

بررسی ویژگی‌های اپیدمیولوژیک بیماران خودسوزی بستری شده در بیمارستان امام موسی کاظم (ع) اصفهان بین سال‌های ۹۳-۱۳۸۹

محمود کیوان آرا^۱، الناز کلانتری^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: خودسوزی در بین زیان‌بارترین انواع جراحات ناشی از سوختگی، صدمات جسمی، روان‌شناختی و اقتصادی جدی بر فرد و خانواده‌ی او تحمیل می‌کند. این پژوهش، با هدف بررسی ویژگی‌های اپیدمیولوژیک بیماران خودسوزی بستری در بیمارستان امام موسی کاظم (ع) اصفهان انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی مقطعی گذشته‌نگر، تمامی پرونده‌های بیماران خودسوزی بستری در این بیمارستان در بین سال‌های ۹۳-۱۳۸۹ جمع‌آوری گردید. سپس، اطلاعاتی نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و ... با استفاده از چک لیست تنظیم شده استخراج گردید. داده‌های به دست آمده، پس از ورود به نرم‌افزار SPSS در دو بعد توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۴۵۰ نفر اقدام کننده به خودسوزی در طی این ۵ سال، ۳۷۳ نفر (۸۲/۹ درصد) زن و ۷۷ نفر (۱۷/۱ درصد) مرد بودند. ۳۶۶ نفر (۷۴/۷ درصد) متأهل و ۱۱۴ نفر (۲۵/۳ درصد) مجرد بودند. اغلب (۶۸/۴ درصد) افراد دچار خودسوزی، در گروه سنی ۲۰-۳۹ سال قرار داشتند. ۷۴/۰ درصد افراد خودسوزی کننده، خانه‌دار بودند. همچنین، درصد انجام خودسوزی در فصل بهار بیش از سایر فصول بود. حدود نیمی (۴۹/۱ درصد) از افراد در اثر خودسوزی فوت شدند. بیشترین دوره‌ی بستری (۳۲/۲ درصد) مربوط به بیماران ۱۵-۱۰ روز و بیشترین سطح سوختگی (۴۷/۵ درصد)، مربوط به سطح ۷۰-۳۱ درصد بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه و سایر مطالعات مشابه، زنان متأهل خانه‌دار در رده‌ی سنی ۲۰-۲۹ سال، بیش از سایر طیف‌ها در معرض استفاده از روش خودسوزی برای از بین بردن خود بودند.

واژگان کلیدی: خودسوزی، ویژگی اپیدمیولوژیک، بیمارستان

ارجاع: کیوان آرا محمود، کلانتری الناز. بررسی ویژگی‌های اپیدمیولوژیک بیماران خودسوزی بستری شده در بیمارستان امام موسی کاظم (ع)

اصفهان بین سال‌های ۹۳-۱۳۸۹. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۵؛ ۳۴ (۴۱۰): ۱۴۶۵-۱۴۵۹

داد (۳). این در حالی است که ۶۰ درصد موارد خودکشی در آسیا رخ می‌دهند (۴).

مطالعات محاسبه‌ی جهانی بار بیماری‌ها (GBDS) یا (Global burden of disease studies) پیش‌بینی می‌کنند که آسیب به خود از رتبه‌ی دوازدهم علل مرگ در سراسر جهان در سال ۱۹۹۰ به رتبه‌ی دهم علل مرگ در سال ۲۰۲۰ خواهد رسید (۵).

WHO با همکاری انجمن بین‌المللی پیش‌گیری از خودکشی (International association for suicide prevention یا IASP)

مقدمه

از نظر سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO)، خودکشی اقدامی است که فرد در آن با آگاهی در تلاش برای خاتمه دادن به زندگی خویش است (۱). کم‌رنگ شدن سنت‌ها و هنجارها و ضعف همبستگی و رشد انزوای اجتماعی را به عنوان عوامل بروز خودکشی بیان کرده‌اند (۲). پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که با رشد روزافزون آمارهای خودکشی، در سال ۲۰۲۰ میلادی، به ازای گذشت هر ۲۰ ثانیه، یک مورد خودکشی در دنیا رخ خواهد

۱- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی دکتری، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران و کارشناس ارشد امور بیمارستان، بیمارستان امام موسی کاظم (ع)، اصفهان، ایران

