۲۴/۵۹	۱۸	%۳۲/۷۳	۵	%۹/۸	۱۸	%۲۵/۳۵
تابستان	۳۵	%۶۰/۳۴	۳۳	%۵۴/۱	۲۰	%۳۶/۳۶	۲۰	%۳۹	۲۶	%۳۶/۶۲
پاییز	۱۰	%۱۷/۲۴	۸	%۱۳/۱	۱۰	%۱۸/۱۸	۱۷	%۳۳/۳۳	۱۷	%۲۳/۹۴
زمستان	۲	%۳/۴۵	۵	%۸/۲	۷	%۱۲/۷۳	۹	%۱۷/۶۵	۱۰	%۱۴/۰۸
کل	۵۸	%۱۰۰	۶۱	%۱۰۰	۵۵	%۱۰۰	۵۱	%۱۰۰	۷۱	%۱۰۰

نتیجه گیری

تحقیق حاضر که به منظور بررسی الگوی فصلی خودکشی در شهرستان بوشهر طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲ و از جمله مهم‌ترین نتایج و یافته‌های تحقیق به شرح ذیل می‌باشد

۵- زمان اقدام به خودکشی

-بعد زمانی نیز می‌تواند در اقدام به خودکشی موثر باشد. آمار خودکشی‌های موفق طی سال‌های ۸۸ تا ۹۲ با توجه به نتایج بدست آمده چنین می‌باشد: تابستان حدود ۴۵ درصد، بهار ۲۲ درصد، پاییز ۲۰ درصد، زمستان ۱۳ درصد. می‌توان چنین نتیجه گرفت که اوج خودکشی در شهرستان در فصل تابستان و بهار می‌باشد. لذا تغییرات آب و هوایی و فصلی یکی از عوامل محرک و موثر در اقدام به خودکشی می‌باشد.

۶- سن

سن افراد نیز یکی دیگر از محورهای موثر در خودکشی است. نتایج به دست آمده در مورد این عامل چنین می‌باشد (۱۸ تا ۲۵ سال ۴۵ درصد، ۲۶ تا ۴۰ سال ۳۰ درصد). لذا می‌توان گفت که در شهرستان بوشهر بیشترین خودکشی در بین جوانان ۱۸ تا ۲۵ سال می‌باشد. و در وهله بعد افراد ۲۶ تا ۴۰ سال می‌باشد که این دو گروه سن حدود ۷۵ درصد از آمار خودکشی‌های موفق را به خود اختصاص داده‌اند.

۷- جنسیت

در مورد جنسیت با توجه به نتایج بدست آمده از آمار خودکشی‌های موفق طی سال‌های ۸۸ تا ۹۲ چنین می‌توان نتیجه گرفت که زنان با ۵۲ درصد بیشترین آمار خودکشی را نسبت به مردان در شهرستان بوشهر داشته‌اند.

پیشنهادات:

- ۱- سازمان‌های بهداشتی و درمانی موجود در منطقه بایستی به خصوص قبل از شروع فصول بهار و تابستان برنامه مناسبی برای مقابله با این معضل اجتماعی ارائه نمایند.
- تاسیس خانه‌های سلامت، مراکز شبیه خانواده، مراکز مشاوره‌ای خانوادگی، اصلاح و ساماندهی مراکز مشاوره قبل از ازدواج، پیش‌بینی واحد درسی "حقوق و دانش خانواده" در سیستم آموزشی،
- ۲- ارتقای سطح فرهنگ جامعه در خصوص جایگاه شخصیتی زنان، پیش‌بینی و تشدید مجازات مردانی که به هر دلیل اقدام به همسر آزاری می‌کنند، تاسیس سازمان‌های مدنی جهت ارائه خدمات کارآمد به افراد آسیب دیده و آسیب‌پذیر. آگاه‌سازی جنسی و ارتقا سطح آموزش و فرهنگ جامعه و...
- ۳- ارتقای آگاهی راجع به اینکه خودکشی یک مشکل مربوط به سلامت بوده و قابل پیشگیری است.
- ۴- ایجاد حمایت‌های وسیع و هدفمند برای پیشگیری از خودکشی.
- ۵- انگ‌زدایی از بیماری‌های روانی و استفاده از خدمات سلامت روان و پیشگیری از خودکشی.
- ۶- برنامه‌های اجتماعی محور پیشگیری از خودکشی.
- ۷- کاهش دسترسی به وسایل و روش‌های مرگ‌آور.
- ۸- آموزش افراد مختلف (کادر بهداشتی درمانی، مشاوران، معلم‌ها و والدین) برای تشخیص به موقع افکار و رفتارهای پرخطر و خودکشی‌گرایانه و اقدام موثر.

