مقاله پژوهشی

بررسی فراوانی خودسوزی و رابطه آن با وضعیت اجتماعی و دموگرافیکی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان قطب الدین شیرازی طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰

سید منصور کشفی[۱]، مریم یزدانخواه[۱]، علی خانی جیحونی[۲*]، مجتبی کریمی[۱]

۱- بخش بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و تغذیه، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۲- بخش بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۲/۰۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۷/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی، عمل آسیب رساندن به خود به قصد انهدام نفس است. یکی از روش‌های فجیع اقدام به خودکشی خودسوزی است که در جوامع شرقی شیوع بالایی دارد. مطالعه حاضر به بررسی فراوانی خودسوزی و رابطه آن با وضعیت اجتماعی و دموگرافیکی اقدام کنندگان به این عمل می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: در مطالعه مقطعی حاضر کلیه پرونده‌های بیماران مراجعه کننده به بیمارستان سوختگی قطب‌الدین شیرازی طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ به صورت سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های جمع آوری شده به نرم افزار SPSS-16 وارد و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که در طی ۵ سال، از ۲۰۷۱ مورد بیمار سوختگی ۴۳۹ مورد (۲۱/۱ درصد) ناشی از خودسوزی بوده است. توزیع فراوانی خودسوزی در زنان ۷۰/۷ درصد، در متأهلین ۵۸/۴ درصد و در جمعیت روستایی ۵۶/۶ درصد برآورد گردید. بیشترین موارد در گروه سنی ۴۴-۲۵ سال (۴۷/۴ درصد) بود. در بیشتر موارد خودسوزی با مایعات قابل اشتعال به ویژه نفت و بنزین (به ترتیب ۷۱/۸ درصد و ۱۷/۳ درصد) و در منزل (۹۰/۸ درصد) رخ داده بود. ۶۷/۸ درصد موارد خودسوزی منجر به مرگ فرد شده بود. بالاترین انگیزه اقدام به خودسوزی‌ها اختلافات خانوادگی (۶۲/۱درصد) به دست آمد.

نتیجه‌گیری: بالا بودن میزان خودسوزی در گروه زنان و گروه‌های سنی نوجوانان و جوانان قابل توجه و دارای اهمیت بسزایی می‌باشد و بایستی به عنوان یک مسئله مهم از نظر بهداشت روان مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: **خودسوزی، وضعیت اجتماعی، خودکشی**

مقدمه

خودکشی به عنوان یک فوریت مهم روان پزشکی همواره مورد توجه محققان بوده است، روش‌های اقدام به خودکشی نیز در کشورهای مختلف براساس فرهنگ، سمبل، تقلید و مذهب متفاوت است. خودکشی موفق عبارت است از گرفتن جان خویش به دست خویشتن و در صورتی که منجر به مرگ شود خودکشی موفق نامیده می‌شود و اگر منجر به مرگ نشود اقدام به خودکشی می‌گویند (۱).

خودکشی به عنوان یکی از معضلات روانی اجتماعی با توجه به پیچیده تر شدن تعاملات و ارتباطات در بیشتر جوامع رو به افزایش است (۲) و یکی از غم بارترین راه‌های مرگ محسوب می‌شود (۳).

خودکشی یکی از علل مهم مرگ در سراسر جهان محسوب می‌شود و در گروه سنی ۱۵ تا ۴۴ سال چهارمین علت مرگ و ششمین علت ناتوانی در جهان را به خود اختصاص می‌دهد. در ایران خودکشی در طبقه بندی علل مرگ، مقام دهم را به خود اختصاص داده است و روزانه تقریبا ۱۱ نفر و در سال بیشتر از ۴۰۰۰ نفر به علت خودکشی می‌میرند (۴). پایه خودکشی در

* نویسنده مسئول: علی خانی جیحونی، بخش بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران. تلفن: ۰۹۱۷۵۳۲۸۰۶۵ Email: khani-1512@yahoo.com

کشورهایی مثل سوئد ۴۵٪، در مجارستان ۵۸٪ و در ایران بین ۵ تا ۱۸/۲ در صد هزار نفر است (۵).

بازنگری بررسی‌های انجام شده در دو دهه اخیر در زمینه همه‌گیر شناسی خودکشی در ایران نشان می‌دهد که میزان شیوع خودکشی و اقدام به آن با وجود همه پیشرفت‌هایی که در زمینه علم و بهداشت جسم و روان صورت گرفته است در بیشتر استان‌های کشور و به ویژه در میان نوجوانان و جوانان رو به افزایش است (۶).

یکی از روش‌های فجیع اقدام به خودکشی خودسوزی است که در جوامع شرقی شیوع بالایی دارد (۱، ۲ و ۶). خودسوزی یکی از خشن‌ترین روش‌های خودکشی است که هم برای فرد قربانی که ممکن است تا لحظه مرگ هوشیار باقی بماند و هم برای شاهدان بسیار دردناک است (۷). همچنین یک مسئله مرگ بار و هزینه بر از لحاظ فردی و اجتماعی محسوب می‌شود (۵ و ۴).

