

بررسی علل اقدام به خودسوزی زنان متأهل

فرشته امیر مرادی* (کارشناس ارشد پرستاری) - اشرف الملوک معماری** (کارشناس ارشد پرستاری) - طیّب رمیم*** (کارشناس پرستاری) - عباس مهران** (کارشناس ارشد آمار) - خدیجه خسروی**** (کارشناس ارشد پرستاری)

** عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** بیمارستان فیروزآبادی دانشگاه علوم پزشکی ایران

**** مربی آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه حیات

سال یازدهم شماره ۲۴ و ۲۵ بهار و تابستان ۱۳۸۴ صص ۵۰-۴۱

تاریخ دریافت مقاله: آذر ماه ۱۳۸۳

تاریخ پذیرش مقاله: بهمن ماه ۱۳۸۳

چکیده

مقدمه: اقدام به خودکشی به روش خودسوزی، روشی خشن و بی‌رحمانه در جهت پایان دادن به زندگی است که فرد با آتش زدن جسم خود سعی در از بین بردن خویشتن دارد. مؤثرترین راه کاهش عوارض و مرگ و میر خودسوزی، پیشگیری است.

مواد و روش کار: این مطالعه یک پژوهش توصیفی است که بر روی مراجعین مرکز سوانح سوختگی شهید مطهری، تنها مرکز بستری مخصوص زنان صدمه دیده از سوختگی در شهر تهران، در مدت یک سال (از آذر ماه ۱۳۸۰ تا آذر ماه ۱۳۸۱) انجام شده است. نمونه‌ها شامل زنان متأهل بستری در این مرکز در مدت زمان مذکور بودند. معیارهای لازم برای ورود به مطالعه شامل: مؤنث بودن، تأهل، عدم سابقه ابتلا به بیماری جسمی، روانی و اعتراف فرد به خود سوزی بود. جهت گردآوری اطلاعات، پرسشنامه و مصاحبه به کار گرفته شد. برای توصیف یافته‌ها از آمار توصیفی و نرم‌افزار آماری SPSS استفاده گردید.

یافته‌ها: ۳۵ زن دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند. بیشترین گروه سنی گروه ۲۵-۲۱ سال، (میانگین سنی $24/57 \pm 3/94$ سال) ۸۰ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۹۷/۱ درصد خانه‌دار و ۶۸/۸ درصد خانواده‌ها دارای درآمد ماهیانه کمتر از صد هزار تومان بودند که اختلاف آماری معناداری در تمام این موارد وجود داشت. در ۴۲٪ موارد، خودسوزی بین ساعت ۱۸-۱۲ و در ۴۵/۷٪ مکان خودسوزی حیاط منزل و در ۹۱/۴٪ موارد از نفت به عنوان ماده سوختی استفاده شده بود. ۹۴/۳٪ از واحدها، خشونت فیزیکی و کلامی شوهر خویش را تجربه کرده بودند، ۶۰٪ زنان تحت مطالعه از شوهر خود به عنوان مقصر اصلی یاد نموده و ۹۱/۴٪ از زنان از منابع حمایتی در جامعه اطلاع نداشتند. تمامی واحدهای مورد پژوهش به علت عوارض ناشی از سوختگی فوت کردند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین علل اقدام به خودسوزی در زنان متأهل، خشونت خانوادگی و مشکلات زناشویی می‌باشند. پرستاران بهداشت جامعه به دلیل ارتباط نزدیک با خانواده نقش مؤثری در پیشگیری از رفتار خودسوزی از طریق شناسایی عوامل خطر و برطرف کردن آنها دارند.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، خودسوزی، زنان متأهل، خشونت خانوادگی، پرستاری بهداشت جامعه

* نویسنده مسئول مقاله: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تلفن و نمابر: ۶۶۹۳۳۶۰۰

E-mail: amirmoradi_msn@yahoo.com

مقدمه

اقدام به خودکشی به روش خودسوزی، روشی خشن و بی‌رحمانه در جهت پایان دادن به زندگی است که فرد با آتش زدن جسم خود سعی در از بین بردن خویشستن دارد. خودسوزی در عین حال روشی است که از یک سو جنبه نمایشی داشته و باعث جلب توجه اطرافیان می‌گردد و از سوی دیگر حس ترحم آنها را تحریک می‌کند. خودسوزی باعث ایجاد سوختگی‌های عمیق و با درصدهای بالا می‌شود و پس از زجر فراوان مددجو و خانواده‌اش غالباً به مرگ منجر می‌گردد (۱).

