

## خودسوزی در استان مازندران

دکتر مهران ضرغامی\*، دکتر علیرضا خلیلیان\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی ویژگیها و همبسته‌های جمعیت شناختی، انگیزه‌ها و موقعیتهای افراد اقدام کننده خودسوزی انجام شده است. **روش:** در یک بررسی توصیفی پیش گستر، با کمک یک پرسشنامه جمعیت شناختی و مصاحبه نیمه ساخت یافته، ۳۱۸ مورد خودسوزی که طی ۳ سال به تنها مرکز سوختگی استان مازندران ارجاع شدند، مورد بررسی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** میانگین سنی اقدام کنندگان ۲۷ سال بود و ۸۳ درصد آنها را خانمها تشکیل می‌دادند. بیشتر آنها متأهل، خانه‌دار و با تحصیلات دبیرستانی بودند. ۶۲ درصد آنها بطور تکانه‌ای اقدام به خودسوزی کرده بودند. علت اصلی این اقدامات، کشمکشهای زناشویی و خانوادگی بود. بیشتر در ساعات روز اقدام به خودسوزی کرده بودند. خودسوزی در فصل بهار شایعتر بود و میزان مرگ و میر آن ۷۹ درصد بود. در پیگیری موارد، یک مورد بعد از ۶ سال با حلق آویز کردن خود فوت کرده بود و پس از ۱۰-۸ سال پیگیری هیچ موردی از تکرار خودسوزی دیده نشد. **نتیجه:** نمای جمعیت شناختی جمعیت مورد مطالعه و انگیزه‌های آنها، نیاز به اقدامات پیشگیری کننده متفاوتی در موارد مختلف را مطرح می‌کند.

کلید واژه: خودسوزی، خودکشی، مازندران

مقدمه  
گفته شده که روش انتخابی اقدام به خودکشی در کشورهای مختلف را ابزار در دسترس مشخص می‌کنند (مودان<sup>۱</sup> و لوکوسکی<sup>۲</sup>، ۱۹۷۰)، گاهی نیز جنبه تقلیدی دارد یا مفهوم نمادین در ورای آن نهفته است

\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران. ساری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، دانشکده پزشکی، بخش روانپزشکی (نویسنده مسئول).  
\*\* متخصص آمار حیاتی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مازندران. ساری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مازندران، گروه پزشکی اجتماعی.

- 1- Modan
- 2- Lewkowski

گزارشهایی وجود دارد که نشان می‌دهند افزایش شیوع آن در جمعیت‌های روانپزشکی (جکوبسون و همکاران، ۱۹۸۶؛ اودونوگ<sup>۳</sup>، پنچال<sup>۴</sup> و اوسالیوان<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸؛ زمیشلنی و همکاران، ۱۹۸۷)، به ویژه در بخشهای بستری بیماران روانی بالاست (کلاسن<sup>۶</sup>، ۱۹۸۹). به نرخ بالای خودکشی بوسیله خودسوزی در میان گروههای مهاجر هندی (رالیق<sup>۷</sup> و بالاراجان<sup>۸</sup>، ۱۹۹۲) و همچنین زنان مهاجر از آمریکای جنوبی (هموند<sup>۹</sup>، وارد<sup>۱۰</sup> و پریرا<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۸) اشاره شده است که شاید بازتاب عوامل نژادی - فرهنگی باشد. اما این پدیده به عنوان یک روش خودکشی در کشورهای آفریقایی از جمله مصر (مبروک<sup>۱۲</sup>، محمود، عمر، مسعود، مگدی شریف، ۱۹۹۹) و برخی فرهنگ‌های خاورمیانه مانند اردن (ابوراغب<sup>۱۳</sup>، کاریوت<sup>۱۴</sup> و المحتسب<sup>۱۵</sup>، ۱۹۸۴)، فلسطین اشغالی (مودان و همکاران، ۱۹۷۰)، خاور دور از جمله ویتنام (اکرت<sup>۱۶</sup>، ۱۹۷۷)، ژاپن (یوشیوکا<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۱۹۸۲) و گینه نو (جانسون، سینا، ۱۹۹۳). نسبتاً شایع است، به طوری که تا ۲۰ درصد

(جکوبسون<sup>۱</sup> و برلویتز<sup>۲</sup>، ۱۹۸۶؛ زمیشلنی<sup>۳</sup>، وینبرگ<sup>۴</sup>، بن باسات<sup>۵</sup> و مل<sup>۶</sup>، ۱۹۸۷؛ باراکلو<sup>۷</sup>، شفرد<sup>۸</sup> و جنینگز<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷). همچنین میزان بروز و گرایش به خودکشی در کشورهای آسیایی با کشورهای غربی متفاوت گزارش گردیده است (چنگ<sup>۱۰</sup> و لی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۰).

از میان روشهای خودکشی شاید خودسوزی نمایشی‌ترین و خشن‌ترین روش باشد، به طوری که از آن به عنوان فاجعه و کابوس واقعی یا زنده، یاد کرده‌اند (استودارد<sup>۱۲</sup>، پهلوان<sup>۱۳</sup> و کاهنر<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۵) و هزینه‌ای که از این رهگذر پرداخته می‌شود بالاست. از آنجا که مهارتهای کنارآمدن در این افراد ضعیف است، گرایش زیادی به کاربرد نابجای مواد و مشکلاتی نیز در ارتباط با مسائل هیجانی دارند. محدود شدن کارکرد این افراد فشار مضاعفی بر آنها وارد می‌کند، افراد خانواده آنها نیز کشمکشهای هیجانی بسیاری را تحمل می‌کنند، مشکلات فراوانی در درک این رفتار غیر معمول پیدا می‌نمایند و مراقبین امور پزشکی آنها نیز احساسهای دوسویه‌ای را تجربه می‌کنند (اسکویرز<sup>۱۵</sup>، لاو<sup>۱۶</sup> و استیل<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۳).

