DOI: 10.48305/jhsr.v18i2.1452 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 18, No. 2, Summer

Received: 07.02.2021 Accepted: 23.02.2022 Published: 06.07.2022

Social Contexts of Self-Immolation among Women Admitted to Isfahan Burns Hospital, Iran: A Qualitative Study

Mahmoud Keyvanara[1], Elnaz Kalantari[2], Nasrin Shaarbafchizadeh[3]

Original Article

Abstract

Background: Women in every society play a central role in the family and at the same time, are highly exposed to the pressures of dysfunctional relationships of economic, social, and cultural institutions outside the family, and if they are constantly exposed to traumatic and critical conditions, they may inflict irreparable damage on themselves in an unwanted helplessness, and by unacceptable behaviors such as violent suicides including self-immolation, endanger their survival as well as that of their family. Accordingly, this study was conducted to identify the social contexts of self-immolation among women admitted to Isfahan Burns Hospital, Isfahan, Iran.

Methods: This study was a qualitative content analysis which was conducted on 43 women hospitalized in Imam Musa Kazim Hospital in Isfahan due to self-immolation. Participants were purposefully selected and individually interviewed in a semi-structured interview. Data were categorized and analyzed by qualitative content analysis or thematic analysis.

Findings: Totally, the study identified 157 primary codes which were reduced to 16 secondary codes and 5 main concepts including conflict in family, addiction, marriage, poverty and economic difficulties as well as individual and psychological problems were obtained.

Conclusion: The problems of women who attempt self-immolation are related to harassment and dissatisfaction with at least one of their close relatives or difficult and stressful living conditions. The results of this study can be used for national planning by the relevant agencies to respect the rights and security of women in the family and society.

Keywords: Women; Self-immolation; Social contexts; Burn center

Citation: Keyvanara M, Kalantari E, Shaarbafchizadeh N. **Social Contexts of Self-Immolation among Women Admitted to Isfahan Burns Hospital, Iran: A Qualitative Study.** J Health Syst Res 2022; 18(2): 95-103.

1- Professor, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- PhD Candidate, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- Associate Professor, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Nasrin Shaarbafchizadeh; Associate Professor, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: nshaarbafchi@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

DOI: 10.48305/jhsr.v18i2.1452 Published by Vesnu Publications

بسترهای اجتماعی اقدام به خودسوزی در بین زنان بستری شده در بیمارستان سوانح سوختگی اصفهان: یک مطالعه کیفی

محمود کیوان‌آرا[1]، الناز کلانتری[2]، نسرین شعربافچی‌زاده[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: زنان هر جامعه‌ای نقش محوری در خانواده دارند و در عین حال، به شدت در معرض فشارهای ناشی از روابط غیر کارکردی نهادهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خارج از خانواده هستند و چنانچه در همین بستر به طور پیوسته در شرایط آسیب‌زا و بحرانی قرار گیرند، ممکن است در یک درماندگی ناخواسته، آسیب‌های جبران‌ناپذیری به خود وارد کنند و با رفتارهایی همچون خودکشی‌های دشوار از جمله خودسوزی، بقای خود و خانواده را به مخاطره اندازند. پژوهش حاضر با هدف واکاوی بسترهای اجتماعی اقدام به خودسوزی در بین زنان بستری شده در بیمارستان سوانح سوختگی اصفهان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه به روش تحلیل محتوای کیفی بر روی ۴۳ نفر از زنانی که به دلیل خودسوزی در بیمارستان سوانح و سوختگی امام موسی کاظم (ع) اصفهان بستری شده بودند، انجام شد. مشارکت‌کنندگان به طور هدفمند انتخاب شدند و به طور انفرادی تحت مصاحبه نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. داده‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی یا تحلیل بر مبنای مضامین طبقه‌بندی و تحلیل گردید.

یافته‌ها: در مجموع، ۱۵۷ کد اولیه به دست آمد که پس از تقلیل، به ۱۶ کد ثانویه تبدیل شد و پنج مفهوم اصلی شامل «تعارض در خانواده، اعتیاد، ازدواج، فقر و مشکلات اقتصادی و مشکلات فردی و روانی» حاصل گردید.

نتیجه‌گیری: مشکلات بیشتر زنانی که اقدام به خودسوزی می‌کنند، با آزار و نارضایتی از حداقل یکی از نزدیکان یا شرایط زندگی دشوار و پرفشار مرتبط می‌باشد. نتایج به دست آمده می‌تواند برای برنامه‌ریزی‌های کشوری جهت رعایت حقوق و امنیت زنان در خانواده و جامعه توسط دستگاه‌های مرتبط مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: زنان؛ خودسوزی؛ بسترهای اجتماعی؛ مرکز سوختگی

ارجاع: کیوان‌آرا محمود، کلانتری الناز، شعربافچی‌زاده نسرین. **بسترهای اجتماعی اقدام به خودسوزی در بین زنان بستری شده در بیمارستان سوانح سوختگی اصفهان: یک مطالعه کیفی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۱۸ (۲): ۱۰۳-۹۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۱/۱۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۴ تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۴/۱۵

مقدمه

امروزه خودکشی به عنوان تهدیدی جدی برای سلامت عمومی در جهان مطرح است و سهم عمده بار ناشی از آن به کشورهای با سطح درامد کم و متوسط اختصاص دارد (۱). این پدیده به عنوان سیزدهمین علت مرگ در دنیا و سومین علت مرگ و میر در گروه سنی ۱۵ تا ۴۴ سال (۲) و دومین عامل مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال (۳) محسوب می‌گردد. در ایران میزان بروز خودکشی، ۱۹ در صد هزار نفر (۴) و میزان مرگ ناشی از خودکشی، ۵/۲ در صد هزار نفر (۶/۷ در مردان و ۳/۶ در زنان) برآورد شده است (۵). خودکشی به مثابه پدیده‌ای پیچیده، گاهی مستقل از اراده فرد است که دارای ابعاد گوناگون فردی، اجتماعی، روانی، اقتصادی، فرهنگی و... می‌باشد و می‌تواند به عواملی مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل، زمان، مکان و عناصر دیگر مرتبط باشد (۷، ۶).

هورمون‌های استروئیدی مختل‌کننده غدد درون‌ریز بدن هستند که به دلیل اثرات منفی بر تعادل سلامت انسان، حیوانات و اکوسیستم، به یکی از مهم‌ترین نگرانی‌ها تبدیل شده‌اند. استروژن در غلظت‌های بسیار کم (کمتر از ۰/۱ نانوگرم در لیتر) با تولید مثل انسان، دام و حیات وحش تداخل پیدا می‌کند و اثر محرکی بر رشد تومور دارد (۲).

