

تأثیر مداخله در سطح جامعه بر پیشگیری از خودسوزی

دکتر علی رضا احمدی^۱

^۱رزیذنت بیهوشی بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

خلاصه

مقدمه: خودکشی با آتش در کشورهای غربی بسیار نادر است، حال آن که در کشورهای در حال توسعه نسبتاً شایع است. بر اساس آمار رسمی به طور متوسط ۲۷ تا ۳۶ درصد خودکشی های در ایران به علت خودسوزی بوده است. خودسوزی در ایران تا ۳۷٪ از بیماران بستری شده در بخش های سوختگی را به خود اختصاص داده است. این در حالی است که ۸۰٪ از بیماران خودسوزی بستری شده به علت شدت بالای سوختگی می میرند. تمام مطالعات توصیفی صورت گرفته در رابطه با بیماران خودسوزی در ایران برانجام مداخلات پیشگیری کننده در جهت کاهش خودسوزی تأکید داشته اند. هدف از این مطالعه توصیف تأثیر گذاری اجرای یک برنامه در سطح جامعه با هدف پیشگیری از خودسوزی می باشد.

روش کار: در یک مطالعه نیمه تجربی جمعیت های دو شهر در غرب ایران، گیلان غرب (مورد مداخله) و سرپل ذهاب (شاهد) تحت مطالعه مداخله ای قرار گرفتند. روش جمع آوری داده ها بر اساس اطلاعات بیمارستانی از بیماران اقدام کننده به خودکشی (به طور کلی) و بیماران اقدام کننده به خودسوزی (به طور اختصاصی) بود. زمان انجام از سال ۱۳۷۸ تا سال ۱۳۸۲ بود. یک سال اول به جمع آوری اطلاعات پایه و سه سال بعدی به انجام مداخله اختصاص داده شد. از هر دو روش مداخله فعال و غیر فعال استفاده گردید. میان سرگذشت قربانیان رکن اصلی را در این مداخله تشکیل داده است.

نتایج: در مقایسه با وضعیت پایه، میزان متوسط اقدام به خودسوزی در عرض ۳ سال مداخله در شهر گیلان غرب ۵۷٪ کاهش یافت ($P < 0.05$) همچنین اقدام به خودکشی در شهر گیلان غرب ۱۹٪ کاهش یافت در حالی که در شهر شاهد ۲۴٪ افزایش یافت ($p < 0.01$).

بحث: یک برنامه پیشگیری در سطح جامعه با هدف پیشگیری از خودسوزی می تواند موثر واقع گردد. آگاهی از آمار قربانیان خودسوزی و بیان سرگذشت قربانیان انگیزه کافی را جهت تلاش برای پیشگیری از این بلای خود مخرب انسانی فراهم می آورد.

واژه های کلیدی: خودکشی، خودسوزی، سرپل ذهاب، گیلان غرب

مقدمه

(روزنامه کیپ تاون سان دی تریبون، نهم آوریل ۲۰۰۶). این خودکشی صورت گرفته در شهر کیپ تاون با استفاده از روشی انجام گرفت که در کشورهای غربی به طور معمول نادر است و کمتر از ۲٪ کل خودکشی را شامل می شود (۲). نگاهی به مقالات مختلف از سراسر جهان نشان می دهد که علی رغم این که خودکشی موفق در کشورهای ثروتمند شایع است، اما خودسوزی موفق در کشورهای فقیر بیشتر است (۳). در کشورهای در حال توسعه، خصوصاً در آفریقا و آسیا، خودسوزی از شیوع بالاتری برخوردار است. علاوه بر این خودسوزی در بین مهاجرینی که از این کشورها به سایر مناطق جهان رفته اند نیز بیشتر است (۴-۲). که این خود حکایت از ریشه های فرهنگی - اجتماعی دارد (۱).

خودکشی یکی از غمبارترین راه های مرگ است. روش انتخابی جهت خودکشی موفق یا نا موفق، بسته به فرهنگ و وسیله در دسترس، فرق می کند. خودسوزی به علل مختلف از جمله تقلیدی، بیماری روانی، اعتراض سیاسی و خودکشی مذهبی صورت می گیرد (۱).

نگاهی به وضعیت خودسوزی در جهان: در چهارم آوریل ۲۰۰۶، یک خانم سفید پوست روان شناس خود را به بنزین آغشته کرد و با خودسوزی به زندگی خود پایان داد

آدرس مؤلف مسئول: کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، معاونت پژوهشی
تلفن تماس: ۰۸۳۱-۸۳۸۴۱۸۵

Email: ahmadiar1012@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۶/۴/۱۳ تاریخ تایید: ۸۶/۶/۲۲

به الکل و سایر موارد بیشترین شیوع را داشته اند (۱، ۴، ۲۱، ۲۲). چرا میزان خودسوزی در بین زنان بالا است؟ مطالعات انجام شده در ایران نشان دهنده این موضوع هستند که درصد زیادی از موارد خودسوزی موفق در زنان رخ داده است. این مشابه سایر مطالعات صورت گرفته در قاهره، در جمعیت یهودیان اسرائیل، و در جوامع آسیایی (۱۷، ۲۳، ۲۴) است. جالب این که کاستالینی و همکاران (۲۵) از ایتالیا و آنوشچنکوف و همکاران از روسیه (۲۶) هیچ اختلاف جنسی در بیماران خودسوزی کننده مشاهده نکردند. این در حالی است که خودسوزی در کشورهای توسعه یافته در افراد مذکر از شیوع بالاتری برخوردار است (۱).

یک نظریه (۳) این اختلاف جنسیت را به این گونه توجیه می کند که اکثر زنانی که با خودسوزی موفق می میرند در واقع قصد اقدام به خودکشی (ناموفق)^۴ داشته اند نه خودکشی موفق. آن ها نمی دانستند که آتش وسیله مناسبی برای اقدام به خودکشی نمایشی نیست. به هر حال اقدام به خودسوزی می کنند و آتش مانند یک دام آن ها را می بلعد و یک اقدام به خودکشی تبدیل به یک خودکشی موفق می شود. دلایل تایید کننده این نظریه عبارتند از:

(الف) - مطالعات جمعیت شناسی در مورد اقدام به خودکشی (خودکشی ناموفق) حاکی از این است که خصوصیات جمعیت شناسی خودکشی ناموفق دقیقاً با خودسوزی موفق تطابق دارد. به این معنی که اقدام به خودکشی در تمام کشورهای جهان بیشتر در زنان، سن زیر سی سال، و طبقه اقتصادی اجتماعی ضعیف دیده می شود. افراد مونث بین ۱۵ تا ۱۹ سال بالاترین تعداد اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده اند (۸).

(ب) علاوه بر این، گفتگوی مستقیم با قریب به اتفاق بیماران خودسوزی حاکی از این است که اغلب این بیماران قصد خودکشی ندارند و تنها می خواهند به صورت نمایشی اقدام به این کار بکنند و در واقع خودسوزی آن ها یک نوع فریاد استمداد^۵ است (۳).

بررسی ها نشان می دهد که ایران در کنار هندوستان دارای یکی از بالاترین نرخ های خودسوزی در سراسر جهان است. کشورهای خاور میانه و شرق آسیا نیز دارای میزان بالایی از خودسوزی هستند. در ایران ۲۵٪ تا ۴۰٪ از علل خودکشی به خودسوزی اختصاص دارد (۹-۳). طبق آمار رسمی در سال ۱۳۸۰ روزانه ۴ نفر در ایران به علت خودسوزی مرده اند که میزان آن ۲ نفر در هر صد هزار نفر بوده است. به طور متوسط ۲۷ تا ۳۶٪ خودکشی ها در ایران به علت خودسوزی است (۷، ۸).