علل اقدام به خودسوزی معمولاً در زیر مجموعه علل خودکشی قرار می‌گیرد که عبارتند از اختلالات: روانپزشکی، جسمی و عوامل اجتماعی، روان‌شناختی، بیولوژیکی، ژنتیکی. انگیزه و علل اقدام به خودسوزی را تا حدودی مربوط به مشکلات زناشویی، اختلافات خانوادگی، مسایل مالی، بیماری‌های روانی و ازدواج تحمیلی می‌دانند (۲ و ۳ و ۴).

خودسوزی روشی عجیب و غیر معمول در فرهنگ غرب به شمار می‌رود (۵). در آمریکا و کشورهای اروپایی، خودسوزی در آخرین رده انواع خودکشی، قرار می‌گیرد. بر اساس آمار ارایه شده در آمریکا در سال ۲۰۰۲، تنها ۱۵۰ مورد از ۳۱۶۵۵ مورد خودکشی مربوط به خودسوزی بوده است که ۰/۵ درصد کل موارد خودکشی را شامل می‌گردد (۶).

در ۵۵ مطالعه منتشر شده در بیست سال گذشته در مورد خودسوزی در سراسر جهان، ۳۳۵۱ مورد خودسوزی وجود داشت که ۲۲۹۶ مورد آن به مرگ انجامیده بود. هند دارای بالاترین میزان خودسوزی در دنیا و بالاترین

میزان مرگ و میر ناشی از آن می‌باشد. در کشورهای غربی مردان و در خاورمیانه و کشورهای شبه قاره هند، زنان بیشترین قربانیان خودسوزی هستند. قربانیان به سه دسته کلی تقسیم می‌شوند:

۱ - بیماران دارای اختلال روانی (کشورهای غربی و خاورمیانه)

۲ - خودسوزی به دلایل شخصی (هند، سریلانکا، گینه نو، زیمبابوه)

۳ - آنهایی که دارای انگیزه سیاسی بودند (هند، کره جنوبی).

در طول ۱۰ سال (۲۰۰۱-۱۹۹۱)، ۱۱ مطالعه منتشر شده از خاورمیانه، ۸۴۲ مورد خودسوزی را گزارش کرده بودند که از آن میان ۷۱۲ مورد (۸۴ درصد) مربوط به ۳ مطالعه از ایران بود. هند، سریلانکا و ایران در مجموع چهل درصد کل موارد خودسوزی در دنیا را به خود اختصاص می‌دهند (۷).

متأسفانه در ایران آمار کلی و گویایی از موارد اقدام به خودسوزی و درصد مرگ و میر آن وجود ندارد و مطالعات انجام شده محدود به یک یا چند مرکز اصلی سوانح سوختگی در شهرهای بزرگ می‌باشد. بر اساس این مطالعات، خودسوزی یکی از روش‌های شایع خودکشی در ایران است که در استان‌های غربی کشور و در بین زنان شایع‌تر است و گاهی تا ۹ برابر مردان می‌باشد (جدول شماره ۱).

خودسوزی در ایران، اغلب توسط کسانی انجام می‌گردد که به هیچ نوع سیستم حمایتی دسترسی نداشته و تمام اقدامات انجام شده آنها جهت رسیدن به هدف، که معمولاً رهایی از یک وضعیت آزاردهنده می‌باشد، بی‌نتیجه مانده است. در این میان زنان به دلیل وضعیت

خاص جنسی، انتظارات جامعه از جنس زن (قبول هر گونه ناهنجاری، خشونت، سختی و عذاب در محیط خانواده جهت تداوم زندگی زناشویی) و عدم وجود سیستم‌های حمایتی کارآمد، بیشتر در معرض خطر خودسوزی قرار دارند (۱۸-۸).