اقدام به خودکشی به روش خودسوزی، روش خشن و بی‌رحمانه‌ای جهت پایان دادن به زندگی است که فرد با آتش زدن جسم خود، سعی در از بین بردن خویشتن دارد (۸). خودسوزی به دلیل ایجاد سوختگی‌های عمیق با درصد بالا، اغلب به مرگ قربانی منتهی می‌شود (۹) و حدود یک پنجم افراد در صحنه حادثه جان خود را از دست می‌دهند (۱۰). یکی از شایع‌ترین روش‌های خودکشی در بیشتر کشورهای حوزه مدیترانه شرقی (۱۱) و ایران به ویژه در استان‌های غربی کشور، خودسوزی می‌باشد (۱۲، ۸). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که میزان خودسوزی در زنان بیشتر از مردان می‌باشد و به دلیل پیامدهای جسمی، روانی،

۱- استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳- دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: نسرین شعربافچی‌زاده؛ دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
Email: nshaarbafchi@gmail.com

اجتماعی و خانوادگی، از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۳). به طور کلی، در ایران زنان جوان، متأهل با سطح تحصیلات کم و وضعیت اقتصادی- اجتماعی ضعیف، بیشتر قربانی این پدیده هستند (۱۶-۱۴).

تحقیقات صورت گرفته در زمینه خودسوزی، به علل مختلف فردی (اختلالات روان‌شناختی، دلایل شخصی)، خانوادگی و اجتماعی اشاره داشته است که در خود یک نوع اعتراض به شرایط اجتماعی نهفته دارد (۱۸، ۱۷). بر اساس نتایج پژوهش‌ها و بررسی دلایل عمده خودسوزی در نقاط مختلف ایران، علاوه بر ابعاد روان‌شناختی فرد، ابعاد اجتماعی شامل اختلاف خانوادگی با همسر یا خانواده همسر (۱۹)، عدم تفاهم در زندگی (۲۰) و کشمکش‌های زناشویی و خانوادگی (۱۷)، کم سوادی و بیکاری، الگوهای جنسیتی سنتی (در قالب مردسالاری و تعصب‌گرایی، خشونت خانگی) (۲۲، ۲۱) نیز بیانگر ماهیت چند بعدی پدیده خودسوزی زنان در برخی از شهرها می‌باشد.

به دلیل عوارض وآسیب‌های ناشی از خودکشی به طریق خودسوزی، سازمان بهداشت جهانی روز ۱۰ سپتامبر (۱۹ شهریور) را روز پیشگیری از خودکشی نامگذاری نمود (۲۳). Baechler معتقد است که اقدام به خودکشی بیش از آن که صرفاً یک هدف باشد، وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف خاصی است. او اعتقاد دارد که در ورای عمل کنشگر، معانی خاصی نهفته است که با درک آن‌ها، می‌توان خودکشی را تعریف نمود؛ گریزنده، هنگامی‌که خودکشی به عنوان فرار از یک وضعیت تحمل ناشدنی تلقی می‌شود. پرخاشجو، هنگامی که اقدام‌کننده به خودکشی، قصد آزار یا جلب توجه دیگران را دارد. ایثارگرایانه، خودکشی معطوف به برخی عقاید سیاسی یا اخلاقی است و مضحک، هنگامی‌که اقدام‌کننده به خودکشی، با زندگی و مرگ به قمار می‌پردازد (۲۴).

بدون تردید علل خودسوزی چند بعدی است و عوامل متعددی می‌تواند در بروز این واقعه مؤثر باشد، اما آنچه در پژوهش حاضر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، شباهت ساختارهای اجتماعی مناطقی از ایران می‌باشد که زنان دست به خودسوزی می‌زنند که از آن جمله می‌توان به شرایطی مانند فقر، بیکاری، اخلافات قومی و قبیله‌ای، توسعه نیافتگی و فقر فرهنگی و دیگر عوامل اجتماعی و فرهنگی اشاره نمود. بنابراین، مسأله اصلی مطالعه حاضر این است که دریابد چه زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی وجود دارد که باعث می‌شود زنان برخی مناطق، به خودکشی از طریق خودسوزی اقدام کنند؟ علاوه بر این، اهمیت پرداختن به این موضوع ازآن‌جا ناشی می‌شود که اقدام به خودسوزی بیشتر در زنان جوان اتفاق می‌افتد و آینده پیش روی آن‌ها و خانواده‌ها دچار آسیب و بحران می‌شود و در نهایت، این که سوختگی زنان هزینه‌های زیادی را بر نظام بهداشت و درمان تحمیل می‌کند و رویکرد پیشگیرانه با شناخت زمینه‌ها و بسترها، می‌تواند در کاهش این هزینه‌ها مؤثر باشد. بنابراین، شناخت زمینه‌ها و بسترهای این پدیده با استفاده از رویکرد کیفی ضروری به نظر می‌رسد.

روش‌ها

این مطالعه به صورت کیفی بر روی یک نمونه هدفمند ۴۳ نفره از زنانی که اقدام به خودسوزی کرده و در یک دوره شش ماهه به بیمارستان سوانح و سوختگی امام موسی کاظم (ع) اصفهان مراجعه یا از مناطق مختلف جنوب و غرب کشور اعزام شده بودند، با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته در بخش بیمارستان انجام شد. مشارکت‌کنندگان با رضایت در مصاحبه‌ها شرکت نمودند. فرم مصاحبه در اختیار محقق قرار داشت تا فرایند مصاحبه پیوسته کنترل شود. سؤالاتی مانند «چه اتفاقاتی رخ داد که منجر به خودسوزی شما شد؟» از جمله پرسش‌های مصاحبه بود. تلاش محقق بر آن بود که در طول مصاحبه هوشیارانه دقت کند تا ضمن بروز واکنش‌های مناسب به پاسخ‌های غیر شفاهی مصاحبه شونده، حقایق مربوط به شکل واقعی و همان‌گونه که در عالم واقع رخ داده‌اند، بیان گردد. به دلیل رعایت شرایط مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها در زمان کوتاهی انجام شد و سعی گردید مکالمات ضبط شوند. با این وجود، امکان ضبط برخی مصاحبه‌ها وجود نداشت. در طول مصاحبه سعی شد تا احساسات زنان مانند خنده، گریه، درد و... نیز ثبت شود.

همه زنانی که از طریق خودسوزی اقدام به خودکشی کرده و در بخش بیمارستان سوانح و سوختگی بستری شده بودند، مجاز به شرکت در مطالعه بودند؛ مشروط بر این که خودشان تمایل به مشارکت داشته باشند، مبتلا به سایکوز حاد، افسردگی شدید و اختلال دو قطبی شدید نباشند، درجه سوختگی آن‌ها خیلی شدید نباشد و از وضعیت عمومی روانی قابل قبول برای برقراری ارتباط و انجام مصاحبه برخوردار باشند. داده‌ها به صورت تحلیل محتوایی کدگذاری طبقه‌بندی گردید. متن هر مصاحبه ابتدا چندین مرتبه توسط تیم تحقیق خوانده و سپس کدهای آن‌ها به طور جداگانه ثبت شد. پس از آن، کدهای مشابه به لحاظ محتوایی دسته‌بندی و طبقات فرعی ایجاد گردید. به همان روش، طبقات فرعی نیز حول محتوای انتزاعی‌تر طبقه‌بندی و طبقات اصلی یا همان عوامل مرتبط اجتماعی ایجاد شد.

