

## بررسی کیفیت زندگی در زنان اقدام کننده به خودسوزی در مقایسه با گروه گواه

لیلی پناغی

متخصص پزشکی اجتماعی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران

سمیه محمدی \*

کارشناس ارشد خانواده درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

فاطمه انصاری

کارشناس ارشد خانواده درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.

فرشته مصطفوی

دکترای روان شناسی

### چکیده

خودسوزی از مرگ بارتری و غم‌انگیزی‌ترین انواع خودکشی محسوب می‌شود. این روش خودکشی بیشتر در کشورهای شرقی از جمله برخی از مناطق ایران رایج است. این روش در میان زنان ایرانی به شکل نگران کننده‌ای مشاهده می‌شود. کیفیت زندگی از جمله مقوله‌های بااهمیت در حیطه خودسوزی زنان ایرانی است، لذا هدف از اجرای پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی زنانی بود که خودسوزی را به عنوان روش خودکشی انتخاب می‌کنند. برای این منظور تعداد ۵۵ زن (۳۱ نفر در گروه آزمایش و ۲۴ نفر در گروه کنترل) برای اجرای پژوهش از میان بیماران مراجعه کننده به بخش سوانح و سوختگی بیمارستان های تهران و شیراز انتخاب شدند. از بیماران خواسته شد که به سؤالات پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی پاسخ دهند. نتایج حاکی از این بود که نمره کیفیت زندگی زنان خودسوز در تمامی خرده مقیاس های پرسشنامه کیفیت زندگی پایین تر از زنان گروه کنترل بود. با توجه به یافته‌های به دست آمده به نظر می‌رسد که عوامل متعددی در گرایش زنان به خودسوزی نقش دارند که از

\* نویسنده مسئول

تاریخ تصویب: ۹۱/۹/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۴/۵

مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به وضعیت اجتماعی، سلامت روانی و جسمانی و در آخر وضعیت محیط زندگی آن‌ها اشاره کرد. شایان ذکر است که می‌توان عوامل فوق‌الذکر را تحت عنوان کیفیت زندگی زنان قرار داد.

### واژگان کلیدی

خودکشی؛ خودسوزی؛ کیفیت زندگی؛ سلامت روانی

### مقدمه

از میان روش‌های اقدام به خودکشی شاید خودسوزی از خشن‌ترین و نمایشی‌ترین روش‌ها باشد. به طوری که از آن به‌عنوان نمایش یا کابوسی واقعاً زنده یاد شده است (استوداد و همکاران، ۱۹۸۵). خودسوزی روشی نسبتاً شایع برای خودکشی در برخی از کشورهای آسیایی به‌ویژه آسیای مرکزی و خاورمیانه است (ناوا، ۲۰۰۲؛ ضرغامی و خلیلیان، ۱۳۸۱). داده‌ها درباره میزان خودسوزی زنان معمولاً گذشته‌نگر است. لالوئه و گانسا (۲۰۰۲) گزارش می‌کنند که بین جولای ۱۹۹۹ و ژوئن ۲۰۰۱، ۸۷ بیمار بر اثر خودسوزی جان خود را در بخش‌های شرقی سریلانکا از دست داده‌اند. در زیمباوه نیز از آوریل ۱۹۹۳ تا می ۱۹۹۶، ۹٪ موارد سوختگی مربوط به خودسوزی بود که اکثر این افراد زنان جوانی بودند که هیچ مشکل روانی نداشتند (مززا و همکاران، ۱۹۹۹). مبروک و همکاران، (۱۹۹۹) در یک دوره ۲۰ ماهه به بررسی خودسوزی در مصر اقدام کردند، در این مدت ۲۳٪ از افرادی که به بخش سوختگی دانشگاه عین شمس در قاهره ارجاع داده شده‌اند به خودسوزی اقدام کرده بودند. به نظر می‌رسد در ایران نیز میزان خودسوزی زنان به شکل نگران‌کننده‌ای در حال افزایش باشد. ۸۳٪ زنان برای خودکشی از خودسوزی استفاده می‌کنند (احمدی، ۲۰۰۷؛ دستگیری و همکاران، ۲۰۰۵، جانقربانی و شریفی‌راد، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد تعداد زنانی که در ایران برای خودکشی از خودسوزی استفاده می‌کنند طی سال‌های گذشته افزایش قابل توجه‌ای یافته است (طوبایی، ۱۹۹۹؛ دستگیری و همکاران، ۲۰۰۵). بنا بر یافته‌های پژوهش‌ها به نظر می‌رسد که در ایران خودسوزی علت ۲۵ تا ۴۰٪ از مرگ‌های ناشی از خودکشی باشد و در واقع بعد از حلق آویز کردن، به عنوان دومین عامل خودکشی‌های موفق محسوب می‌شود (ضرغامی و خلیلیان، ۱۳۸۱) و البته این طور به نظر می‌رسد که ۷/۵ تا ۳۶/۶ درصد پذیرش‌های سوختگی ایران به خاطر سوختگی‌های عمدی باشد.