نگاهی به وضعیت درصد بیماران خودسوزی در بخش های سوختگی: خودسوزی ۴/۰ تا ۴۰٪ از درصد اشغال تخت های بخش سوختگی را در سراسر جهان به خود اختصاص می دهد و در ایران این شاخص مابین ۴٪ تا ۳۷٪ می باشد (۳، ۱۰، ۱۱، ۱۲). هر چند که تنها ۲۸/۴٪ از تخت های بخش سوختگی در استان کرمانشاه توسط بیماران خودسوزی اشغال گردیده است ولی اگر بیماران زیر ۵ سال را که معمولاً به علت "حوادث" دچار سوختگی می شوند در نظر بگیریم، مشخص می شود که ۶۴/۲٪ افراد بالای ۵ سال که در بخش سوختگی بستری شده اند، به علت خودسوزی بوده است. ۸۰٪ از بیماران خودسوزی بستری شده می میرند (۱۳). البته در بررسی آمار خودسوزی، ذکر این نکته لازم و ضروری است که مانند تمام انواع خودکشی های آمارهای رسمی نشان دهنده تعداد واقعی خودکشی ها نمی باشد. مطالعات فراوان حاکی از این است که تعداد خودکشی های واقعی بسیار بیشتر از آن است که اعلام می شود (۱، ۲۰-۱۴). نکته ضروری دیگر در رابطه با خودسوزی، شناخت عوامل خطر و عوامل محافظتی در رابطه با آن است. در جدول شماره (۱)، یک سری از عوامل خطر و محافظتی خودسوزی ترسیم شده است (۴). در مطالعات صورت گرفته در ایران اختلالات انطباقی^۱ شایعترین عامل مستعد کننده جهت خودسوزی بوده است. در حالی که در کشورهای غربی افسردگی شدید^۲، روان پریشی^۳ و وابستگی

1. Adjustment disorders

2. Major Depressive

3. Psychoses

4. Unsuccessful or Parasuicide

5. Cry to Help

جدول ۱- برخی از عوامل خطر و عوامل محافظتی قابل پیشنهاد جهت خودسوزی

عوامل محافظتی	عوامل خطر
(الف) عوامل مستعد کننده (Predisposing Factors):	(الف) عوامل مستعد کننده (Predisposing Factors):
۱) داشتن مهارت های زندگی در برخورد با تجربیات پر استرس (شامل مهارت های کنار آمدن (Coping Skills) و مهارت های حل مسئله (Problem-Solving))	۱) اختلالات انطباقی (Adjustment disorder)
۲) ارزش ها و اعتقادات مثبت	۲) گروه سنی نوجوانی و ابتدای بلوغ
۳) دارای احساس عزت نفس	۳) جنسیت مونث
۴) دارای ارتباطات خوب با خانواده (صله رحم) و مدرسه	۴) افسردگی خفیف - متوسط و شدید
۵) هویت فرهنگی استوار (Secure Cultural Identity)	۵) اختلالات استرس از سانحه (PTSD)
۶) وجود خانواده پشتیبانی کننده	۶) تمایلات آنی و بدون تفکر (Impulsive tendencies)
۷) مسئولیت پذیری در قبال فرزندان	(ب) عوامل توانا کننده (Enabling Factors):
۸) حمایت های اجتماعی	۱) زندگی در طبقه پایین اجتماعی اقتصادی (فقر اقتصادی، بیکاری)
۹) داشتن گرایش های مخالف با خودکشی	۲) سواد پایین
۱۰) روابط مبتنی بر اعتماد و پشتیبانی	۳) نبود یا کمبود دسترسی به خدمات بهداشتی به خصوص خدمات بهداشت روانی و مشاوره های روان شناختی
۱۱) پشتیبانی اجتماعی، مرادده های اجتماعی و ارتباط متقابل با اجتماع، مانند مشارکت در سازمان ها و داشتن سرگرمی سالم	۴) ضعف اعتقادات مذهبی و ارزشهای معنوی
۱۲) داشتن مهارت های کنار آمدن (Coping Skills) و تطابق پیدا کردن (Adaptive)	(ج) عوامل شتاب دهنده (Precipitating Factors):
۱۳) وضعیت خوب از نظر سلامتی جسمی و روانی	۱) مسائل و مشکلات مزمن مابین زوجین
۱۴) تسکین کافی درد	۲) اختلافات خانوادگی
۱۵) درمان تسکینی مناسب و درمان به موقع افسردگی در بیماران لاعلاج	۳) شکست تحصیلی
۱۶) درمان زود هنگام، کافی و نگهدارنده و مدیریت کردن افسردگی	(د) سایر عوامل خطر:
۱۷) ارزش های معنوی - مذهبی قوی	۱- سوء تفاهم در مورد استفاده از وسایل اقدام به خودکشی
۱۸) پشتیبانی کافی در جریان داغدیدگی	۲- گسترش تقلیدی خودسوزی که دارای حالت واگیردار است
۱۹) شناختن و حل اختلافات و کشمکش های خانوادگی	۳- دسترسی به وسایل خودسوزی (به طور شایع نفت).
۲۰) محدودیت دسترسی به وسایل خودکشی	۴- بیماریهای جسمی، به خصوص آنهایی که باعث درد و ناتوانی بیشتری میشوند.
	۵- عوامل اجتماعی یا محیطی معین، مثلاً در طول بحران های اقتصادی، زمان های افزایش درصد بیکاری (فروپاشی های اجتماعی، بی ثباتی های سیاسی)

بار بیماری این افراد طرح ریزی می گردد. اجرای این نوع استراتژی مستلزم تهیه امکانات زیاد انسانی و مالی از سوی مراکز ارائه خدمات بهداشتی می باشد. هدف "استراتژی جامعه محور" تغییر چهارچوب زندگی، عوامل محیطی و مولفه های اجتماعی اقتصادی مرتبط با بیماری در کل جامعه است. از نظر هزینه های لازم "استراتژی جامعه محور"، در مقایسه با "استراتژی فرد محور" بسیار به صرفه است (۲۸).

چگونه می توان از خودسوزی پیشگیری کرد؟ پیشگیری اولیه در دو دسته اقدامات دسته بندی می شود. استراتژی براساس افراد در معرض خطر^۱ (فرد محور) و استراتژی بر اساس جامعه^۲ (جامعه محور).

در "استراتژی فرد محور"، افراد در معرض خطر یک بیماری شناسایی می شوند و اقدامات بر اساس مداخله جهت کاهش

1. High Risk-Based Strategy

2. Population-Based Strategy

الف) ثبت داده های موارد اقدام به خودکشی و خودسوزی در هر دو شهرستان به صورت هماهنگ و مشابه صورت گرفت. ب) افراد مشخص و آموزش دیده به این امر گمارده شدند. ج) تلاش شد تا سیستم ارجاع بیماران به صورت دقیق اجرا گردد. شهرستان سرپل ذهاب (جمعیت ۸۹۰۰۰ نفر) به عنوان شهر مورد مقایسه یا شاهد انتخاب گردید. هرچند وسعت دو شهرستان گیلان غرب و سرپل ذهاب باهم متفاوت است اما مشخصات جمعیت شناسی شامل سن، ساختار جمعیتی، سطح درآمد، درصد بیکاری و اشتغال و دیگر عوامل اجتماعی-اقتصادی شباهت نزدیکی به هم داشتند.

هر دو شهرستان فاقد بخش سوختگی بوده و بیماران بعد از احیای آب و الکترولیت و پانسمان سوختگی با سیلور سولفادیازین ۱٪ موضعی در صورت نیاز به بستری، تحت سیستم ارجاع به مرکز سوختگی واقع در مرکز استان کرمانشاه منتقل می گردیدند.

۲- *مداخله*: به طور کلی مداخلات به دو قسمت فعال^۹ و غیرفعال^{۱۰} تقسیم می شوند. مداخلات فعال نیاز به شرکت فعالانه افراد دارد در حالی که اقدامات غیرفعال نیازی به شرکت فعالانه افراد یا ارائه دهندگان خدمت ندارد (۳۲). در این مطالعه هر دو روش مداخله فعال و غیر فعال به کار گرفته شد. بخشی از مداخله بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی باندورا، به خصوص پیش بینی نتیجه^{۱۱} و تاثیر نتیجه^{۱۲} طرح ریزی گردید.