روایی داده‌ها شامل «موثق بودن» و این که بیانگر واقعیت باشند، بررسی گردید. پایایی داده‌ها یا قابلیت اعتماد داده‌ها از طریق در نظر گرفتن وقایع و درک محقق به دست آمد. اعتماد به روشنی دقت و درستی، غنا، ذوق و سلیقه خوب که گاهی ناشی از تجارب محققان در آن حوزه بود، حاصل شد. برای کسب اطمینان از میزان مقبولیت (عینیت‌پذیری) داده‌ها نیز سعی شد تا با بررسی دقیق و پیوسته، اختصاص زمان کافی و ارتباط خوب و مؤثر با مشارکت‌کنندگان، کار انجام شود. ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شده در پژوهش شامل کسب مجوزهای مربوط، معرفی محقق به واحدهای پژوهش، کسب اجازه برای ضبط مصاحبه، اطمینان بخشیدن به مشارکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، امکان انصراف آن‌ها از ادامه همکاری در هر مرحله از مصاحبه، استفاده از اسامی مستعار برای ارایه در گزارش، حذف هر نوع نشانه یا علامتی که حاکی از شناخت وضعیت آنان باشد، اعلام آدرس و محل کار محقق به واحدهای پژوهش برای حذف ثبت اطلاعات مشارکت‌کنندگان در هر زمان بود.

یافته‌ها

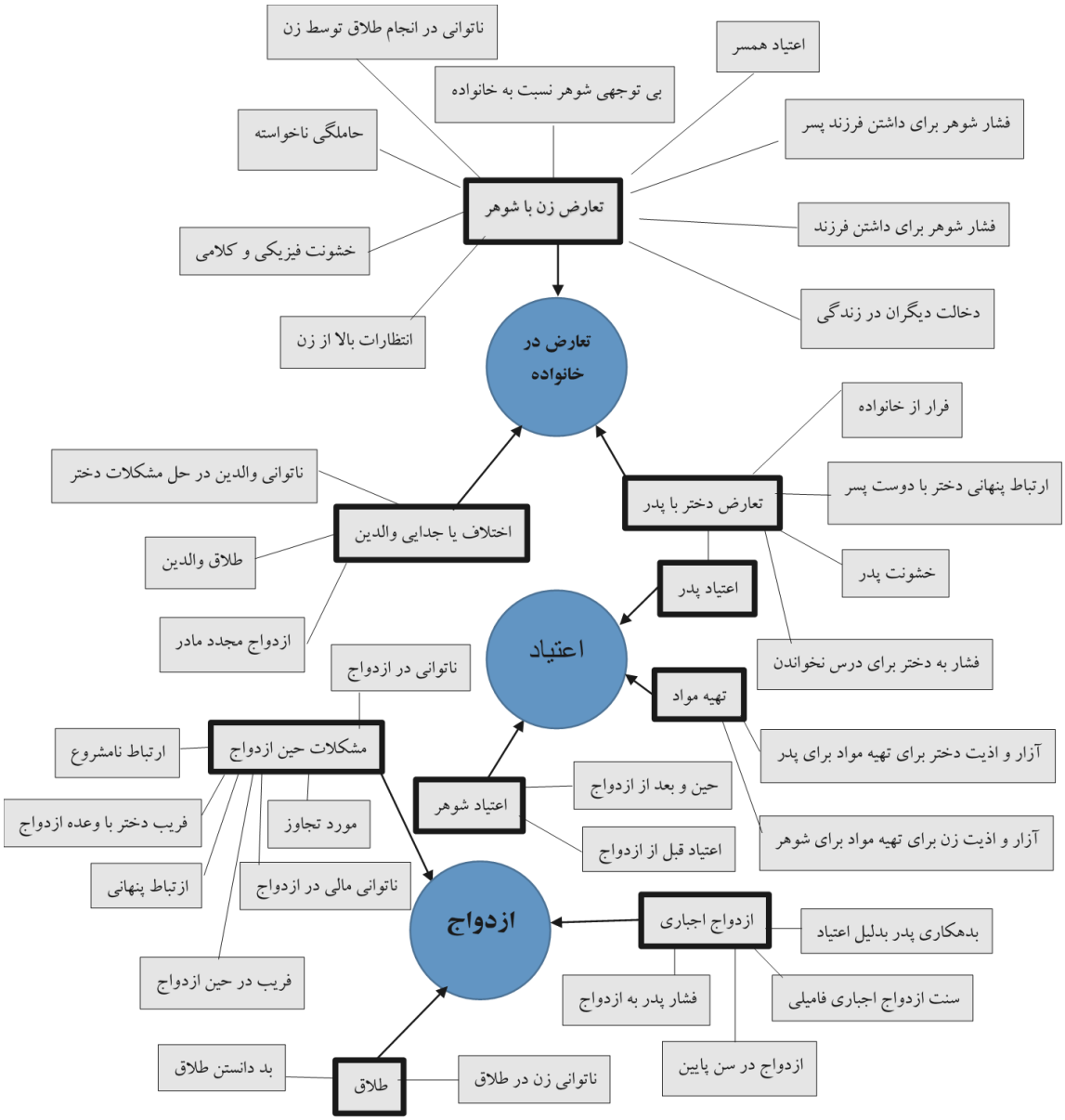
از ۴۳ زن که مورد مصاحبه قرار گرفتند، ۱۹ نفر مجرد و ۲۴ نفر متأهل بودند. ۳ تن دانشجو، ۲ نفر دانش‌آموز و ۱ نفر به کار اداری اشتغال داشت و بقیه (۳۶ نفر) خانه‌دار یا بدون شغل مشخص بودند یا با خانواده زندگی می‌کردند. سن ۶ نفر از زنان کمتر از ۲۰ سال بود. ۲۲ نفر در گروه سنی ۳۰-۲۱ سال، ۱۰ نفر در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال و ۵ نفر در سنین بالای ۴۰ سال قرار داشتند. ۳ نفر از مشارکت‌کنندگان دارای سابقه ۱ بار خودکشی و یک نفر نیز سابقه ۲ بار خودکشی از طریق اوردز دارویی را داشتند. زنان مورد مصاحبه از استان‌های مختلف کشور از جمله لرستان (۱۰ نفر)، اصفهان (۷ نفر)، چهارمحال و بختیاری و خوزستان (هر کدام ۵ نفر) و بوشهر، ایلام، کرمانشاه و کهکیلویه و بویراحمد

(هر کدام ۳ نفر)، سیستان و بلوچستان (۲ نفر) و گیلان (۱ نفر) بودند. یک نفر از شرکت‌کنندگان تمایلی به معرفی شهر خود نداشت.

