

فراوانی اقدام به خودسوزی در اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان اسلام آباد غرب (۸۱-۱۳۷۶)

دکتر علیرضا احمدی *

چکیده :

سابقه و هدف: خودسوزی در کشورهای توسعه یافته بسیار نادر است (۱/۸-۰/۰۶ درصد تمام موارد خودکشی)، اما در کشورهای درحال توسعه بسیار شایع تر است و تا حد ۴۰/۳-۳۹/۸ درصد تمام موارد خودکشی می رسد. خودسوزی ۰/۴ تا ۴۰ درصد بیماران بستری در بخش های سوختگی نقاط مختلف جهان را به خود اختصاص داده است. بی تردید خودسوزی یکی از معضلات بهداشتی است که گریبان گیر کشورهای درحال توسعه، از جمله ایران و به خصوص استان کرمانشاه می باشد. مطالعه حاضر یک مطالعه مقدماتی به منظور دستیابی به برنامه ها و استراتژی های پیشگیری کننده برای کاهش میزان بروز خودسوزی می باشد.

مواد و روش ها: مطالعه به روش توصیفی مقطعی انجام شد. نمونه گیری به صورت سرشماری صورت گرفت، بدین ترتیب که در فاصله سال های ۸۱-۱۳۷۶ تمام بیماران اقدام کننده به خودکشی ارجاع داده شده به اورژانس بیمارستان امام خمینی شهرستان اسلام آباد بررسی شدند. داده ها پس از استخراج و کدبندی با آمار توصیفی ارائه گردیدند.

یافته ها: در طول ۶ سال مدت مطالعه، ۲۲۸۰ اقدام به خودکشی (۱۹۸ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال) در بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی شهرستان اسلام آباد غرب پذیرش داده شدند که از این تعداد ۲۱۶ نفر (۹/۵٪) اقدام به خودسوزی بوده است. از میان ۲۱۶ مورد اقدام به خودسوزی ۸۸ درصد مؤنث بودند و زنان ۷/۶ برابر بیش از مردان اقدام به خودسوزی نموده اند. بیشترین موارد اقدام به خودسوزی در گروه سنی ۳۰-۱۱ سال (۷۲٪) و میانگین سنی آن ها ۲۶ سال بوده است. ۵۴ درصد اقدام کنندگان به خودسوزی متأهل، ۶۰ درصد بی سواد و از لحاظ شغل ۵۲ درصد خانه دار و ۳۸ درصد بی کار بودند.

بحث: این مطالعه و مطالعات قبلی انجام گرفته درباره خودسوزی در ایران، ثابت می کند که اقدام به خودسوزی باید هرچه بیشتر به عنوان یک مشکل بهداشت روانی در جامعه ما مورد توجه قرار گیرد؛ بنابراین لزوم ایجاد استراتژی ها و برنامه های مداخله ای پیشگیرانه در جهت کاهش تعداد بروز این مشکل با تمرکز در روی زنان، بی سوادان، خانه داران و گروه سنی ۳۰-۱۱ ساله احساس می شود.

کلیدواژه ها: اقدام به خودکشی، اقدام به خود سوزی، اسلام آباد غرب.

« دریافت: ۱۳۸۳/۸/۶ پذیرش: بهار ۱۳۸۴ »

* پزشک عمومی.

* عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، خیابان شهید جعفری (کسرا)، درمانگاه حاج منصوبی، کد پستی: ۶۷۱۸۸۱۸۳۸، تلفن: ۰۸۳۱-۷۲۴۰۸۹۰

E-Mail: ahmadiar1012@yahoo.com

مقدمه:

۵۰ درصد افراد زیر ۳۰ سال هستند. گروه سنی زنان ۱۵ تا ۱۹ سال دارای بالاترین نسبت اقدام به خودکشی بوده‌اند. از هر ۱۰۰ نفر افراد این گروه سنی، در طول سال، یک نفر اقدام به خودکشی می‌کند. این در حالی است که مردان گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال دارای بالاترین نسبت اقدام به خودکشی بوده‌اند و از هر ۲۰۰ نفر افراد این گروه سنی ۱ نفر در طول سال اقدام به خودکشی می‌کند. تقریباً ۱۰ درصد از افراد اقدام‌کننده به خودکشی در طول

جدول ۱- درصد خودسوزی به کل موارد خودکشی یا اقدام به خودکشی در نقاط مختلف جهان.

