

بررسی وضعیت سلامت روانی زنان با اقدام به خودسوزی بستری بخش سوختگی بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه

ژاله نانبخش^۱، حمیده محدثی^۲، فریبا نانبخش^۳، پویا مظلومی^۴

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۱/۱۶ تاریخ پذیرش: ۸۸/۱/۲۰

چکیده

پیش زمینه و هدف: خودکشی از نظر مفهومی عمل خاتمه دادن عمدی به زندگی خود است به شرط این که به میل خود شخص و به دست خود او انجام پذیرد. سازمان جهانی بهداشت وجود یک اختلال روان پزشکی را بزرگترین عامل خطر برای خودکشی می‌داند. ۷۰-۵۰ درصد قربانیان خودکشی از افسردگی اساسی رنج می‌برند. خودکشی یکی از معضلات روانی اجتماعی است که امروزه با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباط در بیشتر جوامع رو به افزایش است. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی هر ساله در سراسر دنیا ۴۰۰ هزار نفر دست به خودکشی می‌زنند و در ایران خودکشی سومین علت مرگ است. یکی از روش‌های فوری اقدام به خودکشی خود سوزی است که در میان زنان استان‌های غربی و جنوبی شایع‌ترین وسیله خودکشی خود سوزی محسوب می‌شود. لذا پژوهشگران بر آن شدند که تحقیقی با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی زنان با اقدام به خود سوزی بستری بخش سوختگی بیمارستان امام خمینی ارومیه طراحی و اجرا نمایند.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی زنان با اقدام به خود سوزی بستری بخش سوختگی بیمارستان امام خمینی ارومیه در سال ۱۳۸۱ انجام گرفت و نمونه‌های مورد پژوهش را ۴۲ خانم بستری با اقدام به خودکشی با خود سوزی تشکیل می‌دادند که به روش مبتنی بر هدف انتخاب گردیدند ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای از دو قسمت بود که اعتبار و پایایی آن در مطالعات مختلف تایید شده است. داده‌های مورد نیاز در ۴۸ ساعت اول مراجعه و به روش مصاحبه جمع‌آوری شده است تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تهیه و جداول فراوانی مطلق و نسبی آمار توصیفی و تحلیلی انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین سنی نمونه‌ها ۲۳/۰۷ سال، ۷۱/۴۲ درصد آن‌ها متأهل و اکثریت بی‌سواد بودند همسران ۵۷ درصد نمونه‌ها اعتیاد به مواد مخدر داشتند ۵۰ درصد از واحدهای پژوهش سابقه مصرف داروهای آرام بخش را ذکر می‌کردند تمام واحدهای پژوهش درجاتی از مشکلات جسمی را داشتند ۵۹/۵۲ درصد از اختلال عملکرد اجتماعی رنج می‌بردند و ۶۴/۲۸ درصد افسردگی شدید و بقیه افسردگی متوسط داشتند بین سن و درجه افسردگی سابقه مراجعه به روان پزشکی و مشکلات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و درجه افسردگی ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. بین مصرف داروهای آرام‌بخش درجه افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی با سن ازدواج و مصرف داروهای آرام‌بخش همبستگی معنی‌داری مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش خودسوزی در افراد جوان، بی‌سواد و کم سواد اتفاق افتاده که اکثریت آن‌ها درآمد مستقل نداشته و وابسته به دیگران بودند، اکثریت واحدها مشکلات جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی داشتند و سابقه مراجعه به روان پزشکی در اکثر واحدهای مورد مطالعه مشاهده شد لذا توجه ویژه به مشاوره‌های روانشناسی مخصوصاً برای زنان جوان در معرض خطر با هدف آموزش مهارت زندگی و روش‌های مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی معطوف گردد.