بررسیهای انجام شده در این زمینه، عوامل فرهنگی و روانپزشکی را در خودسوزیهای عمده مؤثر دانسته‌اند (پروسر<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۶؛ دیویس<sup>۱۹</sup>، ۱۹۶۲). این روش تا سالهای اخیر در کشورهای غربی یک روش غیر معمول بوده، ولی از سال ۱۹۶۳ به ویژه به عنوان روشی برای اعتراضهای سیاسی رواج یافت (باراکلو و همکاران، ۱۹۹۷؛ کروزیبی<sup>۲۰</sup>، ری<sup>۲۱</sup> و هلند<sup>۲۲</sup>، ۱۹۷۷؛ استودارد و همکاران، ۱۹۸۵). همچنین

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1- Jacobson    | 2-Berelowitz  |
| 3- Zemishlany  | 4- Weinberger |
| 5- Ben-Bassat  | 6- Mell       |
| 7- Barraclough | 8- Shepherd   |
| 9- Jennings    | 10- Cheng     |
| 11- Lee        | 12- Stoddard  |
| 13- Pahlavan   | 14- Cahner    |
| 15- Squyres    | 16- Law       |
| 17- Still      | 18- Prosser   |
| 19- Davis      | 20- Crosby    |
| 21- Rhee       | 22- Holland   |
| 23- O'Donoghue | 24- Panchal   |
| 25- O'Sullivan | 26- Klasen    |
| 27- Raleigh    | 28- Balarajan |
| 29- Hammond    | 30- Ward      |
| 31- Pereira    | 32- Mabrouk   |
| 33- Abu Ragheb | 34- Qaryoute  |
| 35- ElMuhtaseb | 36- Eckert    |
| 37- Yoshioka   |               |

خودکشی‌ها در هند به این روش انجام می‌شود (سینگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۲؛ ونکوبا<sup>۲</sup>، ۱۹۸۳؛ گوپتا<sup>۳</sup> و سرایواستاوا<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸). در فلسطین اشغالی که افرادی از نقاط مختلف دنیا در آن جای داده شده‌اند، خودسوزی بیشتر در آفریقایی - آسیایی تبارها دیده می‌شود (مودان، نیسن کورن<sup>۵</sup>، لوکوسکی، ۱۹۷۰). بررسی‌های انجام شده در ایران بین ۱/۳۹ تا ۴۳ درصد تمام خودکشی‌ها و فراخودکشی‌ها را به روش خودسوزی گزارش کرده‌اند (احمدی و حاجی احمدی، ۱۳۷۱؛ افقه و آقا حسنی، ۱۳۷۵؛ معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی، ۱۳۷۵؛ حیدری پهلویان، ۱۳۷۶؛ یاسمی، صانعی، ملک پورافشار، هنرمند و میرشکاری، ۱۳۷۷؛ ابریشمی و ملک پور، ۱۳۷۷؛ موسوی، شاه‌محمدی و کفاشی، ۱۳۷۹).

با توجه به نکات یاد شده، در این پژوهش ویژگی‌ها و همبسته‌های جمعیت شناختی، علل، انگیزه‌ها و موقعیت‌های اقدام به خودسوزی در استان مازندران مورد بررسی قرار گرفته است، تا از این رهگذر گروه‌های در معرض خطر شناسایی شده و بر پایه آن اقدام‌های پیشگیری از بروز آن پیشنهاد گردد.

## روش

با توجه به اینکه بخش سوختگی بیمارستان زارع ساری تنها مرکز سوختگی استان مازندران می‌باشد، تمام بیمارانی که طی سه سال در سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۲ در این بخش پذیرش شده‌اند مورد بررسی قرار گرفتند. گفتنی است که در زمان اجرای پژوهش استان گلستان بخشی از استان مازندران بود و این استان نزدیک به ۳/۹۵

میلیون نفر جمعیت داشت. تمام بیماران بوسیله مددکار اجتماعی بیمارستان مورد ارزیابی قرار گرفتند و ۳۱۸ نفر به عنوان اقدام کننده به خودسوزی شناسایی شدند. معیار گزینش به عنوان اقدام به خودسوزی، اقرار بیمار و یا شاهد قابل اعتماد بود. مواردی که اقدام به خودسوزی در آنها مورد تردید بود (مانند کسانی که داشتن قصد خودکشی را انکار می‌کردند و یا شواهد موجود آنرا نفی می‌کرد) از پژوهش کنار گذاشته شدند. موارد ارجاع شده از استانهای مجاور نیز از بررسی حذف شدند. در سال ۱۳۸۰ نجات یافتگان از خوسوزی از نظر تکرار خودسوزی یا خودکشی مورد پیگیری قرار گرفتند.

گردآوری اطلاعات به کمک یک پرسشنامه و یک چک لیست مصاحبه نیمه ساخت یافته از فرد بیمار انجام گردید. در مواردی که به علت بد بودن حال عمومی و کاهش سطح هشیاری، بیمار توانایی ارائه اطلاعات را نداشت، بستگان، دوستان و شاهدان اقدام به خودسوزی مورد مصاحبه قرار می‌گرفتند. تلاش بر این بود که اطلاعات از منابع مختلف گردآوری شود.