با وجود اهمیت این مسأله، اطلاعات کافی درباره علل خودسوزی زنان وجود ندارد، اما در



اکثر پژوهش‌ها به طور عمده چند عامل اصلی را برای خودسوزی زنان نام می‌برند. نخستین عامل مربوط به شرایط اجتماعی زنان است. بنابه گفته کادیر (۱۹۹۲) خودسوزی زنان نشانه‌ای است برای اعتراض به وجود تبعیض‌های سیاسی و اجتماعی که این دسته از زنان در جامعه با آن‌ها مواجه هستند. اغلب اوقات، خودسوزی در مقابل دیدگان افراد دیگر رخ می‌دهد تا با این کار احساس گناه این دسته از افراد افزایش یابد (موسسه گزارش صلح و جنگ، ۲۰۰۳). در چنین مواردی مرگی که اغلب رخ می‌دهد هدف اصلی خودسوزی نیست. سایر عوامل اجتماعی هم چون فقر، محرومیت، تحقیر شدن و ازدواج اجباری نیز می‌تواند با خودسوزی زنان ارتباط مثبت و معناداری داشته باشد (مک‌دونالد، ۲۰۰۱). بنابراین، همان‌طور که ماهلا و همکاران (۱۹۹۲) می‌گویند علاوه بر مسائل روانی، عوامل اجتماعی را نیز باید در خودسوزی در نظر گرفت. به طوری که بر اساس گفته گوریان و فورمانک (۱۹۸۷) انزوای اجتماعی و مشکلات مادی از جمله عوامل اصلی خودکشی و خودسوزی در زنان محسوب می‌شوند.

دومین عامل تأثیرگذار در خودسوزی وجود مشکلات و مسائل خانوادگی است، به گونه‌ای که برخی از زنان احساس می‌کنند که خودسوزی، تنها راه پایان بخشیدن به خشونت خانگی و رنجی است که در زندگی می‌برند (ناوا، ۲۰۰۲). در بسیاری از این کشورها، خشونت خانگی یک مسأله شخصی محسوب می‌شود و نه یک جرم و قانون، هیچ حمایتی در این زمینه از زنان نمی‌کند. فقر، اعتیاد همسر به مواد مخدر، فشار روانی و جسمانی بزرگ کردن تعداد زیادی کودک همراه با چند همسری مرد احتمالاً از جمله عوامل اصلی خشونت‌های خانگی هستند (آف اور بک، ۲۰۰۳؛ تابیشالیوا، ۲۰۰۶؛ ضرغامی و خلیلیان، ۱۳۸۱).

یکی دیگر از عللی که در اقدام کنندگان به خودسوزی مشاهده می‌شود وجود اختلالات روان‌پزشکی است. برای مثال در مطالعه ضرغامی و خلیلیان (۲۰۰۲)، از ۳۱۸ اقدام کننده به خودسوزی ۴۲ درصد مبتلا به اختلالات انطباقی، ۵۳ درصد وابستگی به نیکوتین، ۳۵ درصد افسردگی اساسی، ۲۸ درصد دل‌افگاری (دیس تیمیا) داشتند. در مطالعات خارجی نیز شیوع اختلالات روان‌پزشکی در خودسوزی‌های موفق بین ۵۰ - ۱۰۰ و در اقدام به خودسوزی بین ۶۴ - ۷۹ درصد ذکر شده است (پراسر، ۱۹۹۶؛ آشتون، دونان، ۱۹۸۱؛ آندرسون، نویس، ۱۹۷۵؛ اسکالی، هاچرسون، ۱۹۸۳؛ جکوبسن، جکسون، برلویتیز، ۱۹۸۶؛ کویلند، ۱۹۸۵؛ ارزوروم، وارسلوتی، ۱۹۹۹؛ پرسلی و پگ، ۱۹۸۱).

