

تحقیقی

میزان بروز خودآزاری در دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه شهر تبریز

اصغر محمد پوراصل^{۱*}، دکتر علی فخاری^۲، فاطمه رستمی^۳

۱- مربی گروه اپیدمیولوژی، همکار تیم پژوهشی روانپزشکی و علوم رفتاری، مرکز کشوری برنامه مدیریت سلامت (NPMC)، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

۲- دانشیار گروه روانپزشکی، سرپرست تیم پژوهشی روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

۳- کارشناس ارشد آموزش پرستاری کودکان، همکار تیم تحقیقاتی مرکز کشوری مدیریت سلامت (NPMC)، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

چکیده

زمینه و هدف: خودآزاری رفتاری غیرمهلک است که در آن شخص به طور عمد خود را مجروح می‌کند و یا ماده‌ای را بیش از مقدار نسخه شده مصرف می‌کند. این مطالعه به منظور تعیین میزان بروز خودآزاری و برخی عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌های شهر تبریز انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه طولی ۱۷۷۲ (۱۳/۷ درصد) دانش‌آموز پسر سال دوم دبیرستان‌های شهر تبریز به روش سهمی خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند و دو بار به فاصله یک سال در دو پایه تحصیلی متوالی مورد بررسی قرار گرفتند. در شروع مطالعه (اسفند ۱۳۸۳)، دانش‌آموزان یک پرسشنامه خود ایفای ۴۸ سوالی پاسخ‌گزين را تکمیل کردند. بعد از یک سال (اسفند ۱۳۸۴)، پرسشنامه ۱۰ سوالی دیگری به همان دانش‌آموزان که در سال سوم دبیرستان به تحصیل اشتغال داشتند؛ ارایه گردید تا بروز خودآزاری تعیین گردد. با استفاده از رگرسیون لجستیک عوامل مرتبط با بروز خودآزاری بررسی شد.

یافته‌ها: میانگین سن دانش‌آموزان شرکت کننده در مطالعه به هنگام ورود به مطالعه $16/28 \pm 0/87$ سال (دامنه سنی ۱۹-۱۵) بود. در طول یک سال، $4/8$ درصد دانش‌آموزان بروز خودآزاری را ذکر کردند. بیشترین نوع خودآزاری بریدن و سوزاندن بود. پیشرفت در مراحل مصرف سیگار ($OR=2/81$)، داشتن دوستان نزدیک سیگاری ($OR=1/78$) و بروز مصرف الکل ($OR=2/27$) با بروز خودآزاری در دانش‌آموزان ارتباط داشت.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که بروز خودآزاری در این گروه از نوجوانان ایرانی $4/8$ درصد در سال است. بروز خودآزاری با عواملی مانند سن دانش‌آموزان، وضعیت مصرف سیگار و مصرف الکل ارتباط داشت.

کلید واژه‌ها: دانش‌آموزان دبیرستانی، خودآزاری، میزان بروز، تبریز

* نویسنده مسؤول: اصغر محمدپور اصل، پست الکترونیکی: poorast@yahoo.com

نشانی: تبریز، جاده ائل گلی، بیمارستان رازی، تیم پژوهشی روانپزشکی و علوم رفتاری، تلفن: ۸۴-۳۳۵۷۵۸۰ داخلی ۲۹۰ (۰۴۱۱)، نمابر: ۳۳۴۰۶۳۴

وصول مقاله: ۸۷/۶/۱۹، اصلاح نهایی: ۸۸/۴/۲، پذیرش مقاله: ۸۸/۴/۱۵

مقدمه

مطالعات اپیدمیولوژیک اندکی در مورد خودآزاری (self-injury) وجود دارد. اپیدمیولوژی، مراقبت بیمارستانی و سرانجام خودآزاری در تحقیقات کمتر مورد توجه بوده است (۱). طبق مطالعات اخیر خودآزاری به صورت یک پدیده شایع در مدارس و دانشگاه‌ها در آمده است. ولی وسعت و فهم فرآیند آن هنوز جای تامل دارد (۲). اهمیت این پدیده تا حدی است که در بعضی منابع تاکید شده است که این مشکل باید به عنوان یک اختلال مجزای روانپزشکی در نظر گرفته شود (۳).