در این بررسی با توجه به بی‌سواد بودن تعدادی از آزمودنی‌ها و بد بودن حال گروه دیگری که توانایی خواندن و نوشتن نداشتند و به منظور یکنواختی و همسانی اجرای این آزمون، از همکاری یک پرسشگر دارای مدرک تحصیلی کارشناسی روانشناسی بهره گرفته شد که پس از آموزش شیوه پرسش و اجرای آزمون به وی، آزمون با نمونه‌های در

1- Singh  
3- Gupta  
5- Nissenkorn

2- Venkobba  
4- Srivastava

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش بر حسب وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و شغل

وضعیت	تعداد	درصد
<b>تأهل</b>		
مجرد	۸۶	۲۷
نامزددار	۷۳	۲۳
متأهل	۱۵۱	۴۷/۵
جداشده	۱	۰/۳
طلاق گرفته	۴	۱/۳
بیوه	۳	۰/۹
<b>تحصیلات</b>		
بیسواد	۸۵	۲۶/۷
ابتدایی	۴۸	۱۵/۱
دبیرستانی	۱۸۲	۵۷/۳
دانشگاهی	۳	۰/۹
<b>شغل</b>		
بیکار	۸	۲/۵
کشاورز	۹	۲/۸
کارگر	۱۶	۵
محصل	۲۲	۶/۹
خانه دار	۲۳۹	۷۵/۲
سایر مشاغل	۲۴	۷/۶

از نظر مذهبی، ۸۹/۷٪ شیعه، و ۱۰/۳٪ سنی بودند.

۱۱/۶٪ موارد ناپدری، و ۲۶/۹٪ موارد نامادری داشتند.

۳۸ نفر (۱۲٪) پدرشان و ۲۴ نفر (۷/۵٪) مادرشان فوت کرده بود. ۴۴/۷٪ مواردی که پدرشان فوت کرده بود در زمان فوت مادر زیر ۱۰ سال سن داشتند.

اعتیاد به سیگار در ۱۶/۷٪ موارد، اعتیاد

دسترس آغاز گردید. پس از پر کردن پرسشنامه و چک لیست، تمام بیماران توسط یک روانپزشک (مجری طرح) بررسی می شدند.

اطلاعات به دست آمده با روشهای آمار توصیفی ضریب همبستگی پیرسون و آزمون خی دو تجزیه و تحلیل شد.

### یافته‌ها

طی سه سال اجرای پژوهش ۳۱۸ مورد اقدام به خودکشی به طریق خودسوزی شناسایی شدند (۸/۲ درصد هزار نفر جمعیت عمومی)، که ۲۴۲ مورد (۷۹/۲ درصد) آنها منجر به مرگ شد (۶ نفر درصد هزار نفر جمعیت عمومی). خودسوزی کنندگان شامل ۲۶۴ زن (۸۳ درصد) و ۵۴ مرد (۱۷ درصد) بودند ( $X^2=76/34$  و  $P<0/001$ ;  $df=1$ ).

دامنه سنی آزمودنیها بین ۹ تا ۷۸ سال با میانگین ۲۷ سال ( $SD=13/5$ ) بود.

در گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال اقدام به خودسوزی به طور معنی داری بیشتر از سایر گروههای سنی بود ( $df=6$ ;  $P<0/001$  و  $X^2=114/71$ ). ۱۲۵ نفر (۳۹ درصد) در این گروه سنی قرار داشتند. ۴۸ درصد اقدام کنندگان متأهل بودند، ۵۷ درصد آنها تحصیلات متوسطه داشتند و ۷۵ درصد آنها را زنان خانه‌دار تشکیل می دادند (جدول ۱).

۷۷٪ اقدام کنندگان بومی منطقه بودند و ۲۳٪ موارد را مهاجرین از سایر مناطق تشکیل می دادند (دو نفر مهاجر کشورهای آسیای میانه بودند). ۵۲٪ موارد ساکن شهر و ۴۸٪ ساکن مناطق روستایی بودند.

آدم‌کشی کرده بودند. در ۸/۷٪ موارد سابقه خودکشی در بستگان درجه یک بیمار بود. ۴۷٪ خودسوزی کنندگان مرگ یکی از عزیزان خود را تجربه کرده بودند.

۱۵ درصد خودسوزیها در سالگرد فوت عزیزان صورت گرفته بود. ۱۹۶ نفر علت مشخصی را برای خودسوزی ابراز کردند (جدول ۲).

۲۳ نفر (۹/۵٪) بلافاصله و ۱۴۰ نفر (۵۷/۹٪) طی هفته اول اقامت در بیمارستان، ۱۶٪ طی هفته دوم و ۴/۵٪ آنان طی هفته سوم و بقیه طی هفته‌های چهارم تا نهم فوت کردند (زمان فوت ۲۱ نفر نامشخص بود).