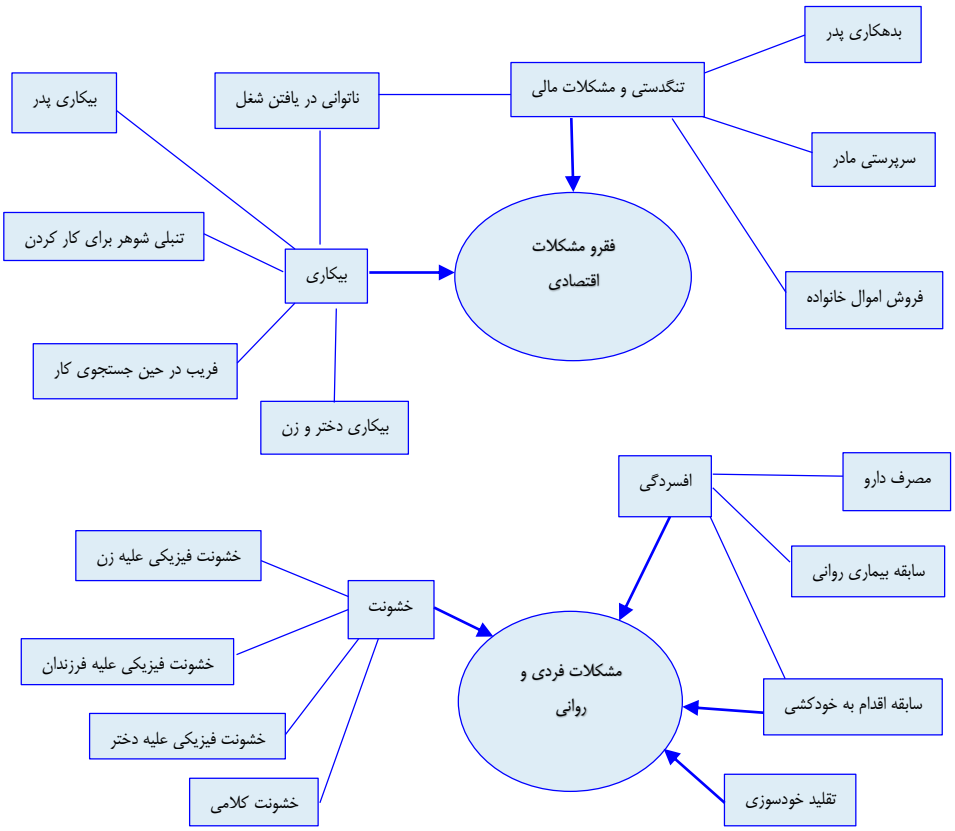
در مجموع، ۱۵۷ کد اولیه به دست آمد که پس از تقلیل، به ۱۶ کد ثانویه تبدیل شد و پنج مفهوم اصلی حاصل گردید. پنج مضمون اصلی شامل «تعارض در خانواده، اعتیاد، ازدواج، فقر و مشکلات اقتصادی و مشکلات فردی و روانی» بود که در شکل‌های ۱ و ۲ نشان داده شده است.

تعارض در خانواده

مضمون تعارض در خانواده از سه مضمون «تعارض زن با شوهر، تعارض دختر با پدر و مشکلات ناشی از جدایی والدین» تشکیل شده است. با توجه به این که مشارکت‌کنندگان بیشتر متأهل بودند، می‌توان ادعا نمود که تعارض زن با شوهر یکی از گسترده‌ترین بسترهای خودسوزی زنان را تشکیل می‌دهد. این تعارض‌ها به دلایل مختلف شکل گرفته‌اند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها، اعتیاد شوهر است. یکی از زنان وضعیت خود را این‌گونه بیان کرد: «تحمل این مرد برایم سخت شده بود، به خصوص که دچار اعتیاد با تریاک نیز شده بود» (مصاحبه شماره ۳۱). عامل دیگر، بی‌توجهی شوهر به خانواده (زن، فرزند و امور خانواده) بود. در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «هیچ توجهی به من و بچه‌هایم نداشت، وقتی دیگه عقلم به جایی نرسید، خودم را آتش زدم» (مصاحبه شماره ۳).



شکل ۱. بسترهای اجتماعی خودسوزی زنان (مضامین اصلی تعارض در خانواده، اعتیاد و ازدواج)



شکل ۲. بسترهای اجتماعی خودسوزی زنان (مضامین اصلی: فقر و مشکلات اقتصادی و مشکلات فردی و روانی)

مشارکت‌کننده دیگری معتقد بود: «هیچ توجهی به زن نمی‌شود و زن را به عنوان یک برده می‌شناسند و همیشه به زنان دستور می‌دهند و آنقدر زندگی در این جامعه سخت است که قید زنده بودن را می‌زنند...» (مصاحبه شماره ۱۱).

زمینه دخالت خانواده شوهر در زندگی خصوصی نیز می‌تواند در شکل‌گیری تعارض زن با شوهر و در نتیجه، خطر خودسوزی زنان مؤثر باشد: «مادر شوهرم و خواهر شوهرم خیلی در زندگی‌مان دخالت می‌کردند و شوهرم تمام حرف‌ها را می‌رفت به مادر و خواهراش می‌زد و به من ناسزا می‌گفت» (مصاحبه شماره ۳۴). از دیگر دلایل انجام خودسوزی زنان می‌توان به شرایط سخت بی‌فرزندی نیز اشاره کرد. این افراد در طول مدت ازدواج خود صاحب فرزند نشده بودند. این عامل زمینه بروز مشکلات و مسایل بعدی در خانواده شده بود. یکی از بیماران خودسوزی، زن ۳۰ ساله‌ای بود که وضعیت خانوادگی خود را چنین تشریح کرد: «از ابتدای ازدواجمان با شوهرم مشکل داشتیم، بچه‌دار نمی‌شدیم و اختلافات روز به‌روز بیشتر می‌شد تا این که رابطه‌اش با من سرد شد... مشکل را به پدر و مادر خودم و شوهرم گفتم و مشکل حل نشد. چاره دیگری نداشتم....» (مصاحبه شماره ۳۲).

داشتن فرزند پسر برای برخی از اقوام و خانواده‌ها اهمیت زیادی دارد. آنان از طرف وابستگان مرد و خانواده او احساس فشار می‌کنند و همین موضوع تعارض بین زن و شوهر را افزایش می‌دهد. در این خصوص، زن خانه‌دار ۳۰ ساله‌ای که اقدام به خودسوزی کرده بود، اظهار داشت: «من سه فرزند دختر دارم، اما شوهرم من را زیاد اذیت می‌کرد که چرا تو پسرزا نیستی و... دیگر تحمل این همه بی‌عقلی شوهر را نداشتم و زندگی برایم جهنم شده بود...» (مصاحبه شماره ۴). دیگری بیان کرد: «کار عشایری زیاد و توقع زیاد همسر جهت آوردن فرزند پسر که همیشه آرزوی داشتن یک پسر داشت» (مصاحبه شماره ۹).

یکی از مهم‌ترین مضامین تعارض در خانواده، به نابسامانی در خانواده و به ویژه تعارض دختر با پدر مربوط می‌شد. نابسامانی‌هایی که به دلایل متعدد همچون اعتیاد پدر، فشار پدر برای انجام کار در خانه و درس نخواندن دختر، فرار از خانواده و ارتباط دختر با پسر خارج از چارچوب ازدواج برمی‌گشت. یکی از دختران مجرد می‌گوید: «مادرم به دلیل وضعیت مالی ضعیف پدرم از او جدا شد. مادرم دوباره ازدواج کرد و من با پدرم زندگی می‌کردم که اجازه درس خواندن به من نمی‌داد...» (مصاحبه شماره ۲۹). دیگری می‌گوید: «پدرم معتاد بود و همیشه داخل خانه‌مان جنگ و دعوا بود. پدرم اصرار داشت با پسر عمویم ازدواج کنم و من نمی‌خواستم...» (مصاحبه شماره ۲۳).

