

بررسی ویژگی های فردی و اجتماعی به عنوان عوامل خطر ساز در خودسوزی ها

عبدالعظیم قلمبر^{۱*}، جواد زارعی^{۲*}، محمد حسن پی پل زاده^{۳***}

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی در ایران پنجمین عامل از دست رفتن سال های مفید عمر می باشد. در میان روش های مختلف خودکشی، خودسوزی یک مسئله مرگ بار، آسیب رسان، دردناک و هزینه بر از نظر فردی و اجتماعی است. لذا این پژوهش با هدف بررسی عوامل فردی و اجتماعی، زمینه ای و خطر ساز در اقدام به خودسوزی می باشد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه مشاهده ای توصیفی- مقطعی است. جمعیت مورد مطالعه شامل بیماران خودسوز بستری (۱۲۶ نفر) در شش ماه (سه ماهه چهارم سال ۸۷ و سه ماه نخست سال ۱۳۸۸) در بیمارستان سوانح و سوختگی طالقانی شهر اهواز بود. ابزار جمع آوری داده ها، پرسش نامه ای بود که روایی و پایایی آن تأیید شده بود. داده ها از طریق مصاحبه جمع آوری و با استفاده از آمارهای توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS (15) تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که در مجموع ۱۰۸ زن و ۱۸ مرد اقدام به خودسوزی کرده بودند. میزان مرگ و میر در خودسوزی ها ۶۹ درصد بود. از عوامل فردی و اجتماعی خطر ساز در زنان می توان به جنسیت مؤنث، سابقه ابتلا به افسردگی (۶۴/۸ درصد)، بی سواد (۲۵ درصد)، تأهل (۶۳ درصد)، گروه سنی ۳۵-۱۵ سال (۸۸ درصد)، سکونت در روستا (۳۸ درصد)، خانه داری (۸۹ درصد)، و در مردان به بیکاری (۵۰ درصد) و اعتیاد (۱۶/۷ درصد) اشاره کرد.

نتیجه گیری: یافته های پژوهش نشان داد که زنان جوان، بیسواد و کم سواد، متأهل و خانه دار روستایی دچار افسردگی که از وضعیت اقتصادی پایینی برخوردارند در معرض خطر بیشتری برای اقدام به خودسوزی قرار دارند. بنابراین برنامه ریزی در خصوص شناسایی افراد در معرض خطر و انجام اقدامات پیش گیرانه توسط مراجع ذی صلاح می تواند باعث کاهش خودسوزی ها شود. م ع پ ۹:۱۳۱۹ (۳): ۲۴۶-۲۳۳

کلید واژگان: ویژگی های فردی- اجتماعی، عوامل خطر ساز، خودسوزی

*دانشیار گروه جراحی پلاستیک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
 **کارشناس ارشد مدارک پزشکی، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
 ***دانشیار گروه فارماکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
 Email: ghalambor.a@gmail.com-نویسنده مسؤل

مقدمه

خودکشی یکی از عوامل منجر به صدمه و مرگ در سراسر جهان است و علی رغم پیشرفت ها در درمان افراد خودکشی کننده در طول یک دهه گذشته، میزان وقوع رفتارهای خودکشی تا حدود زیادی ثابت مانده است (۱). در ایران خودکشی پنجمین عامل از دست رفتن سال های مفید عمر می باشد و خودسوزی در زنان سومین عامل از دست رفتن سال های مفید عمر بعد از بلایا و سرطان سینه است (۲). بازنگری بررسی های انجام شده در دو دهه اخیر در زمینه همه گیر شناسی خودکشی در ایران نشان می دهد که میزان شیوع خودکشی و اقدام به آن در بیشتر استان های کشور به ویژه در میان جوانان و نوجوانان رو به افزایش است (۳). یکی از جنبه های مهم در بررسی پدیده خودکشی، شناخت انواع روش های خودکشی است. بررسی ها نشان داده اند که افراد در گروه های سنی و جنسی گوناگون الگوهای متفاوتی را برای خودکشی بر می گزینند (۴). خودسوزی در بین انواع روش های خودکشی، از همه دردناک تر و کشنده تر است. خودسوزی یک مسئله مرگ بار، آسیب رسان، دردناک و هزینه بر، از نظر فردی و اجتماعی است. افرادی که خود را می سوزانند به سختی درمان می شوند و متعاقب آن دچار عوارض جسمی و روحی سنگینی می شوند. محدودیت حرکت و ضایعات پوستی نیز به وخامت اوضاع اضافه می شود. آسیب خودسوزی جزء اسفبارترین موارد خشونت است که بسیاری از ابعاد آن تا کنون ناشناخته باقی مانده است. بررسی ها نشان می دهد که ایران و هندوستان یکی از بالاترین آمارهای خودسوزی در سراسر جهان را دارند. در حالی که خودکشی با آتش در کشورهای غربی بسیار نادر است و کمتر از ۰/۰۶ تا ۱ درصد از علل خودکشی را شامل می شود. در نقاط مختلف ایران حدود ۱/۳۹ تا ۹/۵ درصد از مواردی که اقدام به خودکشی ناموفق می کنند و ۲۵ تا ۴۰/۳

درصد مواردی که خودکشی موفق می کنند، به علت خودسوزی بوده است (۵). آمار رسمی نشان دهنده این موضوع است که میانگین ۳۶/۴ درصد کل خودکشی های موفق در ایران به علت خودسوزی بوده است. خودسوزی از ۰/۳۷ تا ۴۰ درصد از بیماران بستری شده در بخش سوختگی را در نقاط مختلف جهان به خود اختصاص داده است، و در ایران ۴/۱ تا ۳۶/۶ درصد از بیماران بستری شده در بخش های سوختگی نقاط مختلف ایران، به علت خودسوزی بوده است. این در حالی است که ۸۰ درصد از بیماران خودسوزی بستری شده به علت شدت بالای سوختگی می میرند. در واقع خودسوزی یکی از مشکلات مهم بهداشت روانی در جامعه ماست (۵). برای مثال در پژوهشی که گروهی و همکارانش در کردستان (ایران) انجام دادند، نشان داد که در گروه سنی بیشتر از ۱۹-۱۳ سال، ۷۴/۱ درصد از کل بیماران سوختگی را خود سوزی ها تشکیل می دهند (۶). استان خوزستان از آمار خودسوزی بالایی برخوردار است. در پژوهشی که دیبایی و همکاران در سال ۷۹ در مرکز پزشکی قانونی اهواز انجام دادند، نشان دادند که ۴۹ درصد از موارد اقدام به خودکشی موفق را خودسوزی تشکیل می دهد (۷). در پژوهشی که سعادت و همکاران در شهرستان مسجد سلیمان انجام دادند، خودسوزی را یکی از شیوه های متداول برای خودکشی مرگ بار معرفی کردند (۸). موضوع مهم در مورد خودسوزی ها در ایران این است که بیشترین قربانیان خودسوزی را گروه سنی جوانان تشکیل می دهند (۸،۷). با توجه به قرار داشتن این گروه در جمعیت فعال کشور بالا بودن مرگ و میر در این گروه باعث ایجاد آثار منفی اقتصادی و اجتماعی می گردد. از طرف دیگر بررسی های به عمل آمده در کشور، نشان داده است که بیشتر افرادی که به علت اقدام به خودسوزی می میرند، به ویژه زنان، در واقع قصد اقدام به خودکشی ناموفق را داشته اند نه خودکشی موفق، اما آنها نمی دانستند که آتش وسیله مناسبی برای اقدام