افرادی که خود را می‌سوزانند به سختی درمان شده و متعاقب آن دچار عوارض جسمی و روانی سنگینی می‌شوند (۴). براساس مطالعه‌ای که در تهران صورت گرفته است از بین انواع روش‌های خودکشی ۳۵/۳٪ موارد به صورت خودسوزی بوده است (۴). در ایران به طور متوسط ۲۵ تا ۴۰/۳ درصد از علل خودکشی به خودسوزی اختصاص دارد (۴).

به کارگیری این روش در کشورهای پیشرفته کم گزارش شده است اما در بخش‌هایی از آفریقا و آسیا به ویژه در کشور هندوستان و غرب کشور ایران بسیار به کار برده می‌شود (۱ و ۸). طبق آمار رسمی در سال ۱۳۸۰ روزانه ۴۰ نفر در ایران به علت خودسوزی مرده‌اند که میزان آن ۲ در صد هزار نفر بوده است (۳). خودسوزی ۰/۴ تا ۴۰ درصد از تخت‌های بخش سوختگی را در سراسر جهان به خود اختصاص داده است و در ایران این شاخص مابین ۴ تا ۳۷ درصد است.

به طور کلی اقدام به خودکشی به روش خودسوزی براساس برخی پژوهش‌ها در کشور ما نسبت به سایر کشورهای غربی که از سایر روش‌های خودکشی استفاده می‌کنند از شیوع بیشتری برخوردار است (۲). خودسوزی به هر دلیلی که انجام گیرد از نظر فردی و اجتماعی خسارت غیرقابل جبرانی را به فرد، جامعه و خانواده وارد می‌کند و به عنوان یکی از علائم آسیب شناسی اجتماعی همواره مورد توجه محققان علوم مختلف از جمله پزشکی و روان پزشکی بوده است (۵).

خودسوزی ممکن است دارای الگوی واگیردار باشد و ممکن است به صورت ناخودآگاه و آهسته در بین افراد جامعه تداوم داشته باشد و از نسلی به نسل دیگر منتقل گردد (۴).

مهمترین و موثرترین راه کاهش عوارض و مرگ و میر خودسوزی پیشگیری است. اقدام پیشگیرانه در سطح جامعه دارای ۵ مرحله می‌باشد که عبارتند از: شناخت و ارزیابی مسئله، شناخت عوامل خطر و عوامل محافظت کننده، انتخاب و آزمایش مداخله در سطح محدود، انجام مداخله در سطح وسیع، ارزیابی اثر مداخله.

با توجه به این که بررسی‌های همه‌گیر شناختی معتبر اکثرا در جوامع غربی صورت می‌گیرد و خودسوزی یک روش نادر خودکشی در غرب است ضروری است که بررسی در نمونه‌های ایرانی که ویژگی‌های اجتماعی متفاوتی دارند انجام شود (۴).

شناسایی گروه‌های یکه تکانه‌های مربوط به خودسوزی در آن‌ها احتمال عملی شدن دارد قدم مهمی به سوی پیشگیری و مهار خواهد بود. این پدیده از یک سو برای سیستم بهداشت و درمان پرهزینه است و از سوی دیگر مغایرت با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور اسلامی دارد (۶).

با شناخت عوامل اجتماعی، فردی و الگوی سنی جنسی موثر در بیماران خودسوزی می‌توان گامی موثر در جهت شناسایی افراد در معرض خطر برداشته و با انجام اقدامات مداخله‌ای وقوع خودسوزی را به حداقل ممکن کاهش داد (۵ و ۶).

متاسفانه در ایران آمار کلی و گویایی از موارد اقدام به خودسوزی و درصد مرگ و میر آن وجود ندارد و مطالعات محدود به یک یا چند مرکز اصلی سوانح و سوختگی در شهرهای بزرگ است. نتایج حاصل از مطالعه ضرغامی نشان داد میانگین سنی اقدام کننده‌گان به خودسوزی ۲۷ سال بوده و ۸۳٪ آن‌ها را خانم‌ها تشکیل می‌دادند بیشتر متاهل، خانه دار و با تحصیلات دبیرستانی بودند و علت اصلی اقدام این افراد کشمکش‌های زناشویی و خانوادگی بوده است و میانگین مرگ و میر آن‌ها ۷۹٪ بوده است (۷). در مطالعه احمدی تمام بیماران اقدام کننده به خودکشی بررسی شدند، از ۲۲۸۰ مورد پذیرش داده شده ۲۱۶ نفر اقدام به خودسوزی کرده بودند که از این تعداد ۸۸٪ مونث بوده و بیشترین موارد در گروه‌های سنی ۳۰-۱۱ سال و میانگین سنی ۲۹ سال

بوده است که ۵۴٪ افراد اقدام کننده به خودسوزی متاهل، ۶۰٪ بی‌سواد، ۵۲٪ خانه‌دار و ۳۸٪ بیکار بوده‌اند (۱).