کشور(شماره رفرانس)	نسبی (%)	فراوانی	خودکشی یا اقدام به خودکشی
ایتالیا(۳)	۰/۰۶	پزشکی قانونی	خودکشی
آلمان(۱۳)	۰/۷۶	خودکشی	خودکشی
آمریکا(۲۴)	۰/۹۶	خودکشی	خودکشی
کانادا(۱۶)	۱	خودکشی	خودکشی
ایران -همدان(۵)	۱/۳۹	اقدام به خودکشی	اقدام به خودکشی
کره جنوبی(۲۵)	۱/۸	اقدام به خودکشی	اقدام به خودکشی
هندوستان(۲۰)	۷/۹	خودکشی	خودکشی
افریقای جنوبی(۱۱)	۹/۹	خودکشی	خودکشی
سالزبورگ(۲۶)	۱۰	بیماران روانی حریق آفرین	بیماران روانی حریق آفرین
هندوستان(۲۷)	۲۱	پزشکی قانونی	پزشکی قانونی
ایران - تهران(۱)	۲۵	پزشکی قانونی	پزشکی قانونی
روستاهای اطراف تهران(۵)	۳۵/۳	خودکشی	خودکشی
ایران - مشهد(۵)	۱۵ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال	خودکشی	خودکشی
هندوستان(۳)	۳۹/۸	خودکشی	خودکشی
ایران- استان خراسان(۵)	۴۰/۳	خودکشی	خودکشی
ایران - اهواز(۱)	۴۹	خودکشی گروه سنی ۱۱ تا ۲۰ سال	خودکشی گروه سنی ۱۱ تا ۲۰ سال

سال‌هاست که خودکشی به‌عنوان یک فوریت مهم روان‌پزشکی مورد توجه محققان قرار گرفته است. روش‌های اقدام به خودکشی در کشورهای مختلف براساس فرهنگ، سمبل‌ها، تقلید(۱) و مذهب فرق می‌کند(۲).

خودکشی موفق(Committed Suicide) عبارت است از گرفتن جان خویش به‌دست خویشتن(۳). در صورتی که آسیب منجر به مرگ شود خودکشی موفق نامیده می‌شود و اگر منجر به مرگ نشود، اقدام به خودکشی می‌گویند. کشورهای جهان براساس تعداد خودکشی در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در سال تقسیم می‌شوند. نسبت ذکر شده از کمتر ۳۵۱۰۰۰۰۰ (مصر و ایرلند) تا بیشتر از ۳۵۱۰۰۰۰۰ (حوضه بالتیک) متفاوت است. این اختلاف به‌علت عوامل فرهنگی، اجتماعی و اختلاف در روش‌های اعلام خودکشی می‌باشد. به‌طور کلی خودکشی در کشورهای فقیر، کمتر و در کشورهای غنی، بیشتر است.

اقدام به خودکشی (Suicide Attempt or Para suicide) به علل زیادی کاملاً رسا نیست. به‌عنوان مثال بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، واقعاً آرزوی خودکشی و مرگ را ندارند؛ بنابراین گروه ادینبورگ اصطلاح "Para suicide" را ابداع کرد.

مروری بر مقالات جهان نشان‌دهنده این موضوع است که نسبت اقدام به خودکشی از ۱۰۰ تا ۳۰۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر فرق می‌کند. در تمام کشورها اکثریت را زنان تشکیل می‌دهند که حدوداً

را تشکیل می‌دهد(۶) که این درصد اشغال تخت یکی از بالاترین درصد اشغال تخت‌های بخش سوختگی توسط بیماران اقدام‌کننده به خودسوزی در سراسر جهان می‌باشد (جدول ۲).

با توجه به مطالب ذکرشده، این مطالعه با هدف بررسی فراوانی خودسوزی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی در شهرستان اسلام آباد غرب انجام شد تا ضمن شناسایی گروه‌های هدف، مقدمات لازم برای انجام مطالعات مداخله‌ای به منظور کاهش موارد اقدام به خودسوزی فراهم شود.

سال بعدی اقدام به خودکشی موفق می‌کنند(۴). از بین تمام اقدام به خودکشی‌ها، خودسوزی شاید شدیدترین و غم‌بارترین نوع آن باشد که شناخت ابعاد آن مشکل است(۵).

نکته بسیار قابل توجه اینکه در سراسر جهان، ایران در کنار هندوستان دارای بالاترین نسبت خودسوزی در بین افراد خودکشی‌کننده می‌باشد (جدول ۱) و نکته قابل تأمل اینکه خودسوزی در استان کرمانشاه در گروه سنی بالای ۵ سال، ۶۴/۲ درصد از کل موارد بستری در بخش سوختگی

جدول ۲- درصد اشغال تخت توسط افراد اقدام‌کننده به خودسوزی در بخش‌های سوختگی نقاط مختلف جهان.

کشور(شماره رفرنس)	فراوانی نسبی (%)	درصد اشغال تخت
اسرائیل(۲۸)	همه گروه‌های سنی	۰/۴
آمریکا(۲۹)	همه گروه‌های سنی	۰/۷
هونگ کونگ(۱۴)	همه گروه‌های سنی	۱
امریکا(۱۵)	همه گروه‌های سنی	۱/۵
اسپانیا(۱۵)	همه گروه‌های سنی	۲/۰
استرالیا(۱۵)	همه گروه‌های سنی	۲/۸
مصر(۱۰)	همه گروه‌های سنی	۳
امریکا(۳۰)	همه گروه‌های سنی	۳/۹
ایران - استان فارس(۱۸)	همه گروه‌های سنی	۴
استرالیا(۱۵)	همه گروه‌های سنی	۴/۱
ایتالیا(۱۲)	همه گروه‌های سنی	۴/۴
ایرلند(۹)	همه گروه‌های سنی	۴/۶
انگلستان(۱۵)	همه گروه‌های سنی	۸/۵
ایران - تهران(۱۷)	همه گروه‌های سنی	۸/۹
ایران - کردستان(۲۲)	بالاتر از ۱۳ سال	۱۲/۷
سری لانکا(۸)	همه گروه‌های سنی	۲۵
هندوستان(۲۰)	همه گروه‌های سنی	۴۰
ایران - استان فارس(۲۱)	بالاتر از ۱۱ سال	۴۱
ایران - کرمانشاه(۶)	گروه سنی بالاتر از ۵ سال	۶۴/۲

