

مطالعه توصیفی از اقدام به خودسوزی زنان شهر ایلام

زهرا رضایی نسب: دانشجوی دوره دکتری، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران- نویسنده رابط: rezaeiz24@yahoo.com

محمدتقی شیخی: استاد، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

فاطمه جمیلی کهنه شهری: استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۴/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۷/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: خودسوزی مرگ یک زندگی است؛ زندگی زنانی که پس از سالها صبر و انتظار در تلخی های زندگی، جز خودسوزی طریق دیگری را برای رهایی ندیده اند. هدف از انجام این پژوهش تعیین الگوی اپیدمیولوژیک اقدام به خودسوزی زنان در بین سال های ۱۳۹۰-۱۳۹۵ در شهر ایلام است.

روش کار: این تحقیق، یک مطالعه توصیفی است که در آن پرونده های زنانی که در شهر ایلام اقدام به خودسوزی کرده بودند در مدت ۵ سال مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات لازم جمع آوری و با استفاده از روش آماری توصیفی در نرم افزار SPSS 22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: در مجموع این ۵ سال، ۱۲۹ مورد اقدام به خودسوزی کرده بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۲۴ سال در دامنه سنی ۱۱ تا ۹۵ سال بود. ۵۳/۵٪ از زنان اقدام کننده در بین گروه سنی ۲۰-۳۵ سال بودند. میانگین سطح سوختگی در کل افراد ۷٪ و در محدوده ۱۵ تا ۱۰۰٪ سوختگی سطح بدن بود. ۷۳/۶٪ افراد متاهل، ۷۷/۵٪ خانه دار بودند. بیشترین موارد خودسوزی در فصول پاییز و بهار اتفاق افتاد. اغلب افراد اقدام کننده در فاصله زمانی بعد از ظهر خودسوزی کرده اند. شایعترین و مهمترین عامل در زنان ایلامی نامعلوم گزارش شده است ۳۸٪. مسئله بیماری روحی-روانی و افسردگی ۳۰/۲٪ در رتبه دوم و اختلافات خانوادگی و بخصوص اختلاف با همسر ۱۷/۱٪ در رتبه بعد قرار دارد.

نتیجه گیری: خودسوزی، مرگ غیر معمول یک زندگی است. زنان جوان و متاهل در جریان رویدادهایی که در خانواده ها و جامعه اتفاق می افتد بیشتر دچار فشار و آشفتگی می شوند؛ افسردگی از مهم ترین رفتارهای منجر به خودکشی است؛ که آن را می توان پیامد مقوله هایی از جمله خشونت و آزار همسر و اطرافیان، فقر مالی، تنگ دستی و محرومیت دانست. بنظر می رسد گسترش حمایت های اجتماعی و جامع در برابر خشونت های خانوادگی علیه زنان، آموزش روش های کنترل خشم و عصبانیت و کاهش استرس، اطلاع رسانی در زمینه مراکز حمایتی می تواند به عنوان راهکارهایی جهت کاهش خودسوزی ارائه شود.

واژه گان کلیدی: خودسوزی، زنان، خودکشی، ایلام

مقدمه

برخی از جامعه شناسان مسئله اجتماعی را اختلال اجتماعی یا اختلال در نظام اجتماعی دانسته اند و عده ای آن را بحران در نهادها یا بی تعادلی ساختی می دانند. خودکشی (مرگ غیرمعمول) به عنوان یک کنش فردی، مسئله ای اجتماعی و تاریخی و در سطح جهانی، مطرح بوده است؛ اما به توجه به گسترش فزاینده آن در شرایط کنونی، مسئله اجتماعی بودن آن، مبرهن و وجود آن سبب اختلال در نظم اجتماعی و در نهایت موجب ایجاد شرایط نامطلوب در جامعه می شود؛ امروزه خودکشی نه به عنوان یک انحراف یا آسیب اجتماعی بلکه به عنوان یک مسئله اجتماعی، یک رفتار پرخطر و یک بیماری برای جامعه شناسان، جرم شناسان، روان شناسان و پزشکان مطرح است. این پدیده به رغم قدمت حضور آن در جوامع، فرهنگ ها، و در نزد اقوام مختلف در ادوار تاریخی، از اواسط قرن ۱۹ میلادی خصوصا در جوامع غربی و صنعتی رشد فزاینده ای داشته است. بطوری که میزان ارتکاب آن در اواسط قرن ۱۹ از ۱ نفر در صد هزار نفر جمعیت، به طور متوسط در آغاز هزاره سوم به ۱۲ نفر در صد هزار نفر در کشورهای صنعتی و توسعه یافته رسیده است. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، دامنه میزان خودکشی در جهان از ۳ نفر در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت به ۴۵ نفر در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت متغیر بوده است (WHO 2003-2014). همچنین طبق گزارش دیگری از این سازمان، در آغاز سال ۲۰۰۰ میلادی، میزان خودکشی در کشورهای صنعتی به طور متوسط از میزان مرگ در اثر سل، زخم معده و تب رماتیسمی بیشتر بوده است و برای افراد ۱۵ تا ۴۴ سال یکی از ۵ علت اصلی مرگ پس از تصادفات رانندگی، بیماری های قلبی عروقی، قتل و سرطان به شمار می آید (Mohsenitabrizi 2015). اقدام به خودکشی به روش خودسوزی، روشی خشن و بی رحمانه در جهت پایان دادن به زندگی است که فرد با آتش زدن جسم خود سعی در از بین بردن خویشتن دارد.

