

## خودسوزی در ایران، عوامل خطر و راه کارهای پیشگیری

شهرام مامی<sup>1</sup>؛ زهرا حیدری زادی<sup>1</sup>؛ حبیب‌اله خزایی<sup>2</sup>؛ همایون صادقی بازرگانی<sup>3</sup>؛ رضا محمدی<sup>4</sup>؛ شهرزاد بازرگان حجازی<sup>5</sup>؛ علیرضا احمدی<sup>6\*</sup>

### چکیده

زمینه: سالانه حدود 1500-2000 نفر در ایران به علت خودسوزی جان خود را از دست می‌دهند. این پدیده عموماً گروه فعال و مولد جامعه (زنان نوجوان و جوان) را درگیر می‌کند و علاوه بر آن می‌تواند منجر به عوارض ماندگار متعدد برای فرد، خانواده و جامعه گردد. از جمله مواردی که لزوم توجه سیستم بهداشتی به پدیده را می‌افزاید، قابلیت پیشگیری از آن است. روش‌ها: این مقاله به روش مطالعه مروری روایی انجام شد. عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده خودسوزی با مرور اطلاعات منتشرشده در منابع در دسترس آنلاین شامل مراکز داده‌های "پاب‌مد"، "گوگل اسکالر"، "آی‌اس‌آی"، "اسکوپوس" و همچنین منابع مکتوب در دسترس شامل کتب و پایان‌نامه‌های غیرآنلاین شناسایی گردید و سعی شد ضمن بررسی و شناسایی الگوی اپیدمیولوژیک این پدیده، راه‌های پیشگیری از آن به صورت اختصار آورده شود. یافته‌ها: بررسی‌ها نشان می‌دهد که پدیده خودسوزی عموماً در زنان جوان به وقوع می‌پیوندد. شایع‌ترین عامل خطر در ایران اختلال انطباقی است.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان می‌دهد که خودسوزی یکی از مشکلات مهم بهداشتی در بعضی از نقاط ایران به حساب می‌آید و باید مورد توجه مسئولین بهداشتی قرار گیرد. اقدامات پیشگیرانه و کم‌هزینه و استفاده از خدمات مشاوره‌ای توانایی پیشگیری از این پدیده را دارند و می‌توانند در اولویت اقدامات بهداشتی قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: خودسوزی، ایران، عوامل خطر

«دریافت: 1393/8/3 پذیرش: 1393/12/12»

1. گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم تحقیقات ایلام، ایلام، ایران

2. گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

3. مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب حوادث ترافیکی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

4. مرکز پیشگیری از خشونت و آسیب سازمان جهانی بهداشت، استکهلم، سوئد

5. گروه روانشناسی، دانشگاه کالیفورنیا، آمریکا

6. مرکز تحقیقات پیشگیری از خودکشی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

\*عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، بیمارستان امام رضا (ع)، گروه بیهوشی، مراقبت‌های ویژه و درد، تلفاکس: 8334282670

Email: ahmadiar1012@yahoo.com

### مقدمه

#### 1) تعریف خودسوزی و شکل بالینی آن

خودسوزی (Self-immolation) یکی از روش‌های مرگ با دست خود است که به‌طور معمول به‌عنوان جزیی از خودکشی شناخته و مورد بررسی قرار می‌گیرد. از ابتدای تاریخ که بشر با خودکشی، این رفتار خودمخرب

انسانی، روبرو شده است، تلاش نموده که با تعریف واژگان اختصاصی و تقسیم‌بندی گوناگون، فرصتی را فراهم آورد تا هرچه بیشتر این پدیده را بشناسد و براساس همین شناخت در جهت پیشگیری از آن قدم بردارد. شالوده این اصطلاحات بر اساس تقسیم افراد خودکشی‌کننده به دو گروه اساسی بوده است. گروه اول:

به نظر می‌رسد "خودکشی مانند خیلی از مسایل مرتبط با انسان، دارای یک طیف است که خودکشی نمایشی (بدون نیت خودکشی واقعی) در یک سر طیف و خودکشی واقعی (با تمایل واقعی برای مردن) در سر دیگر طیف قرار دارد". با ترکیب این نظریه با نظریه شنایدمن (Shneidman ES) که علت خودکشی را وجود روان درد (Psychache) می‌داند (4) می‌شود نظریه جدیدی را پیشنهاد کرد. در این نظریه "ریشه اصلی خودکشی انسان وجود چیزی است که به آن روان درد اطلاق می‌شود. هرچه روان درد ضعیف‌تر باشد، احتمال خودکشی غیرواقعی بیشتر است یعنی تکرار اقدام به خودکشی کم‌تر است و فرد از روش‌های غیرخطرناک استفاده می‌کند و هرچه روان درد شدیدتر باشد؛ احتمال خودکشی واقعی بیشتر است، یعنی تکرار اقدام به خودکشی بیشتر است و فرد تمایل دارد از وسایل خطرناک‌تر جهت خودکشی استفاده نماید."

خودسوزی عمدی (Deliberate self-burning or Self-immolation) به‌علل مختلف از جمله تقلیدی، بیماری روانی، اعتراض سیاسی و خودکشی مذهبی صورت می‌گیرد (5). هر دو مقوله عوامل فرهنگی و عوامل روانی در رابطه با خودسوزی نقش دارند. این روش خودکشی تا چندی پیش در کشورهای غربی غیرشایع بود. اما از سال 1963 آمار خودسوزی در این کشورها بالا رفت که اغلب به‌علت اقدام به خودسوزی با نیت اعتراضات سیاسی بود. خودسوزی نسبتاً در کشورهای آفریقایی (شامل مصر) و کشورهای شرق دور (شامل ویتنام) شایع است. همچنین در فرهنگ کشورهای خاورمیانه (شامل اردن و اسرائیل) نیز دیده می‌شود. در هندوستان 40 درصد از تمام خودکشی‌های منجر به مرگ به‌علت خودسوزی است. در اسرائیل اغلب افرادی که اقدام به خودسوزی می‌کنند از مهاجران آفریقایی یا آسیایی و به‌خصوص عرب می‌باشند (6). در هندوستان رسم مذهبی ساتی (Sati) (خودسوزی زنان بعد از مرگ شوهرانشان) و جوهار (Johar or Jauhar) (خودسوزی دسته‌جمعی زنان

کسانی هستند که واقعاً قصد خودکشی ندارند) (اغلب زنان). تا همین چندوقت پیش اصطلاح "اقدام به خودکشی" (Suicide attempt) به‌طور رایج جهت معرفی این افراد به‌کار می‌رفت و اشاره به افرادی داشت که به‌دنبال خودکشی زنده می‌مانند. معمولاً بیماران که قصد خودکشی واقعی ندارند از روش‌هایی با خطر کم استفاده می‌کنند و اغلب بعد از خودکشی زنده می‌مانند. بعدها گروه ادینبورگ (Edinburgh) با استدلال به این‌که اصطلاح اقدام به خودکشی به‌علل زیادی کاملاً رسا نیست، اصطلاح پاراسویساید (Parasuicide) را برای این افراد ابداع کرد (1). فاربرو و شنایدمن (Farberow NL, Shneidman ES) از اصطلاح فریاد استمداد (Cry for help) برای کسانی استفاده کردند که از اقدام به خودکشی جهت جلب کمک دیگران استفاده می‌کنند (2). گروه دوم به‌مواردی اشاره دارد که بعد از خودکشی، فرد فوت می‌کند و به‌همین دلیل خودکشی منجر به مرگ (Committed suicide) نامگذاری شده است. این گروه کسانی هستند که واقعاً قصد خودکشی دارند (اغلب مردان) و لذا از وسایل و روش‌هایی استفاده می‌کنند که غیرقابل برگشت است و درصد موفقیت بالایی دارد. با این حال پیشنهاد شده است که از به‌کار بردن کلمه "موفق" (Successful) در مورد خودکشی با توجه به داشتن بار مثبت، خودداری گردد. ماریس (Maris, R) اولین کسی بود که از اصطلاح شاغلین به خودکشی (Suicidal career) استفاده کرد (3). این اصطلاح به کسانی اشاره دارد که عوامل محافظتی بسیار کمی در مقابل خودکشی دارند ولی در عوض عوامل خطر متعددی برای انجام خودکشی دارند. به‌نظر می‌رسد که این افراد هرچند ممکن است به‌دنبال خودکشی با قصد واقعی باز هم زنده بمانند اما در نهایت خود را خواهند کشت. البته باید توجه داشت این تقسیم‌بندی‌ها ساخته دست بشر هستند و نباید در دام این اصطلاحات گیر کرد و به آن‌ها تنها باید به‌عنوان فرصتی جهت مشاهده این پدیده از یک نگاه متفاوت، استفاده کرد.

