

فراوانی اقدام به خودسوزی در اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان اسلام آباد غرب (81-1376)

دکتر علیرضا احمدی*

چکیده:

سابقه و هدف: خودسوزی در کشورهای توسعه یافته بسیار نادر است (1/8-0/06 درصد تمام موارد خودکشی)، اما در کشورهای در حال توسعه بسیار شایع تر است و تا حد 40/3-39/8 درصد تمام موارد خودکشی می رسد. خودسوزی 0/4 تا 40 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 در حال 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 81-1376 تمام بیماران اقدام کننده به خودکشی ارجاع داده شده به اورژانس بیمارستان امام خمینی شهرستان اسلام آباد غرب بررسی شدند. داده ها پس از استخراج و کدبندی با آمار توصیفی ارائه گردیدند.

یافته ها: در طول 6 سال مدت مطالعه، 2280 اقدام به خودکشی (198 نفر در 100000 نفر در سال) در بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی شهرستان اسلام آباد غرب پذیرش داده شدند که از این تعداد 216 نفر (9/5%) اقدام به خودسوزی بوده است. از میان 216 مورد اقدام به خودسوزی 88 درصد مؤنث بودند و زنان 7/6 برابر بیش از مردان اقدام به خودسوزی نموده اند. بیشترین موارد اقدام به خودسوزی در گروه سنی 30-11 سال (72%) و میانگین سنی آن ها 26 سال بوده است. 54 درصد اقدام کنندگان به خودسوزی متأهل، 60 درصد بی سواد و از لحاظ شغل 52 درصد خانه دار و 38 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 30-11 ساله احساس می شود.

کلیدواژه ها: اقدام به خودکشی، اقدام به خودسوزی، اسلام آباد غرب.

« دریافت: 1383/8/6 پذیرش: بهار 1384 »

* پزشک عمومی.

* عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، خیابان شهید جعفری (کسرا)، درمانگاه حاج منصوبی، کد پستی: 6718818838، تلفن: 0831-7240890

E-Mail: ahmadiar1012@yahoo.com

مقدمه:

50 درصد افراد زیر 30 سال هستند. گروه سنی زنان 15 تا 19 سال دارای بالاترین نسبت اقدام به خودکشی بوده‌اند. از هر 100 نفر افراد این گروه سنی، در طول سال، یک نفر اقدام به خودکشی می‌کند. این در حالی است که مردان گروه سنی 25 تا 29 سال دارای بالاترین نسبت اقدام به خودکشی بوده‌اند و از هر 200 نفر افراد این گروه سنی 1 نفر در طول سال اقدام به خودکشی می‌کند. تقریباً 1 درصد از افراد اقدام‌کننده به خودکشی در طول

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(1) و مذهب فرق می‌کند(2).

خودکشی موفق (Committed Suicide) عبارت است از گرفتن جان خویش به‌دست خویشتن (3). 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 100000 نفر جمعیت در سال تقسیم می‌شوند. نسبت ذکرشده از کمتر 12100000 (مصر و ایرلند) تا بیشتر از 35100000 (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 100 تا 300 در هر 100000 نفر فرق می‌کند. در تمام کشورها اکثریت را زنان تشکیل می‌دهند که حدوداً

جدول 1- درصد خودسوزی به کل موارد خودکشی یا اقدام به خودکشی در نقاط مختلف جهان.

کشور(شماره رفرنس)	فراوانی نسبی (%)	خودکشی یا اقدام به خودکشی
ایتالیا(3)	0/06	پزشکی قانونی
آلمان(13)	0/76	خودکشی
آمریکا(24)	0/96	خودکشی
کانادا(16)	1	خودکشی
ایران - همدان(5)	1/39	اقدام به خودکشی
کره جنوبی(25)	1/8	اقدام به خودکشی
هندوستان(20)	7/9	خودکشی
افریقای جنوبی(11)	9/9	خودکشی
سالزبورگ(26)	10	بیماران روانی حریق آفرین
هندوستان(27)	21	پزشکی قانونی
ایران - تهران(1)	25	پزشکی قانونی
روستاها اطراف تهران(5)	35/3	خودکشی
ایران - مشهد(5)	15 نفر در هر 100000 نفر در سال	خودکشی
هندوستان(3)	39/8	خودکشی
ایران - استان خراسان(5)	40/3	خودکشی
ایران - اهواز(1)	49	خودکشی گروه سنی 11 تا 20 سال