بیمارانی که اقدام به خودسوزی نموده بودند، عوامل فردی و اجتماعی مؤثر در اقدام به خودسوزی را بررسی نمودیم و عوامل زمینه‌ای مؤثر در اقدام به خودسوزی را در گروه‌های سنی و جنسی مختلف، تعیین کرده، و افراد در معرض خطر را مشخص نمودیم. سپس قصد داریم با انعکاس نتایج پژوهش خود به مراجع ذیصلاح (مراکز مشاوره خانواده، سازمان‌های حمایتی از خانواده، دولت، رسانه‌های ارتباط جمعی، ...)، شرایط را برای انجام اقدامات مداخله‌ای و پیشگیرانه در سطح جامعه فراهم نماییم تا بتوانیم با آموزش افراد و خانواده‌ها و افزایش آگاهی‌های آنها در مورد عواقب خودسوزی، شاهد کاهش اقدام به خودسوزی باشیم. به علاوه می‌توان خدمات مشاوره‌ای روانشناختی و اقدامات حمایتی و تسهیلات بهداشتی و درمانی موجود را مطابق با توزیع اپیدمیولوژیک بیماران خودسوزی، برنامه‌ریزی و سازماندهی کرد، تا بتوان عوارض سوختگی و مرگ و میر ناشی از آن را کاهش داد.

روش بررسی

پژوهش حاضر برحسب وضعیت مداخله پژوهش‌گر، یک مطالعه مشاهده‌ای و برحسب زمانی، یک بررسی مقطعی می‌باشد. در مجموع در مدت شش ماه مطالعه (سه ماهه چهارم سال ۸۷ و سه ماه نخست سال ۱۳۸۸) ۶۸۰ نفر به علت سوختگی در بیمارستان سوانح و سوختگی طالقانی شهر اهواز بستری شدند. جمعیت مورد مطالعه شامل تمام بیماران سوختگی بود که اقدام به خودسوزی نموده و از تاریخ ۱۳۸۷/۱۰/۱ تا ۱۳۸۸/۳/۳۱ به بیمارستان سوانح و سوختگی طالقانی شهر اهواز مراجعه کرده بودند. از مجموع ۱۳۹ بیمار خودسوزی نموده ۱۳ نفر از آنها به علت شدت سوختگی در ۲۴ ساعت اول پذیرش در بیمارستان فوت نمودند و امکان انجام مصاحبه با آنها مقدور نشد، بنابراین از مطالعه خارج شدند و مطالعه بر روی ۱۲۶ بیمار خودسوزی دیگر انجام گرفت. ابزار مورد استفاده

به خودکشی نمایشی نیست و اشتباه محاسباتی آنها در انتخاب وسیله برای خودکشی منجر به مرگ آنها می‌گردد. در واقع آنها قصد خودکشی واقعی را نداشتند و تنها می‌خواستند به صورت نمایشی اقدام به این کار کنند. در حقیقت خودسوزی آنها یک نوع فریاد برای کمک است (۹). از طرف دیگر خودسوزی را می‌توان نوعی اعتراض به زندگی و مناسبات موجود خانواده و اجتماع دانست. بنابراین با شناخت عوامل فردی و اجتماعی زمینه‌ای مؤثر در بیماران خودسوزی می‌توان گامی مؤثر در جهت شناسایی افراد در معرض خطر و انجام اقدامات پیش‌گیرانه برداشت. و با داشتن آمار قربانیان خودسوزی و شناخت عوامل خطر در جامعه می‌توان با انجام اقدامات مداخله‌ای و پیش‌گیرانه وقوع خودسوزی را کاهش داد. به عنوان مثال می‌توان به مطالعه مداخله‌ای که در طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۷۸ در شهر گیلان غرب و با هدف «بررسی تاثیر مداخله بر پیش‌گیری از خودسوزی» انجام شد، اشاره کرد. گروه هدف در این مطالعه زنان جوان با سطح اجتماعی و اقتصادی پایین بودند. روش اجرای برنامه‌های مداخله‌ای شامل مصاحبه با قربانیان خودسوزی و ضبط فیلم ویدئویی از آنان بود. سپس این فیلم‌ها در مناطق مختلف برای جمعیت در معرض خطر در مناطق شهری و روستایی گیلان غرب به نمایش در می‌آمد. در مقایسه با وضعیت پایه در طول سه سال مداخله میزان وقوع خودسوزی ۵۷ درصد و میزان وقوع خودکشی ۱۹ درصد، در این شهرستان کاهش یافت (۱۰). برنامه‌ریزی برای انجام اقدامات مداخله‌ای و پیشگیرانه در سطح جامعه نیاز به شناخت عوامل خطرزای فردی و اجتماعی دارد. با توجه به این که بیمارستان طالقانی اهواز تنها مرکز تخصصی و فوق تخصصی سوختگی در جنوب غرب کشور است و بیماران سوختگی استان خوزستان و استان‌های هم‌جوار (لرستان، ایلام) را تحت پوشش قرار می‌دهد و هر سه استان مذکور، میزان خودسوزی بالایی را در کشور دارا هستند، در این تحقیق با مطالعه بر روی

میانگین) و از آزمون های آماری مجذور کای (χ^2)، مستقل (Independent T-test) و ضریب همبستگی پیرسون (Pearson Correlation Coefficient)، استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (15) انجام گرفت.