Email: ilnazkalantari@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: الناز کلانتری

خودسوزی علت ۴۰-۲۵ درصد از مرگ‌های ناشی از خودکشی باشد و در واقع، بعد از حلق آویز کردن به عنوان دومین عامل خودکشی‌های موفق محسوب می‌شود. البته، این طور به نظر می‌رسد که ۷/۵-۳۶/۶ درصد موارد پذیرش سوختگی در بیمارستان‌های ایران، به خاطر سوختگی‌های عمدی است (۱۹). از این رو، با توجه به آمار بالای خودکشی از طریق خودسوزی به ویژه در جوانان، این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های اپیدمیولوژیک بیماران خودسوزی بستری شده در بیمارستان امام موسی کاظم (ع) اصفهان (مرکز سوختگی استان) انجام شد.

روش‌ها

در این مطالعه مقطعی گذشته‌نگر، اطلاعات مورد نیاز از کلیه پرونده‌های بیماران خودسوزی بستری شده در بیمارستان امام موسی کاظم (ع) استان اصفهان (مرکز سوختگی استان) در بین سال‌های ۹۳-۱۳۸۹ جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از پرونده‌های بیماران به دست آمد. در مجموع، ۴۵۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت و اطلاعات مورد نیاز در چک لیستی که بدین منظور تهیه شده بود، ثبت گردید. متغیرهای مورد بررسی در پرونده‌ی پزشکی بیماران شامل سن، جنس، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، منطقه‌ی سکونت، زمان خودسوزی، مدت اقامت در بیمارستان، ماده‌ی سوزاننده، نتیجه‌ی خودسوزی (منجر به فوت شده/ نشده) و درصد سوختگی بود. درصد سوختگی بر اساس چارت Lund and Browder، به سه گروه ≥ 30 ، $31-70$ و ≤ 71 درصد تقسیم شد (۲۰). تمامی ملاحظات اخلاقی در این پژوهش مد نظر قرار گرفت. کلیه‌ی مشخصات و اسامی افراد به صورت محرمانه باقی ماند. از مسؤولان مربوط مجوزهای لازم کسب شد. ضمن این که مطالعه‌ی حاضر، کد اخلاق از نهادهای مربوط دریافت نمود. داده‌های به دست آمده پس از ورود به برنامه‌ی نرم‌افزاری SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل داده‌ها در دو بعد توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی، از فراوانی و درصد داده‌ها و در سطح استنباطی، از رگرسیون لجستیک چندگانه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در بین سال‌های ۹۳-۱۳۸۹، ۴۵۰ نفر اقدام به خودسوزی کرده‌اند که ۳۷۳ نفر (۸۲/۹ درصد) زن و ۷۷ نفر (۱۷/۱ درصد) مرد بودند. ۳۶۶ نفر (۷۴/۷ درصد) متأهل و ۱۱۴ نفر (۲۵/۳ درصد) مجرد بودند. ۳۰۸ نفر (۶۸/۴ درصد) در گروه سنی ۲۰-۳۹ سال قرار داشتند. میانگین سن بیماران دچار خودسوزی $29/1 \pm 11/1$ سال و کمینه و بیشینه‌ی سن به ترتیب ۱۳ و ۸۳ سال بود. تعداد ۳۰۷ نفر

در جهت تشویق کشورها، سازمان‌ها و عامه‌ی مردم برای پیش‌گیری از این رفتار خود مخرب، دهم سپتامبر را به عنوان روز جهانی پیش‌گیری از خودکشی اعلام نمود (۶). اقدام به خودکشی، به علل زیادی به طور کامل گویا و رسا نیست؛ به عنوان مثال، بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، در واقع آرزوی خودکشی و مرگ را ندارند. بنابراین، گروه Edinburg اصطلاح «Para Suicide» را ابداع کردند (۷). آمارهای ملی خودکشی در ایران تصویر روشنی از این واقعه را به خوبی آشکار نمی‌سازد، اما مطالعات حاکی از بالا بودن میزان خودکشی در ایران در بین کشورهای خاور میانه است (۸). عوامل متعدد فردی، روان‌شناختی و اجتماعی در بروز خودکشی در ایران نقش دارد (۹-۱۱).