خودسوزی در عین حال روشی است که از یک سو جنبه نمایشی دارد و باعث جلب توجه اطرافیان می گردد و از سوی دیگر حس ترحم آنها را تحریک می کند. خودسوزی باعث ایجاد سوختگی های عمیق و با درصدهای بالا می شود و پس از زجر فراوان مددجو و خانواده اش غالبا به مرگ منجر می شود (Riko 2013; Zarghami and Jalilian 2002). خودسوزی یکی از راه هایی است که برخی افراد برای خودکشی برمی گزینند و در خیلی از ملیت ها و زمان ها دیده شده است.

این روش خودکشی در کشورهای غربی غیر شایع بوده اما از سال ۱۹۶۳ آمار خودسوزی در این کشورها تا حدودی بالا رفت که اغلب با نیت اعتراضات سیاسی انجام می گرفت (Zarghami and Jalilian 2002). ولی به هرحال طبق تحقیقات صورت گرفته، خودسوزی روشی عجیب و غیر معمول در فرهنگ غرب به شمار می رود. در آمریکا و کشورهای اروپایی، خودسوزی در آخرین رده انواع خودکشی، قرار می گیرد. براساس آمار ارائه شده در آمریکا در سال ۲۰۰۲ که توسط لالوو انجام گرفت، تنها ۱۵۰ مورد از ۳۱۶۵۵ مورد خودکشی مربوط به خودسوزی بوده است که ۰.۵٪ (درصد) کل موارد خودکشی را شامل می شود (Laloe 2004). هند دارای بالاترین میزان خودسوزی در دنیا و بالاترین میزان مرگ و میر ناشی از آن می باشد. در کشورهای غربی مردان و در خاورمیانه و کشورهای شبه قاره هند، زنان بیشترین قربانیان خودسوزی هستند. قربانیان به سه دسته کلی تقسیم می شوند. (۱) بیماران دارای اختلال روانی (کشورهای غربی و خاورمیانه) (۲) خودسوزی به دلایل شخصی (هند، سریلانکا، گینه نو، زیمباوه) (۳) آنهایی که دارای انگیزه سیاسی بودند (هند، کره جنوبی) (Amirmoradi et al. 2004). 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٪ مربوط به ۳ مطالعه از ایران بود. هند، سریلانکا و ایران در مجموع ۴۰٪ کل موارد خودسوزی در دنیا را به خود

(۷۱٪). 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 (Ghoreishi and Mosavi 2008; Amirmoradi et al. 2004; Kashfi et al. 2014). متأسفانه در ایران (و بویژه استان ایلام) آمار کلی و گویایی از موارد اقدام به خودسوزی و درصد مرگ و میر آن وجود ندارد چرا که در بسیاری از موارد، خانواده‌ها به دلایل فرهنگی میلی به اطلاع رسانی در این مورد ندارند، مگر اینکه به مرگ منتهی شود. به هرحال نتایج تحقیقات ملی و بین‌المللی نشان می‌دهد که زنان دو برابر مردان دچار افسردگی می‌شوند. روان‌شناسان براین باورند که زنان به علت نداشتن شرایط یکسان اجتماعی در جامعه بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی و اضطراب قرار دارند. در واقع زنان به سبب طیفی از عوامل که نشانگر روندهای بنیادین اجتماعی است مستعد آسیب‌اند. شاید زن بودن به خودی خود آسیب‌پذیری خاصی ایجاد نکند، اما روندهای بنیادین اجتماعی و ساختارهای مشکل‌دار موجب آسیب خاص زنان می‌شود. عوامل چندی در این آسیب‌پذیری موثرند: فرصت‌های نابرابر شغلی، دسترسی نابرابر به اعتبارات و پشتوانه‌های اقتصادی دامن‌گیر زنان است (Boyand 2003; Riko 2013; Krummen et al.) (1998).

خودسوزی به هر دلیلی که انجام گیرد از نظر فردی و اجتماعی خسارت غیرقابل‌جبرانی را به فرد، جامعه و خانواده وارد می‌کند و به عنوان یکی از علائم آسیب‌شناسی اجتماعی همواره مورد توجه محققان علوم مختلف از جمله پزشکی و روان‌پزشکی بوده است. خودسوزی ممکن است دارای الگوی واگیردار باشد و ممکن است به صورت ناخودآگاه و آهسته در بین افراد جامعه تداوم داشته باشد و از نسلی به نسل دیگر

اختصاص می‌دهند. بطور خلاصه می‌توان اینطور گفت که اقدام به خودسوزی، در فرهنگ کشورهای قاره آسیا بخصوص در خاورمیانه (کشورهایی مانند اردن و فلسطین اشغالی) و کشور هند بسیار گزارش شده است (Kashfi et al. 2014). به عنوان مثال در کشوری مانند هندوستان دو رسم اصلی وجود دارد. Sati and Johar ساتی همان خودسوزی زنان بعد از مرگ شوهرانشان است و جواهر یعنی خودسوزی دسته‌جمعی زنان هندی بدنبال‌مورد حمله قرار گرفتن توسط سربازان دشمن. این دو رسم قدمت تاریخی زیادی دارند و در بالا بودن میزان خودسوزی زنان هند بسیار تاثیرگذار بوده است.