در نهایت، در برخی دیگر از مطالعات وجود بیماری‌های جسمی به عنوان یکی از علت‌های اقدام به خودسوزی معرفی شده‌است. برای مثال در انگلستان و ولز از ۸۲ خودسوزی موفق، ۱۷ درصد بیماری شدید جسمانی داشتند (آشتون و دونان، ۱۹۸۱). در استرالیا از ۳۰ مورد اقدام به خودسوزی ۲ مورد به بیماری جسمی مزمن مبتلا بودند (پرسلی و پگ، ۱۹۸۱) و در ورونا از ۳۱ اقدام به خودسوزی ۳ مورد مبتلا به ایدز بودند (کاستلانی و همکاران، ۱۹۹۵).

همان‌طور که در بالا بدان اشاره شد عوامل مختلف اجتماعی، محیطی، خانوادگی و روانی می‌توانند در گرایش افراد به ویژه زنان در اقدام به خودسوزی نقش داشته باشند. تمامی مسائل مطرح شده در بالا را می‌توان تحت عنوان وضعیت یا کیفیت زندگی مطرح کرد. کیفیت زندگی در واقع اصطلاحی است که برای ارزیابی رفاه و آسایش عمومی افراد و جوامع به کار برده می‌شود و دامنه وسیعی از مسائل همچون وضعیت محیطی، جسمانی، سلامت روان، تحصیلات و شرایط اجتماعی و خانوادگی را پوشش می‌دهد (گرگوری و همکاران، ۲۰۰۹). در اکثر پژوهش‌های انجام شده تنها به برخی از حیطه‌های مربوط به کیفیت زندگی در این دسته از افراد توجه شده است، و تا جایی که نویسندگان این پژوهش اطلاع دارند پژوهشی وجود ندارد که به طور هم‌زمان نقش متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی را در زنان خودسوز بررسی کند. به همین دلیل این پژوهش در صدد بود تا به بررسی جامع‌تر کیفیت زندگی این افراد که در برگیرنده وضعیت اجتماعی، محیطی و سلامت روانی و جسمانی آن‌ها اقدام کند تا در نتیجه آن قادر به ترسیم بهتر عواملی باشد که باعث گرایش بخش جالب توجه‌ای از زنان ایرانی به سمت خودسوزی می‌شوند.

### روش پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از تمام زنانی که از تاریخ مهر ۱۳۸۷ تا آذر ۱۳۸۸ در شهرهای تهران و شیراز اقدام به خودسوزی کرده بودند و برای درمان به بخش‌های سوختگی بیمارستان‌های سوانح و سوختگی مطهری در تهران و سوانح و سوختگی شیراز منتقل شده بودند. در نهایت از میان مراجعه‌کنندگانی که به بخش‌های سوانح و سوختگی مراجعه کرده بودند ۵۰ نفر برای حضور در پژوهش حاضر انتخاب شدند. از این تعداد ۳۱ نفر که اقدام به خودسوزی کرده بودند در گروه خودسوز (۱۸ نفر در تهران و ۱۳ نفر در شیراز) و



۲۴ نفر که بر اثر سانحه دچار سوختگی شده بودند در گروه مورد ( ۱۸ نفر در تهران و ۶ نفر در شیراز) قرار گرفتند.

برای گردآوری داده‌ها، پژوهشگر ابتدا به بخش‌های سوختگی بیمارستان‌های سطح شهر تهران و شیراز مراجعه کرده و بعد از شناسایی بیمارانی که اقدام به خودسوزی کرده بودند، با معرفی خود و توضیح پژوهش، از آن‌ها برای شرکت در این پژوهش دعوت به عمل می‌آورد. در صورت موافقت بیماران با شرکت در پژوهش، از آن‌ها خواسته می‌شد که به پرسشنامه مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی، و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی پاسخ دهند.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

### پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی

در این پرسشنامه محقق ساخته از بیماران خواسته شد که اطلاعاتی درباره سن، وضعیت تأهل، شغل، میزان درآمد خانواده، مذهب، نوع ازدواج و برخی دیگر از اطلاعات جمعیت شناختی را تکمیل کنند.

### پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه

این پرسشنامه، به زبان‌های مختلف ترجمه شده است و در کشورهای مختلف برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد به کار می‌رود. سازمان بهداشت جهانی این پرسشنامه را یک پرسشنامه بین فرهنگی محسوب می‌کند و به همین دلیل از آن در فرهنگ‌های مختلف استفاده می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). این پرسشنامه ۲۶ سؤال دارد که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد (هر یک از این حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است). پایایی و روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعددی بررسی شده است. برای مثال در پژوهشی که در برزیل انجام شد آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ برای حوزه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۵، ۰/۷۶ و ۰/۷۹ بود (برلیم و همکاران، ۲۰۰۵). در ایران این پرسشنامه را نصیری و همکاران (۱۳۸۵) به فارسی ترجمه و

روایی و پایایی آن را گزارش کرده‌اند. بر اساس مطالعه نصیری و همکاران (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ نمره کل پرسشنامه ۰/۸۴ است. در مطالعه دیگری که نجات و همکاران (۱۳۸۵) انجام داده‌اند، پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد در هر چهار حیطه مورد بررسی مناسب و بالای ۰/۷ گزارش شد. مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در سلامت جسمانی ۰/۷۷، در سلامت روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط ۰/۸۴ بود.

### یافته‌های پژوهش

۵۵ نفر از بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های سوانح و سوختگی تهران و شیراز نمونه پژوهشی را تشکیل دادند. روی هم رفته ۳۱ نفر در گروه خودسوز و ۲۴ نفر در گروه مورد قرار گرفتند. در گروه خودسوز، میانگین تحصیلات شرکت کنندگان ۲۶/۱۹ سال ( $SD=7/11$ )، و میانگین درصد سوختگی آن‌ها ۴۶/۱۱ سال ( $SD=25/52$ ) بود. میانگین سنی و درصد سوختگی شرکت کنندگان گروه مورد به ترتیب ۲۸/۹۳ ( $SD=4/96$ ) و ۴۳/۰۰ ( $SD=25/98$ ) بود. اطلاعات مربوط به سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی از جمله میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و مدت زمان ازدواج در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

به منظور بررسی تفاوت‌های جمعیت شناختی در دو گروه خودسوز و غیرخودسوز بر اساس نوع متغیر مورد بررسی از آزمون کای مربع و آزمون آنوا استفاده شد که نتایج به دست آمده در جدول‌های ۱ و ۲ مشاهده می‌شود.

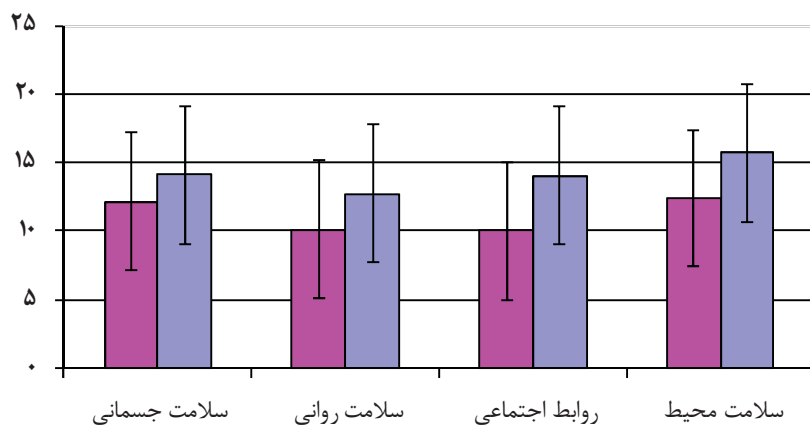
جدول ۱: بررسی عوامل جمعیت شناختی در گروه مورد و آزمایش

Sig.	درجه آزادی	$\chi^2$	گروه مورد	گروه خودسوز	
۰/۰۵	۱	۳/۷۷	۹	۲۱	بی سواد و زیر دیپلم
			۱۳	۱۰	دیپلم و لیسانس
۰/۱۲۵	۱	۲/۳۵	۲/۴۳۵	۱۱	مجرد
			۱۸	۱۸	متاهل
۰/۰۸۵	۲	۴/۹۳	۶	۵	۱ تا ۳ سال
			۸	۳	۴-۷ سال
			۴	۱۰	۷ سال و بیشتر



نتایج آزمون  $\chi^2$  حاکی از این است که تفاوت معناداری بین وضعیت تأهل و مدت زمان ازدواج در گروه خودسوز و غیرخودسوز وجود ندارد، با این حال تفاوت دو گروه از نظر وضعیت تحصیلی ( $\chi^2=3/77, P < 0/05$ ) معنادار بود. نتایج آزمون مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل نیز حاکی از این بود که بین دو گروه هیچ تفاوت معناداری در رابطه با سن ( $P < 0/19$ )،  $t = -1/33$  و درصد سوختگی ( $t = 0/19, P < 0/84$ ) وجود ندارد.