Keritman خودآزاری را رفتاری غیرمهلک که در آن شخص عمداً خود را مجروح می‌کند؛ یا ماده‌ای را متجاوز از مقدار نسخه شده مصرف می‌کند؛ تعریف می‌کند. در مقایسه با خودکشی، خودآزاری به منظور تغییر احساسات فعلی صورت می‌گیرد. ولی خودکشی به منظور رهایی از احساسات فعلی و پایان دادن به احساسات فعلی است. معمولاً افرادی که خود را به طور عمدی مجروح می‌کنند؛ افرادی فاقد محبوبیت و مساله‌ساز تلقی می‌شوند که مدارا با آنها مشکل است و بسیاری از آنها دچار مشکلات اجتماعی و فردی شدید هستند و نیاز به مراقبت دارند (۴).

خودآزاری به صورت تکراری صورت می‌گیرد و موجب آسیب عمدی فرد به خودش می‌شود. این آسیب‌ها به حد کافی شدید هستند که موجب آسیب نسجی شوند و شامل انواع مختلف بریدن بدن، حکاکی کردن بدن، خراشیدن بدن، سوزاندن خود، گاز گرفتن، شکستن استخوان، کندن پوست، کشیدن مو، داغ زدن و خالکوبی کردن می‌باشد (۵و۶).

مطالعات گذشته شیوع خودآزاری در نوجوانان را به علت نمونه‌ها و تعاریف متفاوت، از ۴ تا ۳۸ درصد ذکر کرده‌اند؛ ولی با توجه به این مطالعات به طور متوسط شیوع ۱۰ درصد را می‌توان در نظر گرفت (۷-۱۵). مطالعات نشان می‌دهند که خودآزاری در نوجوانان و جوانان شایع است و در طبقات اجتماعی پایین بیشتر دیده می‌شود. مصرف الکل و سوء مصرف مواد در این افراد شایع‌تر از جمعیت کلی است و درصد بیشتری از این افراد مسایل بهداشت روانی دیرپا دارند (۴). همچنین مطالعات متعددی نشان داده‌اند که افسردگی

یک عامل خطر کلیدی برای خودآزاری در نوجوانان و جوانان می‌باشد که در ارزیابی نوجوانانی که خودآزاری دارند؛ بررسی دقیق از این نظر لازم است (۱۶و۱۷). در یک مطالعه دیگر هم نشان داده شد که افراد با سابقه خودآزاری، مشکلات بیشتری در توانایی تحمل هیجانات قوی، احساس احترام به نفس و احساس همبستگی با دیگران دارند (۱۸). در بیمارانی که رفتارهای خودآزاری نشان می‌دهند؛ به‌طور بارز شکایات یا علائم اضطرابی، افسردگی، خصومت، اختلالات شخصیتی کلاس B، احساس خشم، تجربه‌های آسیب‌زا، علائم تجزیه‌ای و برداشت منفی از اندازه بدن بیشتر دیده می‌شود (۱۹).

برای کاهش خطر خودآزاری، فهم عوامل خطر مرتبط با این مساله، اهمیت زیادی دارد و اولین قدم در این فرایند نشان دادن وسعت مشکل و سرعت رخ دادن آن (میزان بروز) و تعیین عوامل مرتبط با آن در نوجوانان است. در کشور ما مطالعه مستندی در زمینه خودآزاری انجام نشده است. لذا این مطالعه به منظور تعیین میزان بروز خودآزاری و برخی عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان پسر سال دوم دبیرستان‌های شهر تبریز انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه آینده‌نگر prospective، ابتدا دبیرستان‌های پسرانه شهر تبریز در هر ناحیه بر حسب نوع مدرسه طبقه‌بندی گردید. سپس ۳۰ دبیرستان بر حسب نوع مدرسه به طور تصادفی انتخاب گردید و متناسب با تعداد دانش‌آموزان در هر مدرسه، ۶۸ کلاس به عنوان خوشه از دبیرستان‌ها به صورت تصادفی با در نظر گرفتن رشته تحصیلی انتخاب شدند. کل دانش‌آموزان این کلاس‌ها ۱۸۳۳ نفر بودند که ۱۷۷۲ دانش‌آموز در مطالعه شرکت کردند. دانش‌آموزان دویار با فاصله زمانی ۱۲ ماه در دو پایه تحصیلی متوالی (اسفند ۱۳۸۳ و اسفند ۱۳۸۴) مورد بررسی قرار گرفتند. در شروع مطالعه، دانش‌آموزان یک پرسشنامه خود ایفای (self-administered) ۴۸ سوالی پاسخ‌گزینه را تکمیل کردند. بعد از ۱۲ ماه همان پرسشنامه با حذف سؤالات غیر لازم به همان دانش‌آموزان که در سال سوم دبیرستان به تحصیل اشتغال داشتند، ارائه گردید تا میزان خودآزاری تعیین گردد. محدود شدن شرکت‌کننده‌ها