کلید واژه‌ها: خودکشی، خودسوزی، سلامت روانی

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفتم، شماره دوم، ص ۱۱۲-۱۰۶، تابستان ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی

Email: hmohaddesi.han@gmail.com

^۱ کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ دانشیار گروه زنان مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ دانشجوی پزشکی

مقدمه

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت روان یعنی توانایی افراد برای برقراری ارتباطات هماهنگ و موزون با دیگران و تغییر و اصلاح محیط اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی می‌باشد. روان‌پزشکان نیز فردی را سالم می‌دانند که علاوه بر نداشتن بیماری جسمانی، اختلال روانی نداشته و در ضمن از افکار، احساسات، هیجانات، قضاوت و... سالمی برخوردار باشند (۱).

سازمان جهانی بهداشت وجود یک اختلال روان‌پزشکی را بزرگ‌ترین عامل خطر برای خودکشی می‌داند و به این دلیل پیشگیری و درمان اختلالات روانی بدون تردید اثر مهمی در پیشگیری از خودکشی دارد (۲).

از طرفی بیماری‌های جسمی نیز ارتباط مهمی با خودکشی دارند. به طوری که ۲۵-۷۵ درصد تمام قربانیان خودکشی بیماری‌های جسمی داشته‌اند، علاوه بر بیماری‌ها، عوامل همراه آن‌ها مثل تغییر قیافه، درد مزمن و عوارض ثانوی بیماری‌ها همچون گسیختگی روابط و از دست دادن موقعیت شغلی نیز اهمیت دارد (۳).

خودکشی یکی از معضلات روانی - اجتماعی است که امروزه با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در بیشتر جوامع رو به افزایش است. یکی از روش‌های فجیع اقدام به خودکشی روش خودسوزی است که در جوامع شرقی نسبت به جوامع غربی از شیوع بالایی برخوردار است (۴). شایع‌ترین وسیله اقدام به خودکشی در میان زنان در استان‌های غربی و جنوبی کشور خودسوزی می‌باشد (۵).

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی هر ساله در سراسر دنیا ۴۰۰ هزار نفر دست به خودکشی می‌زنند. این عمل یکی از ده علل مرگ و میر در دنیا به شمار می‌رود. در برخی از پژوهش‌ها

شایع‌ترین علت مراجعه افراد زیر ۵۰ سال به فوریت‌های پزشکی، اقدام به خودکشی بوده است. این عمل شایع‌ترین علت مراجعه زنان و دومین علت مراجعه مردان (پس از حمله قلبی) به مراکز فوریت‌های پزشکی بوده و یک عامل مهم پیش‌بینی کننده مهم مرگ ناشی از خودکشی در آینده است (۴). افسردگی و سوء مصرف مواد جزء مهم‌ترین عوامل مخاطره آمیز خودکشی محسوب می‌شود (۶،۷).

برخی از افراد اقدام کننده به خودکشی دچار اختلال روانی بوده و یا با مسائل اجتماعی پیچیده‌ای مواجه هستند. خودکشی با اختلالات روانی به ویژه افسردگی مرتبط است و بین ۵۰-۷۰ درصد قربانیان خودکشی از افسردگی اساسی در رنج بوده‌اند. به عبارت دیگر اختلالات خلقی مهم‌ترین عاملی است که در خودکشی هر دو جنس نقش قابل ملاحظه‌ای دارد (۵).

۲۰-۴۰ درصد خودکشی‌ها در زنان هندی و مهاجر هندی از طریق خودسوزی است. در نقاط مختلف ایران از ۱/۳۹ الی ۴۳ درصد خودکشی‌ها به طریق خودسوزی گزارش کرده‌اند از نظر ترکیب جنسی بیشترین درصد خودسوزی مربوط به زنان می‌باشد (۳،۸،۹).

گزارش موارد خودسوزی در بین پذیرش بخش‌های سوختگی و بیمارستان‌های عمومی در غرب خاور دور نشان داده‌اند که درصد بالایی از آن‌ها تاریخچه مراجعه به روان‌پزشک را داشته‌اند و از بیماری روانی شدید رنج می‌برده‌اند (۳،۱۰).