برای بررسی تفاوت میان دو گروه خودسوز و غیرخودسوز در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی ابتدا میانگین‌های مربوط به شاخص‌های مربوط به کیفیت زندگی در هر دو گروه محاسبه شد. نتایج به دست آمده حاکی از این است که میانگین شاخص‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط در گروه خودسوز به ترتیب ( $SD = 2/94$ )  $12/17$ ،  $10/13$  ( $SD = 2/65$ )،  $10$  ( $SD = 4/88$ ) و  $12/39$  ( $SD = 3/70$ ) است، میانگین این شاخص‌ها در گروه مورد برای سلامت جسمانی ( $SD = 1/79$ )  $14/09$ ، سلامت روانی ( $SD = 3/21$ )  $15/71$ ، روابط اجتماعی ( $SD = 2/10$ )  $14/07$  و سلامت محیط ( $SD = 2/88$ )  $15/71$  است. میانگین‌های دو گروه خودسوز و غیرخودسوز در شکل ۱ نشان داده شده است. در نهایت برای مقایسه میانگین‌های دو گروه از آزمون مانوا استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.



شکل ۱: میانگین‌های دو گروه خودسوز و غیرخودسوز در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی

جدول ۲: نتایج آزمون مانوا بررسی میانگین‌های دو گروه خودسوز و غیرخودسوز در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی

Sig.	F	درجه آزادی	مجدور میانگین‌ها		
۰/۰۱۴	۶/۷۳	۱	۴۵/۵۴	سلامت جسمانی	گروه
۰/۰۰۶	۸/۸۱	۱	۵۶/۶۷	سلامت روانی	
۰/۰۱۸	۶/۲۵	۱	۱۰۴/۴۵	روابط اجتماعی	
۰/۰۲۳	۵/۷۵	۱	۸۰/۷۷	سلامت محیط	
		۳۱	۶/۷۶	سلامت جسمانی	خطا
		۳۱	۶/۴۳	سلامت روانی	
		۳۱	۱۶/۷۰	روابط اجتماعی	
		۳۱	۱۴/۰۳	سلامت محیط	

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین دو گروه در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. شایان ذکر است که در تمامی این حیطه‌ها میانگین گروه خودسوز به طور معناداری پایین‌تر از میانگین گروه مورد بوده است که این مسأله به معنای پایین‌تر بودن شاخص‌های کیفیت زندگی در این دسته از افراد است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از این پژوهش حاکی از این است که بین کیفیت زندگی زنان اقدام‌کننده به خودسوزی با زنان گروه مورد که بر حسب تصادف دچار سوختگی شده‌بودند تفاوت معناداری وجود دارد. کیفیت زندگی در این پژوهش مواردی همچون سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی فرد و سلامت محیطی را در بر می‌گرفت که فرد در آن زندگی می‌کند و طبق یافته‌های پژوهش حاضر زنان گروه خودسوز در تمامی این موارد نسبت به زنان گروه مورد میانگین پایین‌تری داشتند که این امر به معنای پایین‌تر بودن جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی زنان خودسوز در مقایسه با سایر زنان است.

تاکنون، پژوهش‌های مختلفی انجام شده تا شرایطی را بررسی کنند که منجر به اقدام به





خودسوزی زنان می‌شوند. اکثر این پژوهش‌ها ابعاد مختلف کیفیت زندگی از جمله عوامل اجتماعی، محیطی و روانی را مسئول اصلی گرایش زنان به انتخاب خودسوزی به عنوان روشی برای خودکشی ذکر می‌کنند. بنابراین، برای تبیین یافته‌های پژوهش حاضر، در اینجا هر یک از ابعاد سازنده کیفیت زندگی جداگانه بررسی می‌شود، تا تصویر روشن‌تری از عوامل سوق دهنده زنان ایرانی به سمت خودسوزی ایجاد شود.