سال بعدی اقدام به خودکشی موفق می‌کنند (4).
 از بین تمام اقدام به خودکشی‌ها، خودسوزی شاید شدیدترین و غم‌بارترین نوع آن باشد که شناخت ابعاد آن مشکل است (5).
 نکته بسیار قابل‌توجه اینکه در سراسر جهان، ایران در کنار هندوستان دارای بالاترین نسبت خودسوزی در بین افراد خودکشی‌کننده می‌باشد (جدول 1) و نکته قابل‌تأمل اینکه خودسوزی در استان کرمانشاه در گروه سنی بالای 5 سال، 64/2 درصد از کل موارد بستری در بخش سوختگی

را تشکیل می‌دهد (6) که این درصد اشغال تخت یکی از بالاترین درصد اشغال تخت‌های بخش سوختگی توسط بیماران اقدام‌کننده به خودسوزی در سراسر جهان می‌باشد (جدول 2).
 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 به‌منظور کاهش موارد اقدام به خودسوزی فراهم شود.

جدول 2- درصد اشغال تخت توسط افراد اقدام‌کننده به خودسوزی در بخش‌های سوختگی نقاط مختلف جهان.

کشور (شماره رفرنس)	فراوانی نسبی (%)	درصد اشغال تخت
اسرائیل (28)	همه گروه‌های سنی	0/4
آمریکا (29)	همه گروه‌های سنی	0/7
هونگ کونگ (14)	همه گروه‌های سنی	1
امریکا (15)	همه گروه‌های سنی	1/5
اسپانیا (15)	همه گروه‌های سنی	2/0
استرالیا (15)	همه گروه‌های سنی	2/8
مصر (10)	همه گروه‌های سنی	3
امریکا (30)	همه گروه‌های سنی	3/9
ایران - استان فارس (18)	همه گروه‌های سنی	4
استرالیا (15)	همه گروه‌های سنی	4/1
ایتالیا (12)	همه گروه‌های سنی	4/4
ایرلند (9)	همه گروه‌های سنی	4/6
انگلستان (15)	همه گروه‌های سنی	8/5
ایران - تهران (17)	همه گروه‌های سنی	8/9
ایران - کردستان (22)	بالاتر از 13 سال	12/7
سری‌لانکا (8)	همه گروه‌های سنی	25
هندوستان (20)	همه گروه‌های سنی	40
ایران - استان فارس (21)	بالاتر از 11 سال	41
ایران - کرمانشاه (6)	گروه سنی بالاتر از 5 سال	64/2

مواد و روش‌ها:

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 به صورت سرشماری انجام گرفت و در فاصله سال‌های 81-1376 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 191781 نفر بعد از مرکز استان، دومین شهرستان استان کرمانشاه از نظر جمعیت می‌باشد (7).