روش‌ها و وسایل خودکشی (اعم از موفق یا ناموفق) بر اساس فرهنگ رایج در جوامع متفاوت است. از روش‌های مختلف خودکشی می‌توان به خودسوزی، حلق آویز کردن، خفگی، قطع عروق، برق‌گرفتگی و ... اشاره کرد (۲). خودسوزی در بین زبان‌بارترین انواع جراحات ناشی از سوختگی، صدمات جسمی، روان‌شناختی و اقتصادی جدی بر فرد و خانواده‌ی او تحمیل می‌کند. از سوی دیگر، باعث ایجاد سوختگی‌های عمیق و با درصدهای بالا می‌شود و پس از زجر فراوان مددجو و خانواده‌اش به علت شدت جراحات در اغلب موارد، منجر به مرگ وی می‌گردد (۱۲).

با وجود این که خودکشی موفق در کشورهای ثروتمند شایع است، اما خودسوزی موفق در کشورهای فقیر بیشتر شایع است (۱۳). این روش خودکشی تا چندی پیش در کشورهای غربی چندان شایع نبود، اما از سال ۱۹۶۳، آمار خودسوزی در این کشورها افزایش یافت که اغلب به علت اقدام به خودسوزی با نیت اعتراضات سیاسی بود (۱۴). کشورهای جهان را می‌توان بر اساس درصد خودسوزی کنندگان در افراد خودکشی کننده به دو دسته‌ی کشورهای دارای درصد خودسوزی کمتر از ۲ درصد همچون ایتالیا (۰/۰۶ درصد)، آلمان (۰/۷۶ درصد)، آمریکا (۰/۹۶ درصد) و کانادا (۱/۰۰ درصد) و کشورهای دارای درصد خودسوزی ۲ درصد یا بیشتر تقسیم کرد (۱۵). خودسوزی در کشورهای آفریقایی (شامل مصر) و کشورهای شرق دور (شامل ویتنام) به نسبت شایع است. در هندوستان، ۴۰ درصد از تمام خودکشی‌های موفق، به علت خودسوزی است (۱۶). رسم مذهبی ساتی (خودسوزی زنان بعد از مرگ شوهرانشان) و جواهر (خودسوزی دسته‌جمعی زنان به دنبال مورد حمله قرار گرفتن توسط سربازان دشمن) دارای سابقه‌ی دیرینه‌ی تاریخی در هندوستان است (۱۷). در کشورهای غربی، مردان و در خاورمیانه و کشورهای شبه قاره‌ی هند، زنان بیشترین قربانیان خودسوزی هستند (۱۸). بنا بر یافته‌های مطالعات، به نظر می‌رسد که در ایران

(۹۱ نفر) مربوط به فصل زمستان بود. بیشترین میزان خودسوزی بستری شده مربوط به سال ۱۳۸۹ بود که ۱۱۵ نفر (۲۵/۶ درصد) و کمترین میزان مربوط به سال ۱۳۹۳ بود که ۶۸ نفر (۱۵/۱ درصد) بودند. حدود نیمی (۲۲۱ نفر معادل ۴۹/۱ درصد) از افراد در طول ۵ سال گذشته در اثر خودسوزی فوت کرده بودند. بیشترین دوره‌ی بستری ۱۵-۱۰ روز بود که برای ۱۴۵ نفر (۳۲/۲ درصد) و کمترین دوره‌ی بستری ۶۰-۵۰ روز بود که برای ۱۸ نفر (۴ درصد) ثبت شده بود. بیشترین سطح سوختگی مربوط به سطح ۷۰-۳۱ درصد بود که ۲۱۴ نفر (۴۷/۵ درصد) را به خود اختصاص داده بود. بین دوره‌ی بستری و پیامد خودسوزی (فوت) رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت و سایر متغیرها مانند سن، جنس، وضعیت اشتغال، فصل خودسوزی و سال بستری، با پیامد خودسوزی (فوت) ارتباط معنی‌دار نداشتند (جدول ۱).