مواد و روش‌ها:

مورد بررسی قرار گرفتند و در مرحله بعد، افراد اقدام‌کننده به خودسوزی تفکیک گردیدند. متغیرهای مورد بررسی شامل سن، جنس، تأهل، شغل و سواد بوده است.

پرسشنامه‌ها توسط افراد آموزش‌دیده (سرپرستاران بخش اورژانس در هر نوبت کاری) تکمیل گردیدند و توسط یک فرد واحد مورد ارزیابی نهایی قرار گرفتند. به‌رغم تمام تمهیدات به‌عمل آمده، از ۲۱۶ پرونده افراد اقدام‌کننده به خودسوزی، نواقصی در پرونده‌ها شامل یک مورد عدم اعلام شغل و ۹ مورد عدم اعلام سطح سواد به چشم می‌خورد.

داده‌ها پس از استخراج و کدبندی با استفاده از آمار توصیفی ارائه گردیدند.

یافته‌ها:

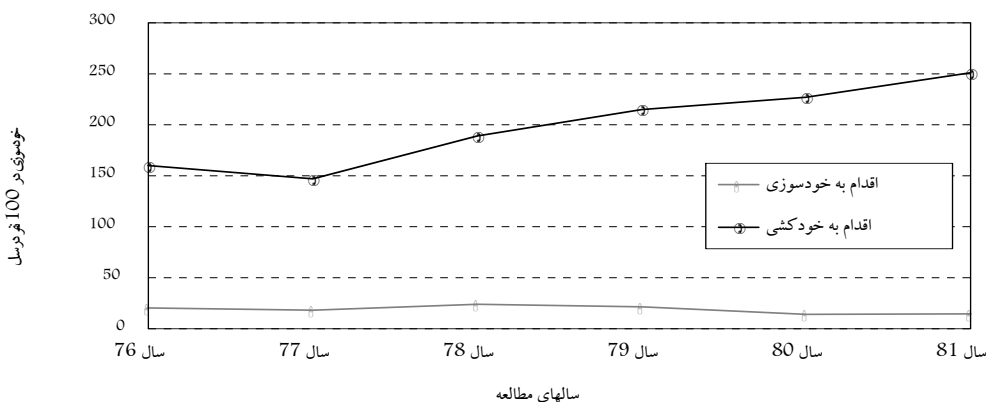
از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۱ تعداد موارد اقدام به خودکشی سیر بالارونده‌ای داشته است. این در حالی است که تعداد موارد اقدام به خودسوزی دارای سیر بالارونده نبوده است (نمودار ۱).

این تحقیق یک مطالعه توصیفی مقطعی است. نظر به اینکه اغلب قریب به اتفاق موارد اقدام به خودسوزی در مرحله اول به اورژانس بیمارستان‌ها ارجاع داده می‌شوند، لذا بهترین مرکز برای بررسی این موارد، اورژانس بیمارستان‌ها می‌باشد. نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری انجام گرفت و در فاصله سال‌های ۸۱-۱۳۷۶ تمام موارد اقدام‌کننده به خودکشی ارجاع‌داده‌شده به اورژانس بیمارستان امام خمینی شهرستان اسلام‌آباد مورد بررسی قرار گرفتند.

ذکر این نکته ضروری است که شهرستان اسلام‌آباد غرب با جمعیت ۱۹۱۷۸۱ نفر بعد از مرکز استان، دومین شهرستان استان کرمانشاه از نظر جمعیت می‌باشد (۷).

این شهرستان دارای یک بیمارستان با نام امام خمینی (ره) می‌باشد و کلیه بیماران شهرستان براساس سیستم ارجاع به این بیمارستان ارجاع داده می‌شوند.