1 و 2) نشان می‌دهد علی‌رغم این که خودکشی منجر به مرگ در کشورهای ثروتمند شایع است (11)، اما میزان خودسوزی منجر به مرگ در کشورهای فقیر بیشتر است. در بین کشورهای فقیر، خودسوزی در آفریقا و آسیا، شیوع بالاتری دارد (5). علاوه بر این خودسوزی در بین مهاجرینی که از این کشورها به سایر مناطق جهان رفته‌اند نیز بیشتر است (5-11) که این خود حکایت از ریشه‌های فرهنگی - اجتماعی خودسوزی دارد (6). بررسی‌ها نشان می‌دهد که ایران در کنار هندوستان دارای یکی از

جدول 1- نمای جهانی از فراوانی اقدام به خودسوزی در بین افراد

"اقدام‌کننده به خودکشی" (منجر به مرگ نشده) (اخذ شده از منبع 5)

محل انجام مطالعه	درصد
ایران، همدان	1/39
کره جنوبی، سنول	1/8
اسرائیل، جمعیت یهودیان	8/5
ایران، اسلام آباد غرب	9/5

جدول 2- نمای جهانی از فراوانی خودسوزی در بین افراد

خودکشی‌کننده (منجر به مرگ) (اخذ شده از منبع 5 با اصلاحات)

محل انجام مطالعه	درصد
ایتالیا، رم	0/06
آلمان، برلین	0/76
آمریکا، میامی، فلوریدا	0/96
کانادا، اونتاریو	1
هند	7/9
آفریقای جنوبی، دوربان	9/9
یهودیان اسرائیل	14/5
هند، کاراتاکا، مانپیل	21
ایران، تهران	25
ایران، تهران، روستاهای اطراف	35/3
ایران، میانگین 18 استان	36/4
هند، دهلی	39/8
ایران، خراسان	40/3
ایران، کرمانشاه	41
ایران، اهواز، در گروه سنی 11-20 سال	49
ایران، ایلام	71

به‌دنبال مورد حمله قرار گرفتن توسط سربازان دشمن) دارای سابقه دیرینه تاریخی است.

همگان در این موضوع اتفاق نظر دارند که تمام خودکشی‌های منجر به مرگ در آمارهای رسمی به‌عنوان خودکشی به ثبت نمی‌رسند (7). در ایران و اغلب کشورهای جهان خودکشی یک نوع ننگ و برچسب منفی (Stigma)، رسوایی و تابو (Taboo یا Tabu اشاره‌ای است به حکم تحریم، حرام شمرده شدن، منع یا نهی مذهبی) به حساب می‌آید و به‌دلایل دینی یا اجتماعی محکوم می‌باشد. در بعضی از کشورها خودکشی یک نوع جرم محسوب می‌گردد و قابل پیگیری توسط قانون است (8). در بعضی از کشورها، شرکت‌های بیمه افراد خودکشی‌کننده را تحت پوشش قرار نمی‌دهند. لذا خودکشی به‌عنوان یک اقدام سرّی در نظر گرفته می‌شود و اغلب با یک نوع پنهان‌کاری عمدی همراه است (5).

همچنین، این نوع مرگ‌ها ممکن است به‌طور اشتباه در طبقه‌بندی قتل یا حادثه جای داده شوند. در این چنین مواردی نبود شواهد کافی، اجازه طبقه‌بندی مرگ با عنوان "خودکشی" را نمی‌دهد. سایر موارد خودکشی ممکن است در جهت دفاع از حرمت خانواده یا اجتماع به‌عنوان "حادثه" یا "نامعین" طبقه‌بندی گردد (7).

مطالعات فراوان حاکی از این است که تعداد خودکشی‌های واقعی بسیار بیشتر از میزانی است که اعلام می‌شود (8-5). از آنجایی که بزرگی این نوع آسیب به‌درستی مشخص نمی‌باشد، مطالعات محاسبه جهانی بار بیماری‌ها (The Global Burden of Disease Studies (GBDS)) پیش‌بینی می‌کنند که آسیب به خود از رتبه دوازدهم علل مرگ در سراسر جهان در سال 1990 به رتبه دهم علل مرگ در سال 2020 خواهد رسید (9).

## 2) اپیدمیولوژی عمومی خودسوزی

### 1-2) اپیدمیولوژی خودسوزی در سطح بین‌المللی

خودکشی با آتش در جهان غرب بسیار نادر است و کم‌تر از 2 درصد از علل خودکشی را شامل می‌شود (5) و (10). نگاهی به مقالات مختلف از سراسر جهان (جدول

بالاترین نرخ‌های خودسوزی در سراسر جهان است. کشورهای خاورمیانه و شرق آسیا نیز دارای میزان بالایی از خودسوزی هستند (5).

2-2) اپیدمیولوژی خودسوزی در ایران در ایران 25-71 درصد از علل خودکشی به خودسوزی اختصاص دارد (جدول 1 و 2). طبق آمار رسمی در سال 1380، روزانه 4 نفر و حدود سالانه بیشتر از 1400 نفر به علت خودسوزی فوت شده‌اند که میزان آن 2 نفر در هر 100/000 نفر بوده است. همین مطالعه حاکی است که تا 36 درصد تمام خودکشی‌ها در سال 1380 در