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنیهای پژوهش بر حسب علل اقدام به خودسوزی

علت	تعداد	درصد
کشمکش زناشویی	۹۲	۲۸/۹
مشکلات خانوادگی	۳۸	۱۱/۹
شکست عشقی	۳۰	۹/۴
شکست تحصیلی	۲	۰/۶
کشمکش با بستگان همسر	۱۶	۵
بیماری	۸	۲/۵
احساس غم و اندوه	۵	۱/۶
تبعیض اجتماعی	۲	۰/۶
مشکلات سرپازی	۲	۰/۶
کشمکش با همسایه	۱	۰/۳
نامعلوم	۱۲۲	۳۸/۶
کل	۳۱۸	۱۰۰

در پیگیری نجات یافتگان پس از ۸ تا ۱۰ سال، هیچ موردی از تکرار خودسوزی دیده نشد و تنها یکی از نجات یافتگان که یک مرد

به الکل در ۲/۲٪ موارد و اعتیاد به تریاک و هروئین به ترتیب در ۴/۷٪ و ۱/۹٪ موارد گزارش گردید. پس از تقسیم ساعات شبانه روز به سه بخش، مشخص شد که ۲۱/۸٪ آنها بین ساعت ۱۰ شب تا ۶ صبح، ۴۰/۶٪ بین ساعت ۶ صبح تا ۲ بعد از ظهر و ۳۷/۶٪ بین ساعت ۲ بعد از ظهر تا ۱۰ شب اقدام به خودسوزی کرده بودند. شایعترین ساعت اقدام به خودسوزی بین ساعت ۲ تا ۳ بعد از ظهر بود (۷/۹٪ موارد). ۱۷/۲٪ خودسوزیها در روز تعطیل انجام شده بود.

خودسوزی در فصل بهار شایعتر از سایر فصلها بوده است. پس از آن فصل پاییز و تابستان دارای میزان شیوع بیشتری بوده‌اند. کمترین میزان شیوع در فصل زمستان بود. یعنی فصلی که معمولاً مواد سوختنی بیشتر در دسترس است ( $P < 0/05; df=3$ ) و  $(X^2=8/40)$ .

درجه سوختگی از ۷٪ سطح بدن تا ۱۰۰٪ سطح بدن بوده است. ۰/۶٪ موارد سوختگی زیر ۱۰٪ سطح بدن و ۲۹/۱٪ آنها بالای ۹۰٪ سوختگی داشتند. ۷۰/۸٪ سوختگیها سوختگی درجه ۳ بودند.

۶۲٪ موارد به طور ناگهانی (تکانشی) اقدام به خودسوزی کرده بودند. در ۳۹٪ موارد، پیش از اقدام در این باره صحبت کرده بودند و در ۹٪ موارد قصد خود را به صورت یادداشت کتبی مطرح کرده بودند. ۷/۴٪ موارد با یک یا چند نفر دیگر طرح خودکشی را ریخته و با هم اقدام کرده بودند. سابقه اقدام به خودکشی در ۲۷٪ خودسوزی کنندگان وجود داشت (۱۸٪ یک بار، ۴٪ دو بار، ۴٪ سه بار و ۱٪ چهاربار سابقه داشتند). ۲٪ موارد، پیش از خودسوزی اقدام به

۲۷ ساله بود، پس از ۶ سال با حلق آویز کردن خود، فوت کرده بود. البته موفق به پیگیری ۱۵ نفر از نجات یافتگان نشدیم.

## بحث

با اینکه خودسوزی یکی از مشکلات بهداشتی - اجتماعی کشور ما است، بررسی‌های کمی درباره آن انجام و منتشر شده است. از سوی دیگر بسیاری از این بررسیها به شیوه گذشته نگر<sup>۱</sup> به گردآوری اطلاعات پرداخته‌اند و کمتر از روش آینده‌نگر<sup>۲</sup> سودبرده‌اند.

در بررسیهای انجام شده در ایران ۱/۳۹ تا ۴۳ درصد خودکشی‌ها و فراخودکشی‌ها به روش خودسوزی گزارش شده‌اند که برخی از این بررسیها خالی از سوگیری<sup>۳</sup> نبوده‌اند. بالاترین رقم گزارش شده پیرامون موارد اقدام به خودسوزی مربوط به بررسی حاضر بوده است. با توجه به اینکه بخش سوختگی موجود در این شهر تنها بخش سوختگی موجود در استان است، بیشتر موارد اقدام به خودسوزی در سطح استان (و حتی استانهای همسایه) به این مرکز ارجاع می‌شوند. از این رو شیوع روش خودسوزی در مقایسه با سایر روشها که بیماران مربوط به آنها در سطح استان پخش می‌شوند نمود بیشتری یافته است.

در بررسیهای انجام شده در سایر کشورها، سالانه بین ۰/۷۶ تا ۸/۵ اقدام به خودسوزی (جکوبسون و همکاران، ۱۹۸۶؛ اسکوپرزو و همکاران، ۱۹۹۳؛ کلاسن و همکاران، ۱۹۸۹؛ سینگ و همکاران، ۱۹۸۲؛ اندریسون<sup>۴</sup> و نویز<sup>۵</sup> ۱۹۷۵؛ شت<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ دانیلز<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۱؛ توهیگ<sup>۸</sup>

همکاران، ۱۹۹۵) و ۰/۶ تا ۵۹/۵ مرگ ناشی از خودسوزی (پروسر، ۱۹۹۶؛ رالیق و بالاراجان، ۱۹۹۲؛ دانیلز و همکاران، ۱۹۹۱؛ کولند<sup>۹</sup>، ۱۹۸۵؛ لث<sup>۱۰</sup>، هارت مدسن<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۷) گزارش شده است.

در استرالیا (پرسلی<sup>۱۲</sup> و پگ<sup>۱۳</sup>، ۱۹۸۱) و ژاپن (یوشیوکا و همکاران، ۱۹۸۲؛ والیس، بک، ۱۹۹۹) در هر سال به ترتیب ۲/۵، ۵/۵ و ۲۱ مورد مرگ ناشی از خودسوزی گزارش می‌شود. در سرزمینهای فلسطین اشغالی در مدت یک سال ۱۰۲/۵ اقدام به خودسوزی و ۲۳ خودسوزی موفق صورت گرفته است (مودان و همکاران، ۱۹۷۰). در کشور هند که از نظر اجتماعی - اقتصادی - فرهنگی به ما نزدیکتر است، مرگ ناشی از خودسوزی بین ۲۴ مورد (در شهر کانپور<sup>۱۴</sup>) تا ۹۰ مورد (در شهر دهلی) در سال بوده است (سینگ و همکاران، ۱۹۸۲؛ گوپتا و سرباوستاوا، ۱۹۸۸).