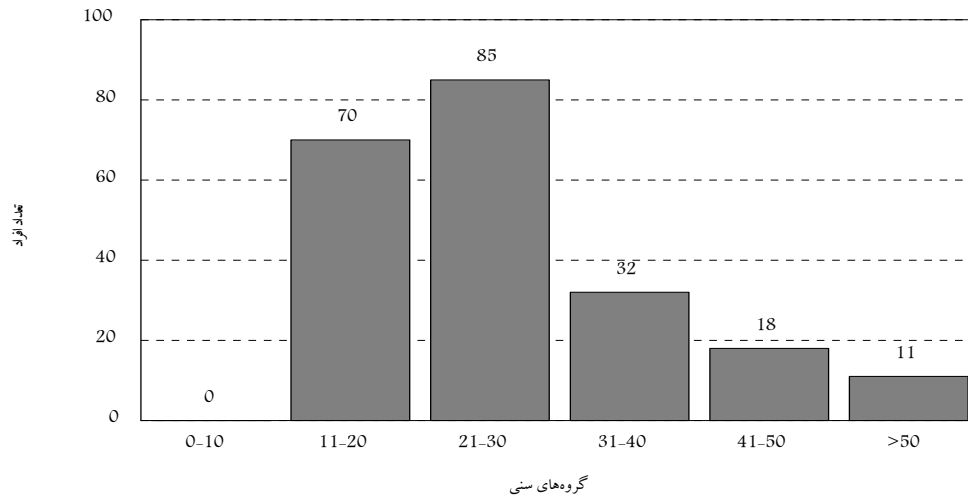
در این مطالعه ابتدا کلیه افراد اقدام‌کننده به خودکشی ارجاع‌داده‌شده به اورژانس بیمارستان



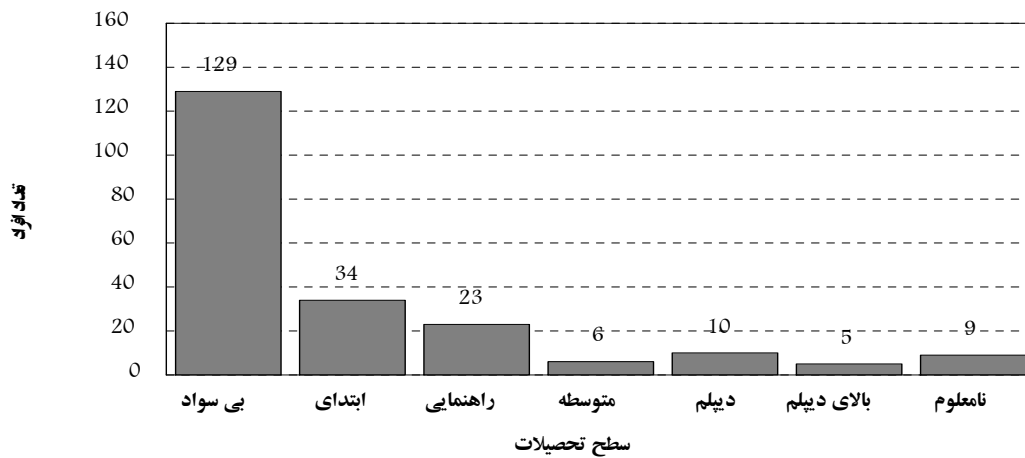
نمودار ۱- تغییرات سالانه نسبت اقدام به خودکشی به خودسوزی در کل جمعیت در شهرستان اسلام‌آباد غرب (۸۱-۱۳۷۶).

تعداد ۲۱۶ نفر (۹/۵ درصد) از کل مواد اقدام به خودکشی مربوط به اقدام به خودسوزی بوده است. از نظر ترکیب جنسی موارد اقدام به خودسوزی ۱۹۱ نفر (۸۸ درصد) مونث و ۲۵ نفر (۱۲ درصد) مذکر بوده‌اند. این مطلب نشان‌دهنده این موضوع است که شیوع اقدام به خودسوزی در میان زنان بیش از ۷/۶ برابر مردان می‌باشد.

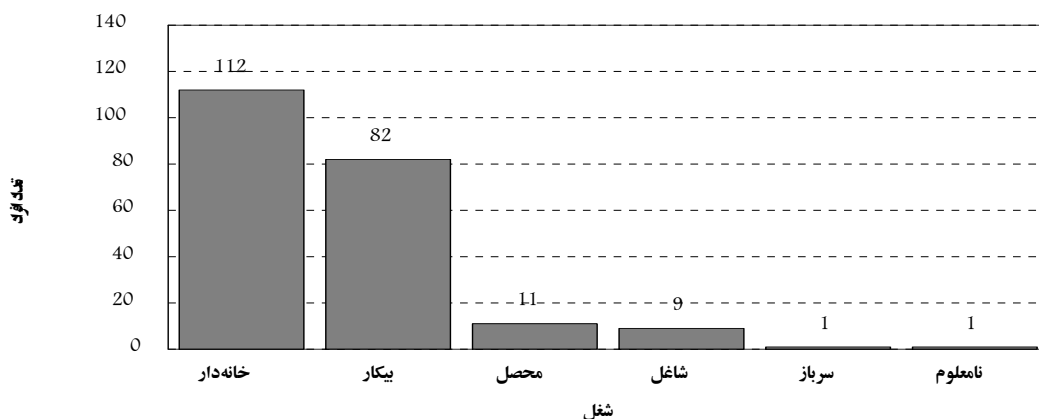
در طول ۶ سال مدت مطالعه (۸۱-۱۳۷۶) کل موارد اقدام به خودکشی ۲۲۸۰ نفر بوده است که کمترین تعداد آن در سال ۱۳۷۷ (۲۸۲ نفر برابر ۱۴۷ نفر در صد هزار نفر جمعیت در سال) و بیشترین تعداد آن در سال ۱۳۸۱ (۴۸۱ نفر معادل ۲۵۱ نفر در صد هزار نفر جمعیت در سال) بوده است. تعداد موارد اقدام به خودکشی در ۱۰۰۰۰۰ نفر در طول ۶ سال دارای رشد ۱۵۷ درصد بوده است (نمودار ۱).