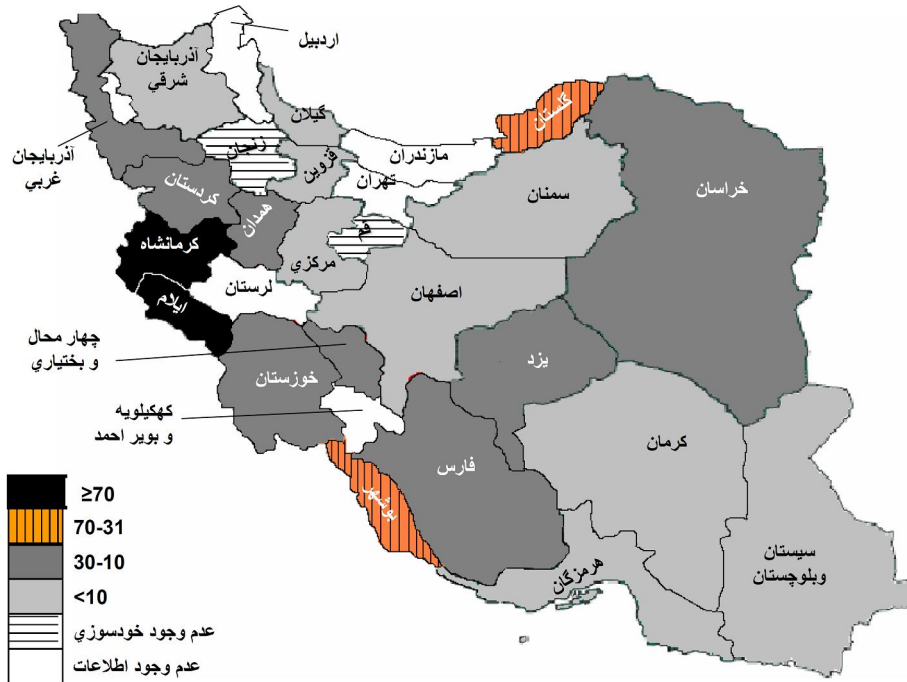
ایران به علت خودسوزی بوده است (12). همچنین 27 درصد خودکشی‌ها در سال 1382 در ایران به علت خودسوزی بوده است (13) (جدول 3). البته با توجه به توضیحات فوق در ارایه آمار خودکشی همیشه باید احتمال سوگیری (Bias) را در نظر داشت. طبق این بررسی در چهار استان ایلام، کرمانشاه، بوشهر و گلستان، بیشترین میزان خودسوزی وجود دارد در حالی که در دو استان زنجان و قم اصلاً خودسوزی دیده نشده است و در استان اصفهان، آذربایجان شرقی و سمنان کم‌ترین میزان خودسوزی وجود داشته است (جدول 3 و تصویر 1).

جدول 3 - وضعیت خودسوزی در 23 استان کشور (منبع 13)

استان	تعداد خودکشی	تعداد خودسوزی	درصد خودسوزی به خودکشی	میزان خودکشی*	میزان خودسوزی*	میانگین سنی	£ YLL	نسبت روستایی به شهری
ایلام	87	44	51	17/2	8/7	31/6	13019	1/7
کرمانشاه	377	132	35	19/9	7	26/6	3974	1/6
بوشهر	63	34	56	7/5	4/1	31/3	10149	1/8
گلستان	119	54	45	7/5	3/4	28/1	1707	2/5
آذربایجان غربی	212	65	31	7/8	2/4	28/3	2015	4/8
چهارمحال و بختیاری	53	19	36	6/2	2/2	31/3	5656	2/5
فارس	250	85	34	5/8	2	27/3	2713/9	1/8
خراسان	328	117	36	5	1/8	31/6	3426,9	1/5
خوزستان	146	69	47	3/5	1/7	26/4	2224/2	0/6
کردستان	88	24	27	5/7	1/5	26/8	762/6	17
همدان	147	27	18	8/4	1/5	30/1	821/4	5/6
یزد	30	13	43	3/3	1/4	31/2	384/5	4/6
کرمان	152	23	15	6/3	0/9	30/5	685/5	3/2
قزوین	51	9	18	4/7	0/8	25/4	297/5	0/9
مرکزی	73	7	10	5/8	0/6	31/6	208/9	13
گیلان	184	13	7	7/9	0/6	42/8	296/7	3
هرمزگان	74	4	5	6	0/3	26/8	128/4	0
آذربایجان شرقی	196	10	5	5/6	0/3	29/7	303/4	0/7
سیستان و بلوچستان	36	6	17	1/7	0/3	28/7	188	1/5
اصفهان	88	7	8	2/1	0/2	28/1	219/3	2
سمنان	14	1	7	2/6	0/2	18	36/8	-
زنجان	32	0	0	3/3	0	0	0	0
قم	3	0	0	0/3	0	0	0	0
جمع کل	2803	763	27	5/8	1/6	29	232776	1/9

\* میزان در صد هزار نفر در سال # نسبت جنسی مؤنث تقسیم بر مذکر

£ (YLL= Years of Life Lost by self-immolation) یا سال‌های از دست‌رفته عمر بر اساس محاسبه امید به زندگی برای فرد و در نظر گرفتن عمر در موقع مرگ



تصویر 1- نقشه میزان خودسوزی در ایران (تعداد خودسوزی در میلیون نفر، منبع 13)

بودند اما اگر بیماران زیر 5 سال را که معمولاً به علت حوادث دچار سوختگی می‌شوند در نظر نگیریم، مشخص می‌شود که 64/2 درصد افراد بالای 5 سال که در بخش سوختگی بستری شده‌اند به علت خودسوزی بوده است (14). همچنین سعادت گزارش داده است که 36/6 درصد از بیماران بستری در بخش سوختگی استان کهگیلویه و بویراحمد به علت خودسوزی بستری شده‌اند (15) که این یکی از بالاترین درصد اشغال تخت‌ها در بخش‌های سوختگی می‌باشد. لازم به ذکر است که به علت سوختگی عمیق و وسیع، 80 درصد از بیماران خودسوزی بستری شده در بخش سوختگی می‌میرند (14-16).

#### 4 اپیدمیولوژی توصیفی خودسوزی (الف) سن:

در مطالعات مختلف درصد زیادی از افراد خودسوزی‌کننده، جوان‌تر از 30 سال هستند. میانگین سنی افراد خودسوزی‌کننده در کشورهای جهان متفاوت بوده و 23 سال در قاهره مصر، 24/9 سال در کهگیلویه و

بر طبق این اطلاعات که از 23 استان کشور جمع‌آوری شده و استان‌های لرستان، کهگیلویه و بویراحمد، تهران، مازندران و اردبیل را شامل نبوده، خودسوزی در سه نقطه جغرافیایی بیشتر از سایر نقاط تجمع یافته است. این نواحی عبارتند از:

- در غرب کشور شامل: مهران، ثلاث باباجانی، شیروان چرداول، سرپل ذهاب، هر سین، آبدانان، شاهین دژ، قصر شیرین، کرمانشاه، اندیمشک، اسدآباد و نهاوند.
- در جنوب کشور شامل: تنگستان، دیلم، لامرد، قیر و کارزین.
- در شمال شرقی کشور شامل: بندر ترکمن، کلاله و گنبد کاووس.

#### 3 درصد بیماران خودسوزی در بخش‌های سوختگی

جدول 4 نشان‌دهنده مقایسه درصد اشغال تخت‌های بخش سوختگی توسط بیماران اقدام‌کننده به خودسوزی است. هرچند که تنها 28/4 درصد از بیماران بخش سوختگی در استان کرمانشاه، اقدام به خودسوزی کرده

در کشورهای درحال توسعه در معرض خطر بالاتری جهت خودسوزی هستند و در کشورهای توسعه یافته، خودسوزی در یک دهه بالاتر دیده می شود (5-16).

ب) جنس:

مطالعات نشان دهنده این موضوع هستند که خودکشی های منجر به مرگ در مردان بیشتر از زنان است، درحالی که زنان بیشتر اقدام به خودکشی که منجر به مرگ نمی شود، می کنند. اما مطالعات صورت گرفته در ایران نشان دهنده این است که درصد زیادی از موارد خودسوزی منجر به مرگ، در زنان دیده می شود، که این آمار مشابه سایر مطالعات صورت گرفته در قاهره، جمعیت یهودیان اسرائیل و در جوامع آسیایی است. جالب این که بررسی هایی در ایتالیا و روسیه هیچ اختلاف جنسی در بیماران خودسوزی کننده مشاهده نکردند. این در حالی است که خودسوزی در کشورهای توسعه یافته در افراد مذکر شیوع بالاتری دارد (5-16).