به طور متوسط در هر چهار دقیقه یک نفر در جهان در اثر خودکشی می‌میرند، آمارهای سازمان جهانی بهداشت و سازمان‌های بهداشتی کشورها، نگرانی جهانی از میزان خودکشی در جوانان را افزایش داده است.

سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که در هر سال بیش از یک میلیون نفر بر اثر خودکشی می‌میرند، به‌طور میانگین روزانه ۶۸۵ نفر از جمعیت چین با خودکشی جان خود را از دست می‌دهند. از هر ۱۰۰ هزار جوان فنلاندی ۴۵ نفر دست به خودکشی می‌زنند. در فرهنگ ژاپنی خودکشی (هاراگیری^۱) یک نوع شیوه افتخارآمیز قبول شکست است (۱۱).

آمار خودکشی ۴۳ و ۳۷ در هر هزار نفر در هند و کشورهای کرانه غربی اقیانوس آرام گزارش شده است بنابر آمار بدست آمده زنان متأهل بیش از دختران مجرد اقدام به خودکشی‌های قطعی می‌کنند.

خودکشی در ایران سومین علت مرگ است در حالی که در آمریکا با حدود ۳۰ هزار خودکشی موفق سالانه مقام هشتم را داراست. طبق آمار سن خودکشی در ایران به زیر ۱۹ سال رسیده و فراگیری قابل توجهی بین نوجوانان و جوانان داشته است.

طبق بررسی سازمان بهداشتی کشور (۱۳۷۵)، طرح پیشگیری از خودکشی در استان ایلام با توجه به عوامل استرس‌زای روانی - اجتماعی افراد مورد بررسی و ناتوانی آنان در یافتن راه حل برای مسائل و فقدان راهبردهای مقابله‌ای برای مدارا با عوامل استرس‌زای زندگی و نقش آموزش بهداشت روانی (مهارت‌های مقابله‌ای و مهارت‌های زندگی) در محیط خانه، مدرسه و دانشگاه‌ها بیش از پیش دارای اهمیت است (۵). لذا با توجه به آمار بالای خودکشی در منطقه مخصوصاً در جوانان، پژوهشگران بر آن شدند که پژوهش فوق را با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی زنان با اقدام به خودسوزی بستری در بخش سوختگی بیمارستان امام خمینی(ره) ارومیه انجام دهند.

مواد و روش‌ها

مطالعه توصیفی مقطعی با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی زنان با اقدام به خودسوزی بستری در بخش سوختگی بیمارستان امام خمینی(ره) ارومیه انجام گرفته است. جامعه پژوهش را کلیه خانم‌هایی که خودسوزی نموده و در بخش سوختگی بستری شده‌اند را تشکیل می‌داد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای دو قسمتی که قسمت اول حاوی ۱۶ سؤال مربوط به مشخصات فردی و قسمت دوم ۲۸ سؤال استاندارد شده سلامت عمومی (GHQ)_{۲۸} دارای چهار زیر مقیاس بود:

زیر مقیاس اول (A): شامل موادی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست و نشانه‌های بدنی را در بر می‌گیرد. این زیر مقیاس، دریافت‌های حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی‌های هیجانی همراهند ارزشیابی می‌کند.

پرسش‌نامه زیر مقیاس دوم (B): شامل مواردی می‌باشد که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط هستند.

پرسش‌نامه زیر مقیاس (C): گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آن‌ها را درباره چگونگی کنار آمدن با وضعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند.

چهارمین زیر مقیاس (D): در برگزیده موادی است که با افسردگی و خیم و گرایش مشخص به خودکشی مرتبطاند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS و تهیه جداول فراوانی مطلق و نسبی، آمار توصیفی و تحلیلی انجام گرفت.

¹ Harakiry

نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیر مقیاس به دست می‌آید.