به این دلیل که خودسوزی معمولاً به مرگ ختم می‌گردد، بهترین راه در کاهش مرگ و میر آن، پیشگیری است. پرستاران بهداشت جامعه به علت موقعیت حرفه‌ای و تخصصی خود نقش مؤثری در کاهش موارد اقدام به خودسوزی دارند. آموزش مهارت‌های حل مشکل به خانواده‌ها، ارایه مشاوره در حل مشکلات فردی و خانوادگی، معرفی به مراکز مشاوره و ارجاع به مراکز تخصصی از جمله اقداماتی به شمار می‌رود که پرستاران قادر به انجام آن هستند (۲۰-۱۹).

از آن جا که در اغلب مطالعات صورت گرفته در داخل و خارج کشور، تعداد زنان خودسوخته نسبت به مردان بیشتر بوده است و نیز به دلیل این که تبعات و پی‌آمدهای جسمی، روانی، اجتماعی و خانوادگی خودسوزی زنان متأهل، از اهمیت بالایی برخوردار است، پژوهش حاضر با هدف تعیین مشخصات فردی زنان متأهل خودسوخته، علل اقدام به خودسوزی در زنان مذکور و تعیین نقش و اهمیت پرستار بهداشت جامعه در جهت پیشگیری از خودسوزی و کاهش موارد مرگ و میر ناشی از آن، انجام گردیده است.

مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش توصیفی بوده و در مرکز سوانح سوختگی شهید مطهری که تنها مرکز بستری مخصوص زنان صدمه

دیده از سوختگی در شهر تهران می‌باشد، در مدت یک سال (از آذر ماه ۱۳۸۰ تا آذر ماه ۱۳۸۱) انجام شده است. نمونه‌ها شامل زنان متأهل بستری در این مرکز در مدت زمان مطالعه بودند. معیارهای لازم برای ورود به مطالعه شامل: زن، تأهل، عدم سابقه ابتلا به بیماری جسمی، روانی و اعتراف فرد به خودسوزی بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو قسمت مشخصات فردی، شامل ۹ سؤال و اطلاعات مربوط به خودسوزی، شامل ۴۰ سؤال بود که پس از انجام درمان‌های اولیه و در صورت توانایی مددجو به پاسخگویی و پس از توضیح در مورد تحقیق و نیز با کسب اجازه کتبی از واحدها و اطمینان به محرمانه بودن اطلاعات به دست آمده، پرسشنامه از طریق مصاحبه تکمیل گردید.

جهت تعیین اعتبار و اعتماد علمی پرسشنامه از اعتبار محتوی استفاده شد. برای توصیف یافته‌ها از آمار توصیفی و برای مقایسه نتایج از آزمون مجذور کای و نرم‌افزار آماری SPSS استفاده گردید $p < 0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۳۵ زن دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند. یافته‌ها نشان داد که ۴۸/۶ درصد زنان مورد پژوهش در گروه سنی ۲۵-۲۱ سال قرار داشتند (میانگین سنی $23/94 \pm$ ۲۴/۵۷ سال)، ۴۸/۶ درصد در حومه شهر زندگی می‌کردند، ۸۰ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۹۷/۱ درصد خانه‌دار و ۶۸/۸ درصد خانواده‌ها دارای درآمد ماهیانه کمتر از صد هزار تومان بودند. اختلاف آماری معناداری بین گروه‌های سنی، میزان

تحصیلات، شغل و درآمد ماهیانه وجود داشت اما اختلاف آماری معناداری میان محل‌های مختلف سکونت برقرار نبود (جدول شماره ۲).

در ۴۲/۹ درصد از موارد، خودسوزی بین ساعت ۱۲ تا ۱۸ بعدازظهر رخ داده بود که اختلاف آماری معناداری نسبت به سایر ساعات شبانه روز داشت. در ۴۵/۷ درصد از موارد، خودسوزی در حیات منزل رخ داده بود که دارای اختلاف آماری معناداری با سایر مکان‌ها بود (جدول شماره ۳).

۹۱/۴ درصد زنان از نفت به عنوان ماده سوختی استفاده کرده بودند که اختلاف آماری معناداری با سایر موارد مورد استفاده وجود داشت (جدول شماره ۴).