ج) تاهل:

برخی مطالعات انجام گرفته نشان دهنده این است که خودسوزی در متأهلین شیوع بیشتری دارد. این درحالی است که تعداد زیادی از مطالعات نشان دهنده شیوع بالاتر خودسوزی در مجردین است. نگاهی به این مطالعات نشان دهنده این است که درصد شیوع خودسوزی در متأهلین و مجردین بسیار به هم نزدیک می باشد و به فراخور شرایط زمانی، جغرافیایی و اجتماعی این نسبت ها تغییرات جزئی دارند که منجر می شود در یک منطقه در یک مقطع زمانی، شیوع خودسوزی در متأهلین بالاتر باشد و در یک مقطع زمانی دیگر در همان منطقه شیوع در مجردین بالاتر باشد. به نظر نمی رسد که صرف متأهل بودن یا مجرد بودن بتواند نقش بارزی به عنوان عامل خطر یا محافظتی داشته باشد (5-16).

د) سواد:

تا چندی پیش چنین تصور می شد که هرچه سطح سواد بالاتر می رود، تعداد خودسوزی ها کم تر می شود. اما مطالعات مورد-شاهدی نشان داد که متغیر سواد به تنهایی

بویراحمد ایران، 26 سال در اسلام آباد غرب ایران، 26/9 سال در تهران ایران، 27 سال در شرق سریلانکا، 30 سال جدول 4- نمای جهانی از درصد اشغال تخت بخش های سوختگی

توسط بیماران "اقدام کننده به خودسوزی" (اخذ شده از منبع 5)

محل انجام مطالعه	گروه سنی	درصد
اسرائیل، بیر شاو	تمام بیماران	0/37
آمریکا، فلوریدای جنوبی	تمام بیماران	0/7
هنگ کنگ	تمام بیماران	1
آمریکا، هیومانا	تمام بیماران	1/5
ترکیه، آنکارا	تمام بیماران	1/97
اسپانیا، بارسلونا	تمام بیماران	2
انگلستان، بیرمنگهام	تمام بیماران	2/6
استرالیا، کوئزلند 1981	تمام بیماران	2/8
مصر، قاهره	تمام بیماران	3
آمریکا، پنسیلوانیا	تمام بیماران	3/9
ایران، فارس	کم تر از 15 سال	4/1
استرالیا، کوئزلند 1997	تمام بیماران	4/1
ایتالیا، ورونا	تمام بیماران	4/4
ایرلند، ویلتون	تمام بیماران	4/6
فنلاند، هلسینکی	تمام بیماران	5/7
ژاپن، آکیتا	تمام بیماران	6/5
انگلستان، یورکشایر	تمام بیماران	8/5
ایران، تهران	مردان بالاتر 14 سال	8/9
ایران، کردستان	بیشتر از 13 سال	12/7
سریلانکا، باتکولونا	تمام بیماران	25
ایران، کهکیلویه و بویراحمد	تمام بیماران	36/6
هند، بمبئی	تمام بیماران	40
ایران، فارس	بیشتر 11 سال	41
ایران، کرمانشاه	بیشتر از 5 سال	64/2

در کوئزلند استرالیا، 31/2 سال در دوربان آفریقای جنوبی، 31 سال در آنکارا ترکیه، 38 سال در هنگ کنگ، 38 سال در اونتاریو کانادا و 38 سال در ورونا ایتالیا گزارش شده است. به نظر می رسد که نوجوانان و جوانان

بعد از 6 سال اقدام به خودکشی مجدد نموده است (26). با این وصف مطالعات موردی-شاهدی نشان‌دهنده این موضوع هستند که وجود سابقه اقدام به خودکشی یک عامل خطر قوی جهت خودسوزی است (17-23).

ز) اظهار پشیمانی از خودسوزی:

اغلب بیماران بعد از اقدام به خودسوزی، از عمل خود پشیمان می‌شوند. به‌طور متوسط 67-76 درصد از بیماران اقدام‌کننده به خودسوزی از این اقدام پشیمان می‌شوند. به‌نظر می‌رسد خودسوزی در جامعه ما با پشیمانی بعد از آن عجین گردیده است.

ح) زمان خودسوزی:

اغلب بیماران در طول روز خودسوزی می‌کنند. تعداد کم خودسوزی در طول شب شاید به این علت باشد که این افراد می‌خواهند در مقابل دیدگان تعداد زیادی از مردم خودسوزی کنند (5، 26 و 27).

ط) محل زندگی:

در تعداد زیادی از مطالعات صورت‌گرفته خودسوزی در شهرنشینان بیشتر بوده است و در تعداد دیگری از مطالعات، خودسوزی در روستائینان از شیوع بالاتری برخوردار بوده است (5 و 6). به‌نظر نمی‌رسد متغیر محل زندگی همانند وضعیت تأهل به‌تنهایی نقشی در خودسوزی به‌عنوان عامل خطر داشته باشد. بنابراین به‌نظر می‌رسد هرگونه اقدام مداخله‌ای جهت پیشگیری از خودسوزی باید دربرگیرنده تمام مردم شهرنشین، روستائین و عشایر باشد.

5) اپیدمیولوژی تحلیلی (عوامل خطر و عوامل محافظتی)

عوامل خطر ممکن است منجر به خودکشی شده یا مرتبط با آن باشند. افرادی که این عوامل خطر را دارا هستند به‌صورت بالقوه احتمال بالایی جهت رفتار خودکشی دارند. از طرف دیگر عوامل محافظتی باعث کاهش احتمال خودکشی می‌شوند. در واقع این عوامل می‌توانند باعث تعدیل در عوامل خطر شوند. عوامل خطر و عوامل محافظتی می‌توانند زیستی- روانی- اجتماعی

نمی‌تواند به‌عنوان عامل خطر یا عامل محافظتی از خودسوزی شناخته شود و شیوع بالای بی‌سوادی در زنان اقدام‌کننده به خودسوزی می‌تواند در واقع انعکاسی از شیوع بالای بی‌سوادی یا کم‌سوادی در زنان جامعه باشد. البته بدون شک افزایش اطلاعات و آگاهی در زمینه کسب مهارت‌های اجتماعی (و نه صرفاً سواد)، در زنان می‌تواند باعث افزایش خودآگاهی و بینش شده و به این افراد کمک کند تا راه‌حل‌های بهتری در مقایسه با خودسوزی برای مسایل و مشکلات خود پیدا کنند (17-23).

ه) شغل:

اغلب مطالعات صورت‌گرفته در ایران نشان می‌دهند که بیشتر بیماران خودسوزی‌کننده خانه‌دار هستند، احتمالاً به‌خاطر این که خودسوزی در زنان شایع‌تر است. در مرتبه دوم افراد بیکار بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده‌اند. به‌طور کلی کار، یکی از عوامل محافظ در مقابل خودکشی است. افراد بیکار دارای میزان خودکشی بالاتری هستند. این موضوع به‌علت زندگی پراسترس، ایجاد زمینه بروز بیماری‌های روانی و مسایل اقتصادی- اجتماعی پیامد بیکاری می‌باشد. در بحران‌ها و رکودهای اقتصادی و در زمانی که نرخ بیکاری بالا می‌رود نرخ خودکشی نیز بالا می‌رود. در مقابل، در دوران افزایش فرصت‌های شغلی و در زمان جنگ‌ها نرخ خودکشی کاهش می‌یابد (5-24).