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

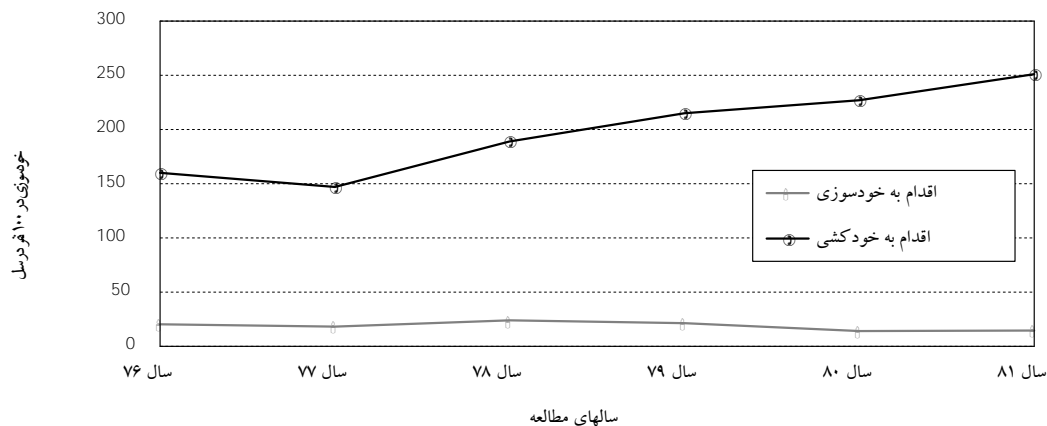
مورد بررسی قرار گرفتند و در مرحله بعد، افراد اقدام‌کننده به خودسوزی تفکیک گردیدند. متغیرهای مورد بررسی شامل سن، جنس، تأهل، شغل و سواد بوده است.

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 216 پرونده افراد اقدام‌کننده به خودسوزی، نواقصی در پرونده‌ها شامل یک مورد عدم اعلام شغل و 9 مورد عدم اعلام سطح سواد به چشم می‌خورد.

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

یافته‌ها:

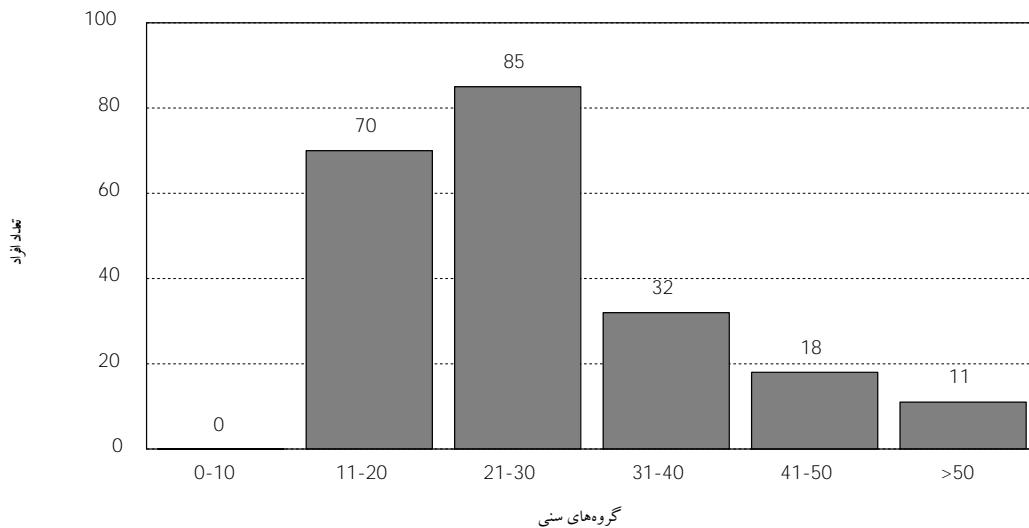
از سال 1376 تا 1381 تعداد موارد اقدام به خودکشی سیر بالارونده‌ای داشته است. این در حالی است که تعداد موارد اقدام به خودسوزی دارای سیر بالارونده نبوده است (نمودار 1).