تحقیقات صورت گرفته در ایران در مورد خودکشی نشان می‌دهد مرگ‌های ناشی از خودکشی در سال ۱۳۶۳، ۳/۱ در هر صد هزار نفر بوده است، در حالیکه این آمار در سال ۸۴ به ۶٪ هزار نفر رسیده است و این میزان در طی سال‌های ۸۴ تا ۸۶ به ۵/۶ و ۵/۸ در هر صد هزار نفر بوده است. در ایران، زنان دو برابر مردان اقدام به خودکشی می‌کنند و روش شایع‌تر خودکشی در مردان حلق‌آویز کردن و در زنان خودسوزی است. بر اساس مطالعات انجام شده 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 (Amirmoradi et al. 2004; Ghoreishi and Mosavi 2008). آمار خودکشی در بعضی استان‌های کشور بسیار بحرانی است. در کشورهای غربی طی ۴۵ سال گذشته، بر آمار خودکشی اضافه شده؛ که در تحلیل‌های مختلف آن را ناشی از مدرنیته می‌دانند (Mohamadi 2011). اما نکته‌ای که در ایران عجیب است اقدام زیاد به خودکشی و موارد موفق اقدام به خودکشی در استان‌هایی سنتی همچون استان ایلام است. نگاهی به تحقیقات مختلفی که از سال‌های ۱۳۷۲ تا کنون انجام شده، نشان می‌دهد که روش شایع خودکشی در استان ایلام، خودسوزی می‌باشد

محرمانه خواهد ماند. و این اطلاعات تنها برای انجام رساله دکترای محقق مورد استفاده خواهد گرفت. توزیع فراوانی داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS 22 مورد تحلیل قرار گرفت. همچنین در این مطالعه، بررسی تنها شامل افرادی بوده که خودسوزی آنها (بر اساس اقرار خود فرد یا شواهد قابل قبول) محرز گردیده است. مواردی که خودسوزی آنها مورد تردید بوده (اقرار به انفجار گاز و سوختن غیرعمد با آتش) از مطالعه حذف گردیدند (هرچند طبق گفته پرستاران بخش بسیاری از این موارد اقدام به خودسوزی بوده و به دلایلی از گفتن آن ابا دارند). ابزار گردآوری داده ها را لیستی مشتمل بر سوالاتی مانند سن، وضعیت تاهل، شغل، ماه انجام خودسوزی، ساعت انجام خودسوزی، دلیل خودسوزی، و محل انجام خودسوزی و درجه سوختگی می باشد. لازم به ذکر است طبق سرشماری سال ۱۳۹۵، جمعیت استان ایلام ۵۸۰۱۵۸ می باشد که از این جمعیت، حدود ۲۳۵ هزار متعلق به شهرستان ایلام است، از این تعداد ۵۱٪ سهم مردان و ۴۹٪ سهم زنان می باشد.

نتایج

از اول فروردین سال ۱۳۹۰ تا پایان سال ۱۳۹۵ جمعا ۱۲۹ مورد اقدام به خودسوزی در دو بیمارستان شهر ایلام پذیرش داده شده اند. پایین ترین سن اقدام به خودسوزی ۱۱ سال و بیشترین سن اقدام ۹۵ سال بوده است. ۵۳٪ از زنان اقدام کننده در بین گروه سنی ۲۰-۳۵ سال بودند (با میانگین سنی ۲۴ سال).

همانطور که در جدول پایانی مشاهده می شود ۷۳٪ از افراد متاهل و ۲۶٪ مجرد بوده اند. در مورد سال اقدام به خودسوزی، بیشترین فراوانی مربوط به سال ۹۱ با ۲۴٪ و کمترین فراوانی مربوط به سال ۹۵ با ۹٪ اقدام بوده است. درصد سوختگی در ۶۲٪ افراد اقدام کننده بصورت سوختگی عمیق بوده است (درجه بالای ۶۰٪). شایعترین و مهمترین عامل خودسوزی در زنان ایلامی نامعلوم گزارش

منتقل گردد. از طرفی خودسوزی از بسیاری جهات غم انگیزترین حادثه ای است که یک زن می تواند تجربه کند. به نظر می رسد خودسوزی باید با توجه به ابعاد گسترده آن هم از منظر جامعه شناسی، روانشناسی و هم از جنبه های اقتصادی و فرهنگی مورد تحلیل و بررسی کارشناسانه قرار گیرد. و در نهایت مسئولان هر چه سریعتر راهکارهای کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت را مد نظر قرار دهند. چرا که اگر اقدام کننده خودکشی زن (و به ویژه مادر) خانواده باشد ممکن است این عمل باعث از هم پاشیده شدن خانواده شود که می تواند الگوی نامناسبی برای سایر اعضای خانواده باشد.