بررسیهای انجام شده در زمینه خودکشی نشان می‌دهند که اقدام به خودکشی در زنان و خودکشی موفق در مردان بیشتر دیده می‌شود (کلرمن<sup>۱۵</sup>، ۱۹۸۷؛ روی<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۰؛ یاسمی و همکاران، ۱۳۷۷؛ حسن زاده، ۱۳۶۳). در بررسی حاضر اقدام به خودسوزی به طور معنی‌داری در خانمها شایعتر بود که با بررسی انجام شده در قاهره (مبروک و همکاران، ۱۹۹۹) و سایر بررسیها

1- retrospective  
3- Bias  
5- Noyes  
7- Daniels  
9- Copeland  
11- Hart Medsen  
13- Pegg  
15- Klerman

2- prospective  
4- Andreason  
6- Sheth  
8- Tuohig  
10- Leth  
12- Persley  
14- Kanpur  
16- Roy

(اسکویز و همکاران، ۱۹۹۳؛ اسکولی و هاجرسون، ۱۹۸۳؛ حاجیسکی و تودورف، ۱۹۹۶؛ گارسیا-سانچز و همکاران، ۱۹۹۴) در استرالیا ۴۷٪ (پرسلی و پگ، ۱۹۸۱) و در زنان آسیایی تبار یورکشایر ۶۴/۲٪ (شت و همکاران، ۱۹۹۴) بوده است. از عواملی که می‌توان در تبیین میزان بالای مرگ و میر در خودسوزیهای مازندران در نظر گرفت، دور بودن بسیاری از شهرها و روستاها از مرکز سوختگی استان، و ضعف نسبی مراقبتهای درمانی است. البته شاید قصد خودکشی در بیماران ما شدیدتر بوده و یا از مواد خطرناکتری برای سوزاندن خود استفاده کرده باشند. مرگ و میر در خودسوزیهای مصر، ۷۳٪ بوده (مبروک و همکاران، ۱۹۹۹) که به یافته‌های پژوهش حاضر نزدیک است.

مرگ فوری در بررسی حاضر در ۱۰/۴٪ مراجعان به بیمارستان دیده شد. این تعداد در انگلستان و کانادا به ترتیب ۳۱ و ۱۸٪ (اشتون<sup>۲۲</sup> و دونان<sup>۲۳</sup>، ۱۹۸۱؛ اشکروم<sup>۲۴</sup> و جانسون، ۱۹۹۲) گزارش شده است. میانگین روزهای زنده ماندن در خودسوزیهای موفق مازندران ۱۰/۱۶ روز (با انحراف معیار ۱۱/۹۵) بود. در حالیکه این میزان در برخی پژوهشها ۸/۵ تا ۱۸ روز گزارش شده است (دیویدسون و براون، ۱۹۸۵؛ اشکروم و جانستون، ۱۹۹۲؛ کاستلانی و همکاران،

(سونسون<sup>۱</sup> و دیمسدیل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰؛ اسکویز و همکاران، ۱۹۹۳؛ لایکلر<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ اسکولی<sup>۴</sup> و هاجرسون<sup>۵</sup>، ۱۹۸۳؛ شت و همکاران، ۱۹۹۴؛ پرسلی و پگ، ۱۹۸۱) همسویی دارد. در حالی که در برخی از بررسیها تفاوتی میان دو جنس گزارش نشده است (کلاسن و همکاران، ۱۹۸۹ دیویدسون<sup>۶</sup> و براون<sup>۷</sup>، ۱۹۸۵؛ حاجیسکی<sup>۸</sup> و تودورف<sup>۹</sup>، ۱۹۹۶؛ کاستلانی<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۵). در بررسیهای دیگر نشان داده‌اند که مردان بیش از زنان اقدام به خودسوزی می‌کنند (گارسیا<sup>۱۱</sup> - سانچز<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۴). برخی از پژوهشگران تمام موارد خودسوزی منجر به مرگ را در زنان گزارش نموده‌اند (اندریسون و نویز، ۱۹۷۵). در بررسی حاضر نسبت زنان به مردان در خودسوزیهای موفق ۵ به ۱ بوده است.

میزان سوختگی سطح بدن در آزمودنیهای پژوهش حاضر بین ۷ تا ۱۰۰٪ و به طور متوسط ۶۲/۹٪ (با انحراف معیار ۲۷/۹٪) بوده است. این مقدار در برخی پژوهشها بین ۲۹/۵ تا ۴۴/۴٪ (اسکویز و همکاران، ۱۹۹۳؛ اندریسون و نویز، ۱۹۷۵؛ اسکولی و هاجرسون، ۱۹۸۳؛ شت و همکاران، ۱۹۹۴؛ توهیگ، سافل<sup>۱۳</sup>، سالیوان<sup>۱۴</sup>، موریس<sup>۱۵</sup> و لتو<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۵؛ پرسلی و پگ، ۱۹۸۱؛ آنوشچنکو<sup>۱۷</sup> و اسمیروف<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۵؛ کاستلانی و همکاران، ۱۹۹۵؛ کمپ<sup>۱۹</sup>، دتیریش<sup>۲۰</sup>، روز<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۰) و در مصر، ۴۵٪ (مبروک و همکاران، ۱۹۹۹) گزارش شده است.