نمودار ۲- مقایسه تعداد افراد در گروه‌های سنی در اقدام کنندگان به خودسوزی در شهرستان اسلام‌آباد غرب (۸۱-۱۳۷۶).



نمودار ۳- توزیع فراوانی اقدام به خودسوزی بر حسب سطح تحصیلات در شهرستان اسلام‌آباد ۸۱-۱۳۷۶.



نمودار ۴- توزیع فراوانی اقدام به خودسوزی بر حسب شغل افراد در اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان اسلام‌آباد غرب (۸۱-۱۳۷۶).

افراد خودکشی‌کننده به دو دسته تقسیم کرد: گروه اول کشورهایی که دارای درصد خودسوزی کمتر از ۲ درصد هستند. در ایتالیا ۰/۰۶ درصد از کل موارد خودکشی ارجاع داده شده به پزشکی قانونی به علت خودسوزی بوده است. در آلمان ۰/۷۶، در امریکا ۰/۹۶ و در کانادا ۱ درصد از کل موارد خودکشی به علت خودسوزی بوده است. در کره جنوبی ۱/۸ درصد از کل موارد اقدام به خودکشی به علت خودسوزی بوده است (جدول ۱). خودسوزی در دنیای غرب به جز بلغارستان بسیار نادر است (۸) و حدوداً ۲ درصد کل موارد اقدام به خودکشی را تشکیل می‌دهد (۹).

گروه دوم کشورهایی که دارای درصد خودسوزی بیش از ۲ درصد هستند: در افریقای جنوبی ۹/۹ درصد از افراد خودکشی‌کننده، خودسوزی کرده بودند. در هندوستان درصد خودسوزی از ۷/۹ تا ۳۹/۸ کل موارد خودکشی متغیر بوده است (جدول ۱). در انگلستان بیشترین موارد خودسوزی در زنان مهاجر از کشورهای آسیایی بوده

بیشترین موارد اقدام به خودسوزی در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال (۳۹/۴٪) بوده است و در گروه سنی زیر ۱۰ سال هیچ موردی گزارش نشده است (نمودار ۲). از نظر تأهل، ۱۰۰ مورد (۴۶ درصد) مجرد و ۱۱۶ مورد (۵۴ درصد) متأهل بودند، در این مطالعه هیچ مورد بیوه گزارش نشده است از نظر سطح تحصیلات بیشترین موارد اقدام به خودسوزی که ۱۲۹ مورد (۶۰٪) بوده، در افراد بی‌سواد دیده شده است و در افراد بالای دیپلم کمترین موارد (۵ مورد یا ۲٪) اقدام به خودسوزی مشاهده گردید (نمودار ۳). از لحاظ شغل اکثریت افراد، یعنی ۱۱۲ مورد (۵۲ درصد) خانه‌دار بودند و افراد بی‌کار با ۳۸ درصد، محصل با ۵ درصد و شاغل با ۴ درصد در رده‌های بعدی قرار داشتند (نمودار ۴).

بحث:

در این مطالعه ۹/۵ درصد از اقدام‌کنندگان به خودکشی، خودسوزی کرده بودند. کشورهای جهان را می‌توان براساس درصد خودسوزی‌کنندگان در

را برای اقدام مؤثر پیشگیری کننده از خودسوزی فراهم آورند. نکته بسیار قابل توجه اینکه در سراسر جهان، ایران در کنار هندوستان دارای بالاترین نسبت خودسوزی در افراد خودکشی کننده می باشد (جدول ۱) و نکته قابل تأمل اینکه خودسوزی در استان کرمانشاه در گروه سنی بالای ۵ سال، ۶۴/۲ درصد از کل موارد بستری در بخش سوختگی را تشکیل می دهد (۶) که این درصد اشغال تخت یکی از بالاترین درصد اشغال تخت های بخش سوختگی توسط بیماران خودسوزی کننده در سراسر جهان می باشد (جدول ۲).

با نگاهی به بروز خودسوزی در کشورهای مختلف جهان می توان گفت که خودسوزی موفق برخلاف سایر علل خودکشی موفق بیشتر در کشورهای فقیر دیده می شود. همچنان که اقدام به خودکشی و اقدام به خودسوزی نیز در کشورهای فقیر شایع تر است. امید آنکه در آینده نزدیک با شکوفایی در اقتصاد ایران شاهد کاهش موارد خودسوزی موفق، اقدام به خودکشی و اقدام به خودسوزی باشیم.