جدایی یا طلاق والدین و خلأ عاطفی حاصل از آن بر روی دختران جوان تأثیر نامطلوبی داشت؛ به طوری که برخی از دختران جوان در این خلأ حمایتی با مسایل و مشکلاتی روبه‌رو شده بودند که نه تنها قادر به حل آن نبودند، بلکه شرایط زندگی آنان را سخت‌تر کرده بود. یکی از دختران جوان چنین عنوان کرد: «پدر و مادرم به شدت هر روز با هم جنگ و دعوا داشتند تا این که از هم جدا شدند. با این کار جنگ تازه‌ای بر سر من شروع شد که پیش کدومشون بمونم با

رأی دادگاه پیش پدرم ماندم... در دانشگاه با پسری آشنا شدم و کاری که نباید می‌شد، شد... من تصمیم به خودسوزی گرفتم» (مصاحبه شماره ۲۷).

اعتیاد

از دیگر مضامین اصلی، موضوع اعتیاد است که از زیرکدهای «اعتیاد شوهر، اعتیاد پدر و تهیه مواد» به دست آمده است. چهار تن از زنان بستری شده عامل اصلی خودسوزی خود را به اعتیاد همسر خود مرتبط می‌دانند. آنان پیامدهای ناشی از اعتیاد که فقر و تأثیرات نامطلوب بر فضای خانواده است را مد نظر قرار دادند. زن ۳۷ ساله خانه‌دار مهم‌ترین عامل را اعتیاد همسرش معرفی کرد و گفت: «همسرم معتاد است و من را بسیار اذیت می‌کند. تمام وسایل خانه را برای تهیه مواد خود فروخته بود و وقتی پول مواد نداشت و مواد بهش نمی‌رسید، من و فرزندم را اذیت می‌کرد» (مصاحبه شماره ۱).

پیامدهای ناشی از مصرف مواد مخدر و اعتیاد، مشکلات و دردسرهایی برای اعضای خانواده فراهم نموده است که در برخی از موارد حل آن به سختی امکان‌پذیر است. خانم متأهل ۳۹ ساله‌ای به شرایط سخت زندگی پس از اعتیاد شوهرش اشاره کرد. او که قبل از خودسوزی، چند مرتبه اقدام به خودکشی کرده بود، گفت: «از وقتی شوهرم معتاد شد، وضعیت مالی‌مان به هم ریخت و تمام اموال و دارایی‌هایمان به پای اعتیاد به فنا رفت» (مصاحبه شماره ۳۱). خانم ۳۲ ساله خانه‌دار دیگری نیز اعتیاد شوهرش را زمینه‌ای برای خودسوزی خود بیان کرد: «شوهرم قبل از ازدواج با من زمینه اعتیاد داشت و بعد از ازدواج به صورت علنی شروع به استفاده از مواد مخدر کرد تا این که رفته‌رفته اختلافات میان ما افزایش پیدا کرد و حتی به جایی رسید که من و فرزندم هم کتک می‌زد» (مصاحبه شماره ۳۶).

اعتیاد همسر، فشار مضاعفی را به زنان تحمیل می‌کند. تحمل شوهر معتاد، فشارهای اقتصادی و مادی که در بستری از فقر صورت می‌گیرد و در نهایت، شرایط سخت اجتماعی، زمینه استرس، افسردگی و در نهایت، خودکشی از طریق خودسوزی را فراهم می‌سازد.

خودسوزی زنان تنها به اعتیاد همسران آنان محدود نمی‌شود و در مواردی منجر به ایجاد اختلال فزاینده در بافت خانواده می‌شود و دیگر اعضای خانواده را نیز متأثر می‌کند. چهار تن از دختران جوان به دلیل اعتیاد پدر و نابسامانی‌های ناشی از آن در معرض مشکلات زیادی قرار گرفته بودند؛ به طوری که آرامش روانی و امنیت آنان در معرض خطر قرار گرفته بود. «پدرم معتاد بود و همیشه داخل خانه‌مان جنگ و دعوا بود» (مصاحبه شماره ۲۳). «اختلافات شدیدی بین پدر و مادرم به وجودآمد که به خاطر اعتیاد پدرم بود» (مصاحبه شماره ۲۹).

از دیگر آسیب‌هایی که اعتیاد پدر در خانواده ایجاد کرده بود، آسیب‌پذیری دختران جوان خانواده می‌باشد. شاید بدنامی ناشی از اعتیاد پدر، از موانع بزرگ برای ازدواج آنان محسوب می‌شود. از طرف دیگر، فقر مادی نیز زمینه ناتوانی در ازدواج را برای بیشتر آنان فراهم سازد. سه تن از دختران جوان که جریان خودسوزی خود را به اعتیاد پدر مرتبط می‌دانند، چنین گفتند: «پدرم معتاد و خودم بیکار بودم. به شرکتی رفتم تا کار پیدا کنم و پولی برای خودم و خانواده به دست آورم. مادرم هم قالی می‌بافت و یک بچه کوچک هم داشتیم. رئیس شرکت به اجبار به من تجاوز کرد» (مصاحبه شماره ۲۶). «به خاطر اعتیاد پدرم بود... تا این که مادرم نتوانست تحمل کند و با دو بچه کوچک از پیش ما رفت. پدرم از من خواست که من موادش را تهیه کنم که در یکی از این رفتن‌ها به سراغ مواد فروش‌ها به من تجاوز شد...» (مصاحبه شماره ۳۹). دیگری اظهار داشت: «زندگی‌مان پر از مشکل بود، پدرم معتاد و بیکار بود. حتی گاهی اوقات پدرم من و مادرم را هم کتک می‌زد. مادرم با خیاطی کردن درامدی به دست می‌آورد که فقط کفاف پول مواد پدرم را می‌داد و دیگر چیزی برای خوردن و ادامه زندگی باقی نمی‌ماند. پس از تحمل این وضعیت بسیار اسفناک، تصمیم به تن‌فروشی کردم تا پولی به دست آورم و به مادرم...» (مصاحبه شماره ۲۲).

در این موارد، شرایط سخت اعتیاد پدر، بیکاری کم‌تجربگی دختران و نیاز به پول و تجارب منفی مرتبط با آن‌ها، زمینه خودسوزی دختران جوان را فراهم ساخته است. برای آنان وضعیتی ایجاد شده بود که احساس شرمساری و عذاب می‌کردند و در نهایت، دست به خودسوزی می‌زدند.

ازدواج

یکی دیگر از مضامین اصلی، موضوع ازدواج و مشکلات ناشی از آن با زیرکدهای «ازدواج اجباری، مشکلات حین ازدواج، ازدواج در سنین پایین و طلاق» بود.

سه تن از مشارکت‌کنندگان دلیل اصلی خودسوزی خود را به ازدواج اجباری نسبت دادند. آنان معتقد بودند که والدین و به ویژه پدر، به طور سنتی یا به دلیل فقر اقتصادی آنان را مجبور به ازدواج با فردی کرده است که هرگز به آن‌ها علاقمند نبوده‌اند. یکی از قربانیان ازدواج اجباری، خانمی بود که قبلاً سابقه خودکشی با قرص را داشت و این بار اقدام به خودسوزی کرده بود و بیان کرد: «پدرم به روش سنتی با رفیقش قول و قرارهایی گذاشته بود که من با پسرش ازدواج کنم، بدون این که نظر منو بخواهد. با بی‌علاقگی تن به ازدواج دادم. او خیلی مرا دوست داشت، ولی من هیچ حسی نسبت بهش نداشتم و از نظر خودم اصلاً خوشبخت نبودم و.... نهایتاً...خودم را سوزاندم» (مصاحبه شماره ۴۳). یکی دیگر از قربانیان ازدواج اجباری، زن ۱۸ ساله بود که داستان ازدواج اجباری خود را چنین بیان کرد: «پدرم به خاطر بدهکاری به یکی از رفیق‌هایش، قول ازدواج مرا داد، اما من اصلاً راضی نبودم با او ازدواج کنم...»(مصاحبه شماره ۲).