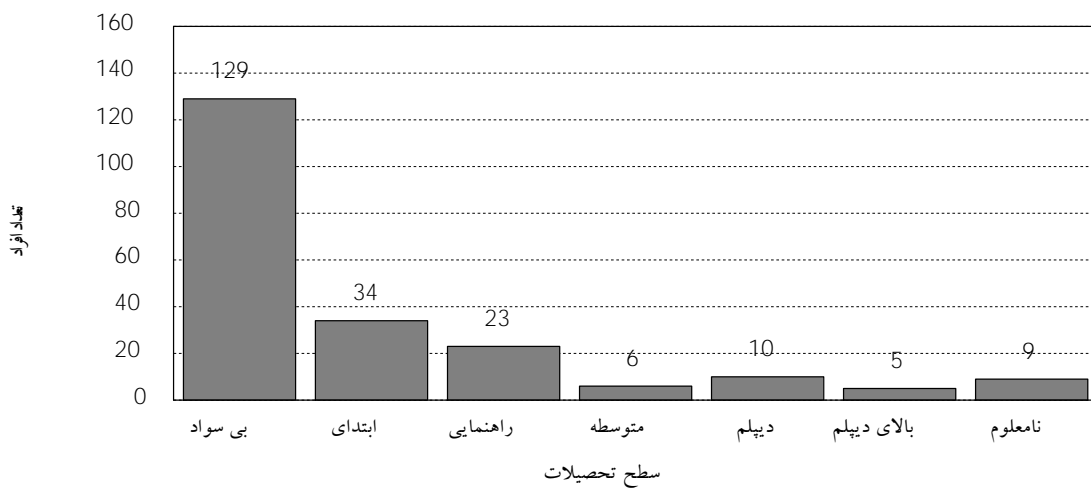
نمودار 1- تغییرات سالانه نسبت اقدام به خودکشی به خودسوزی در کل جمعیت در شهرستان اسلام‌آباد غرب (81-1376).

تعداد 216 نفر (9/5 درصد) از کل مواد اقدام به خودکشی مربوط به اقدام به خودسوزی بوده است. از نظر ترکیب جنسی موارد اقدام به خودسوزی 191 نفر (88 درصد) مونث و 25 نفر (12 درصد) مذکر بوده‌اند. این مطلب نشان‌دهنده این موضوع است که شیوع اقدام به خودسوزی در میان زنان بیش از 7/6 برابر مردان می‌باشد.

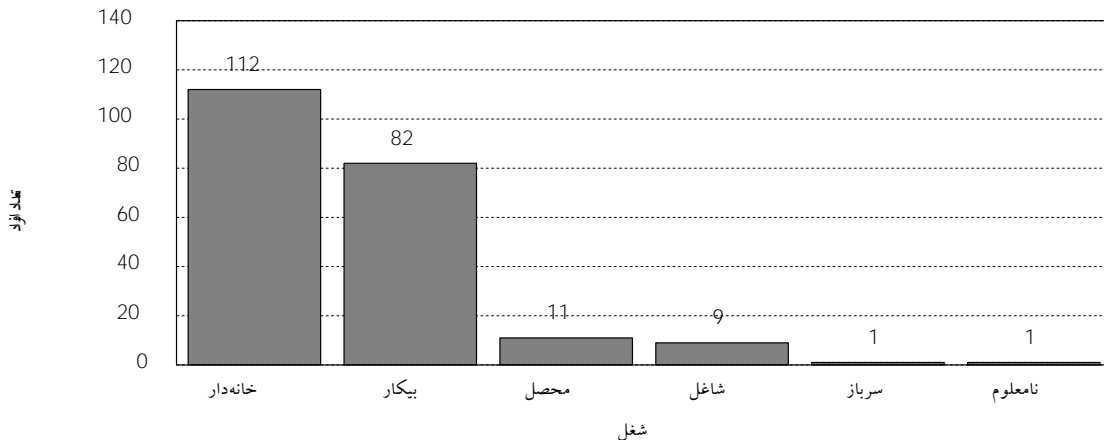
در طول 6 سال مدت مطالعه (81-1376) کل موارد اقدام به خودکشی 2280 نفر بوده است که کمترین تعداد آن در سال 1377 (282 نفر برابر 147 نفر در صد هزار نفر جمعیت در سال) و بیشترین تعداد آن در سال 1381 (481 نفر معادل 251 نفر در صد هزار نفر جمعیت در سال) بوده است. تعداد موارد اقدام به خودکشی در 100000 نفر در طول 6 سال دارای رشد 157 درصد بوده است (نمودار 1).



نمودار 2- مقایسه تعداد افراد در گروه‌های سنی در اقدام‌کنندگان به خودسوزی در شهرستان اسلام‌آباد غرب (81-1376).



نمودار 3- توزیع فراوانی اقدام به خودسوزی بر حسب سطح تحصیلات در شهرستان اسلام‌آباد 81-1376.