۹- ایجاد و توسعه اقدامات اثربخش بالینی و تخصصی.

۱۰- افزایش دسترسی آحاد مردم به خدمات سلامت روان.

۱۱- توجه به نقش رسانه‌ها در چگونگی گزارش و بیان اختلالات روانی و موارد خودکشی.

منابع

- اسلامی نسب، علی (۱۳۷۹). خودکشی علت شناسی هم‌دیگرشناسی، نشر آبا، چاپ دوم

- تنهایی، ابوالحسین (۱۳۸۳). درآمدی بر مکاتب و نظریه‌های جامعه‌شناسی، نشر مرنديز، چاپ اول

- دورکیم، امیل (۱۳۷۸). خودکشی، ترجمه نادر سالار زاده امیری، انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی، چاپ اول

- دهخدا، علی اکبر (۱۳۸۵). فرهنگ متوسط دهخدا، جلد اول و دوم، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ اول

- رابرتسون، یان (۱۳۷۷). درآمدی بر جامعه، ترجمه حسین بهروان، انتشارات آستان قدس رضوی، چاپ اول

- ریتال اتکینوس، ریچارد اس اتلینسون (۱۳۶۸). زمینه روان‌شناسی، مترجم محمد تقی براهنی، انتشارات رشد،

چاپ سوم

- شیخاوندی، داور (۱۳۷۳). جامعه‌شناسی انحرافات، آسیب‌شناسی جامعه، تهران: انتشارات مرنديز، چاپ دوم

- عبداللهی، محمد (۱۳۸۳). آسیب‌های اجتماعی و روند تحول آن در ایران، جلد یکم (مجموعه مقالات دومین

همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران - خرداد ۱۳۸۱)

- علیوردی، اکبر (۱۳۷۴). بررسی تطبیقی میزان خودکشی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه

تربیت مدرس

- فومن، جورج (۱۳۷۹). خودکشی و علل آن، ترجمه فواد بریتان، انتشارات آوای نور، چاپ اول

- کرلینجر، فردان (۱۳۶۶). رگرسیون چند متغیری در پژوهش رفتاری، ترجمه، حسن سرایی، مرکز نشر

دانشگاهی، چاپ اول

- محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۷۲). کلیات و مبانی روان‌شناسی اجتماعی، انتشارات دانشکده، چاپ سوم

- -----، -----(۱۳۷۳). "ملاحظاتى در باب نظريه‌ى خودکشى دورکهايم" ماهنامه‌ى علوم اجتماعى.

شماره‌ى ۷.

- محسنى، منوچهر (۱۳۷۶). «انگيزه و علل خودکشى»، مرکز نشر تهران: چاپ اول

- مرادى، سعداله، (۱۳۸۱). بررسى وضعيت خودکشى‌هاى منجر به مرگ در ايران و مقايسه آن با نرخ‌هاى

جهانى، مجله علمى پزشکى قانونى؛ ۱۳۸۱، سال هشتم، شماره ۲۷)

- نوريها، رضا(۱۳۸۵). زمينه حقوق جزاى عمومى، گنج دانش، چاپ هفدهم

- Liu, Ruth X(2005). Parent-Youth Closeness and Youths Suicidal ideation :The Moderating Effects of Gender, stages of Adlescence, and Race or Ethnicity. Youths Society, 37: 145-175

- Palmer, S. 2008. Suicide, strategies and interventions for reduction and prevention. New York/London: Routledge

Abstract

commit suicide and psychological complex phenomena that mutual under the influence of the individual and environmental factors. of environmental factors, climate change can be associated with the chapters on these two phenomena. Since studies in this field is limited to Western countries, the present study examining the seasonal pattern of suicides and suicide attempts in the province of ilam

The present study data related to the system of comprehensive data recorder suicides and attempted suicides in Bushehr province in 1388- 1392 to be implemented. In this comprehensive system recording, suicides and attempted suicides in City of Bushehr with demographic each case by the time of the incident.

In the years, 296 suicides in Bushehr province. examining the distribution of these cases in terms of the highest suicides 134 people (27/45)in the summer season and 67 people (63/22)occurred in the spring is that these differences statistically.

in the city of Bushehr, like many other countries of suicides and suicide attempts in the spring and summer season. the results of this study suggests that the existing health care in the region should be especially before the beginning of the season, the spring and summer programme to deal with these two phenomena.

Keywords: Suicide ,social problem, City of Bushehr