در بررسی حاضر ۷۹/۲٪ مراجعان فوت کردند، ۹/۲٪ آنها نجات یافتند و ۱۱/۶٪ به مراکز دیگر اعزام شدند. میزان مرگ و میر در خودسوزیهای سایر کشورها ۱۲ تا ۳۹٪

- |                 |                |
|-----------------|----------------|
| 1- Swenson      | 2- Dimsdale    |
| 3- Laubichler   | 4- Scully      |
| 5- Hutcherson   | 6- Davidson    |
| 7- Brown        | 8- Hadjiiski   |
| 9- Todorov      | 10- Castellani |
| 11-Garcia       | 12- Sanchez    |
| 13- Saffle      | 14- Sullivan   |
| 15- Moriss      | 16- Letho      |
| 17- Anoshchenko | 18- Smirov     |
| 19- Kamp        | 20- Dietrich   |
| 21- Ross        | 22- Ashton     |
| 23- Donnan      | 24- Shkrum     |

۱۹۹۵). در تبیین تفاوت در میزان مرگ فوری، همان مسائل مطرح شده در مورد میزان مرگ و میر را می‌توان مطرح کرد. البته تفاوت در روش بررسی را نباید از نظر دور داشت. کمترین میزان روزهای زنده ماندن مربوط به بررسی انجام شده کانادا (اشکروم و جانستون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲) است.

۳۳/۶٪ خودسوزی کنندگان را نوجوانان تشکیل دادند که میانگین سنی آنان کمتر از میانگین سنی گزارش شده در بررسیهای انجام شده بوده است (اسکویرز و همکاران، ۱۹۹۳؛ پروسر، ۱۹۹۶؛ دیویدسون<sup>۲</sup> و براون<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵؛ لث و هارت-مدسن، ۱۹۹۷؛ کاستلانی و همکاران، ۱۹۹۵). بیشتر بیماران مورد بررسی در دهه سوم زندگی بودند، که تقریباً مشابه مهاجرین شبه جزیره هند (رالیق و بالاراجان، ۱۹۹۲) و زنان آسیایی تبار (شت و همکاران، ۱۹۹۴) در انگلستان و بیماران کانادا (که یک کشور مهاجر پذیر و چند فرهنگی است) (اشکروم و جانستون، ۱۹۹۲) می‌باشد.

به جز بررسیهای دیویدسون و براون (۱۹۸۵) و دانیلز و همکاران (۱۹۹۱)، سایر بررسی‌ها (اسکویرز و همکاران، ۱۹۹۳؛ پروسر، ۱۹۹۶؛ سینگ و همکاران، ۱۹۸۲؛ شت و همکاران، ۱۹۹۴) همچنین بررسی حاضر نشان دادند که متأهل‌ها بیشتر از مجردها خودسوزی کرده بودند.

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر شیوع بیشتر خودسوزی در بهار و پاییز با یافته‌های سایر پژوهشهای انجام شده بر روی خودکشی (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸) همسو است. هر چند، برخی از بررسیها خودکشی را در فصل بهار و تابستان شایعتر گزارش

کرده‌اند (گلدر و همکاران، ۱۹۹۶).

نیمی از افراد پیش از اقدام به خودسوزی قصد خود را ابراز کرده بودند، که این یافته با یافته‌های پژوهشی گزارش شده توسط اسکویرز و همکاران (۱۹۹۳) همسویی دارد.

نزدیک به یک سوم افراد مورد بررسی در پژوهش حاضر سابقه اقدام به خودکشی در گذشته خود را یادآور شده‌اند. در برخی بررسیها ۲۸ تا ۶۱٪ اقدام کنندگان به خودسوزی در تاریخچه زندگی خود سابقه این اقدام را گزارش نموده‌اند (اسکویرز و همکاران، ۱۹۹۳؛ پروسر، ۱۹۹۶؛ دیویس، ۱۹۶۲؛ دیویدسون و براون، ۱۹۸۵؛ اسکولی و هاجرسون، ۱۹۸۳؛ دانیلز و همکاران، ۱۹۹۱؛ کولند، ۱۹۸۵؛ اشکروم و جانستون، ۱۹۹۲).

مهمترین عامل تنش زای منجر به خودسوزی در مازندران مشکلات زناشویی بود. مهمترین علتی که پروسر (۱۹۹۶) در انگلستان و ولز برای اقدام به خودسوزی ذکر نموده با بررسی حاضر همسویی دارد. گفتنی است که آزمودنیهای پژوهش پروسر را زنان آسیایی تبار تشکیل می‌دادند.

در سایر پژوهشها کشمکش در روابط بین فردی عامل مهم خودسوزی بوده است (اشکروم و جانستون، ۱۹۹۲). شت و همکاران (۱۹۹۴) بر این باورند که تنشهای ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و کشمکش‌های بین فردی به ویژه در ارتباط با مسئله ازدواج، بالاتر بودن میزان خودسوزی در زنان آسیایی تبار را به همراه داشته است. بررسیهای انجام شده در هند نیز ناسازگاریهای زناشویی و اختلافات خانوادگی را عامل زمینه ساز خودسوزیها گزارش کرده‌اند (سینگ و

1- Johnston  
3- Brown

2- Davidson



همکاران، ۱۹۸۲؛ گوپتا و سریواستاوا، ۱۹۸۸؛ رائو<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۹). سینگ و همکاران (۱۹۹۸)، اعتراض به تصمیم دولت هند در زمینه مسائل صنفی و شغلی را دلیل اقدام به خودسوزی در ۲۲ دانشجو یا دانش آموز گزارش کرده‌اند.