موضوع ازدواج برای بسیاری از خانم‌ها همواره با فشارهای روانی و استرس همراه است. برخی از زنان در جریان انجام ازدواج به راحتی نتوانسته بودند مشکلات خود را مدیریت کنند و همین موضوع زمینه خودسوزی آن‌ها را فراهم نمود. دو تن از مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که از خودکشی برای تحت فشار قرار دادن دیگران جهت فراهم‌سازی شرایط ازدواج استفاده کرده بودند. خانم ۲۲ ساله‌ای اقدام به خودسوزی نمود تا نامزد خود را به نوعی تحت فشار قرار دهد تا ازدواج آنان سر بگیرد. «مدتی بود که پسر خاله‌ام با حرف‌های قشنگ مرا مجذوب خود کرده بود. وقتی به سن ازدواج رسیدم، از او خواستم که مرا رسماً خواستگاری کند تا ما آزادانه و رسمی رابطه داشته باشیم، ولی هر بار این موضوع بیان می‌شد او حاشیه می‌رفت و هیچ‌گونه اقدامی برای ازدواج نمی‌کرد و من هم از این بلاتکلیفی خسته شده بودم» (مصاحبه شماره ۱۲). استفاده از خودسوزی برای تحت فشار قرار دادن والدین جهت موافقت با ازدواج نیز از طرف یکی از مشارکت‌کنندگان مطرح شد. دختر ۱۸ ساله‌ای اقدام به خودسوزی کرده بود تا به نوعی با افراد مؤثر در زندگی‌اش ارتباط برقرار نماید و مجبور به موافقت با ازدواج وی شوند. وی در این راستا بیان نمود: «با پسر همسایه دوست بودم و خانواده در جریان نبودند تا این که مجبورش کردم که به خواستگاری‌ام بیاید، ولی خانواده‌ام به شدت مخالفت می‌کردند. می‌گفتند نه کار دارد و نه سربازی رفته است... تا این که به پیشنهاد یکی از دوستام برای این که پدر و مادرم راضی شوند، خودم را جلوی در خانه آتش زدم» (مصاحبه شماره ۴۲).

تهدید به افشای رابطه قبل از ازدواج، یکی از متغیرهای مهم در بروز استرس‌ها، فشار روانی و نگرانی جهت اقدام به خودسوزی دختران جوان بود؛ به ویژه دخترانی که در محیطهای کوچک با انتظام اجتماعی غیر قابل انعطاف زندگی می‌کنند. آنان اغلب از ترس در معرض خطر گرفتن آبروی خانواده، والدین و فامیل خود و از دست دادن منزلت اجتماعی، اقدام به خودسوزی کرده بودند. دانش‌آموز نوجوان ۱۶ ساله‌ای که جهت فرار از این شرایط سخت دست به خودسوزی زده بود، گفت: «پسر یکی از همسایگان از من خواستگاری کرده بود و قرار بر جواب مثبت گذاشته شد، ولی چون به پسر عمویم از قبل جواب منفی داده بودم، بعد از شنیدن موضوع خواستگاری‌ام به دیدنم آمد و تهدید کرد که اگر به ایشان جواب مثبت بدهی، به همه اعلام می‌کنم که با هم رابطه داشتیم و آبرویت را می‌ریزم... تصمیم به خودکشی گرفتم» (مصاحبه شماره ۶).

افشای رابطه با افراد خارج از چارچوب ازدواج، موضوعی بود که انتظار داشت پسر جهت ازدواج رسمی اقدام نماید، اما استنکاف نمودن آن زمینه را فراهم نمود تا دختر ۲۳ ساله مجرد احساس کند فریب خورده است و زمینه خودسوزی او فراهم گردد. او در این باره گفت: «مدتها بود که پسر یکی از بستگان نزدیکم علاقه به من نشان داده بود، ولی احساس می‌کردم ایشان فرد مورد علاقه من نیست و سعی می‌کردم از ایشان دوری کنم. رفتارهایش نسبت به من ناخوشایند بود و این موضوع منو آزار می‌داد تا این که روزی با او تنها شدم، او مرا آزار داد. خانواده از این موضوع اطلاع پیدا کردند، از خانواده‌اش خواستند که باید از من خواستگاری و مرا عقد کند، اما او امتناع می‌کرد» (مصاحبه شماره ۱۵).

در برخی موارد زنان به دلیل احساس گناه و شرمساری از رابطه با مرد دیگر خارج از چارچوب ازدواج، احساس فشار روانی زیادی نمودند و جهت فرار از گناه، اقدام به خودسوزی کرده بودند. در این رابطه یک خانم ۳۰ ساله مجرد اظهار نمود: «به من تجاوز شد و من به شدت پیش خدا احساس عذاب فراوان می‌کردم و شرمسار بودم و فقط می‌خواستم در این دنیا نباشم...» (مصاحبه شماره ۲۶).

یکی از کدها، ازدواج در سنین پایین بود. این نوع ازدواج به ویژه در مناطق توسعه نیافته‌تر، خطرات آسیب‌پذیری زنان را افزایش داد. خانمی که با این شرایط ازدواج نمود، سرانجامی جزء خودسوزی برای خود تصور نداشت و گفت: «در سن بسیار پایین ازدواج کردم و زندگی بسیار سخت و طاقت‌فرسا بود. کار عشایری زیاد و توقع زیاد همسر...» (مصاحبه شماره ۹).

فقر و مشکلات اقتصادی

از دیگر مضامین اصلی خودسوزی زنان، وضعیت اقتصادی نامناسب خانواده‌ها و فقر بود. مشکلات اقتصادی با دو زیرکد «تنگدستی و مشکلات مالی و بیکاری» مفهوم‌سازی شد.

برخی از زنان به دلیل ناتوانی در اداره زندگی، اقدام به خودسوزی کردند تا شاید از شرایط نابسامان اقتصادی خود رهایی یابند. یکی از آنان که دارای سه فرزند بود، عنوان کرد: «به خاطر بدبختی و بی‌پولی، (به عنوان) آشپز همراه زائرین امام رضا (ع) می‌رفتم تا کمک درامدی برای خانواده داشته باشم، اما از فقر و بدبختی نتونستم تحمل کنم...» (مصاحبه شماره ۷). دختر مجرد دیگری بیان نمود: «مادرم به دلیل وضعیت مالی ضعیف پدرم ازش جدا شد و دوباره ازدواج کرد» (مصاحبه شماره ۲۹).

در بسیاری از مصاحبه‌های انجام شده، به طور مستقیم به موضوع فقر اقتصادی اشاره‌ای نشده، اما مشکلات آنان در بستر و زمینه فقر بیان شده است.

برخی از زنان اعتیاد همسران خود را زمینه‌ساز بروز فقر بیان کردند: «از وقتی شوهرم معتاد شد، وضعیت مالی‌مان به هم ریخت و تمام اموال و دارایی‌هایمان به پای اعتیاد به فنا رفت...» (مصاحبه شماره ۱۶).