۹۴/۳ درصد زنان خشونت فیزیکی و

کلامی شوهر خود را تجربه کرده و ۶۰ درصد شوهر خود را به عنوان مقصر اصلی خودسوزی عنوان کرده بودند که در هر دو مورد اختلاف آماری معناداری به چشم می‌خورد. با وجود این که ۴۰ درصد زنان دارای اختلاف سنی ۱۰-۵ سال با شوهر خود بودند، اختلاف آماری معناداری با سایر گروه‌های اختلاف سنی وجود نداشت (جدول شماره ۶ و ۵).

۹۱/۴ درصد زنان از منابع حمایتی (پلیس، وکیل، مراکز مشاوره و سازمان بهزیستی) در جامعه آگاهی نداشتند و ۹۷/۱ درصد سابقه مراجعه به این منابع را ذکر نکردند.

تمام زنان شرکت‌کننده در این مطالعه به علت عوارض ناشی از سوختگی فوت کردند.

جدول شماره ۱- مشخصات اپیدمیولوژیک برخی از مطالعات مربوط به خودسوزی در ایران سال ۸۱-۱۳۸۰

| شماره منبع مقاله | مرگ و میر (درصد) | بیشترین گروه سنی (سال) | تعداد افراد سوخته | | | مدت مطالعه (سال) | شهر |
|---------------------|---------------------|---------------------------|-------------------|-----|-----|---------------------|----------------------|
| | | | جمع | زن | مرد | | |
| ۱۲ | ۷۸ | ۱۵-۲۹ | ۲۹۶ | ۲۵۶ | ۴۰ | ۴ (۱۹۹۴-۱۹۹۸) | شیراز |
| ۱۳ | ۷۷/۳ | میانگین سنی ۲۶/۹ | ۱۱۰ | ۰ | ۱۱۰ | ۲ (۱۹۹۷-۱۹۹۹) | تهران* |
| ۱۴ | ۷۹/۶ | ۲۰-۲۹ | ۴۱۲ | ۴۰۸ | ۴ | ۴ (۱۹۹۸-۲۰۰۲) | تبریز |
| ۱۵ | ۷۹ | میانگین سنی ۲۷ | ۳۱۸ | ۲۶۴ | ۵۴ | ۳ (۱۹۹۱-۱۹۹۳) | مازندران |
| ۱۶ | ۵۹/۵ | ۲۰-۲۹ | ۸۶ | ۷۶ | ۱۰ | ۲ (۲۰۰۲-۲۰۰۴) | کهگیلویه و بویر احمد |
| ۱۷ | ۷۸/۶ | میانگین سنی ۲۶ | ۴۲ | ۲۹ | ۱۳ | ۲ (۲۰۰۰-۲۰۰۲) | مسجد سلیمان |
| ۱۸ | ۷۶/۵ | ۱۶-۲۵ | ۹۸ | ۸۸ | ۱۰ | ۶ (۱۹۹۴-۲۰۰۰) | کردستان |
| ۲۴ | --- | ۱۰-۱۹ | ۱۲۷ | ۱۱۲ | ۱۵ | ۱ (۱۹۹۹-۲۰۰۰) | خرم آباد |

* این مطالعه در مرکز بستری مخصوص مردان انجام شده است.

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی مشخصات فردی زنان متأهل خود سوخته بستری در مرکز سوانح سوختگی شهید