بنابراین هدف از انجام این پژوهش تعیین الگوی اپیدمیولوژیک اقدام به خودسوزی زنان در بین سال های ۱۳۹۰-۱۳۹۵ در شهرستان ایلام است. که برای این امر به تعیین توزیع فراوانی موارد خودسوزی بر حسب متغیرهایی مانند شغل، افسردگی و بیماری روانی، علت خودسوزی، زمان و درصد خودسوزی پرداخته شد.

روش کار

این تحقیق یک مطالعه توصیفی بود که متکی بر داده های موجود در بیمارستان های آیت الله طالقانی و امام خمینی شهرستان ایلام بوده است. لازم به ذکر است تنها مرکز سوختگی در شهرستان ایلام تا سال ۱۳۹۴، بیمارستان طالقانی بود که در سال ۱۳۹۵ بدلیل انجام تعمیرات، سوختگی ها به بیمارستان امام خمینی منتقل شد. به همین دلیل دو بیمارستان مذکور بعنوان جامعه مورد مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه پژوهش را کلیه زنان خودسوز در سال های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ در شهر ایلام را تشکیل می دهند. پرونده تمام بیمارانی که از ابتدای فروردین ۱۳۹۰ تا آخر اسفند ۱۳۹۵ اقدام به خودسوزی کرده و در این دو بیمارستان بستری شده اند مورد بررسی قرار گرفتند. با دادن اطمینان و تعهد از اینکه اطلاعات در نزد محقق

شده است (۳۸٪). مسئله بیماری روحی-روانی و افسردگی (۳۰/۲٪) در رتبه دوم و به ترتیب عوامل محرک دیگر شامل اختلافات خانوادگی و بخصوص اختلاف با همسر (۱۷/۱٪)، بیماری جسمی (۴/۷٪)، تنهایی و جلب توجه (۳/۱٪)، نرسیدن به معشوق (۳/۱٪)، تنگدستی مالی (۱/۶٪)، تهمت دیگران (۱/۶٪)، سن زیاد و خستگی از زندگی (۰/۸٪) می باشد. از لحاظ وضعیت شغلی نیز ۷۷/۵٪ از زنان اقدام کننده خانه دار بوده؛ ۱۸/۶٪ بیکار؛ ۳/۱٪ محصل و ۰/۸٪ دانشجو بوده اند. در مورد ساعت اقدام به خودسوزی بیشترین فراوانی مربوط به ساعات ۱۲-۱۸ بعدازظهر (۵۴/۳٪) می باشد. که نشان دهنده این است که تعداد بسیار زیادی از افراد در طول روز اقدام به خودسوزی کرده اند. لازم به ذکر است محل اقدام در تمام نمونه در منزل بوده است (حیاط منزل، حمام، زیرزمین، اتاق). بررسی توزیع فراوانی اقدام به خودسوزی زنان برحسب فصل نشان می دهد که بیشتر موارد خودسوزی در ماه های دی و بهمن و فروردین (فصول پاییز، زمستان و بهار) بیشترین اقدام به خودسوزی رخ داده است (در اینجا بایستی به این نکته اشاره کرد با توجه به اینکه این مطالعه صرفاً بر روی افرادی که خودسوزی کرده اند انجام شده؛ خودسوزی به عنوان یک متغیر سنجش نشده است.

بحث

این مطالعه نشان می دهد که خودسوزی زنان یکی از مشکلات مهم بهداشت روانی در جامعه ایلام است. تحقیقات مختلف نشان می دهد برخلاف خودکشی که میزان اقدام به آن در 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 (Zarghami and Jalilian 2002). در این مطالعه سن بحرانی اقدام به خودسوزی در زنان سنین ۲۰-۳۵ سالگی می باشد. که با نتایج دیگر تحقیقات همسو است (Amirmoradi et al.

به خودکشی و سن از اهمیت بالایی برخوردار است. نتایج این تحقیق نشان داد اغلب زنان تحت مطالعه، خانه دار و متاهل بودند. به عبارتی شیوع خودسوزی در زنان متاهل طبق نتایج این تحقیق بیشتر از زنان مجرد است. طبق گفته های این افراد (مصاحبه درج شده نیروی انتظامی در پرونده ها)، اغلب خشونت شوهر را به صورت کلامی و فیزیکی تجربه کرده و اختلاف با همسر و مشکلات زناشویی را به عنوان علت اصلی خودسوزی خود ذکر کرده اند. در مطالعه لطفی و همکاران، ضرغامی و خلیلیان، یوسفی، شمس خرم آبادی، امیرمردادی، سفیری و رضایی نسب، نیز مشکلات زناشویی همچون خشونت و اعتیاد همسر، عدم تفاهم با همسر، اختلاف سنی با همسر به عنوان مهمترین علت خودسوزی زنان اعلام شدند (Lotfi 2003; Zarghami and Jalilian 2002; Yosefi 1997; Shams 2000; Safiri and Rezaeinasab 2016). در این مطالعه نیز اختلاف با همسر شامل (اعتیاد همسر، خشونت فیزیکی و روانی همسر، عدم تفاهم) بوده است. در تبیین این مسئله باید مفهوم مردسالاری به درستی درک شود.