در این مطالعه بیشترین تعداد افراد اقدام کننده به خود سوزی (۸۸ درصد) مؤنث بوده اند و زنان ۷/۶ برابر بیش از مردان اقدام به خودسوزی نموده اند. سایر مطالعات صورت گرفته نیز معمولاً از نسبت بالای افراد مؤنث در خود سوزی حکایت می کند. در مطالعه دیبایی و همکاران نسبت زنان به مردان ۵/۵ بوده است (۱). در مطالعه Mabrouk از مصر، نسبت خودسوزی زنان به مردان ۱۰/۶ بوده است (۱۰). Laloe از سری لانکا نشان داد که ۷۹ درصد

که ۲۰ درصد از آن ها در هندی های مهاجر دیده شده است (۳). در ایران طبق آمارهای مختلف، خودسوزی از ۱/۳۹ تا ۴۰/۳ درصد کل موارد خودکشی گزارش شده است (۵).

به نظر می رسد بروز خودسوزی با وضعیت اقتصادی و فرهنگی مرتبط است. مروری بر مقالات نقاط مختلف جهان نشان می دهد که خودسوزی در کشورهای توسعه یافته نادر است (۰/۰۶ تا ۱/۸ درصد تمام موارد خودکشی)، اما در کشورهای در حال توسعه بسیار شایع تر است (و تا حد ۳۹/۸ تا ۴۰/۳ درصد تمام موارد خودکشی می رسد). به نظر می رسد اختلاف وسیع آماری در میزان خودسوزی در ایران (از ۱/۳۹ تا ۴۰/۳ درصد کل موارد خودکشی) بیش از آنکه به اختلاف شدید در زمینه های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در نقاط مختلف کشور مربوط باشد، نشأت گرفته از روش اعلام آمار خودسوزی باشد. در کشورهای در حال توسعه (از جمله ایران) یکی از نکات قابل توجه این است که آمارهای رسمی احتمالاً به علت مسائل مذهبی و دلایل اجتماعی، اختلاف فاحشی با واقعیت دارند (۱۰) و بیماران اقدام کننده به خودسوزی یا همراهان او، عمل خودسوزی را کتمان می کنند. یکی دیگر از علل کتمان خودسوزی ممکن است عدم پوشش بیمه های درمانی در خصوص هزینه های درمان خودکشی باشد؛ لذا می توان با از بین بردن این مشکل شرایط لازم را جهت هرچه واقعی تر شدن آمار خودسوزی فراهم آورد تا سیاست گزاران مسائل بهداشت روانی جامعه بتوانند هرچه بیشتر به عمق مشکل پی ببرند و شرایط لازم

نشان داد که سن متوسط ۳۱/۲ سال بوده است (۱۱).
 Ho در هنگ کنگ گزارش نمود که سن میانگین ۳۸ سال بوده است (۱۴). Shkrum در کانادا اشاره کرد که سن میانگین ۳۸ سال بوده است (۱۶). در استرالیا متوسط سن ۳۰ سال بوده است (۱۵) در ایتالیا متوسط سن ۳۸ سال بوده و بیشترین گروه سنی ۳۹-۲۰ سال بوده است (۱۲). Anoshchenko در روسیه نشان داد که بیشترین سن ۴۹-۴۰ سال بوده است (۱۹). به نظر می‌رسد که شیوع اصلی خودسوزی در ایران در گروه سنی نوجوان و جوان باشد و در کشورهای توسعه یافته شیوع خودسوزی در یک رده بالاتر دیده می‌شود. جمعیت جوان در جامعه ما یک گروه در معرض خطر اقدام به خودسوزی می‌باشند. شیوع خودسوزی در افراد نوجوان و جوان لزوم برنامه‌ریزی و استراتژی مشخص را برای انجام مداخلات پیشگیرانه در این گروه سنی گوشزد می‌کند.

در این مطالعه ۵۴ درصد افراد اقدام‌کننده به خودسوزی متأهل بوده‌اند. در مطالعه دیبایی ۵۷/۳ درصد متأهل بودند. در مطالعه توفیقی و زارع در تهران متأهلین شایع‌تر بودند (۱). Laloie نشان داد که بیشتر افراد خودسوزی‌کننده متأهل بوده‌اند (۸). Wagle در سال ۱۹۹۱ نشان داد که خودسوزی در بین متأهلین بیشتر است (۲۰). نتایج تحقیق ما نیز این مطلب را ثابت کرد. استرس روانی به‌ویژه در زوجین درگیر در معضلات زناشویی نیز یکی از عوامل خطرزای خودسوزی است. تعارضات جایگاه زوجین در زندگی زناشویی نیز یکی از علل این ناهنجاری است. به هر حال شاید بتوان با بهبود روابط بین

اقدام‌کنندگان به خودسوزی را زنان تشکیل داده‌اند (۸). Sukhai از افریقای جنوبی نشان داد که ۷۶/۸ درصد از اقدام‌کنندگان به خودسوزی مؤنث بوده‌اند (۱۱). اما در بعضی از کشورهای جهان نسبت جنسی برابر است. Castellani از ایتالیا نشان داد که اختلاف جنسی وجود ندارد (۱۲). ذکر این نکته لازم است که در بعضی نقاط جهان نسبت مردان بیش از زنان است. در برلین Rothschild نشان داد که بیشتر خودسوزی‌ها در مردان بوده است (۱۳). Ho از هنگ کنگ نشان داد که خودسوزی در مردان بیشتر بوده است (۱۴). Cameron از استرالیا نشان داد که خودسوزی بیشتر در مردان بوده است (۱۵). Shkrum از کانادا نشان داد که نسبت مرد به زن ۲۶ به ۶ بوده است (۱۶).