مطهری تهران در سال ۸۱-۱۳۸۰

| درصد | تعداد | وضعیت | مشخصات فردی |
|-------|-------|-----------------|--------------------------|
| ۱۷/۱۰ | ۶ | ۱۵-۲۰ | گروه های سنی (سال) |
| ۴۸/۶۰ | ۱۷ | ۲۱-۲۵ | |
| ۲۵/۷۰ | ۹ | ۲۶-۳۰ | |
| ۸/۶۰ | ۳ | ۳۱-۳۵ | |
| ۱۰۰ | ۳۵ | جمع | |
| ۱۷/۱۰ | ۶ | شهر | محل سکونت |
| ۴۸/۶۰ | ۱۷ | حومه شهر | |
| ۳۴/۳۰ | ۱۲ | روستا | |
| ۱۰۰ | ۳۵ | جمع | |
| ۲۲/۹۰ | ۸ | بی سواد | میزان تحصیلات |
| ۵۷/۱۰ | ۲۰ | کمتر از دیپلم | |
| ۲۰/۰۰ | ۷ | دیپلم | |
| ۰/۰۰ | ۰ | بالاتر از دیپلم | |
| ۱۰۰ | ۳۵ | جمع | |
| ۹۷/۱۰ | ۳۴ | خانه دار | شغل |
| ۲/۹۰ | ۱ | کارمند | |
| ۱۰۰ | ۳۵ | جمع | |
| ۶۸/۸۰ | ۲۴ | کمتر از ۱۰۰ | میزان درآمد (هزار تومان) |
| ۲۰/۰۰ | ۷ | ۱۰۰-۲۰۰ | |
| ۱۱/۴۰ | ۴ | ۲۰۰-۳۰۰ | |
| ۰/۰۰ | ۰ | بالاتر از ۳۰۰ | |
| ۱۰۰ | ۳۵ | جمع | |

جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی زمان و مکان اقدام به خودسوزی در زنان متأهل خود سوخته بستری در مرکز سوانح

سوختگی شهید مطهری تهران در سال ۸۱-۱۳۸۰

| درصد | تعداد | وضعیت | زمان و مکان خودسوزی |
|-------|-------|------------|--------------------------------|
| ۵/۷۰ | ۲ | ۰-۶ | زمان خودسوزی (ساعات شبانه روز) |
| ۲۸/۵۰ | ۱۰ | ۶-۱۲ | |
| ۲۴/۹۰ | ۱۵ | ۱۲-۱۸ | |
| ۲۲/۹۰ | ۸ | ۱۸-۲۴ | |
| ۱۰۰ | ۳۵ | جمع | |
| ۲۲/۹۰ | ۸ | آشپزخانه | مکان خودسوزی |
| ۵/۷۰ | ۲ | اتاق نشیمن | |
| ۲۲/۹۰ | ۸ | حمام | |
| ۴۵/۷۰ | ۱۶ | حیاط | |
| ۲/۹۰ | ۱ | خیابان | |
| ۱۰۰ | ۳۵ | جمع | |

جدول شماره ۴ - توزیع فراوانی ماده مورد استفاده برای خودسوزی در زنان متأهل خود سوخته بستری در مرکز

سوانح سوختگی شهید مطهری تهران در سال ۸۱-۱۳۸۰

| ماده مورد استفاده | تعداد | درصد |
|-------------------|-------|------|
| بنزین | ۱ | ۲/۹ |
| گاز | ۲ | ۵/۷ |
| نفت | ۳۲ | ۹۱/۴ |
| جمع | ۳۵ | ۱۰۰ |

جدول شماره ۵ - توزیع فراوانی اختلاف سنی و خشونت همسر در زنان متأهل خود سوخته بستری در مرکز سوانح

سوختگی شهید مطهری تهران در سال ۸۱-۱۳۸۰

| اختلاف سنی و خشونت همسر | وضعیت | تعداد | درصد |
|--------------------------|----------------------|-------|------|
| اختلاف سنی (بر حسب سال) | ۰-۵ | ۹ | ۲۵/۷ |
| | ۵-۱۰ | ۱۴ | ۴۰/۰ |
| | ۱۰-۱۵ | ۹ | ۲۵/۷ |
| | ۱۵ و بالاتر | ۳ | ۸/۶ |
| جمع | جمع | ۳۵ | ۱۰۰ |
| خشونت همسر | عدم خشونت | ۲ | ۵/۷ |
| | خشونت فیزیکی و کلامی | ۳۳ | ۹۴/۳ |
| | جمع | ۳۵ | ۱۰۰ |

جدول شماره ۶ - توزیع فراوانی مقصر اصلی اقدام به خودکشی از دیدگاه زنان متأهل خود سوخته بستری در مرکز

سوانح سوختگی شهید مطهری تهران در سال ۸۱-۱۳۸۰

| مقصر اصلی | تعداد | درصد |
|-------------------|-------|------|
| خانواده زن | ۲ | ۵/۷ |
| خانواده شوهر | ۵ | ۱۴/۳ |
| شوهر | ۲۱ | ۶۰/۰ |
| فقر و مشکلات مالی | ۲ | ۵/۷ |
| خود زن | ۲ | ۵/۷ |
| سایر بستگان | ۳ | ۸/۶ |
| جمع | ۳۵ | ۱۰۰ |