از آنجایی که بر مراقبت، درمان و لزوم تحقیقات همه جانبه در مورد بیماران سوختگی به عنوان یک اولویت بسیار مهم بهداشت و درمان کشور تاکید شده است و نیز به علت در دسترس نبودن مشخصات همه گیر شناسی خودسوزی‌ها در منطقه در این پژوهش ویژگی‌ها و همبسته‌های جمعیت شناختی، علل و انگیزه‌ها مورد بررسی قرار گرفت تا از این رهگذر گروه‌های در معرض خطر شناسایی و بر پایه آن اقدام‌های پیشگیری از بروز آن پیشنهاد گردد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی است که در تنها بیمارستان سوختگی شیراز "بیمارستان قطب الدین شیرازی" انجام گردید. کلیه پرونده‌های مربوط به بیماران سوختگی بستری طی سال‌های ۱۳۸۵ تا پایان سال ۱۳۸۹ (۲۷۰۱ پرونده) به صورت تمام شماری از نظر اقدام به خود سوزی مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به این که پرونده‌ها توسط روان‌شناسان بالینی مجرب تکمیل گردیده بود تعداد موارد تکمیل ناقص در آن‌ها بسیار اندک بود و پرونده‌ای از مطالعه به دلیل ناقص بودن حذف نگردید و تمام موارد خودسوزی مورد بررسی قرار گرفت.

گردآوری داده‌ها از طریق چک لیست بود؛ متغیرهای مورد بررسی، سن، جنس، وضعیت تأهل، محل سکونت (روستا یا شهر) محل خودسوزی، سابقه بیماری‌های جسمی یا روانی، تحصیلات، شغل، انگیزه اقدام به خودسوزی و نتیجه اقدام به آن را شامل می‌شد. اطلاعات حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، جهت تعیین فراوانی خودسوزی با توجه به متغیرهای مورد بررسی از روش‌های آماری توصیفی و جهت تعیین ارتباط متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای استفاده گردید و سطح آلفا برای P<۰/۰۵ معنادار تلقی شد.

نتایج

از ابتدای سال ۱۳۸۵ تا پایان سال ۱۳۹۰ جمعاً ۲۷۰۱ پرونده مربوط به بیماران سوختگی در بیمارستان قطب الدین شیرازی موجود بود. از این بین، ۴۳۹ مورد (۲۱/۱ درصد) اقدام به خودسوزی صورت گرفته بود. توزیع فراوانی خودسوزی‌ها بر اساس ویژگی‌های دموگرافیکی در جدول شماره (۱) نشان داده شده است. میانگین سن افراد اقدام کننده به خودسوزی ۱۰/۴± ۲۸/۰ بوده؛ بیشترین موارد خودسوزی به ترتیب مربوط به گروه سنی ۴۴-۲۵ سال (۴۷/۴ درصد) و ۲۴-۱۵ سال (۴۰/۱ درصد) بوده است.

یافته‌ها نشان داد که بالاترین درصد خودسوزی مربوط به زنان و گروه متأهلین (به ترتیب ۷۰/۷ درصد و ۵۸/۴ درصد) است. همچنین نتایج حاکی از آن بود که ۳۷/۶ درصد افراد خودسوزی کننده مبتلا به بیماری‌های روانی و ۵/۴ درصد آن‌ها، به بیماری-های جسمی مبتلا بوده‌اند. اکثر موارد خودسوزی در منزل (۹۰/۸ درصد) و در جمعیت روستایی (۵۶/۶ درصد) رخ داده بود.

در مطالعه حاضر بیشترین موارد اقدام به خودسوزی در بین خانم‌های خانه‌دار (۶۲/۴ درصد) بود. بیشترین درصد افراد اقدام کننده به خودسوزی دارای تحصیلات راهنمایی (۳۲/۶ درصد) بودند. از نظر انگیزه اقدام به خودسوزی، می‌توان به اختلافات خانوادگی، بیماری‌های روانی، مسائل عاطفی و مشکلات اقتصادی و اجتماعی اشاره کرد. شایع‌ترین عامل در اقدام به خودسوزی مربوط به اختلافات خانوادگی و بیماری‌های روانی (به ترتیب ۶۲/۱ درصد و ۱۲/۶ درصد) بوده است. (نمودار شماره ۱)

از بین کلیه افراد اقدام کننده به خودسوزی، ۶۷/۸ درصد منجر به فوت گردیده است. نمودار شماره ۲ نتایج حاصل از آزمون کای اسکوئر نشان داد بین وضعیت تأهل، سن، جنس، سابقه بیماری‌های روانی، نوع ماده و محل سکونت افراد با نتیجه اقدام به خودسوزی (مرگ یا بهبودی) رابطه آماری معنی داری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

بین سابقه بیماری‌های جسمی در افراد اقدام کننده به خودسوزی و نتیجه اقدام (مرگ یا بهبودی) رابطه‌ای نزدیک به سطح معنادار دیده شد (P=۰/۰۵۷).