۳- *هدف اختصاصی مداخله*: هدف اختصاصی این مطالعه عبارت بود از جمعیت زنان جوان در گروه های با سطح اجتماعی-اقتصادی پایین. دلیل این انتخاب بر اساس مطالعه صورت گرفته قبلی بود که نشان می داد ۸۸٪ از اقدام کنندگان به خودسوزی را زنان تشکیل می دادند، ۷۲٪ در گروه سنی ۱۱ تا ۳۰ سال بوده، میانگین سنی ۲۶ سال بود. ۵۴٪ از افراد خودسوزی کننده متأهل، ۶۰٪ بی سواد و ۹۰٪ خانه دار یا بیکار بودند (۵).

یک الگوی پیشنهادی جهت پیشگیری از خودکشی، استفاده از نظام ارائه خدمات بهداشتی است که شامل ۵ مرحله است (۷) به شرح ذیل می باشد:

۱- شناخت و ارزیابی مسئله^۱، ۲- شناخت عوامل خطر و عوامل محافظت کننده^۲، ۳- انتخاب و آزمایش مداخله در سطح محدود^۳، ۴- انجام مداخله در سطح وسیع^۴، ۵- ارزیابی اثر مداخله^۵ بر اساس گزارشات متعدد، سوختگی قابل پیشگیری است. با مروری از مطالعات مداخله ای اخیر، مطالعاتی دیده می شود که به صورت موثری باعث کاهش سوختگی به علت حادثه شده اند. این مطالعات در سطح جامعه^۶ و با استفاده از استراتژی های چند نظمی^۷ صورت گرفته اند (۲۹، ۳۰، ۳۱). با این توصیف تاکنون هیچ گونه مقاله ای در رابطه با یک اقدام مداخله ای در جهت کاهش اقدام به خودسوزی دیده نشده است. هدف از این مطالعه انجام مداخله "جامعه محور" در جهت کاهش خودسوزی و ارزیابی نتایج حاصله در طول زمان مداخله در دو گروه اقدام کنندگان به خودکشی و اقدام کنندگان به خودسوزی است.

روش کار

۱- *طرح مطالعه و ثبت داده ها*: مقاله حاضر شرح یک برنامه پیشگیری از خودسوزی در شهر گیلان غرب (جمعیت ۷۰۰۰۰ نفر) می باشد که از ابتدای سال ۱۳۷۸ با یکسال ثبت داده ها و سه سال انجام مداخله در سطح شهرستان گیلان غرب به اجرا در آمد. براساس طرح نیمه تجربی مطالعه، داده ها در رابطه به موارد اقدام به خودکشی و اقدام به خودسوزی از طریق بخش های اورژانس بیمارستان های شهرستان گیلان غرب (مداخله) و شهرستان سرپل ذهاب (شاهد) جمع آوری می شد. برای پیشگیری از سوگرایی ثبت^۸ در طول مطالعه،

1. Define the problem: Surveillance

2. Identify Cause: Risk & Protective Factor research

3. Develop and test intervention

4. Implement intervention

5. Evaluate Effectiveness

6. Community-Based

7. Cross-Sectorial Multi- Disciplinary Strategies

8. Registration bias

9. Active

10. Passive

11. Outcome expectancy

12. Outcome efficacy

کسب گردید. در این شورا مصوب گردید که کلیه نهادهای دولتی و غیر دولتی^۴ همکاری لازم را با مجری طرح به عمل آورند. ادارات و سازمان هایی که به طور مستقیم درگیر در این طرح عبارت بودند از: شبکه بهداشت و درمان شهرستان (با استعداد دو مرکز خدمات بهداشتی درمانی شهری، ۵ مرکز بهداشت روستایی، ۴۲ خانه بهداشت) به عنوان مرکز مدیریت و اجرای طرح، فرمانداری شهرستان، اداره آموزش و پرورش (با استعداد ۵۱ مدرسه دبیرستان و راهنمایی شهری و روستایی)، نواحی مقاومت بسیج سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، شورای شهر و شوراهای روستا (۱۲۸ شورای روستا)، و اداره ارشاد اسلامی (سه ویدئو کلوب). در طول سه سال مداخله، فیلم ویدیویی برای مردم شهر گیلان غرب، به خصوص گروه های مورد هدف به نمایش درآمد. فیلم هرساله برای گروه های هدف به نمایش در می آمد و در مناطقی که خودسوزی به وقوع می پیوست، فیلم به صورت فوق برنامه مجدداً به نمایش در می آمد. روند اجرای طرح در طول سه سال بر اساس اطلاعات به دست آمده محلی، مدیریت و سازمان دهی می شد. مداخلات اختصاصی و دسته بندی آن ها در جدول شماره (۲) به نمایش داده شده است.

۴- تهیه نوار ویدئویی: نوار ویدیویی که در آن سرگذشت قربانیان به نمایش گذاشته شده بود، یک جزء مهم را در این مداخله ایفا می کرد. این نوار ویدیویی در بخش سوختگی بیمارستان امام خمینی (ره) کرمانشاه تهیه گردید. محتوای این نوار ویدیویی جهت انتقال دو پیام به مخاطبان طرح ریزی شده بود: (۱) افزایش سطح آگاهی مخاطبان از عوارض و عواقب^۱ ایجاد شده به دنبال سوختگی، (۲) توصیه های جهت به کار گرفتن استراتژی حل مسئله^۲ و استفاده از روش های کنار آمدن^۳ به جای اقدام به خودسوزی جهت حل مشکلات. سوالات مطرح شده در مصاحبه با بیماران خودسوزی کننده شامل موارد ذیل می شد.

۱- لطفاً خودتان را معرفی کنید؟ ۲- علت اقدام به خودسوزی شما چه بود؟ ۳- به اقدام به خودسوزی چه هدفی را می خواستید به دست بیاورید؟ ۴- نتیجه اقدام به خودسوزی چه بود؟ آیا توانستید به هدفی که می خواستید برسید؟ ۵- آیا از کار خود پشیمان هستید؟ آیا نمی توانستید راه حل بهتری را برای مشکل خود پیدا کنید؟

توصیه شما برای سایر افرادی که مشکل مشابه شما دارند و می خواهند اقدام به خودسوزی کنند، چیست؟ قبل از شروع مداخله موافقت شورای اجتماعی فرمانداری شهرستان گیلان غرب

جدول ۲- دسته بندی مداخله بر علیه خودسوزی بر مبنای گروه های هدف و الگوی مفهومی، انجام مداخله و همکاری های صورت گرفته بین بخشی و خارج بخشی

مداخلات	گروه های هدف	نوع مداخله و الگوی مفهومی	سازمان های همکار
۱- نمایش فیلم در جامعه شهری	جمعیت شهری	فعال	مراکز بهداشتی درمانی شهری
۲- نمایش فیلم در مدارس	مدارس راهنمایی و دبیرستان	فعال	اداره آموزش و پرورش
۳- نمایش فیلم در جامعه روستایی	جمعیت روستایی	فعال [∞]	شوراهای روستا، مراکز بهداشتی درمانی روستایی
۴- نمایش فیلم در جامعه	جمعیت شهری و روستایی	غیر فعال	ویدئو کلوب ها *
۵- مسابقه نقاشی در رابطه با موضوع فیلم	مدارس راهنمایی (گروه سنی ۱۲-۱۵ سال)	پیش بینی نتیجه * و تاثیر نتیجه #	شبکه بهداشت و اداره آموزش و پرورش
۶- مسابقه مقاله نویسی در رابطه با موضوع فیلم	دبیرستان ها (گروه سنی ۱۶-۱۹ سال)	پیش بینی نتیجه * و تاثیر نتیجه #	شبکه بهداشت و اداره آموزش و پرورش

[∞] مداخلات فعال نیاز به شرکت فعالانه افراد دارد در حالی که اقدامات غیر فعال نیازی به شرکت فعالانه افراد یا ارائه دهندگان خدمت ندارد (۳۲).
* در اختیار قرار دادن رایگان فیلم جهت عموم مردم از طریق مراکز ویدئو کلوب ها گسترش دسترسی مردم به فیلم را افزایش می داد.
* پیش بینی نتیجه؛ اگر خودسوزی کم چه بلایی سرم می آید؟ (۳۳).
تاثیر نتیجه؛ ارتقای توانایی های کنار آمدن (coping abilities). آیا من می توانم مشکل از یک راه دیگر به جز خودسوزی حل نمایم؟ (۳۳).