بحث و نتیجه گیری

بر خلاف خودکشی که میزان اقدام به آن در میان زنان بیشتر ولی میزان موفقیت در آنها کمتر از مردان می باشد، در خودسوزی، میزان اقدام و میزان موفقیت در زنان در مقایسه با مردان بیشتر است. مطالعات صورت گرفته در مورد خودسوزی، اغلب هر دو جنس را تحت پوشش قرار داده و

مطالعات اندک صورت گرفته در مورد زنان، در برگیرنده زنان متأهل، بیوه، مطلقه و دختران می باشد (۱۸-۱۴ و ۱۲ و ۷). برای اولین بار در ایران، این مطالعه به بررسی مشخصات فردی و علل اقدام به خودسوزی در زنان متأهل و نقش پرستاران به خصوص پرستاران بهداشت جامعه در شناسایی عوامل خطر و پیشگیری از بروز خودسوزی و نیز

کنترل اثرات آن می‌پردازد.

نتایج تحقیق نشان داد که اغلب زنان مورد مطالعه، جوان، کم سواد، خانه‌دار و دارای درآمد خانوادگی اندک بودند که منطبق بر آمارهای ارایه شده در سایر مطالعات می‌باشد. در مطالعه‌ای که کومار از ۱۵۲ زن متأهل خودسوزخته در هند انجام داده بود، ۶۹ درصد در سنین ۲۵-۲۱ سال قرار داشتند (۲۱). ۴۱۲ مورد خودسوزی در یک مطالعه ۴ ساله در تبریز توسط مقصودی و همکاران بررسی شدند که ۹۹ درصد زن با میانگین سنی ۲۵/۵ سال، اغلب متأهل، خانه‌دار، بی‌سواد و فقیر بودند (۱۴). در یک مطالعه ۶ ساله در کردستان نیز که توسط گروهی و همکاران انجام شده بود، میزان خودسوزی زنان در گروه سنی ۲۵-۱۶ سال بیشتر بوده و ۷۰ درصد کل موارد خودسوزی زنان را تشکیل می‌داد (۱۸).

همچنین نتایج نشان داد که خودسوزی اغلب در ساعات بعدازظهر انجام شده است. در مطالعه ضرغامی و خلیلیان در مازندران، ۷۸/۳ درصد از موارد خودسوزی، در طول روز و در مطالعه غنی‌زاده در یزد ۸۰/۳ درصد، در ساعات بعدازظهر رخ داده بود (۲۲ و ۱۵).

تمام موارد خودسوزی، جز یک مورد، در منزل و اغلب در حیاط منزل صورت گرفته بود که علت آن جلوگیری از سرایت شعله‌ها به فرزندان و وسایل منزل عنوان گردید. در مطالعه مقصودی و همکاران در تبریز نیز تمام موارد خودسوزی زنان در منزل صورت گرفته بود (۱۴).

در این مطالعه، نفت بیشترین ماده

سوختی مورد استفاده بود که با مطالعه رستگارلاری و علاقه‌مندان در تهران و لطفی در تبریز تطابق داشت (۲۳ و ۱۳). به نظر می‌رسد در مناطقی که نفت به عنوان ماده سوختی در دسترس می‌باشد، میزان خودسوزی بیشتر است (۱۸-۱۲).

نتایج نشان داد که تفاوت سنی زوجین در اغلب موارد بیشتر از ۵ سال بود. اغلب زنان خشونت شوهر را به صورت کلامی و فیزیکی تجربه کرده و از شوهر خود و مشکلات زناشویی به عنوان عامل اصلی خودسوزی یاد کردند. در اغلب مطالعات صورت گرفته در مورد علل اقدام به خودسوزی در زنان، مشکلات زناشویی، بیشترین اهمیت را داشت. در مطالعه مقصودی و همکاران در تبریز، ضرغامی و خلیلیان در مازندران، گروهی و همکاران در کردستان، سادات در کهگیلویه و بویراحمد و شمس خرم‌آبادی در لرستان مشکلات زناشویی همچون خشونت و اعتیاد شوهر، چند همسری، تفاوت سنی زوجین، عدم تفاهم با شوهر و حساسیت شدید در مقابل طلاق، مهم‌ترین علت خودسوزی زنان عنوان شدند. از علل بعدی، پایین بودن سطح تحصیلات، پایین بودن وضعیت اجتماعی-اقتصادی و در دسترس بودن مواد مایع قابل اشتعال بود (۱۸ و ۲۴ و ۱۶-۱۴).