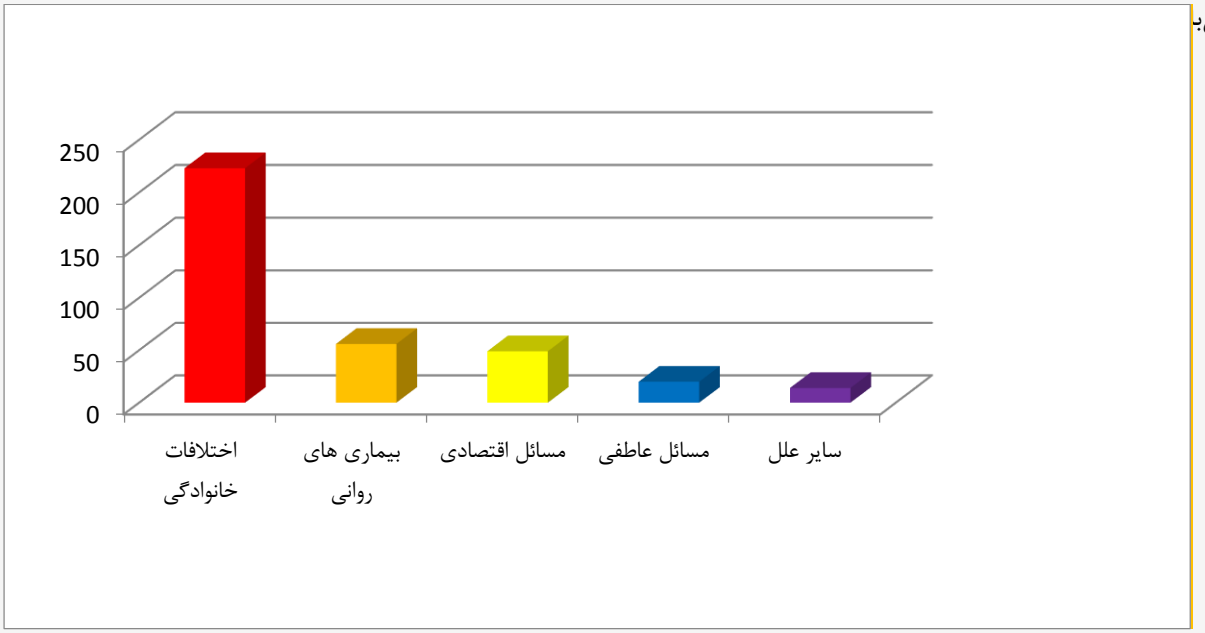
بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر ۲۱/۱ درصد از بیماران سوختگی، از اقدام کنندگان به خودسوزی بودند که با مطالعه نخعی و همکاران، (۲۱/۱ درصد از موارد بستری در بخش سوختگی مربوط به خودسوزی بوده است) (۵)، مطالعه قلمبر و همکاران، (میزان خودسوزی برای بیماران بیش از ۱۵ سال نزدیک به ۴۰ درصد

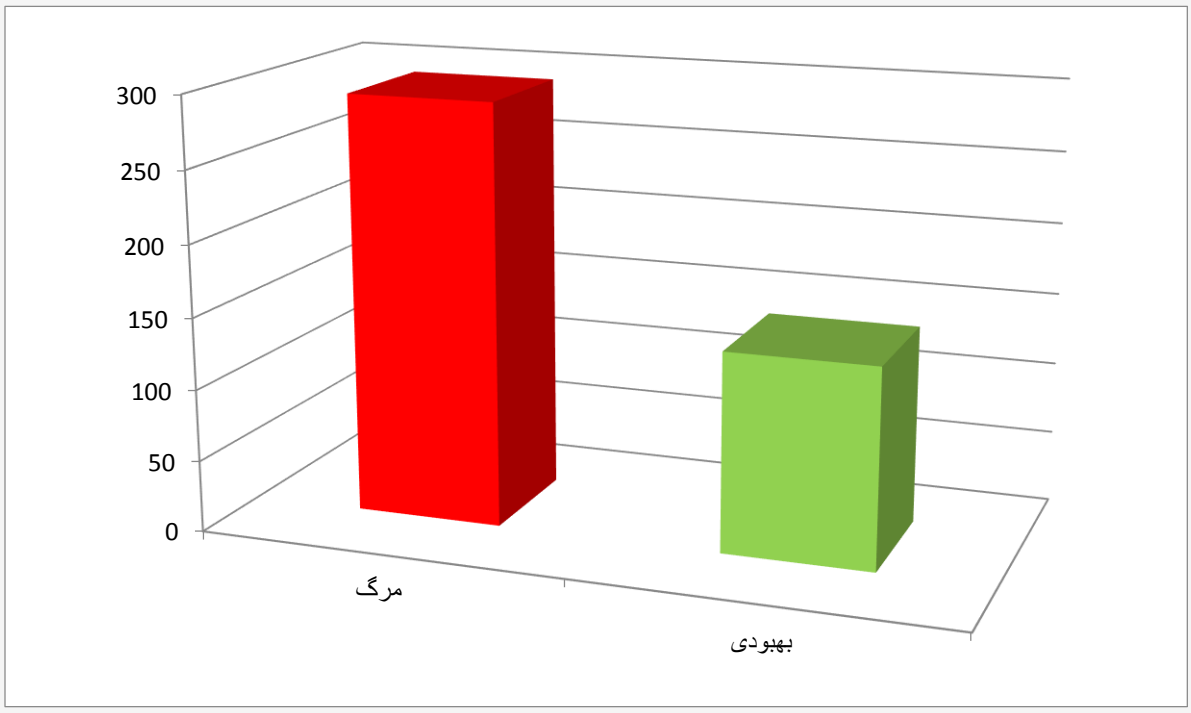
جدول شماره۱: توزیع فراوانی افراد براساس ویژگی‌های دموگرافیکی