در دسترس بودن وسایل خودسوزی توجیه مناسبی برای انتخاب روش خودسوزی نیست. چرا که در فصل زمستان که بیشترین دسترسی به مواد سوختی وجود دارد، کمترین مقدار خودسوزی گزارش شده است. بی شک، عامل تقلید را نمی‌توان نادیده گرفت، ولی شاید بهترین تبیین در این زمینه، تبیین روان‌پویایی<sup>۲</sup> باشد که خود متأثر از باورهای فرهنگی تجارب عاطفی - هیجانی دوران کودکی و مفاهیم اساطیری و مانند آن است (گاستون، ۱۳۶۴).

با توجه به آنچه بیان گردید برای کاهش پدیده خودسوزی به ویژه در مازندران نیاز به تمهیدات پیشگیری کننده و ارائه خدمات مشاوره‌ای و مددکاری اجتماعی برای خانواده‌ها و کوشش در راستای کاهش کشمکش‌های بین فردی به ویژه در رابطه با ازدواج و سبک زندگی در زنان جوان است.

### سیاسگزاری

از معاونت محترم پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که بخشی از هزینه‌های این پژوهش را تأمین کرده‌اند، به ویژه از سرکار خانم فاطمه خادمی که انجام بخش بزرگی از کارهای اجرایی این پژوهش را پذیرفتند سپاسگزاری می‌شود.

### منابع

ابریشمی، مریم؛ ملک پور، سودابه. (۱۳۷۷). بررسی موارد گزارش شده خودکشی در استان خراسان، فصلنامه *اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۳، ص ۷۹.

احمدی، ا. م؛ حاجی احمدی، م. (۱۳۷۹). گزارش اپیدمیولوژی خودکشی موفق در استان مازندران در سالهای ۷۱-۷۰. *نامه دانشگاه*، سال دهم، شماره ۲۸، ۱۲-۸.

افقه، سوسن؛ آقا حسنی، م. (۱۳۷۵). *گزارش طرح تحقیقاتی اپیدمیولوژی اقدام به خودکشی درموارد ارجاع شده به بیمارستانهای شهر ساری*. ساری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مازندران، معاونت پژوهشی.

گاستون، باشلار (۱۳۶۴). *روانکاوی آتش*. ترجمه جلال ستاری. تهران: انتشارات توس.

حسن زاده، مهدی (۱۳۶۳). بررسی علل خودکشی در اصفهان. *تازه‌های تحقیق در روانپزشکی*. مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران. شماره ۸۵۱۴.

حیدری پهلویان، احمد (۱۳۷۶). وضعیت روانی، اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان، فصلنامه *اندیشه و رفتار*. سال سوم، شماره ۱ و ۲، ۳۱-۱۹.

موسوی، فاطمه؛ شاه محمدی، داود؛ کفاشی، احمد (۱۳۷۹). بررسی همه گیرشناسی خودکشی در مناطق روستایی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. سال پنجم، شماره ۴، ۱۰-۴.

معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۵). *خلاصه‌ای از مشکل خودکشی در استان ایلام*. در خلاصه برنامه پیشگیری از خودکشی. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی.

یاسمی، محمد تقی؛ صانعی، نسرین؛ ملک پور افشار،

- Journal of Legal Medicine*, 95, 51-57.
- Crosby, K., Rhee, J. O., & Holland, J. (1977). Suicide by fire: a contemporary method of political protest. *International Journal of Social Psychiatry*, 23, 60-69.
- Daniels, S. M., Fenley, J.D., Powers, P. S., & Cruse, C. W. (1991). Self-inflicted burns: a ten-year retrospective study. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 12, 144-147.
- Davidson, T. I., & Brown, L., C. (1985). Self inflicted burns: a 5-year retrospective study. *Burns*, 11, 157-160.
- Davis, J. (1962). Suicide by fire. *Journal of Forensic sciences*, 7, 393-397.
- Eckert, W. G., (1977). *Forensic medicine*, Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Garcia-Sanchez, V., Palao, R., & Legarre, F., (1994). Self-inflicted burns. *Burns*; 20(6): 537-538.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P. (1996). *Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Gupta, R. K., & Srivastava, A. K. (1988). Study of fatal burns cases in Kanpur (India). *Forensic Science International*, 37, 81-89.
- Hadjiiski, O., & Todorov, P. (1996). Suicide by self-inflicted burns. *Burns*, 22, 381-383.
- Hammond, J. S., Ward, C. G., & Pereira, E. (1988). Self-inflicted Burns. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 9, 178-179.
- Jacobson, R., Jacobson, M., & Berelowitz, M. (1986). Self-incineration: a controlled com-
- رضا؛ هنرمند، علیرضا؛ میرشکاری، رضا (۱۳۷۷). مطالعه همه گیر شناسی اقدام به خودکشی در کرمان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۴، ۲۷-۱۵.
- Abu Ragheb, S., Qaryoute, S., & Elmuhtaseb H. (1984). Mortality of burn injuries in Jordan. *Burns*, 10, 439-443.
- Andreason, N.C., & Noyes, R. (1975). Suicide attempted by self immolatin. *American Journal of Psychiatry*. 132, 554-556.
- Anoshchenko, I. D., & Smirov, S. V. (1995). The medicosocial status of the victims of burns as a consequence of a suicide attempt. *Zh. Nevropatol Psikiatri*, 95, 72-73.
- Ashton, J. R., & Donnan, S. (1981). Suicide by burning, an epidemiologic phenomenon: an analysis of 82 deaths and inquests in England and Wales in 1978-9. *Psychological Medicine* 11: 735-739.
- Barraclough, B., Shepherd, D., & Jennings, C. (1997). Do newspaper reports of coroners' inquests incite people to commit suicide. *British Journal of Psychiatry*, 131, 528-532.
- Castellani, G., Beghini, D., & Marigo, M. (1995). Suicide attempted by burning: a 10-year study of self immolation deaths. *Burns*, 21: 607-609.
- Cheng, T.A., & Lee, C. S. (2000). Suicide in Asia and the Far East. *In Suicide and Attempted Suicide*. In K. Hawton Van Heeringen (Eds.). New York: Wiley.
- Copeland, A. R. (1985). Suicidal fire deaths revisited (Zeitschriftfur rechtsmedizin)