صورت که از دانش‌آموزان سوال شده بود که تا به حال خودآزاری (آسیب عمدی به بدن) را تجربه کرده‌اند؟ در صورت مثبت بودن جواب، خواسته شده بود که نوع آن را ذکر کنند. در بررسی پرسشنامه‌ها مواردی که خودآزاری محسوب نمی‌شد (مانند غذا نخوردن و خودارضایی جنسی) حذف گردید. سه مرحله برای مصرف سیگار مطابق با مطالعه Kaplan (۲۱) به صورت زیر در نظر گرفته شد:

۱- غیرسیگاری‌ها (Never Smoker): نوجوانانی که هرگز سیگار نکشیده‌اند (حتی چند پک).

۲- سیگار آزموده‌ها (Experimenter): نوجوانانی که سیگار را امتحان کرده‌اند (حتی چند پک). ولی در کل کمتر از ۱۰۰ نخ سیگار مصرف کرده‌اند.

۳- سیگاری‌های معمولی (Regular Smoker): نوجوانانی که در کل ۱۰۰ نخ و بیشتر سیگار مصرف کرده‌اند (بدون توجه به مصرف فعلی آنها).

رفتار خطرپذیر مشابه Kaplan (۲۱) با استفاده از سه پرسش به صورت زیر اندازه‌گیری گردید:

۱- آیا تا به حال از مشروبات الکلی استفاده کرده‌اید؟ پاسخ به صورت بلی و خیر بود.

۲- آیا تا به حال از موادی مثل حشیش، تریاک و دیگر مواد مخدر استفاده کرده‌اید؟ پاسخ به صورت بلی و خیر بود.

۳- آیا شما از انجام کارهایی که کمی خطر داشته باشد؛ لذت می‌برید؟ (رفتار خطرپذیر عمومی). پاسخ به صورت بلی، خیر و بی‌نظر بود.

در تحلیل، هر سه سوال بالا به صورت جداگانه در نظر گرفته شد.

اعتماد به نفس به وسیله پرسشنامه ۱۰ سؤال اعتماد به نفس رزنبرگ اندازه‌گیری شد. در ایران نیز این پرسشنامه اخیراً توسط آیت‌اللهی (۲۰) مورد استفاده قرار گرفته است. دامنه نمرات اعتماد به نفس از ۱۰ تا ۴۰ می‌باشد که نمرات پایین‌تر، اعتماد به نفس بالاتر را نشان می‌دهد. ضریب همبستگی پیرسون نمرات اعتماد به نفس ۳۱ دانش‌آموز با فاصله زمانی دو هفته ۰/۸۲ و آلفای کرونباخ برای توافق درونی این اندازه‌گیری ۰/۸۹ به دست آمد.

گرایش به مصرف سیگار در دانش‌آموزان با استفاده از

به دانش‌آموزان کلاس دوم به دلیل امکان و سهولت پیگیری آنها در مرحله بعدی مطالعه بود. دانش‌آموزانی که مدرسه خود را تغییر داده بودند؛ در صورت انتقال به مدارس مورد مطالعه ما، در مرحله دوم بررسی شدند و در غیر این صورت به دلیل حساس بودن سؤالات و عدم اطمینان از پاسخ آنها به صورت انفرادی از مطالعه حذف شدند.

به منظور اطمینان از پاسخ دانش‌آموزان قبل از ارائه پرسشنامه، به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد ماند و شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و همچنین از آنان خواسته شد؛ از نوشتن مشخصات شناسایی خود بر روی پرسشنامه خودداری کنند و پیگیری دانش‌آموزان با استفاده از کدهایی صورت گرفت که این کدها را پژوهشگر در اختیار آنها قرار داده بود و تنها دانش‌آموزان کد خویش باخبر بودند. این کدها برای متصل کردن اطلاعات به دست آمده از دو بررسی در دو زمان متفاوت از دانش‌آموزان مورد نیاز بود. رضایت‌نامه کتبی از دانش‌آموزان شرکت کننده در مطالعه اخذ شد.