اطلاعات دموگرافیکی		درصد	تعداد
سن	کمتر از ۱۵ سال	۴/۱	۱۸
	۲۴-۱۵ سال	۴۰/۱	۱۷۶
	۴۴-۲۵سال	۴۷/۴	۲۰۸
	۶۴-۴۵سال	۷/۷	۳۴
	بالاتر از۶۵ سال	۰/۷	۳
جنس	زن	۷۰/۷	۳۰۹
	مرد	۲۹/۳	۱۲۸
وضعیت تاهل	متاهل	۵۸/۴	۲۵۶
	مجرد	۴۱/۶	۱۸۲
محل سکونت	روستا	۵۶/۶	۲۴۸
	شهر	۴۳/۴	۱۹۰
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۱۲/۵	۵۵
	ابتدایی	۳۱	۱۳۶
	راهنمایی	۳۲/۶	۱۴۳
	دبیرستان	۶/۴	۲۸
	دیپلم	۱۰/۹	۴۸
	فوق دیپلم	۰/۹	۴
	لیسانس و بالاتر	۲/۱	۹
مکان خودسوزی	داخل منزل	۹۰/۸	۳۸۴
	خارج از منزل	۹/۲	۳۹
شغل	خانه‌دار	۶۲/۴	۲۷۴
	آزاد	۱۱/۲	۴۹
	محصل	۸/۴	۳۷
	بیکار	۹/۱	۴۰
	کارگر	۶/۴	۲۸
	کارمند	۱/۴	۶
سابقه بیماری‌های جسمی	ندارد	۹۴/۶	۳۶۸
	دارد	۵/۴	۲۱
سابقه بیماری‌های روانی	ندارد	۷۲/۴	۲۸۰
	دارد	۳۷/۶	۱۰۷

می‌ب



نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی اقدام به خودسوزی از نظر انگیزه اقدام به خودسوزی



نمودار شماره۲: توزیع فراوانی نتیجه اقدام به خودسوزی

می‌باشد) (۶) همخوانی دارد. اما در پژوهشی که کاستلانی و همکاران در ایتالیا انجام دادند سهم خودسوزی‌ها را ۴/۴ درصد از مجموع بیماران سوختگی بیان کرده اند (۹). در مطالعه کرومن و همکاران در آمریکا میزان بیماران خودسوزی ۱ درصد از کل بیماران سوختگی بود (۱۰). خودسوزی در دنیای غرب به جز بلغارستان بسیار نادر است و حدودا ۲ درصد کل موارد اقدام به خودکشی را تشکیل می‌دهد (۱ و ۱۱).

میانگین سنی افراد اقدام کننده به خودسوزی ۱۰/۴±۲۸/۰ می‌باشد که بالاترین فراوانی خودسوزی در گروه سنی ۴۴-۲۵ سال و سپس ۲۴-۱۵ سال (به ترتیب ۴۷/۴ درصد و ۴۰/۱ درصد) بود. نتایج حاصل از این بررسی با مطالعه احمدی و همکاران (بیشترین موارد اقدام به خودسوزی در گروه سنی ۳۰-۱۱ سال) (۷۲ درصد) و میانگین سنی آن‌ها ۲۶ سال) همخوانی دارد (۱). همچنین پژوهش حاضر، با مطالعه‌ای که توسط احمدی و همکاران صورت گرفت، (۸۶٪ موارد در گروه سنی ۱۱ تا ۳۰ سال و میانگین سنی ۲۴/۹ سال) (۴) و مطالعه اوتمن (سن جوان ۱۱ تا ۱۸ سال به عنوان عامل خطری مستقل برای خودسوزی در کردستان عراق می‌باشد) (۱۲) مطابقت دارد.

وقوع بیشتر خودسوزی در سنین نوجوانی و جوانی شاید به سبب بحران مرحله بلوغ و مسائل و مشکلات و ناکامی‌های مربوط به این دوره، همچنین عدم آشنایی و آگاهی این گروه از روش‌های حل مسئله و یا فرار از دشواری‌های زندگی و عدم آمادگی مقابله با عواملی مانند شکست، ناکامی، فقر باشد؛ که در نهایت تن به خود سوزی داده و از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند.

در پژوهش حاضر بیشترین میزان خودسوزی در زنان (۷۰/۷ درصد) دیده می‌شود که مطالعات ضرغامی (۸۳ درصد از افراد اقدام کننده به خودسوزی در زنان) (۷)، رضاییان (از ۴۳/۳٪ مورد اقدام به خودسوزی ۸۲/۴٪ در زنان) (۸)، مطالعه سوخایی در دوربان آفریقای جنوبی، لالویی در سریلانکا (۱۳و۱۴) و اوتمن در کردستان عراق (۱۲) مطالعه مهرپور و همکاران <<زنان خانه دار بزرگترین گروه اقدام کننده به خودسوزی بودند>> (۱۵) نتایج حاصل از این پژوهش را تأیید می‌کنند.