از مجموع ۴۵۰ نفر بیمار دچار خودسوزی بستری شده ۳۰۴ نفر (۶۷/۵ درصد) از استان‌های همجوار بودند که استان‌های لرستان و چهار محال و بختیاری، به ترتیب با ۶۳ نفر (۲۰/۷ درصد) و ۵۸ نفر (۱۹/۰ درصد) دارای بیشترین ارجاع به این بیمارستان بودند (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی بیماران خودسوزی استان‌های همجوار بستری در بیمارستان امام موسی کاظم (ع) اصفهان

تعداد (درصد)	استان‌های همجوار	تعداد (درصد)
۶۳ (۲۰/۷)	لرستان	موارد خودسوزی در استان‌های همجوار
۵۸ (۱۹/۰)	چهار محال و بختیاری	
۴۴ (۱۴/۴)	خوزستان	
۳۰ (۹/۸)	کهگیلویه و بویر احمد	
۲۶ (۸/۵)	ایلام	
۲۳ (۷/۵)	فارس	
۲۲ (۷/۲)	کردستان	
۳۸ (۱۲/۵)	سایر استان‌ها	
۳۰۴ (۱۰۰)	جمع کل	

از بین متغیرها، متغیر وضعیت تأهل، فصل خودسوزی، شغل، سن و سال خودسوزی برای پیش‌گویی فوت بیماران خودسوزی مناسب نبودند. همچنین، همه‌ی سطوح مربوط به متغیر جنس و دوره‌ی بستری معنی‌دار بودند. منفی بودن ضریب B، نشان دهنده‌ی این احتمال است که پیامد خودسوزی زنان بیشتر از مردان منجر به فوت می‌شود. مثبت بودن ضریب B دوره‌ی بستری، می‌تواند ناشی از آن باشد که به موازات افزایش دوره‌ی بستری، شرایط بیماران به طور الزامی بهبود حاصل نمی‌کند و احتمال فوت را افزایش می‌دهد (جدول ۳).

(۶۸/۲ درصد) افراد دچار خودسوزی، افراد خانه‌دار، ۸۶ نفر (۱۹/۱ درصد) افراد بی‌کار، ۳۸ نفر (۸/۴ درصد) کارمند و ۱۹ نفر (۴/۲ درصد) افراد دارای مشاغل آزاد بودند.

جدول ۱. رابطه‌ی بین متغیرهای زمینه‌ای و پیامد خودسوزی بیماران

متغیر	فراوانی (درصد)	منجر به فوت
جنس	زن (۸۲/۹)	۰/۸۸۰
	مرد (۱۷/۱)	۰/۸۲۷
وضعیت تأهل	مجرد (۲۵/۳)	۰/۸۲۷
	متأهل (۷۴/۷)	۰/۳۸۳
سن (سال)	۰-۱۹ (۱۵/۸)	۰/۳۸۳
	۲۰-۳۹ (۶۸/۴)	۰/۳۸۵
	۴۰-۵۹ (۱۳/۶)	۰/۳۸۵
	≥ ۶۰ (۲/۲)	۰/۳۸۵
وضعیت اشتغال	کارمند (۸/۴)	۰/۳۸۵
	بی‌کار (۱۹/۱)	۰/۳۸۵
	شغل آزاد (۴/۲)	۰/۳۸۵
	خانه‌دار (۶۸/۲)	۰/۳۸۵
فصل خودسوزی	بهار (۲۸/۲)	۰/۲۸۲
	تابستان (۲۶/۹)	۰/۲۸۲
	پاییز (۲۴/۷)	۰/۲۸۲
	زمستان (۲۰/۲)	۰/۲۸۲
سال بستری	۱۳۸۹ (۲۵/۶)	۰/۳۹۸
	۱۳۹۰ (۲۰/۰)	۰/۳۹۸
	۱۳۹۱ (۱۹/۱)	۰/۳۹۸
	۱۳۹۲ (۲۰/۲)	۰/۳۹۸
	۱۳۹۳ (۱۵/۱)	۰/۳۹۸
	۱۳۹۴ (۲۸/۲)	۰/۳۹۸
دوره‌ی بستری در بیمارستان (روز)	< ۱۰ (۲۸/۲)	< ۰/۰۰۱
	۱۰-۲۵ (۳۲/۲)	< ۰/۰۰۱
	۲۵-۵۰ (۲۹/۵)	< ۰/۰۰۱
سطح سوختگی	≥ ۵۰ (۱۰/۰)	< ۰/۰۰۱
	< ۳۰٪ (۱۰/۰)	< ۰/۰۰۱
	۳۰٪-۷۰٪ (۴۷/۵)	< ۰/۰۰۱
محل خودسوزی	≥ ۷۱٪ (۲۲/۸)	< ۰/۰۰۱
	ثبت نشده (۱۹/۵)	< ۰/۰۰۱
	استان اصفهان (۳۲/۴)	< ۰/۰۰۱
جمع	استان‌های همجوار (۶۷/۵)	< ۰/۰۰۱
	جمع کل (۱۰۰)	< ۰/۰۰۱