نمرات هر آزمودنی در هر یک از زیر مقیاس‌ها به صورت جداگانه مشخص و در زیر ورقه نوشته شده پس از آن نمرات چهار زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی را به دست می‌آوریم.

نمرات ۱۴ تا ۲۱ در هر زیر مقیاس (A,B,C,D) نشان دهنده وخامت وضع آزمودنی در نظر گرفته شد.

داده‌های مورد نیاز در ۴۸ ساعت اول مراجعه و به روش مصاحبه جمع‌آوری شده است.

امتیازات حاصل از پاسخ‌گویی به سوالات پرسش‌نامه به شکل (۳-۲-۱-۰) طبقه‌بندی گردیده است.

یافته‌ها

یافته‌ها حاکی از آن است که ۴۷/۶۱ درصد در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال و میانگین سنی نمونه‌ها ۲۳/۰۷ بود. ۷۱/۴۲ درصد واحدها متاهل و بقیه مجرد بودند، اکثریت افراد (۵۰ درصد) سواد ابتدایی داشتند، درحالی‌که میزان تحصیلات اکثریت همسران (۴۰ درصد) متوسطه بود. ۹۲/۵۸ درصد خانه‌دار، ۴۳/۳۳ درصد آن‌ها دو فرزند داشتند. در اکثریت واحدها (۶۶/۶۶ درصد) کم‌تر از ۹ سال از ازدواج آنان می‌گذشت و ۹۰ درصد زیر ۲۰ سال ازدواج نموده بودند. ۸۵/۳۶ درصد نمونه‌ها از نظر درآمد مستقل نبوده و به همسرانشان وابسته بودند. همسران ۵۷ درصد نمونه‌ها اعتیاد به مواد مخدر داشتند، ۶۹/۰۸ درصد نمونه‌ها سابقه مراجعه به روان‌پزشک را نداشتند. ۵۰ درصد نمونه‌ها سابقه مصرف داروهای آرام‌بخش را ذکر می‌کردند. ۹۶/۳۳ درصد به وسیله نفت، ۲/۳۸ درصد با وسایل الکتریکی و ۲/۳۸ درصد با گازوئیل اقدام به خودکشی نموده بودند. ۶۹/۰۴ درصد نمونه‌ها فوت نموده و بقیه

بهبود پیدا کرده بودند. از نظر درصد سوختگی ۴۰/۴۷ درصد نمونه‌ها بالاتر از ۷۰ درصد، ۱۴/۲۸ درصد نمونه‌ها ۶۹-۶۰ درصد ۱۴/۲۸ درصد بین ۴۹-۴۰ درصد سوختگی و... سوخته بودند.

در بررسی سطح مربوط به مشکلات جسمانی ۵۲/۳۸ درصد از نمونه‌ها مشکلات جسمانی متوسط، ۴۰/۴۷ درصد مشکلات جسمانی زیاد و فقط ۹/۵۲ درصد مشکلات جسمانی کم داشتند. در مورد مشکلات جسمی بیشترین درصد مربوط به سردرد، از دست دادن انرژی بود.

از نظر درجه اضطراب و بی‌خوابی ۶۱/۹ درصد اضطراب متوسط، ۳۵/۷۱ درصد اضطراب شدید و فقط ۲/۳۸ درصد اضطراب خفیف داشتند. بیشترین درصد اضطراب و بی‌خوابی این بیماران مربوط به عصبی و بدخلق بودن و زود برآشفته شدن بوده است. ۵۹/۵۲ درصد از واحدهای پژوهش از اختلال عملکرد اجتماعی رنج می‌بردند. درخصوص تعیین درجه افسردگی نتایج نشان داد که ۶۴/۲۸ درصد افسردگی شدید و بقیه افسردگی متوسط داشتند و در این قسمت بی‌ارزش دانستن خود، ناامید بودن، افکار خودکشی، آرزوی مرگ، و... بالاترین درصد را به خود اختصاص داده بودند.