زنان به دلیل ویژگی‌های فیزیولوژیک متفاوت با مردان، معمولاً در مقابل فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی حساس‌تر و شکننده‌تر می‌باشند و شاید نادیده گرفتن یا کم اهمیت دانستن حقوق فردی و اجتماعی زنان در برخی جوامع به ویژه جوامع روستایی به دلیل فرهنگ حاکم بر آن‌ها و در عوارض و مشکلات متعاقب آن، سبب ایجاد افسردگی و مشکلات روانی شده و زنان را به سوی خودسوزی به عنوان تنها چاره گریز از مشکلات زندگی، کشانده است. آگاه کردن زنان از وجود مراکز حمایتی، مشاوره و اطلاع رسانی صحیح و مناسب به آنان، اهمیت به بهداشت روانی به عنوان یک اصل مهم مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری همچنین آموزش شیوه‌های مقابله با فشارها، مشکلات و ناکامی‌ها، می‌تواند در کاهش موارد خودسوزی مؤثر واقع شود. در این مطالعه بیشترین موارد اقدام به خودسوزی مربوط به گروه متأهلین (۵۸/۴ درصد) بوده که اکثرا در منزل (۹۰/۸ درصد) اتفاق افتاده بود که می‌توان با نتایج حاصل از مطالعه مقصودی و همکاران در تبریز (۱۶) و مطالعه دیبایی و همکاران در اهواز (۱۸) مطالعه ضرعامی و همکارن در مازندران (۷) مطالعه نخعی و همکاران در بیرجند (۵)، همخوان و مطابق دانست.

شاید دلیل شیوع بالاتر خودسوزی در گروه متأهلین مربوط به معضلات و مشکلات زناشویی، شروع و نحوه شکل‌گیری ازدواج‌ها و معضلات ناشی از مسئولیت‌های اقتصادی- اجتماعی زندگی که متاهلین بر دوش خود احساس می‌کنند باشد. در این زمینه می‌توان از طریق مشاوره پیش از ازدواج، بهبود روابط بین زوجین، کاستن از مشکلات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آنان، از میزان خودسوزی به نحو چشمگیری کاست.

از افراد اقدام کننده به خوسوزی ۵/۴ درصد مبتلا به بیماری-های جسمی و ۳۷/۶ درصد افراد مبتلا به بیماری‌های روانی بودند. مطالعه احمدی و همکاران در کرمانشاه نیز بیماری‌های روانی را عاملی جهت اقدام به خودسوزی می‌داند (۱۱). اما نتایج حاصل از مطالعه ضرعامی در مازندران، ۳۰/۳ درصد موارد خودسوزی‌ها را ناشی از بیماری‌های جسمی بیان می‌کند (۷). به هر حال بیماری‌های روانی مانند اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات روانی می‌توانند فرد را در معرض خطر چنین اقدامی قرار دهند.

بیشترین میزان اقدام به خودسوزی در جمعیت روستایی (۵۶/۶٪) مشاهده شد که با نتایج مطالعه یوسفی لبنی در روانسر و جوانرود (۶۲/۵٪ از زنان اقدام کننده به خودسوزی در روستا زندگی می‌کرند) (۱۹) مطالعه قلمبر سکونت در روستا را یک عامل

اجتماعی خطرزا در اقدام به خودسوزی به حساب می‌آورد(۶)، همخوانی دارد.

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، از میان افراد اقدام کننده به خودسوزی؛ ۶۲/۴ درصد خانه‌دار، ۱۱/۲ درصد دارای شغل آزاد، ۸/۴ درصد محصل، ۹/۱ درصد بیکار، ۶/۴ درصد کارگر و ۱/۴ درصد کارمند بودند. نتایج حاصل با مطالعه‌ای که توسط یوسفی و همکاران در سنندج صورت گرفت (۲۰) ، مطالعه احمدی و همکاران در کرمانشاه پ (۴) و مطالعه پنجه شاهین و همکاران (۲۱) مطابقت دارد.

نظر به نتایج فوق شاید بتوان خانه‌دار بودن را به عنوان یک عامل خطر خودسوزی معرفی نمود که لازم است تحقیقات گسترده تری در این مورد انجام پذیرد؛ توجه بیشتر به خانم‌های خانه‌دار به عنوان یک قشر تاثیرگذار در سلامت روانی جامعه و آموزش آن‌ها در زمینه بهداشت روانی و مراقبت از خود، می‌تواند موجبات کاهش خودسوزی را فراهم آورد. توزیع فراوانی خودسوزی در افراد دارای تحصیلات راهنمایی ۳۲/۶ درصد، ابتدایی ۳۱ درصد و بی سواد ۱۲/۵ درصد بوده است. اما در مطالعه یوسفی و همکاران در سنندج (میزان بی سوادان اقدام کننده به خودسوزی را ۳۸/۳ درصد) (۲۰) و در پژوهش احمدی در اسلام آباد غرب میزان بی سوادان ۶۰ درصد بیان شده است (۱). مطالعه نخعی در بیرجند نیز (میزان افراد دارای تحصیلات ابتدایی را که به خودسوزی اقدام نموده‌اند ۴۸/۹ درصد اعلام داشته است) (۵).

فراهم آوردن بستری مناسب برای ارتقاء سطح تحصیلات و آگاهی‌های عمومی و نیز تغییر نگرش‌ها، افزایش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی شدن همرا با آموزش مهارت‌های حل مسئله می‌تواند در کاهش آمار خودسوزی ناشی از فقر فرهنگی و سواد و صدمات اجتماعی نقش داشته باشد.