اغلب زنان از مراکز حمایتی در جامعه آگاهی نداشتند که این امر لزوم اطلاع‌رسانی صحیح و مناسب را مشخص می‌کند. البته برخی از زنانی که آگاهی لازم را داشتند، خودسوزی را به مراجعه به این مراکز ترجیح داده بودند که این امر می‌تواند به دلیل عدم دسترسی، ایجاد محدودیت توسط دیگران، عدم کارآیی مناسب این مراکز در مراجعات اولیه

اقدام به خودسوزی را به دلایلی از جمله هراس از شوهر، به رغم ایجاد محیط خلوت جهت مصاحبه و ترس از عدم پرداخت هزینه‌های درمانی توسط بیمه در صورت اقرار به خودسوزی، انکار کردند و این امر باعث کاهش تعداد نمونه‌های مورد مطالعه گردید. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده موارد مشکوک اقدام به خودسوزی و موارد عدم همکاری با محقق نیز ثبت گردد.

تشریح و قدردانی

محققین بر خود لازم می‌دانند که از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران به جهت کمک‌های قابل توجه در انجام این تحقیق تشکر و قدردانی نمایند.

مددجویان و عدم حضور پرسنل آموزش دیده باشد.

به دلیل این که در ایران تقریباً تمام موارد خودسوزی زنان در منزل رخ داده و علل بروز این رفتار منشأ خانوادگی داشته است، پرستاران بهداشت جامعه به دلیل جایگاه ویژه خود در ارتباط نزدیک با خانواده و ملاقات در منزل می‌توانند عوامل خطر خودسوزی را شناسایی کرده و اقدامات پیشگیرانه در بروز این گونه رفتارها را به مورد اجرا گذارند. نقش پیشگیرانه پرستاران بهداشت جامعه می‌تواند در ابعاد مختلف فردی، خانوادگی، اجتماعی و آموزشی ایفا گردد که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ارزیابی خانواده در بررسی‌های معمولی، ارزیابی رضایت‌مندی زناشویی، اطلاع‌رسانی در زمینه مراکز حمایتی در جامعه، آموزش روش‌های کنترل عصبانیت و کاهش استرس، مشاوره به خانواده‌های در معرض خطر و همکاری با مراکز اجتماعی در گسترش حمایت‌های جامع در برابر خشونت‌های خانوادگی (۱۹ و ۲۰).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان مدت زمان آن و تعداد اندک نمونه‌ها در مقایسه با میزان واقعی موارد اقدام به خودسوزی را نام برد. اغلب مطالعات صورت گرفته در زمینه خودسوزی، به صورت گذشته‌نگر و به مدت ۲ سال و بیشتر انجام شده است (۱۸-۱۲). این بررسی دارای محدودیت زمانی است و انجام مطالعات مشابه در این زمینه در فاصله زمانی بیشتر پیشنهاد می‌گردد. در زمان مطالعه موارد مشکوکی در این مرکز بستری گردیدند که