جدول شماره ۲ بررسی ارتباط بین متغیرها را نشان می‌دهد همان‌طوری‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آزمون آماری ارتباط معنی‌داری را بین سن و درجه افسردگی، سابقه مراجعه به روان‌پزشک و مشکلات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و درجه افسردگی نشان داد. بین مصرف داروهای آرام‌بخش، درجه افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی و مشکلات جسمانی رابطه معنی‌دار آماری معکوس مشاهده شد و بین سن ازدواج، مشکلات جسمانی و اضطراب و بی‌خوابی نیز ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد.

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب مشکلات جسمانی، اضطراب

و بی خوابی عملکرد اجتماعی، افسردگی

جمع تعداد	اصلا		کم		متوسط		زیاد		مشکلات جسمانی	مشکلات	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد			
۴۲	۷/۱۴	۳	۵۹/۵۲	۲۵	۲/۳۸	۱	۳۰/۹۵	۱۳	- از بیماری و یا کسالت جسمی رنج می‌برید؟ - احساس می‌کردید x	مشکلات جسمانی	۱A
۴۲	۷/۱۴	۳	۵۴/۷۶	۲۳	۲/۳۸	۰	۳۵/۷۱	۱۵	- همیشه احساس می‌کردید x		۲A
۴۲	۲/۳۸	۱	۵۴/۷۶	۲۳	۷/۱۴	۱	۳۵/۷۱	۱۵	- احساس بیماری می‌کردید؟		۳A
۴۲	۲/۳۸	۱	۶۹/۴	۲۹	۲/۳۸	۳	۲۶/۱۹	۱۱	- احساس سردردهایی می‌شدید؟		۴A
	۴/۷۶	۲	۵۰	۲۱	۲/۳۸	۱	۴۲/۸۵	۱۸	- در سر خود احساس سنگینی یا فشار می‌کردید؟		۵A
	۴/۷۶	۲	۴۶/۵۸	۱۸	۶/۶۶	۱	۴۷/۶۱	۲۰	- احساس سرمای شدید یا گر گرفتگی می‌کردید؟		۶A
	۷/۱۴	۳	۵۷/۱۴	۲۴	-	۲	۳۵/۷۱	۱۵			۷A
	۲/۳۸	۱	۷۱/۴۲	۳۰	۲/۳۸	۱	۲۳/۸۰	۱۰	- خوابتان به دلیل نگرانی زیاد بسیار کم شده است؟	اضطراب و بیخوابی	۱B
	۹/۵۲	۴	۶۶/۶۶	۲۸	-	۰	۲۳/۸۰	۱۰	- اغلب به هنگام شب پس از به خواب رفتن از...x		۲B
	۲/۳۸	۱	۴۷/۶۱	۲۰	۲/۳۸	۱	۴۷/۶۱	۲۰	- احساس می‌کردید که مداوم خسته هستید؟		۳B