اغلب موارد خودسوزی (۱۲۷ نفر) در فصل بهار و کمترین میزان

جدول ۳. نتایج حاصل از آنالیز رگرسیون لجستیک چندگانه برای متغیر پیامد خودسوزی (فوت)

نام متغیر	ضریب B	درجه‌ی آزادی	مقدار P
جنس	-۰/۵۵۷	۱	۰/۰۰۹
وضعیت تأهل	-۰/۱۵۱	۱	۰/۴۸۸
فصل خودسوزی	۰/۹۴۰	۱	۰/۲۸۴
شغل	۰/۰۰۵	۱	۰/۹۱۱
سن	-۰/۰۵۲	۱	۰/۵۳۴
دوره‌ی بستری	۰/۴۱۰	۱	< ۰/۰۰۱
سال خودسوزی	-۰/۷۹۰	۱	۰/۲۴۱

بحث

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های اپیدمیولوژیک بیماران خودسوزی بستری شده در بیمارستان امام موسی کاظم (ع) اصفهان (مرکز سوختگی استان اصفهان) انجام شد.

بر اساس نتایج، برتری قابل توجهی در فراوانی خودسوزی زنان (۸۲/۹ درصد) نسبت به مردان (۱۷/۱ درصد) مشاهده شد که با نتایج اغلب مطالعات انجام شده در ایران هم‌خوانی دارد. در کردستان، تعداد زنان حدود ۹ برابر مردان بود (۲۱). در مطالعه‌ی علاقه‌بنندان و همکاران در ایلام نیز ۷۰ درصد از بیماران خودسوزی زن بودند (۱۲). ذکر این نکته لازم است که در بعضی نقاط جهان، نسبت مردان بیش از زنان است. در برلین، Rothschild و همکاران نشان دادند که بیشتر خودسوزی‌ها در مردان بوده است (۲۲). Ho و Ying از هنگ‌کنگ نشان دادند که خودسوزی در مردان بیشتر بوده است (۲۳). Cameron و همکاران از استرالیا نشان دادند که خودسوزی بیشتر در مردان بوده است (۲۴). Johnston و Shkrum از کانادا نیز نشان دادند که نسبت مرد به زن ۲۶ به ۶ بوده است (۲۵).

همچنین، نتایج حاکی از آن است که افراد متأهل (۷۴/۷ درصد) نسبت به افراد مجرد (۱۵/۳ درصد) بیشتر اقدام به خودسوزی کرده بودند. این نتیجه، در تحقیقات احمدی (۲۵) و نیز یوسفیان و همکاران (۲۶) تأیید شده است. بر خلاف سایر روش‌های خودکشی که در میان افراد مجرد شیوع بیشتری دارد، خودسوزی در میان افراد متأهل بیشتر اتفاق می‌افتد. این موضوع، می‌تواند بیشتر ناشی از فشارهای زندگی به ویژه فشارهای اقتصادی باشد که در بین افراد متأهل، در قیاس با افراد مجرد احساس می‌شود (۲۷). بیشترین موارد خودسوزی (۶۸/۴ درصد) در سنین ۲۰-۳۹ سالگی و بعد از آن در سنین ۱۹-۰ سالگی رخ داده است. یافته‌ی مربوط به گروه سنی در این تحقیق، مشابهت زیادی با یافته‌های مطالعات داخلی و خارجی همچون مطالعات احمدی (۱۵) و نیز Sukhai و همکاران (۲۸) دارد. در آمریکا، Thombs و همکاران نشان دادند که خطر خودسوزی بیشتر در سنین ۵۹-۳۰ سال رخ می‌دهد (۲۹). این رفتار بیشتر

می‌تواند تحت تأثیر شرایط خاص دوران نوجوانی و جوانی همچون استقلال طلبی، زود رنجی، هیجانی و واکنشی بودن افراد و یا شرایط خاص اجتماعی نظیر هویت‌یابی اجتماعی همراه با اشتغال و تحصیلات باشد. بنابراین، لزوم برنامه‌ریزی و راهبرد مشخص برای انجام مداخلات پیش‌گیرانه در این گروه سنی، گوشزد می‌شود.