یافته ها

از مجموع ۱۲۶ بیمار مورد بررسی ۱۰۸ زن و ۱۸ مرد بودند که نسبت زنان به مردان ۶ به ۱ بود ($p < ۰/۰۰۱$).

سن

میانگین سنی $۹/۶ \pm ۲۶/۱$ سال بود. محدوده سنی بیماران ۶۳-۱۵ سال بود. میانگین سنی در مردان ۲۶/۴ سال و در زنان ۲۵/۵ بود که این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود ($P=۰/۱۰۸$). بیشتر بیماران (۳۱/۷ درصد) در گروه سنی ۲۰-۲۵ سال قرار داشتند. کمترین میزان فراوانی مربوط به گروه سنی ۱۰-۱۵ سال بود (۰/۸ درصد). در مجموع ۸۸ درصد بیماران کمتر از ۳۵ سال سن داشتند.

وضعیت تاهل

بیشتر بیماران (۵۹/۵ درصد) را افراد متاهل تشکیل می دادند. اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود ($P=۰/۱۲۴$). در مقایسه وضعیت تاهل در دو جنس، در مردان بیشتر افراد مجرد (۶۱/۱ درصد) و در زنان بیشتر افراد متاهل (۶۳ درصد) بودند (جدول ۱).

برای جمع آوری داده ها پرسش نامه ای بود که بر اساس اهداف ویژه پژوهش و بررسی مطالعات گذشته طراحی شده بود. این پرسش نامه توسط متخصص آمار مورد تأیید قرار گرفت. یکی از مشکلات موجود در بررسی خودکشی کتمان آن توسط بیمار یا همراهان وی در بعضی از موارد به خاطر حفظ آبرو و مسایل دیگر است، بنابراین به منظور رفع این مشکل و جمع آوری صحیح اطلاعات از روانشناسان بالینی مستقر در بیمارستان کمک گرفته شد. تمامی بیماران بستری جدید (به استثنای کودکان و بیمارانی که سوختگی آنها کاملاً تصادفی بوده) توسط روانشناسان بالینی (که قبلاً در مورد جمع آوری اطلاعات توجیه شده بودند) ویزیت می شدند. روانشناسان با دادن اطمینان به بیمار در مورد محرمانه بودن اطلاعات آنها در مورد نحوه سوختگی از آنها سؤال کرده و پس از شناسایی موارد خودسوزی، داده های مورد نظر را با استفاده از مصاحبه نیم ساخت یافته ثبت و جمع آوری کردند. در این پژوهش متغیرهای جنس، سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات (در مورد افراد محصل مقطع تحصیلی فعلی آنها در نظر گرفته شد)، شغل، منطقه سکونت، سابقه اقدام به خودکشی، هدف از اقدام به خودسوزی، سابقه ابتلا به افسردگی (تشخیص افسردگی و سایر اختلالات روانی با استفاده از معیارهای DSM-IV-TR توسط روانپزشک صورت گرفت)، انگیزه اقدام به خودسوزی و عاقبت بیماران مورد بررسی قرار گرفت. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی،

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران خودسوزی از نظر وضعیت تاهل

جنسیت	زن		مرد		جمع
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
مجرد	۴۰	۳۷	۱۱	۶۱/۱	۵۱
متاهل	۶۸	۶۳	۷	۳۸/۹	۷۵

منطقه سکونت

بیشتر بیماران (۶۱/۹ درصد) ساکن شهر بودند (p<۰/۰۰۱). در مقایسه منطقه سکونت در دو جنس نسبت مردان شهرنشین نسبت به زنان شهرنشین بیشتر بود (۷۲/۲ به ۶۰/۲ درصد) (جدول ۲).

سطح تحصیلات

۴۴ بیمار تحت مطالعه (۳۴/۹ درصد) را افراد با تحصیلات مقطع ابتدایی تشکیل می دادند (p<۰/۰۰۱) و فقط ۲ نفر (۱/۶ درصد) از بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در مقایسه سطح تحصیلات در دو جنس زنان نسبت به مردان از سطح تحصیلی پایین تری برخوردار بودند. بیشتر زنان مورد مطالعه (۳۵/۱ درصد) دارای تحصیلات مقطع ابتدایی بودند. یک چهارم زنان مورد مطالعه بیسواد بودند. در مردان نیز بیشتر آنها (۳۳/۳ درصد) دارای تحصیلات مقطع ابتدایی بودند (جدول ۳).

شغل

۸۹ درصد زنان تحت پژوهش خانه دار بودند (p<۰/۰۰۱). ۱۰/۱ درصد آنها محصل بوده و فقط ۱ زن (۰/۹ درصد) شاغل بود. در مردان بیشتر بیماران (۶۶/۷ درصد) را افراد بیکار تشکیل می دادند و ۳۳/۳ درصد نیز شاغل بودند.

جدول ۲: توزیع فراوانی بیماران خودسوزی از نظر منطقه سکونت

جنسیت	زن		مرد		جمع
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
منطقه سکونت شهری	۶۵	۶۰/۲	۱۳	۷۲/۲	۶۱/۹
روستایی	۴۱	۳۸	۵	۲۷/۸	۳۶/۵
عشایر	۲	۱/۸	۰	۰	۱/۵

جدول ۳: توزیع فراوانی بیماران خودسوزی از نظر سطح تحصیلات

جنسیت	زن		مرد		جمع
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
سطح تحصیلات بیسواد	۲۷	۲۵	۲	۱۱/۱	۲۳
مقطع ابتدایی	۳۸	۳۵/۱	۶	۳۳/۳	۳۴/۹
مقطع راهنمایی	۲۵	۲۳/۱	۴	۲۲/۲	۲۳
مقطع متوسطه	۱۷	۱۵/۷	۵	۲۷/۸	۱۷/۵
فوق دیپلم	۱	۰/۹	۰	۰	۰/۸
لیسانس و بیشتر	۰	۰	۱	۰	۰/۸

هدف در اقدام به خودسوزی

بیشتر بیماران مورد پژوهش (۵۸/۷ درصد) خودسوزی را با هدف نمایشی و تحت تاثیر قرار دادن دیگران انجام داده بودند. البته از لحاظ آماری رابطه معناداری بین هدف در اقدام به خودسوزی مشاهده نشد ($p < 0.075$) (جدول ۴).