نمودار 4- توزیع فراوانی اقدام به خودسوزی بر حسب شغل افراد در اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان اسلام‌آباد غرب (81-1376).

افراد خودکشی‌کننده به دو دسته تقسیم کرد: گروه اول کشورهایی که دارای درصد خودسوزی کمتر از 2 درصد هستند. در ایتالیا 0/06 درصد از کل موارد خودکشی ارجاع داده شده به پزشکی قانونی به علت خودسوزی بوده است. در آلمان 0/76، در امریکا 0/96 و در کانادا 1 درصد از کل موارد خودکشی به علت خودسوزی بوده است. در کره جنوبی 1/8 درصد از کل موارد اقدام به خودکشی به علت خودسوزی بوده است (جدول 1). خودسوزی در دنیای غرب به جز بلغارستان بسیار نادر است (8) و حدوداً 2 درصد کل موارد اقدام به خودکشی را تشکیل می‌دهد (9).

گروه دوم کشورهایی که دارای درصد خودسوزی بیش از 2 درصد هستند: در افریقای جنوبی 9/9 درصد از افراد خودکشی‌کننده، خودسوزی کرده بودند. در هندوستان درصد خودسوزی از 7/9 تا 39/8 کل موارد خودکشی متغیر بوده است (جدول 1). در انگلستان بیشترین موارد خودسوزی در زنان مهاجر از کشورهای آسیایی بوده

بیشترین موارد اقدام به خودسوزی در گروه سنی 21-30 سال (39/4%) بوده است و در گروه سنی زیر 10 سال هیچ موردی گزارش نشده است (نمودار 2). از نظر تأهل، 100 مورد (46 درصد) مجرد و 116 مورد (54 درصد) متأهل بودند، در این مطالعه هیچ مورد بیوه گزارش نشده است از نظر سطح تحصیلات بیشترین موارد اقدام به خودسوزی که 129 مورد (60%) بوده، در افراد بی‌سواد دیده شده است و در افراد بالای دیپلم کمترین موارد (5 مورد یا 2%) اقدام به خودسوزی مشاهده گردید (نمودار 3). از لحاظ شغل اکثریت افراد، یعنی 112 مورد (52 درصد) خانه‌دار بودند و افراد بی‌کار با 38 درصد، محصل با 5 درصد و شاغل با 4 درصد در رده‌های بعدی قرار داشتند (نمودار 4).

بحث:

در این مطالعه 9/5 درصد از اقدام‌کنندگان به خودکشی، خودسوزی کرده بودند. کشورهای جهان را می‌توان براساس درصد خودسوزی‌کنندگان در

را برای اقدام مؤثر پیشگیری‌کننده از خودسوزی فراهم آورند. نکته بسیار قابل‌توجه اینکه در سراسر جهان، ایران در کنار هندوستان دارای بالاترین نسبت خودسوزی در افراد خودکشی‌کننده می‌باشد (جدول 1) و نکته قابل‌تأمل اینکه خودسوزی در استان کرمانشاه در گروه سنی بالای 5 سال، 64/2 درصد از کل موارد بستری در بخش سوختگی را تشکیل می‌دهد (6) که این درصد اشغال تخت یکی از بالاترین درصد اشغال تخت‌های بخش سوختگی توسط بیماران خودسوزی‌کننده در سراسر جهان می‌باشد (جدول 2).

با نگاهی به بروز خودسوزی در کشورهای مختلف جهان می‌توان گفت که خودسوزی موفق برخلاف سایر علل خودکشی موفق بیشتر در کشورهای فقیر دیده می‌شود. همچنان‌که اقدام به خودکشی و اقدام به خودسوزی نیز در کشورهای فقیر شایع‌تر 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 اقدام‌کننده به خودسوزی (88 درصد) مؤنث بوده‌اند و زنان 7/6 برابر بیش از مردان اقدام به خودسوزی نموده‌اند. سایر مطالعات صورت‌گرفته نیز معمولاً از نسبت بالای افراد مؤنث در خودسوزی حکایت می‌کند. در مطالعه دیبایی و همکاران نسبت زنان به مردان 5/5 بوده است (1). در مطالعه Mabrouk از مصر، نسبت خودسوزی زنان به مردان 10/6 بوده است (10). Laloe از سری‌لانکا نشان داد که 79 درصد

که 20 درصد از آن‌ها در هندی‌های مهاجر دیده شده است (3). در ایران طبق آمارهای مختلف، خودسوزی از 1/39 تا 40/3 درصد کل موارد خودکشی گزارش شده است (5).