فصل های مختلف سال متغیر می باشد (Rezaeean and Sharifirad 2000; Zarghami and Jalilian 2002). یافته های پژوهش حاضر مبنی بر شیوع بیشتر خودسوزی در فصول پاییز و بهار با یافته های کاپلان و سادوک همسو است (Kaplan and Sadock 2004). محققین به منظور توجیه علمی تاثیر فصل بر روی خودکشی به دو فرضیه استناد کرده اند. فرضیه اول که توسط دورکیم پایه گذاری شد به عنوان فرضیه اجتماعی-جمعیت شناختی معروف گردیده است؛ مبین آن است که با شروع فصل گرم سال به ارتباطات اجتماعی افزوده می شود در نتیجه کسانی که تحمل برخورد با دیگران نداشته و از روحیه حساسی برخوردار باشند، فشارهای روانی در این افراد افزایش یافته و بیشتر گرایش به از بین بردن خود دارند (Rezaeean and Sharifirad 2000). فرضیه دوم که با عنوان زیست-آب و هوایی معروف شده است بیانگر آن است که با شروع فصول بهار و تابستان هم درجه حرارت محیط و هم طول ساعات روشنایی در روز افزایش می یابد. چنین تغییرات مهمی در محیط زیست منجر به ایجاد تغییرات مهم دیگری در بدن انسان می گردد (به عنوان مثال منجر به افزایش دسترسی سلول های مغزی به تریپتوفان سرم می گردد). بسیاری از محققین چنین ارتباطی بین تغییرات زیستی-آب و هوایی و خودکشی را معنی دار دانسته اند (Meas et al. 1994; Chew 1995). با توجه به فراوانی اقدام به خودسوزی زنان شهر ایلام در فصول پاییز و بهار، نتایج این تحقیق تا حدی با فرضیه دوم همخوانی دارد.

از دیگر نتایج این تحقیق فراوانی اقدام به خودسوزی در طول روز بوده است. ضرغامی، حسن زاده و موسوی در تحقیقات خود گزارش داده اند که اغلب افراد اقدام کننده در فاصله زمانی صبح تا بعد از ظهر خودسوزی کرده اند (Zarghami and Jalilian 2002; Hasanzade and Mosavi 2001). به این ترتیب، این تحقیق نیز با تحقیقات اسکویرس و همکاران موافق است (Squyres et al. 1993). شاید تعداد بیشتر خودسوزی ها در طول روز شاید

از دیگر عوامل محرک خودسوزی زنان در این تحقیق می توان به فقر و تنگدستی مالی، بیماری جسمی، تنهایی و بی کسی، خستگی از زندگی اشاره کرد. رفتار پرخاشگری (که در اینجا خودسوزی را نوعی پرخاشگری درونی تصور کرده ایم)، نوعی رفتار جبرانی است که در برابر محرومیت های مختلف اقتصادی-اجتماعی و بازدارنده ها از فرد سرمی زند. محرومیت و ناکامی هنگامی روی می دهد که راه دستیابی به هدف بسته می شود یا دستیابی به هدف به تأخیر می افتد. دسترسی محدود و نابرابر به فرصت های کسب درآمد و اشتغال که به صورت بیکاری و کم کاری پدیدار می شود خود از عمده ترین علل فقر (بوژه فقر اقتصادی در زنان خانه دار) است. همچنین بیماری های جسمی مختلف مانند آلزایمر، سرطان، میگرن، نقص عضو و نبود حمایت های عاطفی و مالی لازم در این خصوص نیز می تواند فرد را در معرض خطر چنین اقدامی قرار دهد. بیماری روحی-روانی که به نوعی خود را در افسردگی نشان می دهد جزو مهمترین علل خودسوزی زنان ایلامی می باشد. به عبارتی می توان گفت افسردگی از مهم ترین رفتارهای منجر به خودکشی است؛ که آن را می توان پیامد مقوله هایی از جمله خشونت و آزار همسر و اطرافیان، فقر مالی و تنگدستی و محرومیت دانست؛ احساس بی ارزشی، احساس گناه و اندیشیدن درباره مرگ، خودکشی یا اقدام به خودکشی از شایع ترین نشانه های افسردگی است؛ فاربر و ولیمتن بیان کرده اند که هنگام افسردگی شدید، شخص معمولاً دوراندیشی خود را از دست داده و از لحاظ عاطفی، توانایی حل مشکلات را نداشته و به دلیل محدودیت جریان فکری قادر به انتخاب راه حلی جز خودکشی نیست (Safiri and Rezaeinasab 2016; Coleman 1998).

بنظر می رسد فصل نمی تواند متغیر تعیین کننده ای در بررسی مساله خودسوزی باشد چرا که نتایج تحقیقات مختلف نشان می دهد اقدام به خودکشی و خودسوزی در

رهایی از وضعیت موجود می باشد. طبق گزارشات موجود در پرونده‌ها، اغلب کسانی که قصد آسیب جدی به خود را نداشته اند بلافاصله بعد از روشن شدن شعله آتش درخواست کمک کرده اند.