سابقه ابتلا به افسردگی در بررسی بیشتر بیماران تحت مطالعه (۶۳/۵ درصد) دارای افسردگی بوده یا این که در مصاحبه سابقه ابتلا به افسردگی را ذکر می کردند ($p < 0.001$). در زنان نسبت به مردان ابتلا به افسردگی بیشتر بود (۶۴/۸ به ۵۵/۶ درصد) (جدول ۵).

سابقه اقدام به خودکشی

بیشتر بیماران (۷۵ درصد) فاقد سابقه اقدام به خودکشی قبلی بودند ($p < 0.0001$). در مقایسه سابقه اقدام به خودکشی در دو جنس، در مردان سابقه اقدام به خودکشی

در مقایسه با زنان بیشتر بود به ترتیب (۳۳/۳ درصد و ۱۹/۸ درصد).

از نظر انگیزه اقدام به خودسوزی

اختلاف با همسر (۴۰/۵ درصد) به عنوان مهم ترین عامل در اقدام به خودسوزی بود و بعد از آن اختلاف با خانواده (۳۴/۱ درصد) و اختلالات روانی و رفتاری (۱۱/۹ درصد) در رتبه های بعدی قرار داشتند. در بررسی انگیزه خودسوزی در دو جنس: در مردان اختلاف با خانواده مهمترین عامل (۴۴/۴ درصد) را تشکیل می داد. ناکامی در عشق (۲۲/۲ درصد) و اعتیاد به مواد مخدر (۱۶/۷ درصد) در رتبه های بعدی قرار داشتند.

در زنان به ترتیب اختلاف با همسر (۴۶/۳ درصد)، و اختلاف با خانواده (۳۲/۴ درصد) مهمترین انگیزه اقدام به خودسوزی را تشکیل می دادند (جدول ۶).

جدول ۴: توزیع فراوانی بیماران خودسوزی از نظر هدف در اقدام به خودسوزی

جنسیت	زن	مرد	جمع
هدف در اقدام به خودسوزی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی
خودسوزی با هدف خودکشی	۴۴	۴۰/۷	۴۱/۳
خودسوزی به قصد نمایشی	۶۴	۵۹/۳	۵۸/۷

جدول ۵: توزیع فراوانی بیماران خودسوزی از نظر ابتلا به افسردگی

جنسیت	زن	مرد	جمع
افسردگی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی
دارای سابقه افسردگی	۷۰	۵۵/۶	۶۳/۵
فاقد سابقه افسردگی	۳۸	۴۴/۴	۳۶/۵

جدول ۶: توزیع فراوانی بیماران خودسوزی از نظر انگیزه اقدام به خودسوزی

انگیزه اقدام به خودسوزی	زن		مرد		جمع
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
اختلاف با همسر	۵۰	۴۶/۳	۱	۵/۶	۵۱
اختلاف با خانواده (والدین، برادر و خواهر، فرزندان)	۳۵	۳۲/۴	۸	۴۴/۴	۴۳
اختلاف با فامیل	۲	۱/۹	۰	۰	۲
اعتیاد به مواد مخدر	۰	۰	۳	۱۶/۷	۳
ناکامی در عشق	۵	۴/۶	۴	۲۲/۲	۹
شکست تحصیلی	۱	۰/۹	۰	۰	۱
اختلالات روانی و رفتاری (شامل افسردگی حاد)	۱۴	۱۳	۱	۵/۶	۱۵
مشکلات مالی	۱	۰/۹	۱	۵/۶	۲

جدول ۷: توزیع فراوانی بیماران خودسوزی از نظر عاقبت

عاقبت	زن		مرد		جمع
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
فوت	۷۴	۶۸/۵	۱۳	۷۲/۲	۸۷
ترخیص (بهبودی نسبی، ترخیص با میل شخصی، پیگیری)	۳۴	۳۱/۵	۵	۴۷/۴	۳۹

از نظر عامل سوزاننده (ماده مورد استفاده برای خودسوزی):

۹۶/۸ درصد بیماران برای خودسوزی از فراورده های نفتی استفاده کرده بودند ($p < 0/0001$). نفت بیشترین ماده ای بود که برای خودسوزی از آن استفاده شده بود (۶۳/۵ درصد). در مقایسه در دو جنس مردان نسبت به زنان بیشتر از بنزین و گازوئیل برای خودسوزی استفاده کرده بودند (۵۰ به ۱۹/۸ درصد).

عاقبت بیماران

بیشتر بیماران به علت شدت سوختگی فوت کرده بودند. میزان مرگ و میر ۶۹ درصد بود. در مقایسه میزان مرگ و میر در دو جنس میزان مرگ و میر در مردان بیشتر بود (۷۲/۲ به ۶۸/۵ درصد). میانگین سطح سوختگی (TBSA) در بیماران ۷۰/۴ درصد سطح بدن بود. در مردان میانگین سطح سوختگی (TBSA) از زنان بیشتر بود (۸۲ درصد به ۶۰/۵ درصد) (جدول ۷).

بحث

در ایران همسانی دارد. برای مثال احمدی تعداد زنان را (۸۸ درصد) بیان کرده است (۱۹). البته اختلاف در تعداد زنان و مردان در مطالعات انجام شده در ایران ناشی از تفاوت در تعداد نمونه های مورد مطالعه است. در مطالعات Laloe و همکاران در سریلانکا (۲۰) و Mabrouk و همکاران در مصر (۲۱) تعداد زنان به صورت قابل ملاحظه ای از مردان بیشتر بود. علی رغم مشابهت نتایج این پژوهش با سایر مطالعات انجام شده، تفاوت هایی نیز با برخی از مطالعات انجام شده در جهان وجود دارد. برای مثال در مطالعات Pham و همکاران (۲۲)، rummen و همکاران (۱۷)، Reiland و همکاران (۲۳) که در آمریکا انجام شده است خودسوزی در مردان به طور معناداری بیشتر از زنان است. Hadjiiski و همکاران نیز در بلغارستان تعداد مردان را بیشتر از زنان گزارش کرده اند (۲۴). در پژوهش Rothschild و همکاران نسبت مردان به زنان ۳/۱ به ۱ بود (۲۵).