1. Sequelae

2. Problem solving

3. Coping skill

4. NGOs (Non-Government Organizations)

دو شهرستان در طول چهار سال نمایش داده شده است. بررسی وضعیت به وجود آمده به دنبال مداخله نسبت به زمان قبل از مداخله نشان دهنده این موضوع بود که میزان اقدام به خودسوزی در شهر گیلان غرب ۵۷٪ کاهش پیدا کرده بود جدول شماره (۴). تغییرات میزان اقدام به خودسوزی در شهرستان گیلان غرب و سرپل ذهاب در نمودار شماره (۱) به تصویر درآمده است. در این نمودار میزان خودسوزی در دو سال قبل مداخله در شهر گیلان غرب به نمایش درآمده است، البته لازم به ذکر است که میزان های مربوط به دو سال قبل از مداخله در شهر سرپل ذهاب قابل دسترسی نبودند.

۵- تحلیل داده ها: از برنامه نرم افزاری SPSS جهت تحلیل داده ها استفاده گردید. وقایع، جمعیت در معرض خطر (فرد-سال) و میزان بروز اقدام به خودسوزی و خودکشی در هردو شهر محاسبه گردید. آزمون مجذور خی و تصحیح یتس^۱ برای مقایسه به کار گرفته شد و آزمون Z جهت مقایسه میزان متوسط اقدام به خودکشی و خودسوزی به کار رفت. میزان p کمتر ۰/۰۵ جهت قبول بودن فرضیه و معنا دار بودن تفاوت ها در نظر گرفته شد.

نتایج

۱- تغییرات به وجود آمده در اقدام به خودسوزی: در جدول شماره (۳)، داده های جمعیت شناختی افراد اقدام کننده به خودسوزی در

جدول ۳- اطلاعات دموگرافیک افراد اقدام کننده به خودسوزی (تعداد. (%)) که در زمان قبل از مداخله، در دو سال میانی مداخله و در

سال آخر مداخله در بیمارستان های دو شهر گیلان غرب و سرپل ذهاب پذیرش شده اند.

وضعیت	گیلان غرب			سرپل ذهاب		
	قبل از مداخله (۱۳۷۸)	سال های وسط مداخله (۱۳۸۰-۱۳۷۹)	سال پایانی مداخله (۱۳۸۱)	قبل از مداخله (۱۳۷۸)	سال های وسط مداخله (۱۳۸۰-۱۳۷۹)	سال پایانی مداخله (۱۳۸۱)
جنسیت						
زن	۹۰	۷۲	۵۰	۷۲	۸۹	۱۱۰
مرد	۱۰	۲۸	۵۰	۲۸	۱۱	۰
گروه های سنی						
زیر ۱۰ سال	۱۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۱-۲۰ سال	۳۰	۲۸	۵۰	۶۴	۷۸	۴۶
۲۱-۳۰ سال	۰	۵۵	۵۰	۳۶	۲۲	۳۶
۳۱-۴۰ سال	۴۰	۹	۰	۰	۰	۹
۴۱-۵۰ سال	۰	۹	۰	۰	۰	۹
بالتر از ۵۰ سال	۲۰	۰	۰	۰	۰	۰
تحصیلات						
بیسواد	۷۰	۱۸	۰	۲۸	۲۸	۲۷
ابتدایی	۱۰	۹	۵۰	۲۸	۲۲	۴۶
راهتمایی	۱۰	۳۷	۵۰	۱۸	۲۲	۹
دبیرستان	۰	۹	۰	۹	۲۲	۰
پیش دانشگاهی	۰	۱۸	۰	۱۸	۶	۹
دانشگاه	۰	۰	۰	۰	۰	۰
نامعلوم	۱۰	۹	۰	۰	۰	۹
تاهل						
مجرد	۵۰	۷۳	۱۰۰	۵۵	۷۸	۶۴
متاهل	۵۰	۲۷	۰	۴۵	۲۲	۳۶
شغل						
خانه دار	۵۰	۹	۵۰	۵۵	۳۹	۸۲
بیکار	۳۰	۵۵	۰	۱۸	۲۸	۱۸
شاغل	۰	۱۸	۰	۰	۵	۰
دانش آموز	۱۰	۰	۰	۰	۰	۰
سرباز	۰	۰	۵۰	۱۸	۰	۰
نامعلوم	۱۰	۱۸	۰	۹	۲۸	۰

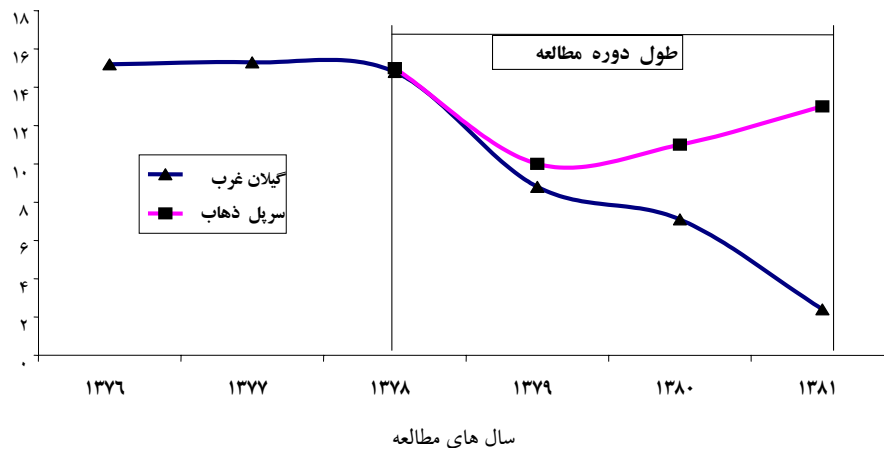
^۱.Correction Yates

جدول ۴- تغییرات در نرخ اقدام به خودسوزی (به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال) در جمعیت دو شهر

پایه ^a	مداخله ^b			خطر نسبی			p value (p value ^c)	x ² (x ^{2 c})
	تعداد	نفر در سال	میزان ها	تعداد	نفر در سال	میزان ها		
گیلان غرب	۱۰	۷۰۰۰۰	۱۴/۳	۱۳	۲۱۰۰۰۰	۶/۲	۰/۰۴ (۰/۰۷)	۴/۲ (۳/۳)
سرپل ذهاب	۱۱	۷۳۸۷۰	۱۴/۹	۲۹	۲۶۷۰۰۰	۱۰/۹	NS(NS) ^d	۰/۸ (۰/۵)

a. میزان پایه برای سرپل ذهاب ۱۰ ماه و برای گیلان غرب ۱۲ بود
b. طول مدت مداخله سه سال بود
c. تصحیح یتس
d. Non significant

میزان اقدام به خودسوزی در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال



نمودار ۱- میزان خودسوزی در شهرستان های گیلان غرب (مداخله) و سرپل ذهاب (شاهد) داده های مربوط به سال های ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷ در شهرستان سرپل ذهاب در دسترس نمی باشد.