در دیگر مصاحبه‌ها هم فقر اقتصادی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بود. در برخی موارد بستر و زمینه ازدواج تلقی شده است. «پدرم به خاطر بدهکاری به یکی از رفیق‌هایش، قول ازدواج مرا به او داد...»(مصاحبه شماره ۲).

بیکاری و یافتن شغل مناسب، معضل بزرگ دختران جوان بود که به طور مستقیم و غیر مستقیم وضعیت روانی آنان را نشانه گرفته است. «کار» ابزار غلبه بر مشکلات و بیکاری معضل بزرگی است. «با وجود داشتن مدرک تحصیلی، هرگز نتوانستم جایی کار پیدا کنم...» (مصاحبه شماره ۱۷). علاوه بر دختران جوان، برخی پدران یا شوهران معتاد یا شغل خود را از دست داده بودند یا اعتیاد مانع بزرگی برای کار کردن آنان شده بود و همین موضوع زمینه خودسوزی دختران و زنان را فراهم نمود. یکی از آنان گفت: «از وقتی بیکار شد، طلاهای من را دود کرد و اثاثیه زندگی‌ام را هم فروخت تا بتواند پول موادش را تأمین کند» (مصاحبه شماره ۳۶).

مشکلات فردی و روانی

یکی دیگر از مضامین اصلی به دست آمده، مشکلات فردی و روانی بود که از زیرکدهای «افسردگی، خشونت، سابقه اقدام به خودکشی و تقلید خودسوزی» تشکیل شده است.

می‌توان گفت بیشتر زنان مورد مصاحبه به نوعی از اختلالات روانی رنج می‌بردند. عده‌ای قبل از اقدام به خودسوزی با این شرایط درگیر بودند و عده‌ای با توجه به شرایطی که برای آنان پیش آمده بود، وضعیت نابسامان روانی را تجربه کرده بودند. پنج نفر از زنان سابقه اقدام به خودکشی داشتند. علاوه بر این، خشونت فیزیکی و کلامی علیه زنان، همسران و فرزندان توسط شوهر یا پدر اعمال شده بود. «وقتی پول مواد نداشت و مواد بهش نمی‌رسید، من و فرزندان را اذیت می‌کرد» (مصاحبه شماره ۱). دیگری گفت: «شوهرم شروع به کتک زدن هر دو (کودک) کرد» (مصاحبه شماره ۱۸). نکته آخر این که حداقل شش تن از زنان مدعی بودند که از یکی از بستگان یا آشنایان برای انجام خودسوزی تقلید کرده‌اند.

بحث

پژوهش حاضر به دنبال واکاوی بسترهای اجتماعی خودسوزی زنان بستری شده در بیمارستان سوانح سوختگی اصفهان بود. نتایج نشان داد که «تعارض در خانواده، اعتیاد، ازدواج، فقر و مشکلات اقتصادی و مشکلات فردی و روانی» بسترهای اصلی در بروز این پدیده بودند.

در اغلب مطالعات انجام گرفته، مشکلات زناشویی علت اقدام به خودسوزی زنان بیان شده است (۱۵). این مشکلات همچون خشونت و اعتیاد شوهر، عدم تفاهم با شوهر و حساسیت شدید در مقابل طلاق، چند همسری و تفاوت سنی زوجین، مهم‌ترین علل اقدام به خودسوزی زنان عنوان شد (۲۵، ۱۸). در تحقیق حاضر نیز اختلافات زناشویی به علل اعتیاد یکی از اعضای خانواده (همسر یا پدر)، ازدواج اجباری، اذیت و آزار از جانب همسران و مشکلات مربوط به فرزند (نداشتن فرزند یا نداشتن فرزند پسر)، از جمله دلایل اقدام به خودسوزی زنان برای رهایی از این مشکلات بود.

در پژوهش‌های بسیاری، مشکلات اقتصادی به عنوان عامل مؤثری در

اقدام زنان به خودسوزی اشاره شده است. در مطالعه حاضر نیز فقر مالی در خانواده، عاملی که زمینه را برای بازماندن از کسب مهارت‌های مناسب فراهم می‌کند، شناسایی گردید. نتایج تحقیق بوستانی و همکاران در این زمینه نشان داد که محرومیت اقتصادی در روستاها و مناطق عشایری، دلیلی بر اقدام به خودسوزی زنان بوده است (۲۶). فقرا در مقایسه با ثروتمندان به سختی می‌توانند مشکلات خود را حل و فصل نمایند. بنابراین، با عواملی همچون رویدادهای استرس‌زا، افکار خودکشی و اقدام به آن بیشتر روبه‌رو هستند. دختران خانواده‌های فقیر در سنین پایین ازدواج می‌کنند و در نتیجه، مجبور می‌شوند از تحصیل یا کار در بیرون خانه صرف‌نظر کنند و بیشتر در معرض آسیب قرار می‌گیرند (۲۷). نتایج پژوهش‌های دیگر نیز حاکی از وجود مشکلات اقتصادی و سطوح پایین اقتصادی- اجتماعی در بروز این پدیده می‌باشد (۲۱، ۱۶-۱۴).

در بعضی فرهنگ‌ها، پدیده خودسوزی بیشتر از جاهای دیگر مشاهده می‌شود که این امر می‌تواند به دلیل یادگیری‌ها و باورهای غلط فرهنگی باشد. در هر حال، شاید علت اصلی خودسوزی، نداشتن مهارت‌های لازم برای زندگی کردن و مبارزه با مشکلات زندگی به دلیل وجود القائات نادرست در فرهنگ‌ها است (۲۸).

نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های تحقیق قادرزاده و پیری (۷) همخوانی داشت. علاوه بر این، شواهد حاکی از آن است که عدم دریافت حمایت‌های اجتماعی لازم، به افزایش احتمال خودسوزی در افراد در معرض خطر می‌انجامد (۲۹). اغلب این افراد به هیچ نوع سیستم حمایتی دسترسی نداشتند و اغلب برای رهایی از یک وضعیت آزار دهنده و غیر قابل تحمل، دست به این اقدام زده بودند (خودسوزی گریزی) (۲۴). آنان درصدد برقراری ارتباط با افراد (افراد مؤثر)، موقعیت‌ها (نقش‌ها و سنت‌های غیر قابل تغییر اجتماعی) (خودسوزی درخواستی) (۳۰)، نهادها (خانواده، اقتصاد) هستند تا شرایط نابرابر اجتماعی خویش را بیشتر آشکار سازند. علاوه بر این، رفتار خودکشی گرایانه زنان به وابستگی شدید آنان به مردان و دیگر اعضای خانواده، عامل تعیین‌کننده‌ای است که امکان زندگی مستقل و خارج از شرایط سخت و غیر قابل تحمل را برای آنان غیر ممکن می‌سازد. بنابراین، آنان مجبور هستند برای دوری از ننگ ناشی از طلاق، حفظ فرزندان و کانون خانواده و عدم تمکن مالی، برای داشتن زندگی مستقل همچنان وابسته به خانواده و به ویژه شوهران باقی بمانند. دختران جوان نیز در شرایط «قدرت نابرابر» مجبور هستند فشار پدر برای ازدواج اجباری یا ازدواج در سنین پایین را بپذیرند. در این شرایط، شاید مسیر خودکشی برای آنان تنها راه فرار و گریز از زندگی سخت باشد.