بر اساس پژوهش‌های انجام شده مشکلات ارتباطی (ناکام شدن در عشق، مشکلات زناشویی یا خانوادگی، احساس شرمساری یا گناه)، مشکلات ساختاری (مشکلات اقتصادی و بیکاری، احساس شکست در زندگی) و مشکلات سلامتی از جمله برخی از شرایطی هستند که افراد را به سمت خودکشی سوق می‌دهد، این موارد در بین گروه‌های مختلف زنان متفاوت است، به طوری که مشکلات ارتباطی در میان زنان جوان، مشکلات ابزاری و مشکلات مربوط به سلامتی در میان زنان میانسال و مشکلات ابزاری در زنان مسن از جمله عوامل اصلی سوق یافتن این دسته از زنان به سمت خودکشی هستند (حسن، ۱۹۹۶). در واقع در بسیاری از پژوهش‌ها کشمکش‌های بین فردی به ویژه در ارتباط با مسأله ازدواج و تنش‌های ناشی از تفاوت‌های فرهنگی را عوامل اصلی در اقدام به خودسوزی زنان آسیایی تبار معرفی کرده‌اند (اشکروم و جانستون، ۱۹۹۲؛ شت و همکاران، ۱۹۹۴). در ایران نیز ضرغامی و خلیلیان (۱۳۸۱)، دلایل متعددی را برای اقدام به خودسوزی مطرح کرده‌اند که مهم‌ترین دلایل اقدام به خودسوزی در پژوهش آن‌ها به ترتیب تعارضات زناشویی، مشکلات خانوادگی و شکست عشقی بوده است. محققانی که درباره خودسوزی زنان در آسیا پژوهش انجام می‌دهند به این نتیجه رسیده‌اند که اکثر زنانی که اقدام به خودسوزی می‌کنند در واقع سعی می‌کنند با این اقدام راهی برای فرار از ازدواج‌های اجباری یا اذیت و آزارهای مداوم همسر یا اقوام همسر خود بیابند.

یکی دیگر از عوامل مرتبط با خودسوزی زنان که در مقوله کیفیت زندگی مطرح می‌شود عوامل اقتصادی-اجتماعی است. به نظر می‌رسد که علت اصلی خودسوزی در بسیاری از کشورهای کمتر توسعه یافته عوامل اقتصادی-اجتماعی باشد؛ برای مثال فقر، محرومیت، و تحقیر شدن در ازبکستان، مشکلات مربوط به ازدواج در هند، ازدواج‌های اجباری در افغانستان به عنوان علت اصلی خودسوزی زنان در این کشورها گزارش شده است (مک‌دونالد، ۲۰۰۱).

دستگیری و همکاران (۲۰۰۵) نیز به این نتیجه رسیدند که میزان خودسوزی در شهرهای فقیرتر ایران بیش‌تر است و نیز احتمال خودسوزی در میان افراد متأهل بیشتر از سایر افراد است؛ به طوری که ۵۳٪ اقدام کنندگان به خودسوزی در پژوهش آن‌ها متأهل بودند، که این امر مشابه با یافته‌های سایر کشورهاست (ضرغامی و خلیلیان، ۲۰۰۲؛ دیبائی و غره‌باغی، ۱۳۷۹) و نشان دهنده تأثیر تعارض‌های خانوادگی در خودسوزی است. پراسر (۱۹۹۶) نیز در مطالعه‌ای که در میان زنان آسیایی تبار در انگلستان و ولز انجام داد مشکلات زناشویی را مهم‌ترین علت خودسوزی این دسته از افراد ذکر کرده است.

یکی دیگر از مواردی که در رابطه با خودسوزی زنان مطرح می‌شود، سلامت روانی این دسته از زنان است. در اکثر پژوهش‌های انجام شده، وجود برخی از اختلالات روان‌پزشکی در زنان اقدام کننده به خودسوزی مشاهده شده است. برای مثال، در مطالعه حسن زاده و موسوی (۱۳۷۳) اختلال انطباقی و سپس افسردگی اساسی در میان اقدام کنندگان به خودسوزی شایع‌تر بود و اختلال استرس پس از سانحه در رده سوم قرار داشت. در مطالعات خارجی نیز شیوع اختلالات روان‌پزشکی در خودسوزی‌های موفق بین ۵۰ - ۱۰۰ و در اقدام به خودسوزی بین ۶۴ - ۷۹ درصد ذکر شده است (آشتون، دونان، ۱۹۸۱؛ آندرسون، نویس، ۱۹۷۵؛ اسکالی، هاچرسون، ۱۹۸۳؛ جکوبسن و همکاران، ۱۹۸۶؛ ارزوروم، وارسلوتی، ۱۹۹۹؛ پرسلی و پگ، ۱۹۸۱).