جدول ۵- تغییرات در نرخ اقدام به خودکشی (به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال) در جمعیت دو شهر

پایه ^a	مداخله ^b			خطر نسبی			p value (p value ^c)	x ² (x ^{2 c})
	تعداد	نفر در سال	میزان ها	تعداد	نفر در سال	میزان ها		
گیلان غرب	۸۲	۷۰۰۰۰	۱۱۷/۱	۱۹۸	۲۱۰۰۰۰	۹۴/۳	NS(NS) ^d	۲/۷ (۲/۵)
سرپل ذهاب	۸۸	۷۳۸۷۰	۱۱۹/۱	۳۹۴	۲۶۷۰۰۰	۱۴۷/۶	NS(NS) ^d	۳/۳ (۳/۱)

a. میزان پایه برای سرپل ذهاب ۱۰ ماه و برای گیلان غرب ۱۲ بود.
b. طول مدت مداخله سه سال بود.
c. تصحیح یتس
d. Non significant

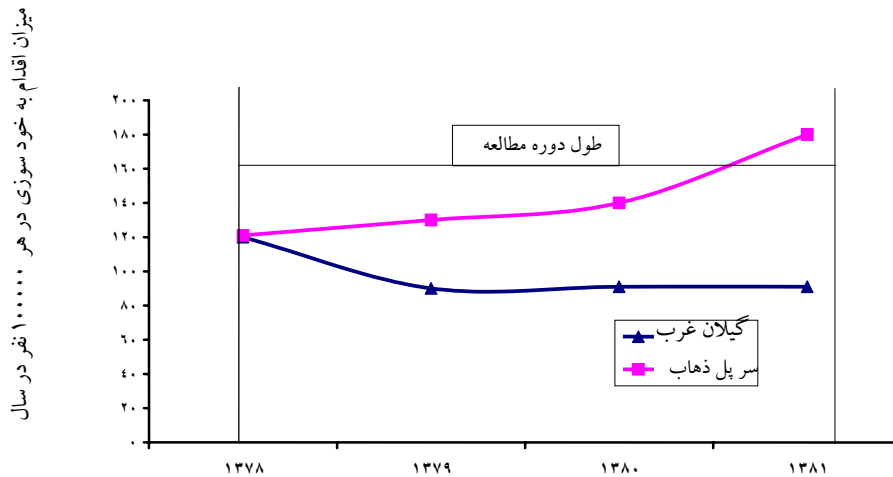
در شهرستان گیلان غرب مورد بررسی قرار گرفت. هرچند تغییرات نسبت به شهرستان سرپل ذهاب به صورت چشمگیری کاهش یافته بود (۱۹٪)، اما معنا دار نبود. در شهرستان سرپل ذهاب در همین زمان میزان اقدام به خودکشی ۲۴٪ افزایش را نشان می داد جدول شماره (۵).

لازم به ذکر است که در سال پایانی مداخله در شهر گیلان غرب، هیچ کدام از افرادی که اقدام به خودسوزی کرده بودند موفق به دیدن فیلم نشده بودند.

۲- تغییرات به وجود آمده در اقدام به خودکشی: از ابتدای سال ۱۳۷۸ تا ابتدای سال ۱۳۸۲ تغییرات در میزان اقدام به خودکشی

ذهاب ۴۳٪ کاهش پیدا کرده بود ($p < 0.001$) نمودار شماره (۲).

البته لازم به ذکر است که در پایان مطالعه میزان اقدام به خودکشی در شهرستان گیلان غرب نسبت به شهرستان سرپل



نمودار ۲- میزان های اقدام به خودکشی (شامل تمام انواع خودکشی مانند خودسوزی، مسمومیت، سقوط از ارتفاع و شلیک با اسلحه و ...) در جمعیت های گیلان غرب (مداخله) و سرپل ذهاب (شاهد) در طول سال های مطالعه

بحث

در مورد خودکشی می باشد (۳۴) اما مطالعه حاضر نشان داد که اثرات یک فیلم به محتوای و نحوه پردازش آن بستگی دارد. مطالعات صورت گرفته نشان دهنده این موضوع است نمایش فیلم ویدیویی در روان درمانی فردی، روان درمانی زوج ها، روان درمانی خانواده و روان درمانی گروهی به طور موفقیت آمیزی به کار گرفته شده است. این روش بر اساس دیدگاه های تئوریک مختلف در پویاشناسی های شخصیت^۲ مانند تئوری های کلاسیک فرویدی، یونگ، گشتالت (هیات نگر)^۳، تبادل^۴، تجربی^۵، رفتاری^۶، شناختی^۷، مواجهه ای^۸، یا نمایش اخلاقی - انتقادی (نقش گذاری روانی)^۹ به کار گرفته شده است (۳۵). وجود شیوع بالای اقدام به خودسوزی حکایت از ریشه های تقلیدی یا عدم شناخت در مورد شدت خطرناک بودن این وسیله

جستجوی گسترده در منابع جهانی حاکی از کمبود مطالعات پیشگیری از خودسوزی در سطح جهانی است. مطالعه حاضر با هدف تلاش برای رفع این نقصان صورت گرفته است. لالو و همکاران در گزارشی مختصر از اقدام گروه پزشکان بدون مرز^۱ در سریلانکا خبر دادند. این گروه با استفاده از وسایل کمک آموزشی (شامل عکس افرادی که خودسوزی کرده اند) تلاش نموده اند تا زندگی واقعی آن ها را بعد از خودسوزی برای مخاطبین ایشان (زنان جوان) به تصویر بکشند. هدف این اقدامات تلاش برای ترساندن زنان جوان از خودسوزی بوده است. لازم به ذکر است که نویسندگان اعلام کرده بودند که بررسی نتایج این اقدام مداخله ای بسیار مشکل است (۲۳) و ما نتایج کار این گروه از پزشکان بدون مرز را در دسترس نداریم.

2. Personality dynamics

3. Gestalt

4. Transactional

5. Experiential

6. Behavioral

7. Cognitive

8. Confrontational

9. Psychodrama

1- فلسفه استفاده از نوار ویدیویی: هر چند بعضی از شواهد حاکی از افزایش میزان خودکشی مابین جوانان و نوجوانان بر اثر تماشای بعضی از فیلم های تلویزیونی یا داستان های خبری

1. Médecins Sans Frontière (MSF)

۴- قطع روابط مهم و حساس و به دنبال آن سوگ و احساس بی کسی که معلول ناکام ماندن نیاز پیوند جویی و مراقبت و رسیدگی است.

۵- عصبانیت، خشم و نفرت که معلول ناکام ماندن نیاز به برتری، پرخاشگری و مقابله به مثل است.

یکی از مشکلات بالینی پیش روی نجات دهندگان هم این است که باید با این حقیقت تلخ دست و پنجه نرم کنند که افراد خودکشی گرا فریب این قضیه را می خورند که فکر می کنند با خودکشی می توانند هم از رنج و عذاب بگریزند، هم به آرامش برسند. اما انسان باید بپذیرد که برای ادامه زندگی چاره ای ندارد جز این که متحمل خسارات متعدد گردد و سختی های بسیار بکشد (۳۶).

چنین پیشنهاد می شود که مشاهده نوار ویدیویی به بیماران نشان می دهد که خودسوزی یک راه حل نمی باشد. برعکس اگر اتفاق بیفتد اوضاع خراب تر می شود. می توان چنین استدلال کرد که آگاهی یافتن از عواقب نامطلوب ممکن است منجر به کاهش اقدام به خودکشی گردد.