و) سابقه اقدام به خودکشی:

درصد زیادی از بیماران خودسوزی‌کننده در ایران فاقد سابقه اقدام به خودکشی هستند. در مطالعه کرمانشاه 97/5 درصد افراد خودسوزی‌کننده فاقد سابقه اقدام به خودکشی بودند (10). پاکزاد و همکاران گزارش دادند که 72/9 درصد از بیماران با خودسوزی، برای اولین بار اقدام به خودکشی کرده‌اند (25). ضرغامی و همکاران اعلام کردند که اغلب افراد خودسوزی‌کننده به‌طور ناگهانی تصمیم به خودسوزی گرفته‌اند و با پیگیری 8-10 ساله این بیماران مشخص گردید که تنها یک نفر از آنان

(Predisposed) خودسوزی هستند. براساس مطالعات صورت گرفته در ایران، عوامل خطر و عوامل محافظتی در جدول 5 به صورت اختصار ارایه شده است (23-17):

الف) عوامل مستعد کننده (Predisposing Factors):

در مطالعات صورت گرفته در ایران (1) اختلال انطباقی (adjustment disorder) شایع ترین عامل مستعدکننده جهت خودسوزی بوده است (23-17). درحالی که در کشورهای غربی افسردگی شدید (Major Depressive)، روانپریشی (Psychosis) و وابستگی به الکل و سایر مواد و داروها بیشترین شیوع را داشته اند (30-28). مسایل زیستی-ژنتیکی نقش مهمی را در ایجاد عوامل خطر زیستی، روانی و اجتماعی (Biopsychosocial) (مانند روانپریشی، افسردگی شدید، الکلیسم و اعتیاد) بازی می کنند. درحالی که در اختلال انطباقی عوامل خطر محیطی مهم ترند (6). اکثر قریب به اتفاق مطالعات از ارتباط واضح گروه سنی نوجوانی و ابتدای بلوغ و جنسیت مؤنث با رفتار خودسوزی حکایت می کنند (5، 6 و 23-17) (جدول 5).

(Biopsychosocial)، محیطی (Environmental) یا فرهنگی اجتماعی (Sociocultural) باشند. البته باز هم لازم به توضیح است که این تقسیم بندی اختیاری است و فرصتی را فراهم می کند تا این عوامل از یک نگاه متفاوت دیده شوند. فهم ارتباط بین عوامل خطر و عوامل محافظتی در خودکشی و چگونگی ارتباط این عوامل، ممکن است منجر به تغییر در چالش پیشگیری از خودکشی گردد. در ادامه به برخی از عوامل خطر و محافظتی اشاره می شود (جدول 5) (7 و 23-17).

#### 1-5-1 عوامل خطر خودسوزی از نظر فردی

حوادث و اتفاقات مختلف استرس آوری می توانند باعث افزایش احتمال خودسوزی شوند از جمله این عوامل می توان به دعوای بین فردی و دعوای بین زوجین، بین فامیل و دوستان، مسایل مرتبط با قانون، مسایل کاری و یا از دست دادن کسی که مورد عشق و علاقه بوده است، اشاره کرد. برای این که این عوامل تسریع کننده (Precipitating Factors) باعث خودسوزی شوند، به طور معمول باید در افرادی رخ دهند که مستعد

جدول 5- برخی از عوامل خطر و عوامل محافظتی فردی و اجتماعی خودسوزی در ایران (منابع 23-17)

عوامل خطر	الف) عوامل مستعد کننده (Predisposing Factors):
1. گروه سنی نوجوانی و ابتدای بلوغ	1- سوء تفاهم در مورد استفاده از وسایل اقدام به خودکشی
2. جنسیت مؤنث	2- گسترش تقلیدی خودسوزی که دارای حالت واگیردار است.
3. اختلالات انطباقی (Adjustment disorder)	3- دسترسی به وسایل خودسوزی (به طور شایع نفت).
4. افسردگی شدید (Major Depression)	4- عوامل اجتماعی یا محیطی معین، به طور مثال در طول بحران های اقتصادی، زمان های افزایش درصد بیکاری (فروپاشی های اجتماعی، بی ثباتی های سیاسی)
5. وابستگی به مواد مخدر افیونی (Opium Dependence)	
6. سابقه اقدام به خودکشی	
ب) عوامل تواناکننده (Enabling Factors):	
1. زندگی در استان های توسعه نیافته و فقیر (فقر اقتصادی، بیکاری)	
2. زندگی در استان های مرزی	
3. زندگی در استان های درگیر با مشکلات اجتماعی اقتصادی مربوط به دوران بعد از جنگ	
4. زندگی در استان های کردنشین، لرنشین و ترکمن	
ج) عوامل شتاب دهنده (Precipitating Factors):	
1. مسایل و مشکلات مزمن مابین زوجین	
2. اختلافات خانوادگی	
د) سایر عوامل خطر:	
	الف) داشتن مهارت های زندگی در برخورد با تجربیات پر استرس (شامل مهارت های کنار آمدن (Coping Skills) و مهارت های حل مسأله (Problem-Solving))
	ب) وجود باورهای عمیق مذهبی
	ج) استفاده از خدمات مشاوره ای
	د) وجود اضطراب درباره عملکرد درسی در مدرسه و دانشگاه



ترجم به‌عنوان وسایل ارتباطی (Media) عمل می‌کنند. این مکان‌ها نقش به‌سزایی در این انتقال دارند. این زنان در طول زندگی تنها با شنیدن (و نه دیدن) سرگذشت افرادی که به‌علت مسایل و مشکلات، اقدام به خودسوزی کرده‌اند، ناخودآگاه یاد می‌گیرند که در زمان استرس‌های روانشناختی (Psychological Stress)، عدم تعادل در قوه‌های شناختی (Ambivalence of Cognitive)، و انقباضات و ضعیف‌شدن ادراکی (Constriction of Perceptual States) مواردی که فرد نمی‌تواند درک درستی از واقعیت‌های موجود، جهت تصمیم‌گیری مناسب داشته باشد)) (خصوصیات مشترک افراد خودکشی‌کننده بر اساس نظریه ادوین اس اشنایدمن (4)) می‌توانند از خودسوزی به‌عنوان یک راه‌حل یا راه فرار استفاده کنند.

## 2-5) عوامل خطر خودسوزی از نظر اجتماعی:

در دو استان زنجان و قم خودسوزی وجود ندارد، درحالی‌که در استان‌های ایلام، کرمانشاه، بوشهر و گلستان خودسوزی به مقدار بسیار زیادی شیوع دارد (13) و (17). این سؤال در ذهن خواننده طرح می‌شود که چرا در یک استان بالاترین میزان خودسوزی در سطح جهان وجود دارد، درحالی‌که در یک استان خودسوزی مشاهده نمی‌شود؟

### الف) عوامل جغرافیایی

#### I- اختلاف بین شهر و روستا

در ایران به‌طور کلی میزان خودسوزی در روستا بیشتر از شهر است، اما در سه استان خوزستان، قزوین و آذربایجان شرقی این نسبت برعکس می‌باشد و تعداد خودسوزی در شهرها بیشتر است (جدول 3).

#### II) جایگاه جغرافیایی استان‌ها

میزان بالای خودسوزی (بالاتر از 3 در 10000 نفر) در استان‌های مرزی ایران به‌صورت معنادار بیشتر از استان‌های مرکزی ایران می‌باشد.