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و مطالعات مشابه، جنسیت مؤنث بودن را می توان به عنوان یکی از عوامل زمینه ای فردی خطر زا در اقدام به خودسوزی در کشورهای در حال توسعه و ایران بیان کرد. بالاتر بودن آمار خودسوزی در زنان در ایران را می توان به علت تفاوت های فردی و اجتماعی زنان نسبت به مردان در ایران دانست. بیسوادی و پایین تر بودن سطح تحصیلات در زنان، عدم داشتن درآمد مستقل و وابستگی اقتصادی به مردان و از همه مهمتر ازدواج های اجباری و مصلحتی خصوصاً در مناطق روستایی و عشایری از عوامل زمینه ساز برای خودسوزی در زنان است. در گزارش خودکشی زنان در افغانستان نیز، عواملی مانند ازدواج اجباری و عرفی، تفاوت سنی بین زوج ها، فقر و بیسوادی به عنوان عوامل زمینه ساز خودسوزی در زنان ذکر شده اند (۲۶).

خودکشی یکی از معضلات روانی - اجتماعی است که امروزه با توجه به پیچیده تر شدن تعاملات و ارتباطات در بیشتر جوامع، رو به افزایش است (۱۱). این پدیده از یک سو برای سیستم بهداشت و درمان کشورمان پر هزینه است و از سوی دیگر مغایرت با معیارهای ارزشی و فرهنگی یک کشور اسلامی دارد (۱۲).

در گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ بیشترین آمار خودکشی مربوط به کشورهای اروپای شرقی و کمترین میزان مربوط به کشورهای آمریکای لاتین بود (۱۳). اما نکته جالب اینجاست که در این گزارش نامی از ایران برده نشده است. این موضوع نشان دهنده عدم گزارش آماری موارد خودکشی توسط ایران به WHO است.

پژوهش حاضر نشان داد که بیماران خودسوزی نزدیک به یک پنجم از بیماران بستری در بیمارستان را تشکیل می دادند که این میزان برای بیماران بیش از ۱۵ سال نزدیک به ۴۰ درصد می باشد. در مطالعه ای که محمدی و همکاران در شیراز (جنوب غرب ایران) انجام دادند نزدیک به ۲۴/۸ درصد از بیماران بستری در بخش های سوختگی را بیماران خودسوزی تشکیل می دادند (۱۴). در پژوهش دیگری که نخعی مقدم و همکاران در بیرجند (شمال شرق ایران) انجام دادند این میزان نزدیک به ۲۱/۲ درصد از بیماران سوختگی بود (۱۵). اما در پژوهشی که Tsati و همکاران در یونان انجام دادند بیماران خودسوزی ۳/۶۹ درصد از بیماران سوختگی را تشکیل می دادند (۱۶). در مطالعه Krummen و همکاران در آمریکا میزان بیماران خودسوزی ۱ درصد از کل بیماران سوختگی بود (۱۷). Castellani و همکاران در مطالعه خودشان در ایتالیا نیز تعداد خودسوزی ها را ۴/۴ درصد از مجموع بیماران سوختگی بیان کرده اند (۱۸). در پژوهش حاضر بیشتر بیماران را زنان تشکیل می دادند و نسبت زنان به مردان به طور قابل ملاحظه ای بیشتر بود که با نتایج مطالعات مشابه

افزایش تحصیلات شاهد کاهش اقدام به خودسوزی هستیم. هر چند در مطالعه ضرغامی (مازندران) بیشتر بیماران دارای تحصیلات متوسطه بودند، اما در این مطالعه هم کمتر از یک درصد از بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند (۲۹). در مطالعه حاضر نیز فقط ۲ مورد (۱/۶ درصد) از بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند که مشابه با نتایج سایر مطالعات انجام شده در ایران است. در گزارش خودکشی زنان افغان در افغانستان هم شمار قابل توجهی از بیماران بیسواد بودند (۲۶). افرادی که از سطح تحصیلات پایین تری نیز برخوردارند از شرایط اقتصادی و اجتماعی پایین تری برخوردار هستند، که این موضوع خود برای خودکشی زمینه ساز است. در نتیجه بی سوادی و سطح تحصیلات پایین را می توان یکی دیگر از عوامل زمینه ای خطر را در اقدام به خودسوزی دانست.

از نظر منطقه سکونت یافته های حاصل از این پژوهش نشان داد که اکثر بیماران ساکن شهرها هستند. به خصوص در مردان نسبت شهرنشینان به بیماران روستایی ۲/۶ به ۱ بود. اما در مطالعه احمدی بیشتر بیماران ساکن روستا بودند (۵). علی رغم بیشتر بودن خودسوزی در شهرنشینان نسبت به روستاییان در این پژوهش، با توجه به نسبت جمعیت شهرنشینان به روستاییان در ایران و استان خوزستان، سکونت در روستا را می توان جزء عوامل اجتماعی خطرزا به حساب آورد.

تحت تاثیر فراوانی بیشتر زنان نسبت به مردان در این پژوهش در مجموع شغل بیشتر بیماران خانه دار بود. ۸۹ درصد از زنان مورد مطالعه خانه دار بودند و فقط ۱ زن شاغل در این مطالعه وجود داشت. این یافته ها با نتایج به دست آمده از سایر مطالعات ایران همسانی دارد. [احمدی (۵)، رستگار لاری (۲۷)، ضرغامی (۲۹)، مقصودی (۳۰)]. در مردان نیمی از خودسوزی ها در افراد بیکار رخ داده بود. در سایر مطالعات انجام شده در ایران و جهان نیز بیکاری به عنوان یکی از عوامل خطر را در خودسوزی بیان

میانگین سنی بیماران تحت مطالعه ۲۶/۱ سال بود و بیشتر بیماران در گروه سنی ۲۵-۲۰ سال قرار داشتند. در مطالعه احمدی میانگین سنی ۲۴/۹ سال بود و بیشتر بیماران (۵۱/۴ درصد) در گروه سنی ۳۰-۲۰ سال قرار داشتند (۵). محمدی و همکاران بیشترین فراوانی را مربوط به گروه سنی ۲۴-۱۵ سال (۴۹/۱ درصد) گزارش کرده اند (۱۴). رستگار لاری و همکاران در مطالعه خود در اصفهان بیشتر بیماران را در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال ذکر کرده اند (۲۷). Hadjiiski و همکاران نشان دادند که بیشتر بیماران در گروه سنی ۴۰-۲۰ سال قرار دارند (۲۴). اما Tsati و همکاران در پژوهش خود میانگین سنی بیماران را ۵۳/۵ سال بیان داشته اند (۱۶). Laloe در مطالعه خود اظهار داشت که در اروپا قربانیان خودسوزی به طور متوسط ۱۰ سال از آسیا مسن تر هستند (۲۸). یافته های این پژوهش و نتایج مطالعات مشابه در ایران فراوانی اقدام به خودسوزی را در جوانان نشان می دهد. بنابراین جوانان در ایران در مقایسه با کشورهای غربی در معرض خطر بیشتری برای اقدام به خودسوزی قرار دارند.