III - انقباض روانی^۴: خودکشی ممکن است به علت ایجاد انقباض روانی گذرا به وجود آید. "دیگر کاری از دستم بر نمی آید، تنها راه نجاتم مرگ است، تنها کاری که از دستم بر می آید این است که خودم را بکشم" این ها جملات مشخصی هستند که توسط افراد خودکشی گرا که دارای ذهن منقبض هستند به زبان می آید. انقباض روانی در واقع مترادف تفکر تونلی، متمرکز یا کوتاه بینانه است. طرز فکر این افراد چنین است که یا باید یک راه حل مطلوب و عالی و تقریباً سحرآمیز پیدا کنند و یا به زندگی خویش خاتمه دهند. به عبارت دیگر طرز فکر آن ها، همه یا هیچ است. روش کار در مقابل این افراد مشخص است: یافتن و پیشنهاد کردن راه حل های مختلف و برداشتن چشم بندهای ادراکی، چنین می شود استدلال کرد که مشاهده فیلم ویدیویی با پیشنهاد

و نامناسب بودن آن جهت تظاهر به خودکشی (فرباداستمداد) دارد (۳). بنابراین به نظر می رسد که استفاده از نمایش فیلم ویدیویی دارای نقش پیشگیرانه در سطح جامعه باشد.

۲- مکانیزم های پیشنهادی در مورد چگونگی عملکرد نمایش فیلم در کاهش خودسوزی:

الف) مشترکات خودکشی: اشنایدمن در کتاب خود با نام "ذهن خودکشی گرا" به ۱۰ خصیصه مشترک در خودکشی ها اشاره دارد (۳۶). با نگاهی به این مشترکات چنین می شود نتیجه گرفت، که تماشای فیلم با اثر بر حداقل چهار مورد از این خصیصه ها منجر به کاهش خودسوزی شده است:

I- فرار^۱: فیلم ویدیویی حاوی این پیام است که اقدام به خودسوزی نه تنها راه مناسب برای فرار از مشکلات نیست بلکه ممکن است خود منجر به عوارض ماندگار و صدمات جسمی شدید شود.

II- تلاش برای پیدا کردن یک راه حل^۲: مرگ گرایبی با این باور که "من می توانم خودم را بکشم و درد و رنج خود را خاتمه دهم" - جوهره اصلی خودکشی را تشکیل می دهد انسان ها وقتی اقدام به خودکشی می کنند که روان دردشان غیر قابل تحمل می شود و می پندارند تنها راه خاتمه دادن به این درد و رنج، مرگ است. اکثر خودکشی ها عملاً جزء یکی از پنج گروه نیازهای روانی زیر هستند. این نیازها معرف دردهای روانی مختلف می باشند.

۱- برآورده نشدن نیاز به دوست داشته شدن، مقبول واقع نشدن و تعلق و عضویت در گروه ها با برآورده نشدن نیاز به کمک و پیوند جویی مرتبط است.

۲- عدم کنترل، پیش بینی ناپذیری و بی نظمی که معلول ناکام ماندن نیاز به پیشرفت، خودمختاری، نظم و شناخت است.

۳- خود انگاره ی^۳ نامطلوب و اجتناب از شرم، شکست، سرخوردگی و بدنامی که معلول ناکام ماندن نیاز پیوند جویی، دفاع و پرهیز از شرم است.

4. Psychological constriction

1. Escape

2. Seeking a solution

3. Self-image

اهالی روستا به نمایش در آمد. از مراکز کرایه نوارهای ویدیویی کمک گرفته شد و با برگزاری مسابقه نقاشی و مقاله نویسی در رابطه با موضوع فیلم در سطح مدارس، دانش آموزان به تماشا و تفکر در رابطه با موضوع فیلم تشویق گردیدند.

چنین می شود استدلال کرد که بیان سرگذشت قربانیان و نتایج ترسناک آن جهت تلاش برای تغییر رفتار مرتبط با سلامت می تواند منجر به ایمن شدن دریافت کنندگان این پیام ها شود (۴۱). پسخوراند این عمل در جامعه منجر به گسترش استفاده از مهارت های کنار آمدن^۲ در سطح فردی و اجتماع می شود. همچنین این امر می تواند در راستای توانمند سازی جامعه که در بیانیه اوتواوا جهت ارتقاء سطح بهداشت مورد تاکید قرار گرفته است، باشد (۴۲). این اقدام همچنین مطابق با تئوری جامعه شناختی باندورا است (۳۳).

۳- ارتقاء سطح آگاهی دانش آموزان با اجرای مدرسه محور مداخله: برنامه های افزایش سطح اطلاعات دانش آموزان می تواند منافع بهداشتی فراوانی را در بر داشته باشد و سازمان جهانی بهداشت تاکید زیادی بر ارتقاء سطح آگاهی از طریق مدارس دارد زیرا مدارس محلی جهت دستیابی به تعداد زیادی از جوانان و نوجوانان جهت اجرای برنامه های پیشگیری از خودکشی است (۴۳، ۴۴). چگونگی اجرای مداخله در سطح مدارس در جدول شماره (۲) به تصویر کشیده شده است.

۴- محدودیت های مطالعه: قبل از ادعای وجود ارتباط مابین مداخله انجام شده و کاهش خودسوزی و اقدام به خودکشی در شهرستان گیلان غرب، راه های احتمالی دیگری وجود دارد که ممکن است این کاهش را بدون ارتباط با مداخله ای که ما انجام داده ایم توجیه کند. اهم این موارد به شرح ذیل است:

الف) روند تاریخی^۳: اگر روند اقدام به خودکشی و خودسوزی به طور طبیعی دارای سیر کاهش یابنده ای باشد، پس نمی توان این کاهش را به اثر مداخله صورت گرفته توسط ما نسبت داد. میزان های مرتبط در شهرستان سرپل ذهاب به عنوان نشان دهنده "روند طبیعی" با داده های حاصله در شهرستان گیلان غرب

راه حل های جایگزین ممکن است باعث از بین رفتن حالت انقباض روانی شود و در نتیجه شاهد کاهش اقدام به خودسوزی می شویم (۳۶).

IV - دو سو گرایی^۱: افرادی که خودکشی می کنند در لحظه خودکشی در آن واحد در مورد مردن و زنده ماندن فکر می کنند. هم دوست دارند بمیرند و هم دوست دارند زنده بمانند (۳۶). استدلال ما این است که مشاهده نوار ویدیویی منجر به تقویت تمایل به زنده ماندن در افرادی که می خواهند خودسوزی کنند می شود.

ب) بیان سرگذشت قربانیان باعث آگاه شدن افراد جامعه می شود و در واقع نوعی واکنس علیه خودسوزی است: زنده ماندگان به دنبال خودسوزی به طور قابل درکی تمایل دارند تا آثار سوختگی، بدشکلی ها و اسکارهای حاصله را مخفی نمایند. بنابراین اسکارهای وحشتناک این افراد و کاهش کیفیت زندگی آنان اغلب برای عامه مردم پوشیده می ماند (۲۳). از طرف دیگر می دانیم که ارائه بیان سرگذشت قربانیان از طریق رسانه های جمعی می تواند منجر به تغییر رفتارهای مرتبط با حفظ ایمنی در سطح جامعه می شود (۳۷-۴۰). بیان مشکلات هر روزه ای که باعث تغییر در زندگی این افراد شده است و ارائه راهکارهای پیشگیری از این طریق در جلب توجه جامعه به راهکارهای مقابله با این معضل کمک کننده است. از آن جایی که شهرستان گیلان غرب فاقد ایستگاه رادیو و تلویزیون محلی بود و از طرفی پخش برنامه از طریق رادیو و تلویزیون استانی منجر به ایجاد "آلودگی" در شهرستان سرپل ذهاب، (شاهد) می شد، لذا تصمیم گرفته شد تا جهت پخش فیلم در شهر به صورت تقسیم شهر به قسمت های مختلف و دعوت از مردم ساکن در این منطق جهت تماشای فیلم در مراکز بهداشتی درمانی شهری (بر اساس گنجایش این مراکز و بر اساس برنامه ریزی صورت گرفته) اقدام گردد و همچنین در روستا ها با کمک شوراهای روستا، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه های بهداشت فیلم جهت

^۲. Coping skills

^۳. Historic trend

^۱. Ambivalence

خود گسترش مداخله از طریق رسانه های ارتباط جمعی را غیر ممکن کرده بود.