مطالعه حاضر با وجود یافته‌های غنی، دارای برخی محدودیت‌ها بود. طول مدت مصاحبه‌ها کوتاه بود و مهم‌ترین دلیل آن به شرایط نابسامان جسمی مشارکت‌کنندگان مرتبط می‌شد. بیماران خودسوزی اصولاً شرایط جسمی مناسبی را در بیمارستان تجربه نمی‌کردند. بنابراین، قادر نبودند زمان قابل‌توجهی را به مصاحبه اختصاص دهند. علاوه بر این، تمایل به بازگشت به بیان تجارب تلخ گذشته بر روان آنان بی‌اثر نبود. برای تقلیل این محدودیت‌ها، تیم پژوهش تلاش نمود تا تعداد مصاحبه‌ها را افزایش دهد تا همه ابعاد مربوط به بسترهای تحقیق را شامل شود یا در برخی موارد مصاحبه را قطع نماید.

نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق حاضر نشان می‌دهد که زنان در جامعه امروز همچنان تحت فشار و تسلط قرار دارند و آن‌ها حتی در کانون خانواده و از نزدیکان خودآسیب‌های زیادی دریافت می‌کنند. آنان قربانیان شرایط نابسامان خانواده، آسیب‌های اجتماعی و فقر ساختاری هستند. تعارضات درون خانواده، ازدواج، اعتیاد اعضای خانواده و مشکلات ساختاری اقتصادی، بیش از همه زنان و دختران جوان را مورد هدف قرار داده است. از طرف دیگر، اقدام‌های عجولانه، ناآگاهی زنان و عدم توجه به پیامدهای تصمیم با وجود فشارهای شدید وارد آمده بر آن‌ها، زمینه خودسوزی را فراهم نموده است. این موضوعات لزوم آموزش و آگاهی‌رسانی به زنان را در مواجهه با شرایط دشوار و راه‌های حل مسأله و تصمیم‌گیری و برخی آموزش‌های مرتبط دیگر را نشان می‌دهد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با کد ۱۹۴۱۳۸، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از کلیه شرکت‌کنندگان مطالعه تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

References

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva, Switzerland: WHO; 2014.
2. World Health Organization (WHO). Suicide Prevention (SUPRE). [cited 27 May 2012] Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/97892?sequence=1
3. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: A systematic analysis of population health data. Lancet 2009; 374(9693): 881-92.
4. Saberi-Zafaghandi MB, Hajebi A, Eskandarieh S, Ahmadzad-Asl M. Epidemiology of suicide and attempted suicide derived from the health system database in the Islamic Republic of Iran: 2001-2007. East Mediterr Health J 2012; 18(8): 836-41.
5. Global Health Observatory resources: Data query API examples [Online]. [cited 2014]; Available from: URL: https://apps.who.int/gho/data/node.resources.examples?lang=en
6. Wu KC, Chen YY, Yip PS. Suicide methods in Asia: Implications in suicide prevention. Int J Environ Res Public Health 2012; 9(4): 1135-58.
7. Ghaderzadeh O, Piri K. The social construction of suicide: A grounded theory. Research Journal on Social Work 2014; 1(2): 95-121. [In Persian].
8. Amirmoradi F, Memari AM, Ramim T, Mehran A, Khosravi K. Investigating causes of self-burning in married women. Hayat 2005; 11(2): 41-50. [In Persian].

9. Yu J. Sanctity and self-inflicted violence in Chinese religions, 1500-1700. Harv J Asiat Stud 2013; 73(2): 378-82.
10. Alaghehbandan R, Lari AR, Joghataei MT, Islami A, Motavalian A. A prospective population-based study of suicidal behavior by burns in the province of Ilam, Iran. Burns 2011; 37(1): 164-9.
11. Morovatdar N, Moradi Lakeh M, Malakouti SK, Nojomi M. Frequency of methods of Suicide in Eastern Mediterranean Region (EMRO) of WHO: A systematic review. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2013; 18(4): 253-60. [In Persian].
12. Ahmadi A, Mohammadi R, Stavrinos D, Almasi A, Schwebel DC. Self-immolation in Iran. J Burn Care Res 2008; 29(3): 451-60.
13. Safiri K, Rezaeinasab Z. Qualitative study of the phenomenon of self-immolation in Ilam. Journal of Woman and Society 2016; 7(25): 123-41. [In Persian].
14. Maghsoudi H, Garadagi A, Jafary GA, Azarmir G, Aali N, Karimian B, et al. Women victims of self-inflicted burns in Tabriz, Iran. Burns 2004; 30(3): 217-20.
15. Zarghami M, Khalilian A. Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. Burns 2002; 28(2): 115-9.
16. Keyvanara M, Kalantari E. Epidemiological study on patients hospitalized in Imam Musa Kazim Hospital, Isfahan, Iran, due to self-immolation during the years 2010-2014. J Isfahan Med Sch 2017; 34(410): 1459-65. [In Persian].
17. Zarghami M, Khalilian AR. Self-burning in the province of Mazandaran. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2002; 7(4): 13-24. [In Persian].
18. Laloe V. Patterns of deliberate self-burning in various parts of the world. A review. Burns 2004; 30(3): 207-15.
19. Mirzaei H, Mirzaei H. The study of factors affecting of self-burning among women. J Health Syst Res 2013; 9(7): 672-81. [In Persian].
20. Yousefi M, Yousefi. F. Reviews of self-immolation in the Sanandaj City in 1995-1996. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 1997; 3(1): 39-43. [In Persian].
21. Safiri K, Rezaeinasab Z. Qualitative study of the phenomenon of self-immolation in Ilam. Journal of Women and Society 2016; 7(25): 123-42. [In Persian].
22. Ghalambor A, Zarei J, Pipelzadeh MH. Assessment of personal and social characteristics as risk factors in self-inflicted burns. Jundishapur Sci Med J 2010; 9(3): 233-46. [In Persian].
23. Beautrais AL, Mishara BL. World Suicide Prevention Day: "think globally, plan nationally, act locally". Crisis 2008; 29(2): 59-63.
24. Baechler J. Suicides. Oxford, UK: Basil Blackwell; 1979.
25. Groohi B, Alaghehbandan R, Lari AR. Analysis of 1089 burn patients in province of Kurdistan, Iran. Burns 2002; 28(6): 569-74.
26. Boostani D, Abdinia S, Anaraki NR. Women victims of self-immolation: A ‘grounded theory’study in Iran. Qual Quant 2013; 47(6): 3153-65.
27. Ansari H. Burn. Tehran, Iran: Ebadifar; 2003. [In Persian].
28. Faraj Allah Chaabi E. Burning mysteries. 1st ed. Khoozan Publication; 2008. [In Persian].
29. Mostafavi RF, Anvari MM, Ansarinejad F, Panaghi L. Family function and social support in Iranian self-immolated women. Burns 2012; 38(4): 556-61.
30. Jamshidiha GR, Gholipour S. Modernity and suicide among Iran's Lak girls and women. Iranian Journal of Social Problems 2010; 1(1): 79-106. [In Persian].