	-	-	۴۵/۲۳	۱۹	۲/۳۸	۱	۵۲/۳۸	۲۲	- عصبی و بدخلق می‌شدید؟		۴B
	۴/۷۶	۲	۵۲/۳۸	۲۲	۴/۷۶	۲	۳۸/۰۹	۱۶	- بی دلیل از چیزی ترسیده یا دچار وحشت زدگی می‌شدید؟		۵B
	۴/۷۶	۲	۵۹/۵۲	۲۵	۲/۳۸	۱	۳۳/۳۳	۱۴	- احساس می‌کردید که همه چیز از اختیار شما خارج شده است؟		۶B
	۲/۳۸	۱	۴۰/۴۷	۱۷	۲/۳۸	۱	۵۴/۷۶	۲۳	- همواره عصبی و برآشفته بودید؟		۷B
	۴/۷۶	۲	۴۰/۴۷	۱۷	۴/۷۶	۲	۵۰	۲۱	- به گونه ای برنامه ریزی می‌کردید که خود را مشغول و سرگرم نگه دارید؟	اختلال عملکرد اجتماعی	۱C
	۲/۳۸	۱	۵۴/۷۶	۲۳	۲/۳۸	۱	۴۰/۴۷	۱۷	- برای انجام کارها بیش از گذشته دقت صرف می‌کردید؟		۲C
	۰	۰	۴۲/۲۳	۱۹	۲۳/۸۰	۱۰	۳۰/۹۵	۱۳	- روی هم رفته احساس می‌کردید کارها و...x		۳C
	۲/۳۸	۱	۴۷/۶۱	۲۰	۲۳/۸۰	۱۰	۲۶/۱۹	۱۱	- از روشی که برای انجام وظایف خود بکار می‌بردید راضی بودید؟		۴C
	۰	۰	۴۷/۶۱	۲۰	۳۳/۳۳	۱۴	۱۹/۰۴	۸	- احساس می‌کردید نقش مؤثری در کارها دارید؟		۵C
	۲/۳۸	۱	۵۴/۷۶	۲۳	۲۸/۵۷	۱۱	۱۶/۶۶	۷	- احساس می‌کردید قادر به تصمیم گیری در امور هستید؟		۶C
	۰	۰	۴۲/۲۳	۱۹	۴۲/۸۵	۱۸	۱۱/۹	۵	- می‌توانستید از انجام فعالیت‌های عادی خود لذت ببرید؟		۷C
	۰	۰	۴۲/۲۳	۱۹	۹/۵۲	۴	۴۲/۲۳	۱۹	- خود را فرد بی ارزشی می‌دانستید؟	افسردگی	۱D
	۰	۰	۲۸/۵۷	۱۲	۱۱/۹	۵	۵۹/۵۲	۲۵	- احساس می‌کردید زندگی کاملاً ناامید کننده است؟		۲D
	۴/۷۶	۲	۲۳/۸۰	۱۰	۴/۷۶	۲	۶۶/۶۶	۲۸	- احساس می‌کردید زندگی ارزش زنده ماندن را ندارد؟		۳D
	۲/۳۸	۱	۳۳/۳۳	۱۴	۱۴/۲۸	۶	۵۰	۲۱	- فکر می‌کردید راههایی وجود دارد که شما را...x		۴D
	۰	۰	۴۰/۴۷	۱۷	۱۱/۹	۵	۴۷/۶۱	۲۰	- بارها فکر می‌کردید که به علت...x		۵D
	۲/۳۸	۱	۳۳/۳۳	۱۴	۷/۱۴	۳	۵۷/۲۴	۲۴	- احساس می‌کردید آرزو دارید بمیرید و...x		۶D
	۴/۷۶	۲	۴۲/۵۸	۸	۷/۱۴	۲	۴۲/۲۳	۱۹	- احساس می‌کردید که فکر از بین بردن خود ذهنانتان را مشغول می‌کند؟		۷D