#### ب) عوامل مرتبط با مسایل بعد از جنگ

چنین به‌نظر می‌رسد که استان‌هایی که به‌طور کامل در

علت شیوع بالای خودسوزی در زنان را می‌توان به‌صورت‌های زیر توجیه نمود اما واقعیت این است که این موارد تنها در حد نظریه هستند و هنوز به‌طور قطع نمی‌توان علت این شیوع بالا را توجیه نمود (5):

#### 1) اشتباه محاسباتی در مورد نتیجه اقدام به خودکشی:

در تمام دنیا زنان، بیشترین درصد افراد "اقدام‌کننده به خودکشی" را که منجر به مرگ نمی‌شوند، تشکیل می‌دهند. مطالعات جمعیت‌شناسی در مورد تظاهر به خودکشی حاکی از این است که خصوصیات جمعیت‌شناسی افراد تظاهرکننده به خودکشی دقیقاً با خودسوزی منجر به مرگ تطابق دارد. "تظاهر به خودکشی" در تمام کشورهای جهان بیشتر در زنان سنین زیر 30 سال و طبقه اقتصادی اجتماعی ضعیف دیده می‌شود. افراد مؤنث بین 15-19 سال بالاترین تعداد "اقدام به خودکشی" (تظاهر به خودکشی) را به خود اختصاص داده‌اند (1). به‌نظر می‌رسد در ایران اکثر زنانی که به‌علت خودسوزی می‌میرند، در واقع قصد "اقدام به خودکشی" (تظاهر به خودکشی) داشته‌اند، نه "خودکشی واقعی"، اما آن‌ها نمی‌دانستند که آتش وسیله مناسبی برای "اقدام به خودکشی" نمایشی نیست. به‌رحال اقدام به خودسوزی می‌کنند و آتش مانند یک دام آن‌ها را در بر می‌گیرد و یک "اقدام به خودکشی" (تظاهر به خودکشی)، تبدیل به یک خودکشی واقعی می‌شود. علاوه بر این، گفتگوی مستقیم با اغلب بیماران خودسوزی‌کننده حاکی از این است که اغلب این بیماران قصد خودکشی ندارند و تنها می‌خواهند به‌صورت نمایشی اقدام به این کار بکنند و در واقع خودسوزی آن‌ها یک نوع فریاد برای کمک (Cry for Help) است.

#### 2) خودسوزی تقلیدی که دارای الگوی واگیردار است:

خودسوزی ممکن است دارای الگوی واگیردار باشد (5). این نوع از خودکشی ممکن است به‌صورت ناخودآگاه و آهسته در بین زنان جامعه ما تداوم داشته باشد و در بین آن‌ها و همچنین از نسلی به نسل دیگر به‌صورت یک دور باطل، منتقل گردد. مجالس زنانه و

(شامل اختلالات اضطرابی، اختلال کژکاری اجتماعی (Social dysfunction)، اختلالات جسمی‌سازی (Somatization disorders) و اختلال افسردگی) به‌طور کلی نقشی را به‌عنوان عوامل خطر بازی نمی‌کردند.

داده‌های مذکور در واقع نشان می‌دهند عوامل مختلفی مبین این موضوع هستند که فرایندهای اجتماعی خیلی بیشتر از بیماری‌های روانی قابلیت ارتباط با خودسوزی دارند. علاوه بر این، عوامل فرهنگی-قومی بیشتر از افسردگی و سایر بیماری‌های روانی با خودسوزی در ارتباط هستند. به عبارت دیگر تغییرات اجتماعی و اقتصادی زمینه افزایش خودسوزی در بعضی از مناطق از ایران را فراهم آورده است که در ظاهر ارتباط کم‌تری با بیماری‌های روانی دارد. به‌عنوان مثال در مناطقی که خودسوزی شیوع بیشتری دارد، میزان افسردگی پایین‌تر است و برعکس. مشابه چنین وضعیتی را می‌توان در کشور چین دید. میزان خودکشی در زنان روستایی چین بالاترین شیوع را دارد. این میزان بالا را نمی‌توان به افسردگی ربط داد، زیرا میزان افسردگی در چین بسیار کم‌تر از سایر مناطق جهان است. به‌عنوان مثال میزان شیوع افسردگی در چین 10-3 برابر کم‌تر از آمریکا است درحالی‌که خودکشی در چین دوبرابر آمریکا است و می‌تواند تأکیدی بر این موضوع باشد که رفتارهای خودکشی، الزامی به همراهی با بیماری‌های روانی ندارند (33).

(و) عوامل اقتصادی

(I) عامل بیکاری

نرخ بیکاری در استان‌هایی که خودسوزی وجود دارد در سطح بالاتری است. به‌نظر می‌رسد بیکاری احتمال خودسوزی را بالا می‌برد (13 و 17).

(II) توسعه‌یافتگی

به‌نظر می‌رسد که هرچه سطح توسعه‌یافتگی یک استان بالا می‌رود (مانند استان‌های سمنان، آذربایجان شرقی، زنجان و اصفهان)، میزان خودسوزی کاهش می‌یابد (جدول 3). این مشاهده نیاز مبرم به سیاست‌های

جنگ درگیر شده بودند از احتمال بالاتری جهت خودسوزی برخوردارند. علی‌رغم این‌که بعضی از مطالعات از کاهش میزان خودکشی در طول جنگ خبر می‌دهند (11)، اما چنین به‌نظر می‌رسد که مشکلات اجتماعی اقتصادی مربوط به جنگ در دوران بعد از جنگ ظاهر می‌شود. با مقایسه شاخص‌های مربوط به سلامت در این سه استان چنین به‌نظر می‌رسد که نرخ بیکاری، به‌خصوص در زنان مناطق شهری (34% vs. 21%, OR=1.9, Z= 2.1, P<0.05) در این استان‌ها از شدت بالاتری برخوردار است و نیز به‌نظر می‌رسد ضعف در سرمایه‌گذاری‌های اقتصادی و در نتیجه افزایش نرخ بیکاری، ارتباط بیشتری با خطر اقدام به خودسوزی در این مناطق دارد.

(ج) عوامل قومی - فرهنگی

اکثر مردم استان‌های کرمانشاه، ایلام، کردستان و بخش بزرگی از مردم آذربایجان غربی از قوم کرد می‌باشند، مردم ترکمن بیشتر در استان گلستان زندگی می‌کنند. این استان‌ها دارای بالاترین میزان خودسوزی هستند. چنین به‌نظر می‌رسد که مردم کُرد، لُر و ترکمن از احتمال بالاتری جهت خودسوزی برخوردارند. درحالی‌که اقوام تُرک و بلوچ (استان‌های آذربایجان غربی، زنجان و سیستان و بلوچستان) از احتمال کم‌تری جهت خودسوزی برخوردارند (17).

(د) عوامل مذهبی

بررسی صورت گرفته (جدول 3)، نشان‌دهنده این است که در استان قم هیچ موردی از خودسوزی یافت نشده است. هرچند به‌علت این‌که تنها منبع اعلام وضعیت مرگ و میر در این استان، دفاتر ثبت قبرستان‌ها بود (که این نکته باعث کاهش اعتبار این آمار می‌شود)، اما ممکن است یکی از دلایل عدم وجود خودسوزی، وجود باورهای عمیق مذهبی در این استان باشد.

(ه) بیماری‌های روانی

مقایسه استان‌هایی که دارای خودسوزی بودند با استان زنجان نشان‌دهنده این بود که بیماری‌های روانی

انهدام و کم‌رنگ‌تر شدن پشتوانه‌های سنتی مقابله با فشارهای روحی روانی در این جوامع شده است و هنوز سیستم‌های مقابله با استرس همانند جوامع پیشرفته گسترش پیدا نکرده است.

گروه سوم: استان‌های پیشرفته، که استان زنجان به‌عنوان نماینده این استان‌ها می‌باشد. در مقایسه با میانگین ایران، بیکاری کم‌تر است ( $OR=0/7-0/2$ ،  $P<0/05<0/0005$ ، Ranged from  $\%24-\%58$  vs  $\%16-\%20$ ). خودسوزی در این جوامع یا وجود ندارد یا میزان بسیار پایینی دارد. به‌نظر می‌رسد نظام‌های سنتی حل مشکلات و استرس‌ها از بین رفته است و نظام‌های نوین حل مشکلات و مقابله با استرس نوین گسترش یافته است اما نه به‌طور کامل، به‌نحوی که نمی‌توانند به‌طور کامل مشکلات جدید در این جوامع را حل نمایند لذا مردم افسرده‌تر شده‌اند. اما مردم از سواد و معلومات بالاتری برخوردار شده‌اند و متمکن‌تر هستند و به‌صورت عقلانی به این نتیجه رسیده‌اند که خودسوزی راه‌حل مناسبی برای مشکلات آن‌ها نیست.