از نظر وضعیت تأهل در این پژوهش در مجموع نسبت متأهلین به افراد مجرد بیشتر و این میزان در زنان بالاتر بود. در مطالعه احمدی، نسبت متأهلین به افراد مجرد (۴۹ به ۴۶ درصد) بود (۵). ضرغامی و همکاران نیز در پژوهش خود تعداد متأهلین را بیشتر ذکر کرده اند (۲۹). در گزارش خودکشی زنان در افغانستان نیز ۹۰/۳ درصد از زنان خودسوزی نموده، متأهل بودند (۲۶). بنابراین می توان تأهل را یکی از عوامل زمینه ای خطر را در خودسوزی به ویژه در زنان دانست.

از لحاظ سطح تحصیلات نزدیک به چهار پنجم بیماران دارای تحصیلات مقطع راهنمایی و کمتر بودند که این نتایج با سایر مطالعات انجام شده در ایران هم خوانی دارد. [گروهی (۶)، احمدی (۵)]. در تمام این مطالعات اقدام به خودسوزی با سطح تحصیلات رابطه معکوس دارد و با

شده است. برای نمونه در مطالعه Palmuab (فنلاند) بیشتر اقدام کنندگان را افراد بیکار تشکیل می دادند (۳۱). در بررسی هدف در اقدام به خودسوزی پژوهش حاضر نشان داد که بیشتر بیماران، خودسوزی را به قصد نمایشی و تحت تاثیر قرار دادن اطرافیان خود انجام داده بودند تا به عنوان راهی برای مردن. در پژوهش حاضر ۲۱ درصد بیماران به صورت ناگهانی و بدون قصد قبلی اقدام به خودسوزی نموده بودند. در واقع بسیاری از بیماران خودسوزی را وسیله ای برای جلب توجه دیگران و انتقام از اطرافیان انتخاب می کنند و بسیاری از آنها از پیامدها و عوارض وحشتناک کار خود آگاه نیستند. همچنین مطالعه حاضر نشان داد که بیشتر بیماران فاقد هر گونه سابقه اقدام به خودکشی در گذشته بوده و تنها ۲۵ درصد آنها دارای سابقه اقدام به خودکشی بودند. احمدی در مطالعه خود بیان داشت که ۶۷/۵ درصد افراد خودسوزی نموده در هنگام بستری در بیمارستان از کار خود پشیمان بودند. ۹۷ درصد بیماران نیز فاقد سابقه اقدام به خودکشی بودند (۵). ضرغامی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که ۶۲ درصد از افراد به صورت ناگهانی اقدام به خودسوزی کرده و فقط ۲۷ درصد افراد سابقه اقدام به خودکشی داشتند (۲۹).

در پژوهش حاضر بین سابقه اقدام به خودکشی و سابقه اختلالات روانی و رفتاری رابطه مستقیم وجود داشت ($p < 0/001$). ۷۲ درصد از افرادی که دارای سابقه قبلی برای اقدام به خودکشی بودند، دارای اختلالات روانی و رفتاری بودند. در این پژوهش در بررسی بیماران از نظر سابقه افسردگی مشخص شد که ۶۳/۵ درصد بیماران سابقه افسردگی داشتند. همچنین بین سابقه افسردگی و سابقه اقدام به خودکشی رابطه مستقیم وجود داشت ($p < 0/001$).

مطالعات دیگر در جهان هم ارتباط بین اختلالات روانی و رفتاری و خودسوزی را نشان می دهند. برای نمونه Krummen و همکاران در مطالعه خود عنوان کردند که ۶۵ درصد بیماران سابقه بیماری روانی داشته و افسردگی

مهمترین اختلال روانی در آنها بوده است (۱۷). Pham و همکاران نیز در مطالعه خود بیان داشتند که ۴۷ درصد بیماران سابقه قبلی اقدام به خودکشی داشته و ۹۱ درصد آنها دارای اختلالات روانی بودند (۲۲). در مطالعه Rothschild و همکاران نیز ۶۵ درصد بیماران اختلالات روانی داشتند (۲۵). اگرچه یافته های حاصل از این پژوهش نشان داد که بیشتر بیماران فاقد سابقه خودسوزی بوده اند، اما داشتن سابقه افسردگی در بیشتر بیماران و ارتباط معنادار بین افسردگی، اختلالات روانی و سابقه اقدام به خودکشی، و بررسی سایر مطالعات مشابه، نشان می دهد که ابتلا به افسردگی و اختلالات روانی و رفتاری یکی از مهم ترین عوامل زمینه ای فردی خطر زا در اقدام به خودسوزی است. در بررسی انگیزه اقدام به خودسوزی، مطالعه حاضر نشان داد که در مجموع، مهم ترین دلیل اختلاف های زناشویی بوده است. البته در دو جنس نسبت تاثیر این عامل در اقدام به خودسوزی تفاوت زیادی داشت. اختلاف های زناشویی در زنان مهم ترین انگیزه در اقدام به خودسوزی بود. در حالی که در مردان فقط یک مورد (۵/۶ درصد) از خودسوزی ها به دلیل اختلاف های زناشویی بود. در مردان اختلاف با خانواده به عنوان مهم ترین عامل در اقدام به خودسوزی بود. اختلاف با خانواده در مجموع دومین عامل در اقدام به خودسوزی بود که با نتایج سایر مطالعات انجام شده در ایران مطابقت داشت. برای مثال ضرغامی و همکاران (۲۹) و احمدی (۵) اختلاف های زناشویی را به عنوان مهم ترین انگیزه در اقدام به خودسوزی بیان کرده اند و اختلاف با خانواده را در رتبه بعدی ذکر کرده اند. پشت مشهدی و همکاران در بررسی خودکشی در شهرستان کرج، اختلاف با همسر و اختلاف با خانواده را به عنوان شایع ترین مشکلات اقدام کنندگان از یک ماه پیش از اقدام تا زمان اقدام به خودکشی، ذکر کرده است. وی این دو عامل را تحت عنوان عوامل تسهیل گر یا پروکزیمال در اقدام به خودکشی طبقه بندی می کند (۳۲). در مطالعه Suk و