در مطالعه حاضر، شایع‌ترین عامل محرک خودسوزی، اختلافات خانوادگی (۶۲/۱ درصد) بود. مطالعه مرادی و همکاران (۹۴/۳ درصد از زنان، خشونت فیزیکی و کلامی شوهر خویش را تجربه کرده بودند) (۹)، به نحوی مؤید نتایج حاصل از مطالعه حاضر می‌باشد. در این پژوهش ۷۱/۸ درصد موارد، از نفت به عنوان ماده مورد استفاده از خودسوزی نام برده شده است که با مطالعه نخعی و همکاران در بیرجند که ۹۱/۵ درصد از موارد خودسوزی با مایعات قابل اشتعال به ویژه نفت رخ داده (۵) و مطالعه معماری و همکاران که ۹۱/۴ درصد موارد اقدام به خودسوزی از نفت به عنوان ماده سوختنی استفاده شده بود، (۱۷) همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر از میان افراد اقدام کننده به خودسوزی ۶۷/۸ درصد منجر به مرگ شده و ۳۲/۲ درصد بهبودی یافتند. مطالعه نخعی و همکاران در بیرجند میزان مرگ بیماران ۸۴ درصد بیان نموده و مطالعه احمدی و همکاران درکرمانشاه این میزان را۸۰٪ ذکر نموده است (۴)، که هر دو به نحوی نتایج حاصل از این مطالعه را تأیید می‌کنند.

در پژوهش حاضر، بین سابقه بیماری‌های جسمی در افراد اقدام کننده به خودسوزی و نتیجه این اقدام (مرگ یا بهبودی)، رابطه‌ای نزدیک به سطح معنادار دیده شد ($P = ۰/۰۵۷$). شاید به این علت که در پی هر بیماری جسمی، ضعفی در سیستم ایمنی بدن پدیدار می‌شود و توانایی بدن در مقابله با بیماری‌ها کاهش می‌یابد. اگر در زمینه هر یک از بیماری‌های جسمی، پدیده سوختگی نیز عارض شود، طبیعتا بدن توان مقابله مناسب با عارضه فوق را از دست می‌دهد و امکان بهبودی فرد کاهش می‌یابد، بنابراین معنادار بودن این رابطه منطقی به نظر می‌رسد.

نظر به موارد پیشگفت، نتایج حاصل از مطالعه، نشان دهنده شیوع بالای خودسوزی در زنان جوان و گروه متأهلین و خانه‌دار، با سطح تحصیلات پایین می‌باشد که بیشتر موارد، ناشی از اختلافات خانوادگی که ریشه در مسائل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی دارد، می‌باشد و درصد بالایی از موارد اقدام به خودسوزی منجر به مرگ می‌شود. بنابراین اقدام به خودسوزی بایستی به عنوان یک مسئله مهم بهداشت روانی در جامعه مورد توجه قرار گیرد. انجام اقدامات مداخله‌ای نظیر آموزش، مشاوره، حمایت‌های اجتماعی- اقتصادی، در سطح جامعه و به خصوص در گروه‌های در معرض خطر، جهت کاهش میزان بروز این موارد الزامی به نظر می‌رسد. با شناسایی گروه‌های در معرض خطر، می‌توان گام مؤثری را جهت عملی نمودن این اقدامات پیگشیرانه برداشت.

همچنین بهتر است از طریق ایجاد کلاس‌های بهداشت روانی و برقراری ارتباط با روان‌شناسان جهت یافتن راه‌حل‌های مقابله با مشکلات و ناکامی‌ها در این گروه سنی اقدام کرد تا از این رهگذر بتوان از چنین معضل مهم اجتماعی پیشگیری نمود.

اینگونه مطالعات توصیفی که به شناسایی عوامل خطر اقدام به خودسوزی می‌پردازند فرضیاتی را برای انجام مطالعات تحلیلی فراهم می‌آورند؛ این گونه فرضیات می‌توانند در مقایسه با گروه‌های شاهدی که اقدام به خودسوزی نکرده‌اند یا اقدام به سایر انواع خودکشی کرده‌اند مورد استفاده قرار گیرند.

مطالعاتی که به بررسی ارتباط بین سابقه بیماری‌های جسمی یا روانی با اقدام به خودسوزی بپردازد یا عوامل محرک اقدام به خودسوزی مانند مسائل و مشکلات خانوادگی، اقتصادی را مورد مطالعه قرار دهد بسیار اندک است و ضروری است جهت تعیین موارد مذکور بررسی‌های گسترده‌تری صورت پذیرد تا بتوان از این رهگذر اقدامات مداخله‌ای را جهت گروه‌های در معرض خطر انجام داد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش در قالب طرح مصوب با شماره ۳۷۵۰ و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گرفته ا ست. بدینو سیله نگارندگان، مراتب سپاس و تشکر خود را تقدیم می‌دارند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده اند.