به نظر می‌رسد که نسبت جنسی در خودسوزی با وضعیت اقتصادی و فرهنگی مرتبط است. در کشورهای توسعه یافته بیشتر، مردان دست به خودسوزی می‌زنند، در حالی که در کشورهای در حال توسعه، نسبت جنسی زنان بیشتر است.

در این مطالعه بیشترین موارد اقدام به خودسوزی در گروه سنی ۳۰-۱۱ سال (۷۲٪) و میانگین سنی آن‌ها ۲۶ سال بوده است. Lari و Alaghebandan نشان دادند که ۶۴/۵ درصد از افراد خودسوزی‌کننده کمتر از ۳۰ سال دارند (۱۷). ایشان در مطالعه دیگری نشان دادند که اقدام‌کنندگان به خودکشی با تمام روش‌ها دارای سنی کمتر از ۳۹ سال با میانگین ۳۱/۵ سال بوده‌اند (۱۸). Laloie از سری‌لانکا، نشان داد که بیشترین گروه سنی (۷۲٪) ۳۴-۱۵ ساله بوده‌اند (۸). Sukhai در افریقای جنوبی

زوجین از طریق حل مشکلات اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی آن‌ها، از میزان خودسوزی به نحو چشم‌گیری کاست(۱).

در مطالعه حاضر از لحاظ شغل اکثریت افراد (۵۲ درصد)، خانه‌دار بوده‌اند و افراد بی‌کار با ۳۸ درصد در رده بعدی قرار داشتند. در مطالعه دیبایی نیز افراد خانه‌دار بیشتر بوده‌اند(۱). به نظر می‌رسد خانه‌دار بودن در کنار بی‌کاری از عوامل خطر خودسوزی می‌باشند؛ لذا توجه به خانم‌های خانه‌دار به‌عنوان یک قشر مؤثر در سلامت روانی خانواده، می‌تواند شرایط کاهش خودسوزی را فراهم نماید. همچنین توجه به ایجاد اشتغال و کاهش بی‌کاری را در زمینه شکوفایی اقتصادی می‌توان به‌عنوان یکی از راه‌کارهای مؤثر و مداوم در جهت پیشگیری از خودسوزی در نظر گرفت.

در این مطالعه سطح تحصیلات قابل‌تأمل بود. ۶۰ درصد افراد اقدام‌کننده به خودسوزی بی‌سواد بودند. در مطالعه دیبایی و توفیقی نیز افراد بی‌سواد قابل‌توجه بودند(۱). این مطلب بیان‌کننده توجه به نگرش‌های فرهنگی و معضلات اجتماعی و بالابردن

سطح تحصیلات عمومی افراد جامعه است تا بدین‌وسیله دیگر خودسوزی به‌عنوان راهی برای رهاشدن از مشکلات تلقی نگردد.

در کل، این مطالعه و مطالعات قبلی انجام‌گرفته درخصوص خودسوزی در ایران(۱، ۵، ۱۷، ۱۸، ۲۱ و ۲۲) نشان می‌دهد که اقدام به خودسوزی باید هرچه بیشتر به‌عنوان یک مشکل بهداشت روانی در جامعه ما مورد توجه قرار گیرد؛ بنابراین لزوم ایجاد استراتژی‌ها و برنامه‌های مداخله‌ای پیشگیرانه به‌منظور کاهش تعداد بروز این مشکل با تمرکز بر زنان، بی‌سوادان، خانه‌داران و گروه سنی ۳۰-۱۱ ساله احساس می‌شود. مداخلات برنامه‌ریزی‌شده برای پیشگیری از خودسوزی را می‌توان براساس مدل‌های آموزش بهداشت Bandura (۲۳) یا Victim Stories طرح‌ریزی کرد.

تشکر و قدردانی:

در اینجا بر خود لازم می‌دانم از زحمات بی‌شائبه آقایان عبادالله احمدی، صفر جمشیدی، دکتر مبلغی و کاظمی و بشیری نهایت تشکر و سپاس‌گزاری را بنمایم.