یافته‌های این پژوهش در خصوص اشتغال در زمینه‌ی بالا بودن خودسوزی زنان خانه‌دار، با یافته‌های مطالعات احمدی در کرمانشاه (۲۷)، هم‌خوانی دارد، اما دانش‌آموزان و دانشجویان، همچنین مشاغل دیگر مانند بازنشستگی، مشاغل آزاد و کارگری در یافته‌های این پژوهش درصدهای بیشتری را نشان می‌دهد.

خودسوزی در فصل بهار بیش از سایر فصول بود. این یافته با یافته‌های مطالعه‌ی ضرغامی و خلیلیان در استان مازندران نیز هم‌خوانی داشت (۱۶). این در حالی است که در فصل زمستان، مواد سوختی بیشتر در دسترس است. بنابراین، در دسترس بودن مواد سوختی، توجیه مناسبی برای انتخاب روش خودکشی نیست. در این مطالعه، نفت بیشترین ماده‌ی سوختی مورد استفاده بود که با مطالعه‌ی کریم و همکاران در کرمانشاه (۳۰)، مهرپور و همکاران در بیرجند (۳۱) و نیز احمدی و همکاران در شمال ایران (۳۲) هم‌خوانی داشت.

یافته‌های مطالعه‌ی حاکی از آن بود که خودسوزی در حدود نیمی از افراد (۲۲۱ مورد برای ۵ سال و حدود ۴۴ نفر برای هر سال)، در نهایت منجر به فوت آنان شده بود. این میزان، با افراد خودسوزی کرده در کرمانشاه نزدیک است که طی یک سال تعداد ۳۷ نفر را ثبت نموده‌اند (۲۷). میزان افراد دچار خودسوزی منجر به فوت در سال ۲۰۰۴ در جهان ۶۸/۵ درصد بوده است که می‌توان ادعا نمود که این میزان برای ایران کمتر است (۱۸).

در بررسی سطح مربوط به سوختگی که قوی‌ترین عامل خطر می‌باشد، نتایج مبین آن است که بیشترین افراد (۴۷/۵ درصد) سطح سوختگی ۷۰-۳۱ درصد داشتند، اما در مطالعات نجفی و همکاران (۳۳) و نیز نانبخش و همکاران (۳۴)، سطح سوختگی بالاتر از ۶۰ درصد بود.

جمع‌آوری داده‌ها از پرونده‌های پزشکی بیماران به دلیل عدم ثبت دقیق داده‌ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS یا Hospital information system) و مستند نبودن اطلاعات مربوط به موارد خودسوزی در فرم جداگانه اشاره کرد.

از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، وجود پرونده‌های ناقص بود که شاید شرایط خاص جسمی بیماران علت این نقص بوده است. محدودیت دیگر، مربوط به انکار خودسوزی است که گاهی می‌تواند در صحت فراوانی داده‌ها اشکال ایجاد کند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی به شماره‌ی ۱۹۴۱۳۸ مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از این معاونت جهت تأمین بودجه و امکانات لازم برای انجام این تحقیق و همچنین، پرسنل محترم بیمارستان سوانح سوختگی استان که در مراحل مختلف مطالعه ما را یاری نمودند، قدردانی به عمل می‌آید.

خودسوزی، یکی از مشکلات مهم اجتماعی و بهداشت روانی به خصوص در میان زنان است. بر اساس نتایج این تحقیق و اغلب تحقیقات مورد اشاره، زنان متأهل خانه‌دار در رده‌ی سنی ۲۹-۲۰ سال با سلامت روانی و جسمانی نامناسب که با وضعیت اجتماعی و محیطی زنان ارتباط تنگاتنگی دارد، بیش از سایر طیف‌ها در معرض استفاده از روش خودسوزی برای از بین بردن خود هستند. بهبود شرایط اجتماعی-اقتصادی و استفاده از مشاوره‌های روانی و روان‌پزشکی جهت کاهش تعارض‌های خانوادگی و فامیلی، غربالگری افراد در معرض خطر، فراهم‌سازی امکان دسترسی به مکان‌های آسیب‌زا، آگاهی‌بخشی در مورد عواقب سوء خودسوزی، تقویت سیستم‌های درمانی و بهداشتی مناطق آسیب‌زا و مواردی نظیر آن، می‌تواند در کنترل و پیش‌گیری خودسوزی مثرتر باشد.