#### 6- اقدامات کنترل و پیشگیری

بررسی منابع جهانی در زمینه پیشگیری از خودکشی نشان می‌دهد که سازمان بهداشت جهانی و تعداد زیادی از کشورهای جهان در جهت پیشگیری از خودکشی قدم برداشته‌اند و حتی بسیاری از کشورها دارای برنامه مدون و استراتژی‌های ملی پیشگیری از خودکشی، مرتبط با شرایط و نیازهای خود هستند. کشورهای اسکانندیناوی مانند سوئد دارای سابقه طولانی در این زمینه هستند، سایر کشورها در این زمینه قدم‌های بزرگی برداشته‌اند که از آن جمله می‌توان کشورهای آمریکا، نیوزلند و فنلاند را نام برد. در نهایت سازمان بهداشت جهانی با انتشار راه‌کارهای مشخص، تلاش کرده است تا سایر کشورهای جهان را به اقدام در این زمینه ترغیب نماید. همچنین سازمان بهداشت جهانی با همکاری انجمن بین‌المللی پیشگیری از خودکشی، در جهت تشویق کشورها، سازمان‌ها و عامه مردم برای پیشگیری از این رفتار

کلان اجتماعی و اقتصادی در جهت پیاده نمودن عدالت اجتماعی، کاهش فقر، افزایش فرصت‌های اقتصادی و تحصیلی در سطح این مناطق را خاطر نشان می‌کند.

بر اساس پیشرفت اقتصادی و وضعیت خودسوزی می‌توان استان‌های ایران را به سه دسته تقسیم کرد. لازم به ذکر است که چنین تقسیم‌بندی را می‌توان برای کشورهای جهان نیز به کار برد:

گروه اول: استان سیستان و بلوچستان نماینده این گروه است. این استان در ابتدای توسعه‌یافتگی قرار دارد. مقایسه شاخص‌های بهداشتی این استان با میانگین ایران نشان می‌دهد که درصد باسوادی در تمام زیرگروه‌ها پایین است، ( $OR=0/4$ ،  $Z=-3/0$ ،  $P<0/01$ )،  $\%63$  vs  $\%81$ . درصد بیکاری در تمام گروه‌ها بالا است، ( $OR=1/6-5/4$ ، Ranged from  $\%24-\%58$  vs  $\%16-\%20$ )،  $P<0/05<0/000001$ . اغلب مردم لاغر هستند، ( $BMI<25$ ؛  $\%81$  vs  $\%64$ ،  $OR=2/3$ ،  $Z=2/58$ ،  $P<0/01$ ) (Body Mean Index). مردم خوشحال هستند (درصد افسردگی  $8/8$ ٪ در مقابل  $21$ ٪ میانگین ایران،  $P<0/01$ ،  $OR=0/3$ ،  $Z=-2/7$ )، و اختلال جسمی‌سازی بالاتر از میانگین ایران است ( $OR=4/7$ ،  $Z=5/2$ ،  $P<0/00001$ )،  $\%61$  vs  $\%25$ . در این گروه میزان خودسوزی پایین است. این میزان پایین ممکن است به این علت باشد که این جوامع دچار تغییرات اجتماعی و اقتصادی نشده‌اند و پشتوانه‌ها و پایه‌های سنتی که در زمینه حل فشارهای روحی روانی عمل می‌کنند در این جوامع از بین نرفته است.

گروه دوم: استان کرمانشاه و ایلام را به‌عنوان نماینده این استان‌ها در نظر گرفته و به بررسی آن می‌پردازیم. در مقایسه با میانگین ایران اختلاف معناداری در شاخص‌های بهداشتی شامل درصد بی‌سوادی، درصد اشتغال، BMI و بیماری‌های روانی وجود ندارد. اما خودسوزی به میزان بسیار بالایی وجود دارد. شاید این میزان بالای خودسوزی از اینجا منشأ گرفته است که تغییرات سریع اجتماعی - اقتصادی در این دسته از اجتماعات باعث

7) تشکیل گروه‌های حمایتی جهت حمایت از فراد خودسوزی‌کننده، خانواده‌ها و دوستانشان

8) مراکز پیشگیری از خودکشی دارای تلفن‌های اورژانسی و خدمات مشاوره‌ای 24 ساعته

### نتیجه‌گیری

مطالعات اخیر حاکی از این است که خودسوزی یک پدیده پیچیده است که ریشه در علل مختلف دارد. هرچند این موضوع حاکی از این است که یک برنامه به‌تنهایی نمی‌تواند باعث کاهش بارزی در میزان خودسوزی شود ولی مطالعات اخیر اثبات کرد که اقدام مداخله‌ای بر مبنای بیان سرگذشت قربانیان که با استفاده از وسایل ارتباط جمعی به جامعه عرضه گردد (17 و 39) می‌تواند منجر به کاهش چشمگیری در میزان خودسوزی گردد. این روش ارزان پیشگیری از خودسوزی می‌تواند در استان‌های دارای میزان خودسوزی بالا و بعد از آن در کل ایران به کار گرفته شود.

یک الگوی پیشنهادی جهت پیشگیری از خودکشی، استفاده از نظام ارایه خدمات بهداشتی است که شامل 5 مرحله (8) به شرح ذیل می‌باشد:

- 1) شناخت و ارزیابی مسئله (Define the problem: Surveillance)، 2) شناخت عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده (Identify Cause: Risk & Protective Factor research)، 3) انتخاب و آزمایش مداخله در سطح محدود (Develop and test intervention)، 4) انجام مداخله در سطح وسیع (Implement intervention) و 5) ارزیابی اثر مداخله (Evaluate Effectiveness). با نگاه کلی به روند مطالعات صورت‌گرفته در ایران می‌توان چنین نتیجه گرفت که با انجام مطالعه گیلانغرب (39) خوشبختانه ما با موفقیت مرحله سوم این الگو را پشت سر گذاشته‌ایم و در حال حاضر باید با همکاری همه دولتمردان و افراد درگیر در عرصه پزشکی جامعه‌نگر شامل روانشناسان، روانپزشکان، جامعه‌شناسان، ادارات و دوایر دولتی و غیردولتی و در نهایت آحاد جامعه، تلاش کنیم تا مرحله

خودمخرب، دهم سپتامبر را به‌عنوان روز جهانی پیشگیری از خودکشی اعلام نمود (29-38).

هرچند در ایران خودکشی در طبقه‌بندی علل مرگ، مقام دهم را به‌خود اختصاص داده است و روزانه حدود 11 نفر و در سال بیشتر از 4000 نفر به‌علت خودکشی می‌میرند، میزان خودکشی طبق آمار رسمی حدوداً 6 در هر 100000 نفر است (12) و سالانه حدود 126782 سال-عمر زندگی در ایران به‌علت خودکشی به هدر می‌رود (13)، اما تاکنون برنامه استراتژیک ملی در خصوص پیشگیری از خودکشی در دسترس نمی‌باشد. گرچه اخیراً انستیتو روانپزشکی تهران تلاش‌هایی در این زمینه در دست اقدام دارد.

در ادامه به اختصار، راه‌کارهای پیشنهادی در جهت پیشگیری از خودسوزی که منطبق بر راهنمایی‌های سازمان بهداشت جهانی و تجربیات و مطالعات صورت‌گرفته در این زمینه است ارایه می‌گردد.