ج) تفاوت های دموگرافیکی و اجتماعی - اقتصادی: در یک مداخله نیمه تجربی، غیرممکن است که بتوان تمام عوامل مغشوش کننده را در دو جمعیت کنترل کرد. به عنوان مثال نسبت افراد در زیر خط فقر در دو شهرستان نامعلوم بود، با این وجود میزان بیکاری در گیلان غرب و سرپل ذهاب به ترتیب ۲۲٪ و ۱۵٪ بود، همچنین میزان با سوادی در هر دو شهرستان تقریباً برابر بود (۷۱/۵٪ و ۷۲/۲٪)، (۴۵). این موضوع می تواند اثر سببی مداخله در گیلان غرب را تقویت کند.

د) بررسی اقدام به خودکشی: مداخله حاضر با هدف کاهش خودسوزی انجام گرفت. یکی از عواض این مداخله به صورت تئوری این بود که ممکن است با این مداخله افراد به استفاده از سایر روش های خودکشی روی بیاورند. از آن جایی که میزان اقدام به خودکشی در گیلان غرب کاهش یافته و در سرپل ذهاب افزایش یافته است، چنین می توان استدلال کرد که این عارضه به وقوع نپیوسته است نمودار (۲). برعکس تفاوت میزان ها معنی دار ($p < 0/001$) بود که شاید نشان دهنده اثر همسان این مداخله بر کاهش کلی اقدام به خودکشی باشد.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که برنامه پیشگیری برای کاهش اقدام به خودسوزی می تواند موثر باشد، با استفاده از داده ها محلی درخصوص افراد آسیب دیده، می توان گروه های هدف (در معرض خطر) را شناخت و با استفاده از مداخله بر اساس نمایش سرگذشت قربانیان می توان جهت کاهش این رفتار خود مخرب انسانی تلاش کرد. این الگوی ارزان قیمت برای پیشگیری از خودسوزی می تواند در سطح کل استان کرمانشاه به اجرا درآید. بعد از ارزیابی و بازنگری، قابلیت این را دارد که در سطح ایران و در بقیه نقاط جهان که دارای مشکل مشابهی هستند به اجرا درآید و باعث کاهش هزینه های بیمارستانی، فردی و اجتماعی خودسوزی به عنوان یکی از آلام بشری، گردد.

تفاوت است که این خود نشان دهنده این است که برنامه پیشگیری ما کارگر بوده است.

ب) بازگشت به حد متوسط^۱: اگر میزان در زمان پایه (Baseline) برای گیلان غرب به صورت استثنائی بالا رفته باشد، پس می توان این طور نتیجه گیری کرد که با گذشت زمان این حالت استثنائی از بین رفته و میزان های خودکشی و خودسوزی بدون هیچ مداخله ای خود به خود به حد متوسط بر می گشتند. در این مورد باید گفت که ما میزان ها را در شهر گیلان غرب برای سه سال قبل از مداخله مورد بررسی قرار دادیم. همان طور که در نمودار شماره (۱) مشاهده می شود این میزان ها برای سه سال متوالی قبل از مداخله حالت ثابت داشته است و در شروع مطالعه نیز برابر سرپل ذهاب بوده است. بنابراین ایجاد بازگشت به حد متوسط نمی تواند توجیه کننده این کاهش باشد.

پ) تغییر تصادفی^۲: بعضی از تفاوت ها به صورت مرزی معنا دار شده اند، تعداد افراد کم است و ممکن است که این کاهش به علت تغییرات تصادفی ایجاد شده باشد. چنین می توان استدلال کرد که تفاوت معنا دار میزان ها در پایان مطالعه جدول شماره (۴) تنها می تواند به علت اثر مداخله باشد.

ت) انتشار مداخله به شهرستان سرپل ذهاب: فاصله بین شهرستان گیلان غرب و سرپل ذهاب حدود ۴۰ کیلومتر است. بنابراین ممکن است بعضی اطلاعات در رابطه با مداخله به صورت نمایش فیلم ویدیویی در شهرستان سرپل ذهاب یا از طریق مسافرت کارکنان بهداشتی از گیلان غرب به سرپل ذهاب "انتشار" پیدا کرده باشد. شرایطی که باعث کاهش این انتشار می شد عبارتند بودند از: (۱) شرایط جغرافیایی مانند کوه ها و رودخانه مابین دو شهرستان و جاده صعب العبور و فرعی بودن این جاده، منجر به جدایی عملی دو شهرستان شده است. (۲) عدم ارائه برنامه مداخله ای از طریق رسانه ارتباط جمعی که ما بین دو شهر مشترک بودند که این

1. Regression to the mean

2. Random variation

تشکر و قدردانی

آن ها، این مطالعه هرگز به سرانجام نمی رسید، تشکر می نمایم. در ضمیمه شماره ۱، تلاش شده است تا اسامی افراد شاخصی که در اجرای طرح تلاش نموده اند آورده شود، هرچند یقیناً افراد زیادی از قلم افتاده اند که در همین جا از همه این افراد عذر خواهی می شود.

در این جا بر خود لازم می دانم تا از تلاش بی شائبه کلیه پرسنل شبکه بهداشت و درمان، اداره آموزش و پرورش، شوراهای روستا و شهر، اداره ارشاد اسلامی، نیروی مقاومت بسیج سپاه پاسداران، مراکز ویدیو کلوب و فرمانداری شهرستان گیلان غرب و سرپل ذهاب تشکر و قدر دانی نمایم، همچنین از تک تک مردم گیلان غرب که بدون مشارکت

ضمیمه ۱: اسامی همکارانی که در این طرح گسترده مشارکت فعال داشته اند

شیوا غلامی، دکتر علی اکبرنجاتی صفا(روانپزشک)، دکتر بیژن علی کبودی، دکتر نصیر نصیری نیا(جراح عمومی)، دکتر سهیل پور شهریاری(رزیدنت بیهوشی)، دکتر رامین پرمهر(سرپرست شبکه بهداشت)، دکتر پرویز صوفیوند (مدیر بیمارستان طالقانی)، دکتر منصور رضایی(دکترای آمار)، دکتر حبیب ا... خزایی(روان پزشک)، آقای پرهوده(مسئول امور اجتماعی، فرمانداری شهرستان)، فرشاد پرنو، صفر جمشیدی، آقای خزلی(مسئول کانون شهید مطهری)، آقای درم دوست(مسئول بهداشت و تغذیه، آموزش و پرورش شهرستان)، خانم یارپزشکان، حسن اردشیری، آقای بشیری، آقای رحیمی، شهلا رشید پور، فاطمه صدری، حشمت ا... قنبر پور، خانم کریمی، شاپور کریمی، سوسن محمدی تبار

منابع

- Zarghami M, Khalilian A. Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. *Burns* 2002;28:115-9.
- O'Donoghue JM, Panchal JL, O'Sullivan ST, O'Shaughnessy M, O'Connor TP, Keeley H et al. A study of suicide and attempted suicide by self-immolation in an Irish psychiatric population: an increasing problem. *Burns* 1998; 24(2):144-6.
- Ahmadi A. Suicide by self-immolation: comprehensive overview, experiences, and suggestions. *J Burn Care Research* 2007; 28(1): 30-41.
- Cave Bondi G, Cipolloni L, Parroni E, Cecchi R. A review of suicides by burning in Rome between 1947 and 1997 examined by the Pathology Department of the Institute of Forensic Medicine, University of Rome 'La Sapienza'. *Burns* 2001; 27(3):227-31.
- احمدی علی رضا، فراوانی خودسوزی در اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان اسلام آباد غرب(۱۳۸۲-۱۳۷۷). مجله بهبود. بهار ۱۳۸۴؛ ۱(۱): ۲۶-۳۷.
- ابریشمی م، ملک پور س. بررسی موارد گزارش شده خودکشی در استان خراسان. فصلنامه اندیشه و رفتار سال چهارم، زمستان ۱۳۷۷ شماره ۳، صفحه ۷۹.
- نقوی محسن. سیمای مرگ و میر در ۲۳ استان کشور سال ۱۳۸۲. تهران: وزارت بهداشت و درمان؛ ۱۳۸۴.
- عبدی ابدی، کلاهی علی اصغر، نقوی محسن، تشخیص و ثبت علل مرگ و میر. تهران: انتشارات سیمین دخت؛ ۱۳۸۲، صفحه ۴۵.
- Meir PB, Sagi A, Ben Yakar Y, Rosenberg L. Suicide attempts by self-immolation—our experience. *Burns* 1990;16(4):257-8.
- Wagle SA, Wagle AC, Apte JS. Patients with suicide burns and accidental burn: a comparative study of sociodemographic profile in India. *Burns* 1999;25:158-61.
- Lari AR, Panjeshahin MR, Talei AR, Rossignol AM, Alaghebandan R. Epidemiology of childhood burn injuries in Fars province, Iran. *J Burn Care Rehabil* 2002;23(1):39-45.