امید است با انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه، علل وقوع این پدیده در جامعه و راه‌کارهای مؤثر برای مقابله با آن شناسایی گردد. از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به زمان‌بر بودن

References

1. World Health Organization. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Geneva, Switzerland: WHO; 1994.
2. Yasemi MR, Roghani A, Yaghobi M, Zamani N, Sayeh Miri K. Burning percentage evaluation of cases with suicide attempt by self-burning in the Ilam Province between 1372-1385. *J Ilam Univ Med Sci* 2013; 21(3): 53-63. [In Persian].
3. Beautrais AL, Mishara BL. World Suicide Prevention Day: "think globally, plan nationally, act locally. *Crisis* 2008; 29(2): 56-63.
4. Kanchan T, Menon A, Menezes RG. Methods of choice in completed suicides: gender differences and review of literature. *J Forensic Sci* 2009; 54(4): 938-42.
5. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349(9064): 1498-504.
6. Rezaeian M. Epidemiology of suicide. In: Hatami H, Seyed Nozadi M, Majlesi F, Eftekhar Ardebili H, Razavi SM, Parzadeh SMJ, editors. *The Textbook of public health*. Tehran, Iran: Arjomand Publications; 2006. p. 1024. [In Persian].
7. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2000. p. 2035-39.
8. Moradi S, Khademi A. The study of suicide deaths in comparison with global rates. *Sci J Forensic Med* 2002; 8(27): 16-21. [In Persian].
9. Keyvanara M, Haghshenas A. The sociocultural contexts of attempting suicide among women in Iran. *Health Care Women Int* 2010; 31(9): 771-83.
10. Keyvanara M, Haghshenas A. Sociocultural contexts of attempting suicide among Iranian youth: a qualitative study. *East Mediterr Health J* 2011; 17(6): 529-35.
11. Keyvanara M, Mousavi SG, Karami Z. Social Class Status and Suicide Characteristics: A Survey among Patients Who Attempted Suicide in Isfahan. *Mater Sociomed* 2013; 25(1): 56-9.
12. Alaghebandan R, Lari AR, Joghataei MT, Islami A, Motavalian A. A prospective population-based study of suicidal behavior by burns in the province of Ilam, Iran. *Burns* 2011; 37(1): 164-9.
13. Ahmadi A. Suicide by self-immolation: comprehensive overview, experiences and suggestions. *J Burn Care Res* 2007; 28(1): 30-41.
14. Heidari Zadielran Z, Sadeghi-Bazargani H, Mohammadi R, Bazargan-Hejazi S, Ahmadi A. Self-immolation in Iran, risk factors and prevention strategies. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2015; 19(1): 44-57. [In Persian].
15. Ahmadi A. The prevalence of suicide in suicide attempters in the city of Islamabad West. *J Kermanshah Univ Med Sc* 2005; 9(1): 26-36. [In Persian].
16. Zarghami M, Khalilian A. Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. *Burns* 2002; 28(2): 115-9.
17. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. *Suicide prevention: emerging from darkness*. New Delhi, India: WHO Regional Office for South-East Asia; 2001.
18. Laloe V. Patterns of deliberate self-burning in various parts of the world. A review. *Burns* 2004; 30(3): 207-15.
19. Ahmadi AR. The Efficacy of community-based intervention in prevention of self-immolation. *J Fundam Ment Health* 2007; 9(35-36): 98-110. [In Persian].
20. Rae L, Pham TN, Carrougner G, Honari S, Gibran NS, Arnoldo BD, et al. Differences in resuscitation in morbidly obese burn patients may contribute to high mortality. *J Burn Care Res* 2013; 34(5): 507-14.