جدول شماره (۲): جدول ارتباط بین وضعیت سلامت روان و مشخصات فردی نمونه‌های مورد پژوهش

وضعیت سلامت روان	درجه افسردگی	مشکلات جسمانی	اضطراب و بی خوابی	اختلال عملکرد اجتماعی	مشخصات فردی
					سن
سن	۰/۳۲۷	۰/۰۷۶	۰/۱۱۵	۰/۰۹۰	
سابقه مراجعه به روانپزشک	-۰/۳۶۱	۰/۳۸۳	-۰/۴۱۳	-۰/۲۵۴	
مصرف داروهای آرامبخش	۰/۳۲۸	۰/۳۱۰	-۰/۲۷۵	-۰/۱۴۰	
سن ازدواج	۱/۱۱۶	۰/۲۷۳	۰/۳۳۳	۰/۰۹۴	

می‌دهد که آموزش مهارت‌های زندگی در سال‌های اول زندگی و مشاوره‌های قبل از ازدواج مهم می‌باشد. یافته‌های پژوهش نشان دهنده استفاده خودسرانه واحدهای پژوهش از داروهای آرام‌بخش بدون تجویز پزشک می‌باشد و نتایج پژوهش دیبایی نیز موید این مطلب می‌باشد (۱۵).

در رابطه با سلامت روان در چهار سطح مورد بررسی اکثریت قریب به اتفاق (۹۲/۸۵ درصد) واحدهای پژوهشی مشکلات جسمانی به ویژه سر درد و از دست دادن انرژی را مطرح نموده‌اند که با نتایج تحقیق زرغامی هماهنگ می‌باشد (۳).

در بررسی سطح B، ۹۷/۶۷ درصد واحدها از اضطراب متوسط و شدید رنج می‌برند که این مورد با نتایج تحقیق قضاوی هم‌خوانی دارد (۱۲). و در بررسی اختلال عملکرد اجتماعی نیز ۵۹/۵۲ درصد واحدها اختلال عملکرد اجتماعی متوسط و بقیه اختلال عملکرد شدید را داشتند. ۶۴/۲۸ درصد واحدها افسردگی شدید و بقیه افسردگی متوسط داشتند و تحقیقات یوسفی، قضاوی و زرغامی نیز با این مورد مشابه بودند (۳، ۱۳). ارتباط معنی‌دار آماری بین درجه افسردگی و سن، سابقه مراجعه به روان‌پزشک، مشکلات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی مشاهده شد. این رابطه در مورد مصرف داروهای آرام‌بخش با درجه افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی و مشکلات جسمانی معکوس و رابطه معنی‌دار بین سن ازدواج، مشکلات جسمانی و اضطراب و بی‌خوابی مشاهده شد.

همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد بین سن و درجه افسردگی همبستگی مستقیم، بین سابقه مراجعه به روان‌پزشک با درجه افسردگی و مشکلات جسمانی و اضطراب و بی‌خوابی و همبستگی معکوس، بین مصرف داروهای آرام‌بخش با درجه افسردگی و مشکلات جسمانی همبستگی معکوس وجود دارد.

* همبستگی معنی‌دار در سطح $\alpha=0.05$

* همبستگی معنی‌دار $\alpha=0.01$

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که حدود ۸۳/۵ درصد واحدهای مورد مطالعه زیر ۲۹ سال سن داشتند و این مورد با نتایج تحقیقات صولتی، قضاوی و زرغامی هم‌خوانی دارد (۳، ۴، ۱۲). همچنین اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۷۱/۴۲ درصد) متأهل و بی‌سواد یا دارای حداقل سواد ابتدایی (۷۱/۴۲ درصد) بودند و اکثریت قریب به اتفاقشان (۹۲/۵۸ درصد) خانه‌دار و این موارد با نتایج پژوهش‌های یوسفی، صولتی، و موسوی هم‌خوانی دارد (۴، ۱۳، ۱۴).

اکثریت افراد (۹۰ درصد) ازدواج زیر ۲۰ سال و بیشتر از نیمی از آنان (۶۶/۶۶ درصد) کمتر از ۹ سال از ازدواجشان می‌گذشت که این نتایج مبین آن است که ازدواج در سنین پایین و در سال‌های اول زندگی مشترک بیشتر تحت فشار قرار می‌گیرند و نشان

References:

۱. شاهسوندا. بهداشت روان. نشر چامه، تابستان ۷۷، چاپ اول، صفحات ۲-۴۱.
۲. مولوی پ، رنجبر ع، محمدنیا ح. بررسی عوامل خطر اقدام به خودکشی در شهرستان اردبیل در نیمه اول سال ۱۳۸۲. فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی، بهار ۱۳۸۶، دوره هشتم شماره اول، صفحات ۶۷-۷۱.
۳. زرغامی م. اختلالات جسمی و روانی در خودسوزی‌های استان مازندران، مجله حکیم، زمستان ۸۱، دوره ۵ شماره ۳، صفحات ۶۷-۷۱.
۴. صولتی ک. بررسی باورهای غیر منطقی در اقدام کنندگان به خودکشی (به روش خودسوزی) و افراد به هنجار / مجله علوم پزشکی شهرکرد، بهار ۷۹، دوره دوم، صفحات ۶۰-۵۲.