به‌نظر می‌رسد بروز خودسوزی با وضعیت اقتصادی و فرهنگی مرتبط است. مروری بر مقالات نقاط مختلف جهان نشان می‌دهد که خودسوزی در کشورهای توسعه‌یافته نادر است (0/06 تا 1/8 درصد تمام موارد خودکشی)، اما در کشورهای درحال توسعه بسیار شایع‌تر است (و تا حد 39/8 تا 40/3 درصد تمام موارد خودکشی می‌رسد). به‌نظر می‌رسد اختلاف وسیع آماری در میزان خودسوزی در ایران (از 1/39 تا 40/3 درصد کل موارد خودکشی) بیش از آنکه به اختلاف شدید در زمینه‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در نقاط مختلف کشور مربوط باشد، نشأت گرفته از روش اعلام آمار خودسوزی باشد. در کشورهای درحال توسعه (از جمله ایران) یکی از نکات قابل‌توجه این است که آمارهای رسمی احتمالاً به‌علت مسائل مذهبی و دلایل اجتماعی، اختلاف فاحشی با واقعیت دارند (10) و بیماران اقدام‌کننده به خودسوزی یا همراهان او، عمل خودسوزی را کتمان می‌کنند. یکی دیگر از علل کتمان خودسوزی ممکن است عدم پوشش بیمه‌های درمانی درخصوص هزینه‌های درمان خودکشی باشد؛ لذا می‌توان با از بین بردن این مشکل شرایط لازم را جهت هرچه واقعی‌تر شدن آمار خودسوزی فراهم آورد تا سیاست‌گذاران مسائل بهداشت روانی جامعه بتوانند هرچه بیشتر به عمق مشکل پی ببرند و شرایط لازم

نشان داد که سن متوسط 31/2 سال بوده است (11).
 Ho در هنگ‌کنگ گزارش نمود که سن میانگین 38 سال بوده است (14). Shkrum در کانادا اشاره کرد که سن میانگین 38 سال بوده است (16). در استرالیا متوسط سن 30 سال بوده است (15) در ایتالیا متوسط سن 38 سال بوده و بیشترین گروه سنی 39-20 سال بوده است (12). Anoshchenko در روسیه نشان داد که بیشترین سن 49-40 سال بوده است (19). به نظر می‌رسد که شیوع اصلی خودسوزی در ایران در گروه سنی نوجوان و جوان باشد و در کشورهای توسعه‌یافته 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 54 درصد افراد اقدام‌کننده به خودسوزی متأهل بوده‌اند. در مطالعه دیبایی 57/3 درصد متأهل بودند. در مطالعه توفیقی و زارع در تهران متأهلین شایع‌تر بودند (1). Laloe نشان داد که بیشتر افراد خودسوزی‌کننده متأهل بوده‌اند (8). Wagle در سال 1991 نشان داد که خودسوزی در بین متأهلین بیشتر است (20). 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 (8). Sukhai از افریقای جنوبی نشان داد که 76/8 درصد از اقدام‌کنندگان به خودسوزی مؤنث بوده‌اند (11). اما در بعضی از کشورهای جهان نسبت جنسی برابر است. Castellani از ایتالیا نشان داد که اختلاف جنسی وجود ندارد (12). 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 (13). Ho از هنگ‌کنگ نشان داد که خودسوزی در مردان بیشتر بوده است (14). Cameron از استرالیا نشان داد که خودسوزی بیشتر در مردان بوده است (15). Shkrum از کانادا نشان داد که نسبت مرد به زن 26 به 6 بوده است (16).