سؤالات پرسشنامه مرحله اول به منظور کسب اطلاعات در مورد مشخصات دموگرافیک، تجربه خودآزاری، مصرف سیگار، رفتار خطرپذیر، اعتماد به نفس و داشتن برنامه برای رفتن به دانشگاه طراحی گردیده بود. پرسشنامه بعد از طراحی برای آزمون قابل فهم و روشن بودن سؤالات برای این گروه سنی، در نمونه کوچکی از دانش‌آموزان پیش‌آزمایی گردید و بعد از تصحیح و بازنویسی برای آزمون پایایی اندازه‌گیری‌های ذهنی، پرسشنامه دو بار با فاصله زمانی دو هفته برای نمونه کوچکی ($n=31$) از دانش‌آموزان ارائه گردید و همبستگی درونی اندازه‌گیری‌های ذهنی تعیین گردید. لازم به اشاره است که این پرسشنامه قبلاً توسط نویسنده اول مقاله در شهر شیراز در بررسی دانش‌آموزان دوم دبیرستانی مورد استفاده قرار گرفته بود؛ ولی در آن بررسی خودآزاری اندازه‌گیری نشده بود (۲۰). سؤالات پرسشنامه مرحله دوم به منظور کسب اطلاعات در مورد بروز خودآزاری بود. لازم به ذکر است که دانش‌آموزان با تجربه خودآزاری در مرحله اول برای محاسبه میزان بروز در مرحله دوم کنار گذاشته شدند.

اندازه‌گیری خودآزاری با استفاده از سوال باز بود. به این

۱۶ نفر (۲۳/۹ درصد) سوزاندن و داغ زدن، ۷ نفر (۱۰/۴ درصد) خراشیدن بدن، ۵ نفر (۷/۵ درصد) حکاکی روی پوست و ۴ نفر (۶/۰ درصد) از آنها شکستن استخوان را ذکر کردند.

جدول ۱: میزان بروز خودآزاری بر حسب سطوح مختلف متغیرهای مستقل در دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه شهر تبریز، ۱۳۸۳-۸۴

ارزش P	میزان بروز خودآزاری	متغیرهای مستقل
	۳/۵	۱۵
	۵	۱۶
۰/۷۹۷	۴/۹	۱۷ سن
	۵/۲	۱۸
	۰	۱۹
۰/۲۵۳	۶/۳	پایین
	۴/۸	متوسط
	۳/۴	بالا
۰/۴۳۴	۵/۳	بلی
	۴/۴	خیر
<۰/۰۰۱	۲/۵	صفر
	۹/۲	بیشتر مساوی ۱
۰/۰۰۱	۸	معمولاً
	۵/۵	گاهی
	۲/۴	هرگز
<۰/۰۰۱	۳/۲	غیرسیگاری
	۱۰	سیگار آزموده
	۱۱/۹	سیگاری معمول
<۰/۰۰۱	۱۲/۲	کرده
	۲/۹	نکرده
۰/۰۰۱	۷/۸	بلی
	۳/۵	خیر
۰/۱۲۲	۱۱/۵	دارد
	۴/۶	ندارد
۰/۰۰۱	۲۰	دارد
	۴	ندارد
<۰/۰۰۱	۱۴	دارد
	۳/۵	ندارد
۰/۰۰۱	۹/۷	دارد
	۲/۹	ندارد

میزان بروز خودآزاری بر حسب سطوح مختلف متغیرهای مستقل در جدول یک آمده است. میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی در دانش‌آموزان با و بدون بروز خودآزاری در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. بروز خودآزاری در دانش‌آموزان با داشتن دوستان نزدیک سیگاری، شرکت در

پرسشنامه شش سؤالی Hill (۲۲) اندازه‌گیری شد. دامنه نمرات گرایش به مصرف سیگار از ۱۲- تا ۱۲+ می‌باشد (۱۲- کمترین گرایش و ۱۲+ بیشترین گرایش). در یک نمونه ۳۱ تایی در پیش‌آزمایی، آلفای کرونیخ برای توافق درونی این اندازه‌گیری ۰/۸۵ و ضریب همبستگی پیرسون برای پایایی اندازه‌گیری، با فاصله دو هفته ۰/۷۸ به دست آمد.