References

1. Ahmadi A. The Prevalence of Suicide in Suicide Attempters in the City of Islamabad West. J I. 2005: 9(1):26-36. [In Persian]
2. Solati K. Assessment of irrational beliefs in the way of selft- immolation suicide attempters and normal controls. Journal of shahrekord university of medical sciences. 2001; 2(1): 52-60 [In Persian]
3. Ahmadi A. intervention at the community level to prevention burring. JMH. 2008; 9 (35&36): 97-110 [In Persian]
4. Ahmadi A. Janbazy SH. Laghai Z. Ahmadi A. Davare neghad,A. Haydari,M. Epidemiology Of successful suicide cases admitted In the hospital Pzshky Kermanshah University of Medical Sciences. Section of Mental Health Letter 2006; 29(30): 23-35.[In Persian]
5. Nakhai M, Tabie Sh. Epidemiology of self- immolation hospitalized patients in the hospital burn ward of Imam Reza، Birjand. JFM ;2005; 10(33): 49-54 [In Persian]
6. Ghalambar A, pey polzade M. Personal and social characteristics as risk factors of self- immolation. MJ. 2007; 9(3): 245-233[In Persian]
7. Zarghami m, khalilan A. psyehiatric and physical disorders in suicide attempted by self- burning in mazandaran prokince. HAKIM. 2003; 5(4): 263-270 [In Persian]
8. Rezaian M, Sharifi-rad G. Self-immolation the Most Important Suicide Method in Ilam Province. IJPCP. 2006; 12 (3) :289-290 [In Persian]
9. Castellani G, Beghini D, Barisoni D, Marigo M. Suicide attempted by burning: a 10 -year study of self-immolation, deaths. J Burns. 1995; 21(8): 607-9.
10. Krummen DM, James K, Klein RL. Suicide by Burning: a retrospective review of the Akron Regional Burn, Center. J Burns. 1998; 24(2):147-9.
11. O'Donoghue JM, Panchal JL, O'Sullivan ST, O'Shaughnessy M, O'Connor TP, Keeley H, Kelleher MJ. A study of suicide and attempted suicide by self-immolation in an Irish psychiatric, population: an increasing problem. J Burns. 1998; 24(2):144-6.
12. Othman N. Suicide by self-burning in Iraqi Kurdistan: description and risk factors. Arch Suicide Res. 2011; 15(3): 238-49.
13. Sukhai A, Harris C, Moorad RG, Dada MA. Suicide by self_immolation in Durban , SouthAfrica: a five _ year retrospective review. AJFAP . 2002 ; 23(3):295
14. Laloe V,Ganesan M. Self_immolation a common suicidal behaviour in eastern Sri Lanka. J Burn. 2002; 28(5):475-80.
15. Mehrpour O, Javadinia SA, Malic C, Dastgiri S, Ahmadi A. A survey of characteristics of self-immolation in the east of Iran. AMI. 2012; 50(5): 328-34.

16. Maghsoudi H, Pourzand A, Azarmir G. Etiology and outcome of burns in Tabriz, Iran: An analysis of 2963 cases. Scandinavian Journal of Surgery. 2005; 94: 77-81
17. Memari A, Ramim T, Amirmoradi F, Khosravi K, Godarzi Z. Causes of suicide in married women. Hayat. 2006; 12 (1) :47-53 [In Persian]
18. Dibaei A, Gharebagi R. A study of self-immolation cases led to death in Legal Medicine Center of Ahvaz. SJLM. 2000;1:5–10 [In Persian]
19. Yoosofilabani J, Mirzaei H. The study of factors affecting of self-burning among women (The case study of Javanrood and Ravansar cities). JHSR. 2013; 9(7):672-681
20. Yosofi M, yosofi F. The causes of suicide in the city of sanandaj in 75-76. JKUMS. 1996; 1(3): 39-43 [In Persian]
21. Panjeshahin MR, Lari AR, Talei AR, Shamsnia J, Alaghehbandan R. Epidemiology and mortality of burns in South West of Iran. J Burns. 2001; 27(3):219-26. [In Persian]

Original Article

Evaluating the Frequency of Self-Immolation and its Relationship with Social and Demographic Status of the Patients Referring to Ghotboddin E Shirazi During the Years 2006 and 2011

Kashfi M[1], Yazdankhah M[1], Khani jeihooni A[2*], Karimi M[1]

1- Department of Public Health, School of Health and Nutrition, Research Center for Health Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
2- Department of Public Health, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran..

Received: 28 Apr 2014 Accepted: 11 Oct 2014

Abstract

Background & Objective: Suicide is the act of injuring oneself in order to destruct one's life. One of the worst ways to attempt suicide, especially in eastern countries, is self- burning. This study aimed to show the frequency of self- burning and its relationship with social and demographic status.

Materials & Methods: In this cross-sectional study, all medical records of patients who admitted to Ghotbeddin E Shirazi hospital for burns during the years 2006 and 2011 were collected. The data were analyzed by SPSS-16 software, descriptive statistical methods and chi-square tests.

Results: The results showed that from 2071 cases of burn patients admitted to Ghotbeddin E Shirazi Hospital, 439 cases (21.1%) have been caused by self-immolation. The proportion of self-immolation among women was 70.7%, in married was 58.4%, and in rural population was 56.6%. It was most prevalent in the age group of 25-44 years old (47.4%). In most cases, self-immolation was occurred with flammable liquids especially oil and gasoline (71.8% and 17.3%, respectively) and at home (90/8%). 67.8% of cases lead to death. (Case-fatality rate was 67.8%). The most cause of self-immolation attempting was family disputes.

Conclusion: High self-immolation rate in females and the age group of adolescents and youth is significant which should be considered as an important issue in terms of health.

Keywords: **Suicide, Burning, Social status**

* **Corresponding Author: Ali khani jeihooni,** Department of Public Health, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.
Email:khani-1512@yahoo.com
Tel:+989175328065