21. Sadeghi-Bazargani H, Mohammadi R. Epidemiology of burns in Iran during the last decade (2000-2010): review of literature and methodological considerations. *Burns* 2012; 38(3): 319-29.
22. 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.
23. Ho WS, Ying SY. Suicidal burns in Hong Kong Chinese. *Burns* 2001; 27(2): 125-7.
24. Cameron DR, Pegg SP, Muller M. Self-inflicted burns. *Burns* 1997; 23(6): 519-21.
25. Shkrum MJ, Johnston KA. Fire and suicide: a three-year study of self-immolation deaths. *J Forensic Sci* 1992; 37(1): 208-21.
26. Yoosofilabani J, Mirzaei H. The study of factors affecting of self-burning among women. *J Health Syst Res* 2013; 9(7): 672-81. [In Persian].
27. Ahmadi AR, Janbazi Sh, Laghaei Z, Ahmadi A, Davarinezhad O, Heydari MB. Epidemiological study of committed self-inflicted burns admitted to the hospitals of Kermanshah, University Of Medical Sciences, Iran (2004-2005). *J Fundam Ment Health* 2006; 8(29-30): 23-35. [In Persian].
28. 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.
29. 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. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(3): 244-50.
30. Karim H, Schwebel DC, Bazargan-Hejazi S, Mohammadi R, Choubsaz M, Heidari ZZ, et al. What factors play a role in preventing self-immolation? Results from a case-control study in Iran. *J Inj Violence Res* 2015; 7(2): 59-63.
31. Mehrpour O, Javadinia SA, Malic C, Dastgiri S, Ahmadi A. A survey of characteristics of self-immolation in the east of Iran. *Acta Med Iran* 2012; 50(5): 328-34.
32. Ahmadi M, Ranjbaran H, Azadbakht M, Heidari GM, Heidari GA. A survey of characteristics of self-immolation in the northern Iran. *Ann Med Health Sci Res* 2014; 4(Suppl 3): S228-S232.
33. Najafi F, Ahmadijouybari T, Moradinazar M, Ataie M, Karamimatin B, Karamimatin R, et al. The survival rate of self-immolators in Kermanshah Province 2010- 2011. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2013; 17(9): 563-71. [In Persian].
34. Nanbakhsh Z, Mohaddesi H, Nanbakhsh F, Mazlomhi P. Suicide conceptually is ending once life. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2009; 7 (2): 107-12. [In Persian].

Epidemiological Study on Patients Hospitalized in Imam Musa Kazim Hospital, Isfahan, Iran, due to Self-Immolation during the Years 2010-2014

Mahmoud Keyvanara¹, Elnaz Kalantari²

Original Article

Abstract

Background: Self-immolation is among the most damaging types of injuries from burns, causes serious physical injuries and has psychological and economic effects on the person and his or her family. This study assessed the epidemiological characteristics of patients hospitalized in Imam Musa Kazim hospital, Isfahan, Iran, due to self-immolation during a 5-years period.

Methods: In this retrospective cross-sectional study, all records of the patients hospitalized due to self-immolation during the years 2010-2014 were assessed. Then, information such as age, sex, marital status, employment, etc. was extracted by using a researcher-made checklist. The data were analyzed using SPSS software in both descriptive and analytic aspects.

Findings: Out of 450 participants, who had self-immolation during the studied 5 years, 373 patients (82.9%) were women and 77 patients (17.1%) were men. 366 patients (74.7%) were married and 114 (25.3%) were single. Most of the studied patients (68.4%) were in the age category of 20-39 years old. 74.0 percent of the patients were housewives. Self-immolation was more prevalent in spring than in other seasons. About half of the patients (49.1%) died of self-immolation. The hospitalization duration of 10 to 15 days and the burning level of 31 to 70 percent (32.2% and 47.5%, respectively) were more prevalent.

Conclusion: According to the results of this study and most of the similar studies, housewife married women in the age category of 20-29 years, are subject to eliminate their lives via self-immolation more than any other people.

Keywords: Self-immolation, Epidemiological characteristics, Hospital

Citation: Keyvanara M, Kalantari E. **Epidemiological Study on Patients Hospitalized in Imam Musa Kazim Hospital, Isfahan, Iran, due to Self-Immolation during the Years 2010-2014.** J Isfahan Med Sch 2017; 34(410): 1459-65.

1- Associate Professor, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information Sciences AND Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- PhD Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran AND Master of Hospital Administration, Imam Musa Kazim Hospital, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Elnaz Kalantari, Email: ilnazkalantari@yahoo.com