از محدودیت های اصلی این تحقیق مربوط به ورود محقق به بیمارستان های مربوط به خودسوزی زنان و عدم اجازه ورود به محقق علیرغم نامه نگاری های فراوان می باشد. متأسفانه مسئولان با سخت گیری های فراوان و در بسیاری موارد بی مورد، قصد ممانعت از ورود محقق به محل مورد نظر را داشتند. حتی با در اختیار قرار دادن اطلاعات جمعیت شناختی افراد خودسوز به محقق خودداری کردند با این دلیل که این اطلاعات محرمانه است و در اختیار افراد خاص قرار می گیرند. در نتیجه محقق مجبور به ورود به بایگانی این بیمارستان ها و جمع آوری پرونده ها از میان پرونده های فراوان بود. اما در مورد بیمارستان طالقانی که محل بستری افراد اقدام کننده خودسوزی در سال های قبل بود این سخت گیری ها حداقل بود. از محدودیت دیگر تحقیق تعداد زیاد پرونده های افرادی بود که به گفته مسئولان بخش به قصد خودکشی بوده اما افراد در گزارش های انتظامی موجود در پرونده‌ها انکار کرده بودند و آن را یک حادثه غیرعمد گزارش داده بودند. بنابراین محقق مجبور به حذف این موارد از جامعه مورد مطالعه بود.

نتیجه گیری

با توجه به مطالبی که در بالا گفته شد دلیل شیوع بالاتر خودسوزی در گروه متأهلین مربوط به: معضلات و مشکلات زناشویی، شروع و نحوه شکل گیری ازدواج‌ها و معضلات ناشی از مسئولیت‌های اقتصادی-اجتماعی زندگی که متأهلین بر دوش خود احساس می کنند. در این زمینه میتوان از طریق مشاوره پیش از ازدواج، بهبود روابط بین زوجین، کاستن از مشکلات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آنان، از میزان خودسوزی به نحو چشمگیری کاست. برای کاهش پدیده

به این علت باشد که این افراد می خواهند دیده شوند و در مقابل دیدگان تعداد زیادی از افراد و به خصوص اهل خانه این عمل را انجام می دهند. در واقع نتیجه دیگر این تحقیق یعنی فراوانی اقدام به خودسوزی در حیاط منزل نیز این مسئله را تایید می کند که در خفا و پنهانی حاضر نیستند که از بین بروند بلکه بیشتر برای اینکه ظلم و ستم بر خود را به دیگران نشان دهند در طی روز و در محیط باز این اقدام را انجام می دهند.

در این تحقیق نیز می‌توان به وضعیت شغلی افراد اقدام کننده توجه کرد. بیشترین فراوانی مربوط به زنان خانه دار و بیکار می باشد. اغلب مطالعات قبلی نیز بر شیوع خودسوزی در بین خانه داران و بیکاران تاکید داشته اند. مطالعات نشان می دهد در بحران ها و رکودهای اقتصادی و در زمانی که میزان بیکاری بالا می رود میزان خودکشی نیز بالا می رود. در مقابل در دوران افزایش فرصت های شغلی و در زمان جنگ ها میزان خودکشی کاهش می یابد (Zarghami and Jalilian 2002; Dibaei and Gharebaghi 2000; Ahmadi 2005; Baziar et al. 2016). شاید بتوان گفت خانه داری را به عنوان عامل خطر برای خودسوزی دانست. بطور کلی کار یا به عبارتی شغل یکی از عوامل محافظ در مقابل خودکشی است. افراد بیکار دارای میزان خودکشی بالاتری هستند. احتمالاً به علت زندگی پراسترس، ایجاد زمینه بروز بیماری های روانی و مسائل اقتصادی-اجتماعی که پیامد بیکاری است. میزان سوختگی سطح بدن در افراد نمونه تحقیق بین ۱۵ تا ۱۰۰٪ بوده است (با میانگین ۷۰٪). که همسو با نتایج دیگر تحقیقات بود (Dibaei and Gharebaghi 2000; Baziar et al. 2016). که این مقدار در برخی از پژوهش ها بین ۲۹ تا ۴۴٪ بوده است (Squyres et al. 1993; Sheth et al. 1999; Mabrouk et al. 1994). با توجه به اینکه بیشتر از ۶۲٪ از نمونه سوختگی بالاتر از ۶۰٪ داشته اند این نشان از تصمیم جدی آنها برای از بین بردن خود و

سازمان های دولتی و غیردولتی مرتبط با موضوع خودکشی خواهد شد. اقدامات مداخله ای بر مبنای ماجرایی قربانیان و افراد اقدام کننده که با استفاده از وسایل ارتباط جمعی به جامعه عرضه شود می تواند منجر به کاهش آمار خودسوزی شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بعنوان اولین مقاله استخراج شده از رساله دکتری می باشد که در آذر ماه ۱۳۹۶ دفاع شد. نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از مسئولین محترم بیمارستان طالقانی و بیمارستان امام خمینی شهر ایلام که در نهایت اجازه ورود محقق به بایگانی بیمارستان برای جمع آوری اطلاعات اولیه دادند، تشکر و قدردانی بعمل آورند.