منابع:

۱. دیبایی امیر، قره‌باغی رضا. بررسی موارد خودسوزی منجر به فوت در مرکز پزشکی قانونی شهرستان اهواز. نشریه پزشکی قانونی شماره ۱۹، اردیبهشت و خرداد ۱۳۷۹؛ صفحات: ۱۰-۵.
2. Grosseohme DH, Springer LS. Images of God used by self-injurious burn patients. Burns 1999; 25(5):443-8.
3. Cave Bondi G, Cipolloni L, Parroni E, Cecchi R. A review of suicides by burning in Rome between 1947-1997 examined by the Pathology Department of the Institute of Forensic Medicine, University of Rome 'La Sapienza'. Burns 2001; 27(3):227-31.

4. Roy A. Psychiatric emergencies: In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Vol 3, 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, P. 2035-39.
5. Zarghami M., Khalilian AR. Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. Burns 2002; 28: 115-119
- ۶- احمدی علیرضا، طیبی رضا، رضایی منصور. مطالعه اپیدمیولوژیک بیماران بستری در بخش سوختگی بیمارستان امام خمینی (ره) کرمانشاه، ۶ ماهه اول سال ۱۳۷۵. پایان نامه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.
۷. اسماعیلی منوچهر، صفری مسعود، مرادی صباح، امینزاده صباح. جغرافیای استان کرمانشاه ۲۳۷/۷. چاپ اول، تهران: شرکت چاپ و نشر کتابهای درسی ایران، سال ۱۳۷۹، صفحه ۱۷.
8. Laloe V, Ganesan M. Self-immolation a common suicidal behavior in eastern Sri Lanka. Burns 2002; 28(5):475-80.
9. O'Donoghue JM, Panchal JL, O'Sullivan ST, O'Shaughnessy M, O'Connor TP, Keeley H, et al. A study of suicide and attempted suicide by self-immolation in an Irish psychiatric population: an increasing problem. Burns 1998; 24(2):144-6.
10. Mabrouk AR, Mahmod Omar AN, Massoud K, Magdy Sherif M, El-Sayed N. Suicide by burns: a tragic end. Burns 1999; 25(4):337-9.
11. Sukhai A, Harris C, Moorad RG, Dada MA. Suicide by self-immolation in Durban, South Africa: a five-year retrospective review. Am J Forensic Med Pathol 2002; 23(3):295-8.
12. 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.
13. Rothschild MA, Raatschen HJ, Schneider V. Suicide by self-immolation in Berlin from 1990 to 2000. Forensic Sci Int 2001; 124(2-3):163-6.
14. Ho WS, Ying SY. Suicidal burns in Hong Kong Chinese. Burns 2001; 27(2):125-7.
15. Cameron DR, Pegg SP, Muller M. Self-inflicted burns. Burns 1997; 23(6):519-21.
16. Shkrum MJ, Johnston KA. Fire and suicide: a three-year study of self-immolation deaths. J Forensic Sci 1992; 37(1):208-21.
17. Lari AR, Alaghebandan R. Epidemiological study of self-inflicted burns in Tehran, Iran. J Burn Care Rehabil 2003; 24(1):15-20.
18. Lari AR, Panjeshahin MR, Talei AR, Rossignol AM, Alaghebandan R. Epidemiology of childhood burn injuries in Fars Province, Iran. J Burn Care Rehabil 2002; 23(1):39-45.

19. Anoshchenko IUD, Smirnov SV. The medico social status of the victims of burns as a consequence of a suicide attempt: cases of self-immolation. Zh Nevropatol Psikhiatr Im SS Korsakova 1995; 95(4):72-4..
20. Wagle SA, Wagle AC, Apte JS. Patients with suicide burns and accidental burn: a comparative study of socio-demographic profile in India. Burns 1999; 25:158-161
21. Panjeshahin MR, Lari AR, Talei AR, Shamsnia J, Alaghebandan R. Epidemiology and mortality of burns in South West of Iran. Burns 2001; 27:219-26.
22. Groohi B, Alaghebandan R, Rastegar Lari AA. Analysis of burn patients in province of Kurdistan, Iran. Burn 2002; 28:569-574.
23. Bandura A .Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. New Jersey: Prentice -Hall, 1986.
24. Copeland AR. Suicidal fire deaths revisited. Z Rechtsmed 1985; 95(1):51-7.
25. Suk JH, Han CH, Yeon BK. Suicide by burning in Korea. Int J Soc Psychiatry 1991; 37(2):141-5.
26. Laubichler W, Kuhberger A, Sedlmeier P. Fire setting in attempted suicide. Arch Kriminol 1995; 195(1-2):9-17.
27. Kumar V. Burnt wives: a study of suicides. Burns 2003; 29(1):31-5.
28. Meir PB, Sagi A, Ben Yakar Y, Rosenberg L. Suicide attempts by self- immolation -our experience. Burns 1990; 16(4):257-8.
29. Daniels SM, Fenley JD, Powers PS, Cruse CW. Self-inflicted burns: a ten-year retrospective study. J Burn Care Rehabil1991; 12(2):144-7.
30. Antonowicz JL, Taylor LH, Showalter PE, Farrell KJ, Berg S. Profiles and treatment of attempted suicide by self-immolation. Gen Hosp Psychiatry. 1997 Jan; 19(1):51-5.