مجله علمی پزشکی، دوره ۹، شماره ۳، ۱۳۹۹

معضلات مهم جامعه ما مطرح می کنند. اقدام به خودسوزی در ایران ریشه در مسائل فرهنگی و اجتماعی دارد. به خصوص در مورد زنان، برخی از باورهای غلط فرهنگی و اجتماعی زمینه ساز برای اقدام به خودسوزی در آنان است. شیوع بالای اقدام به خودسوزی در استان های غربی کشور (کردستان، ایلام، کرمانشاه، خوزستان، لرستان) شاید بی ارتباط با هشت سال جنگ و مسائل مربوط به آن در این مناطق نباشد. این موضوع نیاز به بررسی بیشتر دارد. همچنین انجام اقدامات پیشگیرانه و مداخله ای از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سایر مراجع ذیصلاح (صدا و سیما، مطبوعات، نیروی انتظامی، هلال احمر) می تواند در کاهش خودسوزی ها مؤثر باشد. همان طور که اقدام مداخله ای در شهرستان گیلان غرب نشان داد که می توان با انجام اقدامات پیشگیرانه خودسوزی را کاهش داد.

انجام اقدام مداخله ای در استان خوزستان و مناطق هم جوار هم می تواند در کاهش خودسوزی ها مؤثر باشد. در این رابطه توجه بیشتر به بهداشت و سلامت روان در جامعه، شناسایی افرادی که از افسردگی و یا سایر مشکلات روانی و رفتاری رنج می برند، انجام مشاوره در مورد ازدواج، آگاهی رسانی از طرف رسانه های جمعی (تلویزیون ملی و مطبوعات) در مورد پیامدهای خودسوزی، مبارزه با فقر، اعتیاد و بیسوادی می تواند از جمله اقدام های پیش گیرانه و مداخله ای در کاهش اقدام به خودسوزی باشد.

قدردانی

نویسندگان از زحمات سرکار خانم ها عزیزی، کعب و نواصری روانشناسان بالینی بیمارستان طالقانی تشکر و قدردانی می نمایند.

همکاران نیمی از اقدام کنندگان به خودسوزی از اختلالات روانی و اختلاف های زناشویی رنج می بردند (۳۳). اما در مطالعه Rothschild و همکاران بیشتر بیماران به خاطر جدا شدن از والدین و مشکلات مالی خودسوزی کرده بودند (۲۵).

طرح اختلافات زناشویی به عنوان عامل اصلی خودسوزی در پژوهش حاضر و سایر مطالعات انجام شده در ایران، متأثر از فراوانی اقدام به خودسوزی در زنان نسبت به مردان و در افراد متأهل نسبت به مجرد است. فرج اله چعبی در بیان دلایل خودسوزی در زنان، عواملی چون: یادگیری ها و باورهای غلط فرهنگی در زنان، طلاق یا تهدید به طلاق، اعتیاد (اعتیاد فرد سوخته یا اعتیاد همسر وی)، ازدواج های اجباری، افسردگی های پس از زایمان را عنوان می کند (۳۴).

مطالعات مختلف نشان دهنده بالا بودن مرگ و میر در میان بیماران خودسوزی است. در این پژوهش میزان مرگ و میر در بیماران خودسوزی ۶۹ درصد بود که در مقایسه با سایر بیماران بستری بسیار بالا بود (۱۳ برابر سوختگی های تصادفی). نتایج مطالعات مشابه انجام شده در ایران و سایر نقاط جهان نیز حاکی از بالا بودن میزان مرگ و میر در اقدام کنندگان به خودسوزی در مقایسه با سوختگی های تصادفی است. برای مثال در مطالعات انجام شده در ایران، میزان مرگ و میر را سعادت و همکاران ۷۸/۶ درصد (۸)، محمدی و همکاران ۶۲/۳ درصد (۱۴) و ضرغامی و همکاران ۷۹ درصد (۲۹) گزارش کرده اند در سایر مطالعات انجام شده در جهان، میزان مرگ و میر را Castellani و همکاران ۳۸/۷ درصد (۱۸)، Pham و همکاران ۷۸/۹ درصد (۳۳) بیان کرده اند.

نتیجه گیری

این پژوهش و مطالعات انجام شده پیرامون خودسوزی در ایران، خودسوزی را به عنوان یکی از