خودسوزی زنان در ایلام نیاز به ارائه خدمات مشاوره ای و مددکاری اجتماعی برای زنان و خانواده های در معرض خطر در راستای کاهش اختلافات و درگیری ها بویژه در رابطه با بحث ازدواج در زنان است. گسترش حمایت های اجتماعی و جامع در برابر خشونت های خانوادگی علیه زنان، آموزش روش های کنترل خشم و عصبانیت و کاهش استرس، اطلاع رسانی در زمینه مراکز حمایتی می تواند به عنوان راهکارهایی جهت کاهش خودسوزی ارائه شود. توجه بیشتر به خانم های خانه دار به عنوان یک قشر تاثیرگذار در سلامت روانی جامعه و آموزش آنها در زمینه بهداشت روانی و مراقبت از خود، می تواند موجبات کاهش خودسوزی را فراهم آورد. همچنین به نظر می رسد تاسیس مراکز پیشگیری از خودکشی در استان ایلام یک ضرورت است چرا که تشکیل این مراکز باعث ایجاد همکاری بین

جدول ۱- فراوانی اقدام به خودسوزی برحسب متغیرهای سن، وضعیت تاهل، سال اقدام، درصد سوختگی، علت اقدام، شغل، ساعت اقدام،

محل اقدام به خودسوزی در بین سال های ۹۵-۹۰ در شهر ایلام

متغیر	فراوانی	درصد
سن	۱۷	۱۳/۲
	۶۹	۵۳/۵
	۱۳	۱۰/۱
	۳۰	۲۳/۳
	۱۲۹	۱۰۰
وضعیت تاهل	مجرد	۳۴
	متاهل	۷۳/۶
	کل	۱۰۰
شغل	بیکار	۲۴
	خانه دار	۱۰۰
	محصل	۳/۱
	دانشجو	۰/۸
	کل	۱۲۹
ساعت اقدام	۸-۱۲ صبح	۴۰
	۱۲-۱۸ بعدازظهر	۷۰
	۱۸-۲۴ شب	۱۹
	کل	۱۲۹
محل اقدام	حیاط	۴۹
	زیرزمین	۲۵
	حمام	۲۶
	اتاق	۱۳
	نامعلوم	۱۶
	کل	۱۲۹
سال اقدام به خودسوزی	۹۰	۱۵/۵
	۹۱	۲۴/۰
	۹۲	۲۰/۲
	۹۳	۱۹/۴
	۹۴	۱۱/۶
	۹۵	۹/۳
	کل	۱۲۹
درصد سوختگی	پایین تر از ۳۰ درصد	۱۲
	۳۰-۶۰ درصد	۳۶
	بالاتر از ۶۰	۸۱
	کل	۱۲۹
علت اقدام به خودسوزی	بیماری روحی-روانی و افسردگی	۳۹
	فقر و تنگدستی مالی	۲
	اختلافات خانوادگی	۲۲
	تنهایی و جلب توجه	۴
	تهمت زدن دیگران	۲
	بیماری جسمی	۶
	سن زیاد و خستگی از زندگی	۱
	نرسیدن به معشوق	۴
	نامعلوم	۴۹
	کل	۱۲۹

Reference

- Ahmadi, A., 2005. The frequency of suicide attempted self-immolation in the city of Islamabad, *Journal of Improvement*, 9, pp. 26-37. [In Persian]
- Amirmoradi, F., Memari, A., Tayeb, R. and Abasi, M., 2004. Investigate the causes of self-immolation married women. *Faculty of Nursing and Midwifery Journal*, 11, pp. 41-50. [In Persian]
- Baziar, J., Delpishe, A., Sayemiri, K. and Esmailnasab, N., 2016. Epidemiology of self-immolation in Ilam. *Soc Sci Med*, 24, pp. 109-117. [In Persian]
- Boyand, M.A., 2002. *Psychiatric Nursing Contemporary practice*, 2nd edition, Philadelphia: Lippincott Co; pp. 1006-1027.
- Chew, KSY. and McCleary, R., 1995. The spring peak in suicides: a cross-national analysis. *Soc Sci Med*, 40, pp. 223-30.
- Coleman, J., 1998. Abnormal psychology and modern life, Kianoosh Hashemian, Tehran, P. 677. [In Persian]
- Dibaei, A. and Gharebaghi, R., 2000. Evaluation of self-immolation in Ahvaz. *Journal of Forensic Medicine*, 19, pp. 5-10. [In Persian]
- Ghoreishi, A. and Mosavinasab, N., 2008. A systematic review of studies on suicide and suicide attempts in Iran, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4, pp.115-121. [In Persian]
- Hasanzade, S. and Mosavi, S., 2001. A study of self-immolation, The Second Congress of Psychiatry and Clinical Psychology, Tehran. pp. 43-49. [In Persian]
- Janghorbani, M. and Sharifirad, GR., 2005. Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995 - 2002): Incidence and associated factors. *Arch Iranian Med*; 8(2), pp. 119-26.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J., 2004. Synopsis of psychiatry, behavioral sciences clinical psychiatry, Baltimore: *Williams and Wilkins*. pp. 101-114.
- Kashfi, M., Yazdankhah, M. and Jeihoni, A., 2014. Prevalence of self-immolation and its relationship with socio-demographic situation referred to Qutb alDin Shirazi Hospital during the years 1385 to 1390, *Journal of Fasa University of Medical Sciences*, 4, pp. 392-400. [In Persian]
- Krummen, DM., James, K. and Klein, RL., 1998. Suicide by burning: a retrospective review of the Akron Regional Burn Center. *Burns*, 24, pp. 147-149.
- Laloe, V., 2004. Patterns of deliberate selfburning in various parts of the world. A review. *Burns*, 30, pp. 207-215.
- Lotfi, M., 2003. *The prevalence of self-immolation among women admitted to the burn unit in Tabriz*. The first congress of burns (Proceedings of the scientific), Tehran. University of Medical Sciences. pp.13- 20. [In Persian]
- Mabrouk, A.R., Mahmod Omar, A.N., Massoud, K., Magdy Sherif, M. and El Sayed, N., 1999. Suicide by burns: a tragic end. *Burns*, 25, pp. 337-339.
- Maes, M., De Meyer, F., Thompson, P., Peeters, D. and Cosyns, P., 1994. Synchronized annual rhythms in violent suicide rate, ambient temperature and the light-dark span. *ActaPsychiatr Scand*, 90, pp. 391-396.
- Mohammadi, M., 2011. Suicide: Social status report in Iran. Tehran, Institute of Rahman. P. 43. [In Persian]
- Mohsenitabrizi, A., 2015. *Clinical Sociology (Introduction to Sociology and therapeutic intervention)*. Tehran, University of Tehran; P. 178. [In Persian]
- Rezaeean, M. and Sharifirad, Gh., 2000. Seasonal patterns of suicide and attempted suicide in Ilam. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 16, pp. 51-57. [In Persian]