به نظر می‌رسد که نسبت جنسی در خودسوزی با وضعیت اقتصادی و فرهنگی مرتبط است. در کشورهای توسعه‌یافته 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 30-11 سال (72%) و میانگین سنی آن‌ها 26 سال بوده است. Lari و Alaghebandan نشان دادند که 64/5 درصد از افراد خودسوزی‌کننده کمتر از 30 سال دارند (17). ایشان در مطالعه دیگری نشان دادند که اقدام‌کنندگان به خودکشی با تمام روش‌ها دارای سنی کمتر از 39 سال با میانگین 31/5 سال بوده‌اند (18). Laloe از سری‌لانکا، نشان داد که بیشترین گروه سنی (72%) 34-15 ساله بوده‌اند (8). Sukhai در افریقای جنوبی

سطح تحصیلات عمومی افراد جامعه است تا بدین وسیله دیگر خودسوزی به عنوان راهی برای رهاشدن از مشکلات تلقی نگردد.

در کل، این مطالعه و مطالعات قبلی انجام گرفته در خصوص خودسوزی در ایران (1)، 5، 17، 18، 21 و 22 نشان می دهد 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 به منظور کاهش تعداد بروز این مشکل با تمرکز بر زنان، بی سوادان، خانه داران و گروه سنی 11-30 ساله احساس می شود. مداخلات برنامه ریزی شده برای پیشگیری از خودسوزی را می توان بر اساس مدل های آموزش بهداشت Bandura (23) یا Victim Stories طرح ریزی کرد.

تشکر و قدردانی:

در اینجا بر خود لازم می دانم از زحمات بی شائبه آقایان عبدالله احمدی، صفر جمشیدی، دکتر مبلغی و کاظمی و بشیری نهایت تشکر و سپاس گذاری را بنمایم.

زوجین از طریق حل مشکلات اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی آنها، از میزان خودسوزی به نحو چشم گیری کاست (1).

در مطالعه حاضر از لحاظ شغل اکثریت افراد (52 درصد)، خانه دار بوده اند و افراد بی کار با 38 درصد در رده بعدی قرار داشتند. در مطالعه دیبایی نیز افراد خانه دار بیشتر بوده اند (1). به نظر می رسد خانه دار بودن در کنار بی کاری از عوامل خطر خودسوزی می باشند؛ لذا توجه به خانم های خانه دار به عنوان یک قشر مؤثر در سلامت روانی خانواده، می تواند شرایط کاهش خودسوزی را فراهم نماید. همچنین توجه به ایجاد اشتغال و کاهش بی کاری را در زمینه شکوفایی اقتصادی می توان به عنوان یکی از راه کارهای مؤثر و مداوم در جهت پیشگیری از خودسوزی در نظر گرفت.

در این مطالعه سطح تحصیلات قابل تأمل بود. 60 درصد افراد اقدام کننده به خودسوزی بی سواد بودند. در مطالعه دیبایی و توفیقی نیز افراد بی سواد قابل توجه بودند (1). این مطلب بیان کننده توجه به نگرش های فرهنگی و معضلات اجتماعی و بالابردن

منابع:

1. دیبایی امیر، قره باغی رضا. بررسی موارد خودسوزی منجر به فوت در مرکز پزشکی قانونی شهرستان اهواز. نشریه پزشکی قانونی شماره 19، اردیبهشت و خرداد 1379؛ صفحات: 10-5.
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، طبیبی رضا، رضایی منصور. مطالعه اپیدمیولوژیک بیماران بستری در بخش سوختگی بیمارستان امام خمینی (ره) کرمانشاه، 6 ماهه اول سال 1375. پایان نامه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.
7. اسماعیلی منوچهر، صفری مسعود، مرادی صباح، امینزاده صباح. جغرافیای استان کرمانشاه 237/7. چاپ اول، تهران: شرکت چاپ و نشر کتابهای درسی ایران، سال 1379، صفحه 17.
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, Mahmud 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 Psikiatr 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 Rehabil* 1991; 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.