6-1 راه‌کارهای پیشگیری از خودسوزی:

6-1-1 استراتژی بر مبنای افراد در معرض خطر (High Risk-Based Strategy) (فرد محور) خودسوزی

راه‌کارهای مناسب در این استراتژی عبارتند از: دارو

درمانی و رفتار درمانی

6-1-2 استراتژی بر مبنای جامعه "استراتژی جامعه محور" (Population-Based Strategy)

1) مداخله بر اساس بیان سرگذشت قربانیان (Victim stories-based intervention)

2) ارتقای سطح بهداشت روانی و ارایه خدمات

مشاوره‌ای و رفتار درمانی

3) مداخلات کلان اجتماعی (Macro-social interventions) به‌منظور کاهش فاصله

طبقاتی و بهبود وضعیت عدالت اجتماعی شامل افزایش فرصت‌های تحصیلی، شغلی و کاهش فقر

4) محدود نمودن دسترسی به وسایل خودسوزی

5) افزایش آگاهی در مورد خودسوزی در مدارس

6) تأسیس انجمن‌های محلی پیشگیری از خودسوزی

چهارم را آغاز نمایم. بدون شک خودسوزی یکی از مشکلات مهم بهداشت روانی در جامعه ما است. بنابراین ما باید در ابتدا جهت پی‌ریزی برنامه استراتژی پیشگیری از خودکشی، اقدام به تأسیس "مرکز پیشگیری از خودکشی" نمایم. تشکیل این مرکز شرایط را برای ایجاد هماهنگی و همکاری بین سازمان‌های دولتی و غیردولتی مرتبط با موضوع خودکشی فراهم می‌کند.

## References

- Farberow NL, Shneidman ES (Eds.), *The cry for help*. New York: McGraw-Hill; 1961: 56-98.
- Maris, R. *Pathways to suicide*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1981: 32-212.
- Shneidman ES. *The suicidal mind*, 1st ed., Oxford: Oxford University Press; 1996: 89-97.
- Sakhare S. Analytical study of 1200 suspicious deaths of newly married women in Vidharbha region of Maharashtra state in India. In: *Proceedings of the Womens' Decade World Conference*, Nairobi, Kenya, 1985.
- Ahmadi A. *Suicide by Self-immolation: Comprehensive Overview, Experiences, and Suggestions*. *J Burn Care Research* 2007;28(1):30-41.
- Zarghami M., Khalilian A. *Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran*. *Burns* 2002; 28:115-9.
- 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.
- U.S Surgeon General. *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services- Public Health Service; 2001.
- Murray CJ, Lopez AD. *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020*. *Lancet* 1997; 349:1498-1504.
- 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.
- Roy A. *Psychiatric emergencies*. In: Sadock BJ, Sadock VA eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000: 2035-39.
- Abdi A, Kholahi AA, Naghavi M. *Diagnosis and registration of the mortality and morbidity causes*. Tehran: Ministry of Health, WHO, Simindoght; 2004: 45.
- Naghavi M. [The mien of mortality and morbidity in 23 provinces of Iran]. Tehran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education; 2005: 98-109.
- Ahmadi A, Tabibi R, Rezaei M. [Epidemiologic study of burns patients that admitted to shires burn center at Kermanshah imam Khomeini hospital (1996-first six month) (Persian)]. MD Thesis Kermanshah: Kermanshah University of Medical Science; 1997: 32-67.
- Saadat M. *Epidemiology and mortality of hospitalized burn patients in Kohkiluyeh va Boyer-Ahmad province (Iran): 2002-2004*. *Burns* 2005; 31(3):306-9.
- Cameron DR, Pegg SP, Muller M. *Self-inflicted burns*. *Burns* 1997; 23(6):519-21.
- Ahmadi A, Mohammadi R, Stavrinou D, Almasi A, Schwebel DC. *Self-immolation in Iran*. *J Burn Care Res*. 2008;29(3):451-460.
- Ahmadi A. *Risk and protective factors of self-immolation: a study from Iran*. Karolinska Institute. 2013.
- Ahmadi A, Mohammadi R, Schwebel DC, Yeganeh N, Hassanzadeh M, Bazargan-Hejazi S. *Psychiatric disorders (Axis I and Axis II) and self-immolation: a case-control study from Iran*. *J Forensic Sci*. 2010;55(2):447-50.
- Ahmadi A, Mohammadi R, Schwebel DC, Yeganeh N, Soroush A, Bazargan-Hejazi S. *Familial risk factors for self-immolation: a case-control study*. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18(7):1025-31.
- Ahmadi A, Mohammadi A, Schwebel DC. *Self-immolation: what are the research priorities?* *J Burn Care Res*. 2009;30(4):758.
- Ahmadi A, Mohammadi R, Schwebel DC, Khazaie H, Yeganeh N, Almasi A. *Demographic risk factors of self-immolation: a case-control study*. *Burns*. 2009;35(4):580-6.
- Ahmadi A, Mohammadi R, Schwebel DC, Hassanzadeh M, Yari M. *Classic philosophy lessons and preventing self-inflicted burns: a call for action*. *Burns*. 2009 Feb;35(1):154-5.
- 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.
- Pakzad P, Tabibi R. [Epidemiologic study of 70 self-immolation cases admitted to shires burn center at Kermanshah imam Khomeini hospital (1998- first 6 month. MD Thesis (Persian)]. Kermanshah: Kermanshah University of Medical Science; 1998: 45-63.
- Zarghami M, Khalilian A. [Deliberate self-burning in Mazandaran province, Iran (Persian)]. *Andisheh va Raftar* 2002;7: 13-24.

27. Homand A, Kalantar AH. [Comparing review of patients who committed self-immolation in Motahari Hospital (1983-1991, 1992) (Persian)]. In: 3rd Congress of Reconstructive Plastic Surgery, Tehran, Iran, February 1-3, 1994.
28. Squyres V, Law EJ, Still JM. Self-inflicted burns. *J Burn Care Rehab* 1993; 14(4):476-9.
29. Collings S and Beautrais A. Suicide Prevention in New Zealand: A contemporary perspective. Wellington: Ministry of Health; 2005: 87-90.
30. Davidson TI, Brown LC. Self-inflicted burns: a 5 years retrospective study. *Burns* 1985; 11(3):157-60.
31. Scully JH, Hutcherson R. Suicide by burning. *Am J Psychiat* 1983; 140:905-6.
32. Pham TN, King JR, Palmieri TL, Greenhalgh DG. Predisposing factors for self-inflicted burns. *J Burn Care Rehabil* 2003; 24(4):223-7.
33. Becker AE, Kleinman A. Anthropology and Psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000: 734-89.
34. WHO. Suicide Rates (per 100,000) by Country, Year and Gender. Geneva: World Health Organization; 2004.
35. National Council for Suicide Prevention. Support in Suicidal Crises: The Swedish national programme to develop suicide prevention. Stockholm: The National Council for Suicide Prevention; 1995.
36. Ministry of Youth Affairs, Ministry of Health, Te Puni Kōkiri. The New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy. In our hands: Kia piki te ora o te taitamariki. Wellington: Ministry of Youth Affairs, Ministry of Health, Te Puni Kōkiri; 1998.
37. WHO. Prevention of mental disorders, Effective interventions and policy options. Geneva: World Health Organization; 2004.
38. WHO. Suicide huge but preventable public health problem, says WHO. Geneva: World Health Organization; 2004.
39. Ahmadi A, Ytterstad B. Prevention of self-immolation by community-based intervention. *Burns*. 2007;33(8):1032-40.