- Riko, N.A., 2013. *Comparative study of female suicides in Iran and Japan: Causes and patterns*. doctoral thesis in Sociology, Faculty of Social Sciences, Tehran University.
- Safiri, KH. and Rezarinasab, Z., 2016. Qualitative study of the phenomenon of self-immolation in Ilam. *Journal of Women and society*, 7, pp. 123-142. [In Persian]
- Shams, M., 2000. *The causes of suicide by self-immolation of patients referred to Khorramabad Shohada Hospital*, Master's Thesis Nursing and Surgical. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. [In Persian]
- Sheth, H., Dziewulski, P. and Settle, J.A., 1994. Self-inflicted burns: a common way of suicide in the Asian population. A 10-year retrospective study. *Burns*, 20, pp. 334-335.
- Squyres, V., Law, EJ. and Still, JM., 1993. Self-inflicted burns. *J Burn Care Rehab*, 14, pp. 476-479.
- World Health Organization., 2003, 2012, 2014. Preventing Suicide: A Global Imperative, [report] Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_en/
- Yasemi, M., 2013. *Reviews the percentage of people who burn themselves on fire in Ilam between 1385-1372*. University of medical sciences, 21, pp. 9-30. [In Persian]
- Yousefi, MF., 1997. *Reviews of self-immolation in the city of Sanandaj in 1375*, Kurdistan University of Medical Sciences, 3, pp. 64- 93. [In Persian]
- Zarghami, M. and Jalilian, A., 2002. Self-immolation in Mazandaran, *Thought and behavior*, 7, pp. 97-118. [In Persian]

Self-Immolation of Women in Ilam City, Iran: A Descriptive Study

Rezaeiasab, Z., Ph.D. Student, Social Sciences Department, Faculty of Social and Economic Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran-Corresponding author: rezaeiz24@yahoo.com

Sheikhi, M.T., Ph.D. Professor, Social Sciences Department, Faculty of Social and Economic Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran

Jamilei Kohaneh Shahri, F., Ph.D. Assistant Professor, Social Sciences Department, Faculty of Social and Economic Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran

Received: Jun 25, 2017

Accepted: Oct 18, 2017

ABSTRACT

Background and Aim: Self-immolation is the death of a life. It is seen in women who have suffered greatly in life for long years, lost patience totally and found no way out except self-immolation.

The aim of this study was to identify the epidemiologic pattern of women's self-immolation in Ilam Province, Iran during the period 2011-2016.

Materials and Methods: This was a descriptive study in which data were collected based on the files of women who had immolated themselves during the period 2015-2016 and analyzed using the SPSS software, the statistical tests being descriptive statistics.

Results: A total of 129 women, within the age range 11-95 years (mean 24 years), had immolated themselves during the 5-year period (53.5% in the age group 20-35 years), 73.6% of them being married and 77.5% housewives. The average body surface burn percentage was 70%, the range being 15-99%. Most cases of self-immolation had occurred in autumn and spring, mostly in the afternoon. The most common cause of self-immolation had been reported as unknown (38% of the cases), followed by mental disease and depression (30.2%) and family conflicts (17.1%), specially husband and wife conflicts.

Conclusion: Self-immolation is the unusual ending of a life. Young married women are more likely to get exposed to hardships and confusion in the course of family and community life. Depression is one of the most important causes of suicide, a consequence of issues such as violence and harassment by spouse and family, poverty, deprivation and destitution.

Strategies to reduce self-immolation would include comprehensive social support and protection against domestic violence against women, educationg women about techniques to control anger and reduce stress, and informing them about support centers.

Keywords: Self-Immolation, Women, Suicide, Ilam