منابع

- ۱ - کلانتری امیر حسین، هومند احمد. بررسی مقایسه‌ای آماری بیماران فوت شده به علت خودسوزی در مراکز آموزشی درمانی جراحی‌های سوختگی و ترمیمی شهید مطهری، سمینار بازآموزی جراحی‌های ترمیمی و پلاستیک معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، بهمن ۱۳۷۲.
- 2 - Sadock B.J, Sadock V.A. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, Landon: Lippincott Co; 2004.
- 3 - Mohr W.K. Johnson's psychiatric-mental health nursing, 5th edition, Philadelphia: Lippincott Co; 2003. P. 673-681.
- 4 - Boyand M.A. Psychiatric Nursing Contemporary practice, 2nd edition, Philadelphia: Lippincott Co; 2002. P. 1006-1027.
- 5 - Krummen DM, James K, Klein RL. Suicide by burning: a retrospective review of the Akron Regional Burn Center. Burns. 1998; 24(2): 147-9.
- 6 - Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: final data for 2002. Natl Vital Stat Rep. 2004; 53(5): 1-115.
- 7 - Laloe V. Patterns of deliberate self-burning in various parts of the world. A review. Burns. 2004; 30(3): 207-15.
- ۸ - اسکندری لیدا، اسماعیل‌پور کتایون. بررسی آمار خودسوزی و نتایج درمانی آن، پایان‌نامه دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۳.
- ۹ - احمدی‌زاده شاکر. بررسی مقدماتی برداشتها و آگاهی مردم ایلام نسبت به خودکشی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۳.
- ۱۰ - پاکزاد پیمان. بررسی اپیدمیولوژیک هفتاد مورد خودسوزی بستری شده در بخش سوختگی بیمارستان امام خمینی (ره) کرمانشاه در طی شش ماه اول سال ۱۳۷۶، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۶.
- ۱۱ - یوسفی محمد حسین، یوسفی فایق. بررسی علل خودسوزی در شهر سنندج در سال ۷۵-۱۳۷۴، مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان، اول (سوم) بهار، ۱۳۷۶.
- 12 - Panjeshahin MR, Lari AR, Talei A, Shamsnia J, Alaghebandan R. Epidemiology and mortality of burns in the South West of Iran. Burns. 2001; 27(3): 219-26.
- 13 - Rastegar Lari A, Alaghebandan R. Epidemiological study of self-inflicted burns in Tehran, Iran. J Burn Care Rehabil. 2003; 24(1): 15-20.
- 14 - Maghsoudi H, Garadagi A, Jafary GA, Azarmir G, Aali N, Karimian B, Tabrizi M. Women victims of self-inflicted burns in Tabriz, Iran. Burns. 2004; 30(3): 217-20.
- 15 - Zarghami M, Khalilian A. Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. Burns. 2002; 28(2): 115-9.
- 16 - Saadat M. Epidemiology and mortality of hospitalized burn patients in Kohkiluyeh va Boyer-Ahmad province (Iran): 2002-2004. Burns. 2005; 31(3): 306-9.
- 17 - Saadat M, Bahaoddini A, Mohabatkar H, Noemani K. High incidence of suicide by burning in Masjid-i-Sulaiman (southwest of Iran), a polluted area with natural sour gas leakage. Burns. 2004; 30(8): 829-32.
- 18 - Groohi B, Alaghebandan R, Lari AR. Analysis of 1089 burn patients in province of Kurdistan, Iran. Burns. 2002; 28(6): 569-74.
- 19 - Stanhope M, Lancaster J. Community & Public Health Nursing, 6th edition, London: Mosby Co; 2004. P. 875-901.
- 20 - Smith C.M, Maurer F.A. Community health nursing, theory and practice, 2nd edition, Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2000.

21 - Kumar V. Burnt wives--a study of suicides. Burns. 2003; 29(1): 31-5.

۲۲ - غنی‌زاده محمدجواد، سپهر وحید. بررسی موارد اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به بخش سوانح بیمارستان‌های افشار و شهید رهنمون و سوانح سوختگی یزد: آذر ۱۳۷۵ لغایت اردیبهشت ۱۳۷۶، پایان‌نامه دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۳۷۶.

۲۳ - لطفی مژگان و همکاران. بررسی میزان شیوع خودسوزی در بین زنان مراجعه‌کننده به بخش

سوختگی در یکی از مراکز آموزشی- درمانی تبریز، اولین کنگره سراسری سوختگی (مجموعه مقالات علمی/ تحقیقی)، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، ۱۳۸۲.

۲۴ - شمس خرم‌آبادی منوچهر. بررسی علل اقدام به خودکشی به روش خودسوزی از نظر مراجعین به بیمارستان شهدای عشایر شهر خرم‌آباد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان سال ۱۳۷۸، پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری داخلی و جراحی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۸.