12. Saadat M. Epidemiology and mortality of hospitalized burn patients in Kohkiluyeh va Boyer-Ahmad province (Iran): 2002–2004. *Burns* 2005; 31(3):306–9. Epub January 21, 2005.
۱۳. احمدی علی رضا، طیبی رضا، رضایی منصور. پایانامه دکترا، بررسی اپیدمیولوژی بیماران بستری شده در بخش سوختگی بیمارستان امام خمینی (ره) کرمانشاه (۶ ماهه اول ۱۳۷۵). دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. ۱۳۷۶.
14. U.S. Surgeon General. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2001.
15. WHO. Self-directed violence. Geneva: World Health Organization; 2002.
16. Lari AR, Alaghebandan R. Epidemiological study of self-inflicted burns in Tehran, Iran. *J Burn Care Rehabil* 2003;24(1):15–20.
17. Mabrouk AR, Mahmod Omar AN, Massoud K, Magdy Sherif M, El Sayed N. Suicide by burns: a tragic end. *Burns* 1999;25(4):337–9.
18. Clark DC, Horton-Deutsch SL. Assessment in absentia: the value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides. In: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI, editors. *The assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press; 1992. p. 144–82.
19. Gibbs JT. Conceptual, methodological, and sociocultural issues in black youth suicide: implications for assessment and early intervention. *Suicide Life-Threat Behav* 1988;18:73–89.
20. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020. *Lancet* 1997;349:1498–504.
۲۱. حسن زاده سید مهدی، موسوی سید، یک مطالعه درباره خودسوزی. دومین کنگره روان پزشکی و روان شناسی بالینی. تهران. ۱۳۷۳.
22. Grosse-DeMehner DH, Springer LS. Images of God used by self-injurious burn patients. *Burns* 1999;25(5):443–8.
23. Laloe V, Ganesan M. Self-immolation a common suicidal behaviour in eastern Sri Lanka. *Burns* 2002;28(5):475–80.
24. Modan B, Nissenkorn I, Lewkowsky SR. Comparative epidemiologic aspects of suicide and attempted suicide in Israel. *Am J Epidemiol* 1970; 91(4):393–9.
25. Castellani G, Beghini D, Barisoni D, Marigo M. Suicide attempted by burning: a 10-year study of self-immolation deaths. *Burns* 1995; 21(8):607–9.
26. Anoshchenko ID, Smirnov SV. The medicosocial status of the victims of burns as a consequence of a suicide attempt (cases of self-immolation). *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova* 1995;95(4):72–4 [in Russian].
27. Roy A. Psychiatric emergencies. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 2035–9.
28. Patricio VM. Dying too young addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian federation. Moscow: The World Bank Publication; 2005.
29. Ytterstad B, Sogaard AJ. The Harstad Injury Prevention Study: prevention of burns in small children by a community-based intervention. *Burns* 1995;21(4):259–66.
30. Victor J, Lawrence P, Munster A, Horn SD. A statewide targeted burn prevention program. *J Burn Care Rehabil* 1988;9(4):425–9.
31. Ytterstad B, Smith GS, Coggan CA. Harstad injury prevention study: prevention of burns in young children by community based intervention. *Inj Prev* 1998;4(3):176–80.
32. Robertson LS. *Injuries: causes, control strategies, and public policy*. Massachusetts: Lexington Books; 1984.
33. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
34. Caroly S, Pataki MD. Mood disorders and suicide in children and adolescence. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*, vol. 2. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. P. 2749.
35. Milton M, Berger MD. Use of video in group psychotherapy. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive group psychotherapy*. 3rd ed. Maryland: Williams & Wilkins. P. 355–62.

36. Shneidman ES. The suicidal mind, 1st ed., Oxford: Oxford University Press; 1996.
37. Bergman AB, Rivara FP, Richards DD, Rogers LW. The Seattle children's bicycle helmet campaign. *Am J Dis Child* 1990; 144: 727-31.
38. Bergman AB, Gray B, Moffat JM, Simpson ES, Rivara FP. Mobilizing for pedestrian safety: an experiment in community action. *Inj Prev* 2002; 8(4):264-7.
39. Ytterstad B. The Harstad Injury Prevention Study. A decade of community-based traffic injury prevention with emphasis on children. Postal dissemination of local injury data can be effective. *Int J Circumpolar Health* 2003;62(1):61-74.
40. Helmkamp JC, Bell JL, Lundstrom WJ, Ramprasad J, Haque A. Assessing safety awareness and knowledge and behavioral change among West Virginia loggers. *Inj Prev* 2004;10(4):233-8.
41. Soames-Job RF. Effective and ineffective use of fear in health promotion campaigns. *Am J Public Health* 1988; 78:163-7.
42. WHO. Ottawa charter for health promotion. Health promotion, WHO/HPR/HEP/95.1, vol. 1. Geneva: WHO; 1986. p. iii.
43. WHO. Suicide huge but preventable public health problem, says WHO. Geneva: World Health Organization; 2004.
44. Collings S, Beautrais A. Suicide prevention in New Zealand: a contemporary perspective. Wellington: Ministry of Health; 2005.
۴۵. اسماعیلی منوچهر، صفری مسعود، مرادی سبحان، امین زاده ناهید، رضایی سلیمان. جغرافیای استان کرمانشاه. (۲۳۷/۷). تهران: انتشارات کتاب های درسی. ۱۳۸۴.

Abstracts

The Efficacy of Community-Based Intervention in Prevention of Self-Immolation

Ahmadi AR. MD

Introduction: Suicide by burning oneself is rare in developed countries, but more frequent in developing countries. Based on Iranian official data, 27% to 36% of patients who committed suicide were via deliberate self-burning. Self-immolation caused up to 37% of all admissions to in Iran burn centers. Approximately 80 % of hospitalized self-immolation patients die. All descriptive self-immolation studies in Iran emphasize the need for implementing prevention programs. The Objective of this study was describing the effectiveness of a community based program targeting prevention of self-immolation.

Methods and Material: In a Quasi experimental project, the populations of two Iranian cities; Gilangharb (Intervention) and Sarpolzahab (Reference); were participants in this intervention study. Hospital data collection on self-immolation patients and suicide attempts (all mechanisms) was made from March 21 1999 to March 20 2003. The first 12 months of the study provided baseline data, while the last 3 years comprised of a community based intervention, using a mix of passive and active interventions. Videos showing victim stories were an important component in the prevention program.

Results: Compared to baseline, the mean self-immolation attempts rate decreased by 57 % after the implementation of the intervention in Gilangharb ($P < 0.05$). Moreover, in Gilangharb a 19 % decrease of suicide attempts (all mechanisms) was observed while the corresponding reference city rate increased by 24% (n.s.). While the suicide attempt rates were similar in the two populations during baseline, the mean rates observed during the intervention period differed significantly ($p < 0.001$).

Conclusions: A community prevention program targeting self-immolation can be effective. Local data and the showing of videos depicting victim stories from self-immolation attempts provided a stimulus for community action.

Key words: Suicide, Self-Immolation