بنابراین، به نظر می‌رسد که ابعاد مختلف کیفیت زندگی در خودسوزی زنان نقش داشته باشند، که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به وضعیت خانوادگی و اجتماعی زنان، ساختار جامعه و جایگاه زنان در اجتماع و نیز برخی از ویژگی‌های فردی زنان از جمله سلامت روانی و جسمانی آن‌ها - که خود نیز با وضعیت اجتماعی و محیطی زنان ارتباط تنگاتنگی دارند - اشاره کرد. یافته‌های به‌دست آمده از این پژوهش حاکی از این است که برای بررسی وضعیت زنان خودسوز نباید یک دیدگاه تک بعدی را در نظر گرفت و برای تبیین علل خودسوزی تنها با استناد به یک ویژگی قضاوت کرد. بلکه، به نظر می‌رسد برای انجام دادن مداخلات مؤثرتر یا پیشگیری از خودسوزی در زنان ایران باید جنبه‌های مختلف تأثیرگذار در این رویداد هم‌زمان بررسی شوند، زیرا هر یک نقشی انکارناپذیر در این فرایند دارند، علاوه بر اینکه، نمی‌توان از تأثیر هر یک از این ابعاد بر سایر بعدها نیز نمی‌توان چشم‌پوشی کرد و بدون تردید جدا کردن



آن‌ها و نقش آن‌ها بر یکدیگر تنها باعث از بین رفتن بخش وسیعی از اطلاعاتی خواهد شد که برای روشن کردن عوامل مرتبط با خودسوزی زنان اهمیت انکارناپذیری دارند. سیاست‌گذاری: این پژوهش با استفاده از حمایت مالی قطب علمی خانواده ایرانی-اسلامی انجام شده است.

## منابع

- حسن زاده، س.، موسوی، س. (۱۳۷۳). یک مطالعه درباره خودسوزی. دومین کنگره روانپزشکی و روان شناسی بالینی. تهران.
- دیبايي، الف.، قره باغی، ر. (۱۳۷۹). بررسی خودسوزی در اهواز، ایران. *مجله پزشکی قانونی*. ۱۹، ۵-۱۰.
- ضرغامی، م.، خلیلیان، الف. (۱۳۸۱). خودسوزی عمدی در استان مازندران، ایران. *اندیشه و رفتار*. بهار ۷(۴): ۱۳-۲۴.
- نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکویی نایینی، ک.، محمد، ک.، مجدزاده، س.ی. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- نصیری، ح. ا.، هاشمی، ل.، و حسینی، س. م. (1385). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز بر اساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL- BREF) سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ۳۶۵-۳۶۸.
- Ahmadi, A. (2007). Suicide by self-immolation: comprehensive overview, experiences and suggestions. *J Burn Care Res*, 28, 30-41.
- Andreasen, N.C., Noyes, R., (1975). Suicide attempted by self-immolation. *Am J Psychiatry* 132(5), 554-6.
- Ashton, J.R., Donnan, S. (1981). Suicide by burning as an epidemic phenomenon: an analysis of 82 deaths and inquests in England and Wales in 1978-9. *Psychol Med*, 11(4), 735-9.
- Berlim, M.T., Pavanello, D.P., Caldieraro, M.A., Fleck, M.P. (2005). Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Quality of life research*, 14(2), 561-564.
- Castellani, G., Beghini, D., Barisoni, D., Marigo, M. (1995). Suicide attempted by burning: a 10-year study of self-immolation deaths. *Burns*, 21(8), 607-9.
- Copeland, A.R. (1985). Suicidal fire deaths revisited. *Z Rechtsmed*, 95(1), 51-7.
- Dastgiri, S., Kalankesh, L. R., Pourafkary, N., Vahidi, R. G., & Mahmoodzareh, F. (2005). Incidence, survival pattern and prognosis of self-immolation: A case study of Iran. *Journal of Public Health*, 14, 2-6.