منابع

- 1-Thombs BD, Bresnick MG, Magyar-Russell G. Who attempts suicide by burning? An analysis of age patterns of mortality by self-inflicted burning in the United States. *J Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29 (3): 244 –50.
- 2-Ahmadi A, Mohammadi R, Schwebel DC, Hassanzadeh M, Yari M. Classic philosophy lessons and preventing self-inflicted burns: A call for action. *Burns* 2009; 35(1):154–5
- 3-Shaker J, Parvizi-fard A A, Sadeghi K, Moradi R. Personality Traits, Stress, Coping and Religious Attitudes among Individuals Attempting Suicide. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2006; 3(46):244-50. [In Persian].
- 4-Rezaian M, Sharifi-rad G R. Self-immolation the Most Important Suicide Method in Ilam Province. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2006; 12(3):289-90. [In Persian].
- 5-Ahmadi A. Suicide by Self-Immolation: Comprehensive Overview, Experiences and Suggestions. *J Burn Care Res* 2007;28(1):30-41
- 6-Groohi B, Rossignol AM, Barrero SP, Alaghebandan R. Suicidal behavior by burns among adolescents in Kurdistan, Iran: a social tragedy. *Crisis*; 2006, 27(1):16-21
- 7-Dibaei A, Gharebaghi R. Survey of Self-inflicted burn resulting to dead in Ahvaz legal medical center. *J of Forensic Medicine* 2000; 6(19):1-6. [In Persian].
- 8-Saadat M, Bahaoddini A, Mohabatkar H, Noemani K. High Incidences of Suicide by Burning in Masjid –I-Sulaiman(southwest of Iran). A polluted area with natural sour gas leakage. *Burn* 2004; 30(8): 829-32.
- 9-Ahmadi Ar, Janbazi S, Laghaei Z, Ahmadi A, Davari-nejad O, haidari MB. Epidemiological study of committed self-inflicted burns admitted to the Hospitals of Kermanshah, University of Medical Sciences, Iran. *Fundamental of Mental Health* 2006; 8 (29-30):311-7. [In Persian].
- 10-Ahmadi A, Ytterstad B. Prevention of self-immolation by community-based intervention. *Burns* 2007;33(8): 1032-40.
- 11-Saberi-zafarghandi MB, Ghorbani R, Musavi SH. Epidemiologic study of suicide attempt in affiliated hospitals of Semnan University of Medical Sciences. *Koomesh* 2001, 6(4):311-7. [In Persian].
- 12-Zohor AR, Torabi M, Pasandeh H. Epidemiology of suicide in referring to emergency center of Jiroft of Kerman. *Ofoqhe-Danesh*, 2001;7(1):26-40. [In Persian].
- 13-Self-directed violence, World report on violence and health. World Health Organization(WHO) 2002; *available at: http://www.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf*.
- 14-Mohammadi AA, Danesh N, Sabet B, Amini, M, Jalaieian H. Self-Inflicted Burn Injuries in Southwest Iran. *J Burn Care Res* 2008; 29(5):778-783.
- 15-Nakhai –moghadam M, Tabiee SH. Epidemiology of self-burning in burns unit of Imam Reza (as) Hospital in Birjand (1999-2004). *sci j forensic med* 2004; 10(33):49-54. [In Persian].
- 16-Tsati E, Iconomou T, Tzivaridou D, Keramidias E, Papadopoulos S, Tsoutsos D. Self-inflicted burns in Athens, Greece: a six-year retrospective study. *J Burn Care Rehabil* 2005; 26(1):75-8.
- 17-Krummen DM, James K, Klein RL. Suicide by Burning: a retrospective review of the Akron Regional Burn Center. *Burns* 1998; 24(2):147-9.
- 18-Castellani G, Beghini D, Barisoni D, Marigo M. Suicide attempted by burning: a 10-year study of self-immolation deaths. *Burns* 1995; 21(8): 607-9.
- 19-Ahmadi A. Frequency of self-immolation in attempted suicide patients in West Islam Abad city (1997– 2002). *Behbood* 2005;9(1):26-36. [In Persian].
- 20-Laloë V, Ganesan M. Self-immolation a common suicidal behavior in eastern Sri Lanka. *Burns* 2002; 28(5): 475–80.
- 21-Mabrouk AR, Mahmud Omar AN, Massoud K, Magdy Sherif M, El Sayed N. Suicide by burns: a tragic end. *Burns*, 1999; 25(4): 337-9.
- 22-Pham TN, King JR, Palmieri TL, Greenhalgh DG. Predisposing factors for self-inflicted burns, *J Burn Care Rehabil* 2003; 24(4):223–7.
- 23- Reiland A, Hovater M, McGwin G Jr, Rue, LW III, Cross JM. The Epidemiology of Intentional Burns. *J Burn Care Res* 2006, 27(3):276-80.
- 24-Hadjiski O, Todrov P. Suicide by self-inflicted burns. *Burns* 1999; 22(5): 381-3.
- 25-Rothschild MA, Raatschen HJ, Schneider V. Suicide by self-immolation in Berlin from 1990 to 2000. *Forensic Sci Int* 2001; 124(2) :163-6.
- 26-Report of Factors for Suicide in Woman in South West of Afghanistan.. *Available at: www.AIHRC.org.aff/index_dari.htm*. [In Persian]

- 27- Rastegar Lari AA, Joghataei MT, Rezaei Adli Y, Aliabadi Zadeh Y, Alaghebandan R. Epidemiology of suicide by burns in the province of Isfahan, Iran. *J Burn Care Res* 2007; 28(2):307-11.
- 28-Laloë V. Patterns of deliberate self-burning in various parts of the world: A review. *Burns* 2004;30(3): 207-15.
- 29-Zarghami M, Khalilian AR. Deliberate self-burning in Mazandaran ,Iran. *Burns* 2004; 28(2):115-9.
- 30-Maghsoudi H, Garadagi A, Jafary GA, Azarmir G, Aali N, Karimian B, et al. Women victims of self-inflicted burns in Tabriz, Iran. *Burns* 2004;30(3):217-20.
- 31-Palmuab R, Isometsä E, Suominenbe K, Vuolac J, Leppävuorid A, Lönnqvistb J. Self-inflicted burns: an eight year retrospective study in Finland. *Burns* 2004;30(5): 443-7.
- 32-Poshtmashhadi M, Molavi Nojomi M, Malakout SK, Bolhar J, Asgharzadeh Amin S, Asgharnejad Farid AA. Suicide attempt and its relation to stressors and support system: a study in Karaj city. *Tehran Univ Med J*, 2007; 65(4): 72-6. [In Persian].
- 33-Suk JH, Han CH, Yeon BK. Suicide by Burning in Korea. *Int J Soc Psychiatry* 1991;37(2): 141-5.
- 34-Farajallah-chabi I. A comparison between personality characterize and depression in self-inflicted burns woman of Taleghani hospital and normal woman in Ahvaz city. A thesis presented for MS Degree of psychology, Islamic Azad University, Ahvaz branch. Iran, 2009 . [In Persian].

Assessment of Personal and Social Characteristics as Risk Factors in Self-Inflicted Burns

Ghalambor A^{*1}, Zarei J², Pipelzadeh MH³

¹Department of Plastic Surgery, ²Medical Records, Taleghani Hospital, ³Department of Pharmacology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Abstract

Background and Objective: Suicide is among the first 10 causes of mortality and loss of life in Iran. Among the various methods of suicide, self –burning is a fatal injurious and painful problem imposing costs to the individual and society. The aim of this study was to assess the personal and social background and risk factors for self –burning attempts.

Subjects and Methods: This study is an observational, descriptive and cross-sectional research. Subjects include all burned patients (126 people) admitted in winter 2008 and spring 2009 in Ahvaz Taleghani Burn Center. Data were collected by researcher-made questionnaires, after confirming their validity and reliability.

Results: Results showed that 108 women and 18 men attempted for self –burning. Individual and social risk factors in women include: history of depression (64.8%), illiteracy (25%), being married (63%), age range of 15-35 years (88%), residence in rural communities (38%) and being household (89%). Unemployment (50%) and addiction (16.7%) were important risk factors in men.

Conclusion: The findings showed that young, illiterate, married and depressed rural housewives who had a low economic status were more at risk for attempted for self –burnings. Therefore, planning on the identification of individuals at risk and preventive actions by competent authorities may reduce the self-inflicted burns.

Sci Med J 2010; 9(3):233-246

Keywords: Personal social characteristics, Risk factors, Self –burning.

Received: May 2, 2009

Revised: Mar 3, 2010

Accepted: April 6, 2010

*Corresponding author email: ghalambor.a@gmail.com