- parison of inpatient suicide attempts. *Psychological Medicine*, 16, 107-116.
- Johnson, F. Y., & Sinha, S. U. (1993). Deliberate self-harm by means of kerosenfire by woman in Papua New Guinea. *PNG Medical Journal*, 36, 16-21.
- Kamp, P. S., Dietrich, A. M., & Ross, R. B. (1990). Substance abuse and attempts at suicide by burning. *American Journal of Psychiatry*, 147, 811-815.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of psychiatry, behavioral sciences clinical psychiatry*, Baltimore: Williams and Wilkins.
- Klasen, H. J., Van der Tempel, G. L., Hekert, J., & Sauer, E. W. (1989). Attempted suicide by means of burns. *Burns* 15, 88-92.
- Klerman, G. L. (1987). Clinical epidemiology of suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 33-38.
- Laubichler W., Kuhberger, A., & Sedlmeier, P. (1995). Fire setting in attempted suicide. *Archive of Criminology*, 195, 9-17.
- Leth, P., & Hart-medsen, M. (1997). Suicide by self - incineration. *American Journal Forensic Medical Pathology*; 18, 113-118.
- Mabrouk, A. R., Mahmud Omar, A. N., Massoud, K., Magdy Sherif, M., & El Sayed, N. (1999). Suicide by burns: a tragic end. *Burns*, 25, 337-339.
- Modan, B., Nissdenkorn, I., & Lewkowski, S. R. (1970). Comparative epidemilogic aspects of suicide and attempted suicide in Israel. *American Journal of Epidemiology* 91, 393-399.
- O'Donoghue, J. M., Panchal, J. L., O'Sullivan, S. T., O'Shaughnessy, M., O' Connor, T. P., & Keeley, H. (1998). A study of suicide and attempted suicide by self-immolation in an Irish psychiatric population: an increasing problem. *Burns*, 24, 144-146.
- Persley, G. V., & Pegg, S. P. (1981). Burn injuries related to suicide. *Medical Journal of Australia*, 1, 134-139.
- Prosser, D. (1996). Suicides by burning in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 168, 175-182.
- Raleigh, V. S., & Balarajan, R. (1992). Suicide and self-burning among Indians and West Indians in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 161, 365-368.
- Roy, A. V., Mahendran, N., Gopalakrishnan, C. (1989). One hundred female burns cases: A study in sociology. *Indian Journal of Psychiatry*, 31, 45-50.
- Roy, A. (2000). Psychiatric emergencies. In B. J., Sadock, V. A. Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Scully, J. H., & Hutcherson, R. (1983). Suicide by burning. *American Journal of Psychiatry*, 140, 905-906.
- Sheth, H., Dziewulski, P., & Settle, J. A. (1994). Self-inflicted burns: a common way of suicide in the Asian population. A 10-year retrospective study. *Burns*, 20, 334- 335.
- Shkrum, M. J., & Johnston, K. A. (1992). Fire and suicide; a three-year study of self-

- immolation deaths. *Journal of Forensic Science*: 37, 208-221.
- Singh, B., Ganeson, D., & Chattopadhyay, P. K. (1982). Pattern of suicides in Dehli: *a study of the cases reported at the police morgue*, Dehli. *Medical Science and Law*, 22, 195-198.
- Squyres, V., Law, E. J., & Still, J. M. (1993). Self inflicted burns. *Journal of Care Rehabilitation*, 14, 476-479.
- Stoddard, F. J., Pahlavan, K., & Cahners, S. S. (1985). Suicide attempted by self-immolation during adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 12, 251-265.
- Swenson, J. R., & Dimsdale, J. E. (1990). Substance abuse and attempts at suicide by burning. *American Journal Psychiatry*, 147, 811-815.
- Tuohig, G. M., Saffle, J. R., Sullivan, J. J., Morris, S., & Letho, S. (1995). Self-inflicted patient burns suicide versus mutilation. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 16, 429-436.
- Venkoba, R. A., (1983). India, Suicide in Asia and Near East. In L. A. Headley (Ed.). *California*: California University Press.
- Wallace, K. L., & Pegg, S. P. (1999). Self-inflicted burn injuries: An 11-year retrospective study. *Journal of Burn Rehabilitation*, 20, 191-194.
- Yoshioka, T., Ohashi, Y., Sugimoto, H. Sawada, Y., Kobayashi, H., & Sugimoto, T. (1982). Epidemiological analysis of deaths caused by burns in Osaka, Japan. *Burns*, 8, 414-423.
- Zemishlany, Z., Weinberger, A., Ben Bassat, M., & Mell, H. (1987). An epidemic of suicide attempts by burning in a psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry*, 150, 704-706.