- Erzurum, V.Z., Varcellotti, J. (1999). Self-inflicted burn injuries. *J Burn Care Rehabil*, 20, 1, 22-4.
- Gregory, D., Johnston, R., Pratt, G., et al., eds (2009). "Quality of Life". Dictionary of Human Geography (5th ed.). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Hassan, R. (1996). Social Factors in Suicide in Australia. *Australian Institute of Criminology*. Feb(52), 1-6.
- Institute for War and Peace Reporting (IWPR). (2003). Uzbek women suffer in silence. [On-line]. Available: <http://www.uzland.uz2003/june/13/02.htm>.
- Jacobson, R., Jackson, M., Berelowitz, M. (1986). Self-incineration: a controlled comparison of in-patient suicide attempts. Clinical features and history of selfharm. *Psychol Med*, 16(1), 107-16.
- Janghorbani, M., & Sharifirad, G. (2005). Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995-2002): Incidence and associated factors. *Archives of Iranian Medicine*, 8, 119-126.
- Kadyr, T. (1992). Woman of the East—The age of freedom is nowhere to be seen. *The Current Digest of the Post-Soviet Press*, 44(40), 30–31.
- Laloë, V., & Ganesan, M. (2002). Self-immolation, a common suicidal behavior in eastern Sri Lanka. *Burns*, 28, 778–781.
- Mabrouk, A., Omar, A. N. M., Massoud, K., Sherif, M. M., & Sayed, N. E. (1999). Suicide by burns: A tragic end. *Burns*, 25, 337–339.
- Mahla, V. P., Bhargava, S. C., Dogra, R., and Shome, S. (1992). 'The Psychology of Self-Immolation in India'. *Indian Journal of Psychiatry*, 34/2: 108–13.
- Mc Donald, M. (2001) Young women in rural Uzbekistan seek escape by self-immolation. Available at: [www.Axisoflogic.com](http://www.Axisoflogic.com).
- Mzezewa, S., Jonsson, K., Aberg, M., & Salemark, L. (1999). A prospective study on the epidemiology of burns in burn units. *Burns*, 25, 499–504.
- Nawa, F. (2002). They prefer death over abuse: Afghan women protesting with selfimmolation. San Francisco Chronicle. [On-line]. Available: <http://www.sfgate.com/cgi-bin/article.cgi?file=/chronicle/archive/2002/07/26/MN59710.DTL>.
- Off Our Backs, Inc. (2003). Self-immolation and suicide rise among women. *Off Our Backs*, 33(7–8), 4.
- Persley, G.V., Pegg, S.P. (1981). Burn injuries related to suicide. *Med J Aust*, 1(3), 134.
- Prosser, D. (1996). Suicides by burning in England and Wales. *Br J Psychiatry*, 168(February (2)):175–82.
- Scully, J.H., Hutcherson, R. (1983). Suicide by burning. *Am J Psychiatry* 140(7), 905-6.
- Sheth, H., Dziewulski, P., Settle, JA. (1994). Self-inflicted burns: A common way of suicide in the Asian population. A 10-year retrospective study. *Burns*, 20, 334–5.

- Shkrum, M.J., Johnston, K.A. (1992). Fire and suicide: a 3-year study of self-immolation deaths, *J. Forensic Sci.* 37, 208–221.
- Stoddard, F., Pahlavan, K., & Cahners, S. (1985). Suicide attempted by self-immolation during adolescence. *Journal of Adolescent Psychiatry*, 12, 251-280.
- Tabyshalieva, A. (2006). *Promoting Human Security: Ethical, Normative and Educational Frameworks in Central Asia*, UNESCO, Paris, p. 75.
- Tobaei, S. (1999). Causes of suicide among those aged 15-30 in Shiraz. *Iranian Journal of Medical Science*, 24, 11-16.
- WHOQOL-BREF introduction administration, scoring and generic version of the assessment, Field trial version (1996). Available at: [www.who.int/mentalhealth](http://www.who.int/mentalhealth).



نویسندگان

**l\_panaghi@sbu.ac.ir**

**لیلی پناغی**

دارای مدرک پزشکی عمومی از دانشگاه شهید بهشتی و دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی از دانشگاه ایران  
سه سال سابقه کار به عنوان کارشناس پژوهش انستیتو روان پزشکی تهران - از سال ۸۵ تا زمان حال عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی - پژوهشکده خانواده

**Smh.mohammadi@gmail.com**

**سمیه محمدی**

دارای مدرک کارشناسی از دانشگاه فردوسی و کارشناسی ارشد خانواده درمانی از دانشگاه شهید بهشتی

**fatemehansarinejad@yahoo.com**

**فاطمه انصاری**

دارای مدرک کارشناسی از دانشگاه فردوسی و کارشناسی ارشد خانواده درمانی از دانشگاه شهید بهشتی -

**فرشته مصطفوی**

دکترای روان شناسی - دپارتمان علوم آموزشی و روانشناسی - دانشگاه آزاد سپیدان