۱۳. قضاوی ز. بررسی واکنشهای روانی بیماران بستری در بیمارستان سوانح و سوختگی امام موسی کاظم (ع) و ارتباط آن با برخی از ویژگیهای فردی آنان. نشریه علمی پرستاری، مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۴، ص ۹۵.
۱۴. یوسفی، م. ح. بررسی علل خود سوزی در شهر سنندج در سال ۷۵، مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بهار ۷۶، سال اول، شماره سوم، ص ۲۸.
۱۵. موسوی، فاطمه، بررسی همه گیر شناسی خودکشی در مناطق روستایی اندیشه در رفتار، سال پنجم، شماره ۴ بهار ۷۹، ص ۱۰-۴.
۱۶. دیبایی ا. بررسی موارد خود سوزی منجر به فوت در مرکز پزشکی قانونی شهرستان اهواز، مجله علمی پزشکی قانونی، سال ششم، شماره نوزدهم، اردیبهشت و خرداد (۷۹)، ص ۹۴.
۱۷. مهران بوالهروی ج، اصغر نژاد ع، میری م. میزگیهای روانی - اجتماعی اقدام کنندگان به خود کشی در مقایسه با افراد عادی در بیرجند. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. دوره ۱۱ شماره ۳ سال ۱۳۸۳. صفحات ۲۸-۲۲.
۱۸. بوالهروی ج، ملکوتی ک، حکیم شوشتری م، نجومی م، پشت مشهدی م، اصغر زاده ص، اصغر نژاد ع، حاجیان مطلق ن. شیوع اقدام به خودکشی بر حسب میزان ارجاع به مراکز اورژانس شهر کرج. مجله پژوهشی حکیم دوره ۱۰ شماره ۱- بهار ۱۳۸۶ صفحات ۵۵-۵۰.
۵. خزایی ح، پرویزی فرد، علی اکبر. بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی و ارزیابی وضعیت روانی اقدام کنندگان به خودکشی ۱۳۸۲ فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، بهبود، پاییز ۱۳۸۲، سال هفتم، شماره سوم، صفحات ۵۱-۴۲.
۶. قریشی ا، موسوی ن. مرور سیستماتیک بررسیهای انجام شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران ص ۱۵.
۷. صابری ز. ۴۲۰۰ ایرانی در سال اقدام به خودکشی میکنند. سلامت نیوز به نقل از فارس ۲۴ مهر ۱۳۸۶ ص ۴.
8. Schmidtke A/Bille-Braheu/Deleo. Suicidal behavior in Europe: Result from the WHO/EURO multicentere study on suicidal behavior. Gottingen: Hogrefe & Huber 1996 pp: 327-338
۹. پورمند د، داوریان ل. صد مورد اقدام به خودکشی با مواد سمی. مجله دانشکده پزشکی شهید بهشتی، سال چهارم شماره ۲ و ۱، سال ۱۳۷۹، ص ۱۵.
۱۰. گلزاری م، دختران خاکستر، روزنامه همشهری، یکشنبه ۸ مهر ۱۳۸۰، ص ۵.
۱۱. روزنامه اعتماد، روزنامه خبری. تحلیلی صبح ایران ۵ مهر ۱۳۸۵، شماره ۱۵۰۲ ص ۸۷.
12. L.D. HANKOFF, MD Categories of Attempted suicide – A Longitudinal study. AJPH June, 1976, vole, 66. No. 6pp:116-118