وضعیت اجتماعی - اقتصادی با استفاده از تحصیلات پدر، تحصیلات مادر و شغل پدر ساخته شد. با توجه به این که بین این سه متغیر همبستگی شدیدی وجود دارد؛ برای جلوگیری از هم خطی در مدل با استفاده از روش تجزیه به مولفه‌های اصلی (principal component analysis) این متغیر ساخته شد. دانش‌آموزان با استفاده از این متغیر در یکی از سطوح وضعیت اجتماعی - اقتصادی بالا، متوسط و پایین طبقه‌بندی شدند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS-14 و Epi-2000 info و آزمون‌های ویل کاکسون، تی مستقل، مجذور کای و رگرسیون لجستیک چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند. ضریب اطمینان مطالعه ۹۵ درصد ($\alpha=0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه ۱۶/۳±۰/۸۷ سال (دامنه سنی ۱۹-۱۵) بود. از میان ۱۷۷۲ دانش‌آموز ۷۶ نفر (۴/۳ درصد) حدود اطمینان ۹۵ درصد: ۳/۴-۵/۳ خودآزاری را تجربه کرده بودند. ۸ نفر (۱۰/۵ درصد) حکاکی روی پوست، ۴ نفر (۵/۳ درصد) سوزاندن، ۹ نفر (۱۱/۸ درصد) داغ زدن، ۲۷ نفر (۳۵/۵ درصد) بریدن (شایع‌ترین نوع خودآزاری)، ۷ نفر (۹/۲ درصد) خالکوبی، ۵ نفر (۶/۶ درصد) سوراخ کردن پوست و ۱۷ نفر (۲۲/۴ درصد) از آنها کوبیدن سر به دیوار را ذکر کردند.

در کل ۳۵۵ دانش‌آموز (۱۹/۹ درصد) به دلایل مختلف از پیگیری خارج شدند؛ ولی مقایسه خصوصیات این افراد پیگیری شده نشان‌دهنده عدم سوگیری بود و ۲۱ (۱/۲ درصد) دانش‌آموز سؤال مربوط به خودآزاری را بی‌پاسخ گذاشته بودند. در طول ۱۲ ماه، از میان ۱۴۰۹ دانش‌آموز ۶۷ نفر (۴/۸ درصد) حدود اطمینان ۹۵ درصد: ۶/۰-۳/۸ خودآزاری را تجربه کرده بودند که ۳۵ نفر (۵۲/۲ درصد) بریدن بدن،

بحث

شیوع خودآزاری در این مطالعه ۴/۸ درصد تعیین گردید که در مقایسه با مطالعات انجام گرفته در کشورهای دیگر (۱۰ و ۱۵-۱۳) کمتر است. نتایج مطالعه Ross روی نمونه ۴۴۴ نفری، نشان داد که ۱۳/۹ درصد از دانش آموزان خودآزاری را تجربه کرده‌اند (۱۰). شیوع خودآزاری در نوجوانان ۱۷-۱۲ ساله هنگام کنگ ۷/۳ درصد گزارش شد (۷). همچنین مطالعاتی با نمونه‌های کوچک و غیرتصادفی در ایالات متحده شیوع خودآزاری را به صورت متفاوت از ۴ تا ۳۸ درصد گزارش کرده‌اند (۱۳ و ۱۴) و مطالعات بزرگی در انگلستان شیوع خودآزاری در افراد ۱۱ تا ۲۵ ساله را حدود ۱۰ درصد ذکر کرده‌اند (۱۵). لازم به اشاره است که در این مطالعات نیز ابزار اندازه‌گیری خودآزاری پرسشنامه بود که یا به صورت حضوری یا از طریق اینترنت تکمیل شد. کم بودن شیوع خودآزاری در مطالعه حاضر ممکن است؛ به علت پایین بودن میانگین سنی (۱۶/۳ سال) نوجوانان شرکت کننده در مطالعه حاضر و کم بودن شیوع رفتارهای خطرپذیر مثل مصرف سیگار، الکل و مواد غیر مجاز در نوجوانان ایرانی در مقایسه با کشورهای دیگر باشد (۲۰ و ۲۳).

هدف این مطالعه یافتن ارتباط بین خودآزاری با بعضی متغیرهای فردی بود. هر چند متغیرهای سن دانش آموزان، رفتار خطرپذیر عمومی، تجربه مصرف الکل، تجربه مصرف مواد غیرمجاز، داشتن دوست سیگاری، وضعیت مصرف سیگار، اعتماد به نفس و معدل دانش آموزان به طور جداگانه با خودآزاری دانش آموزان ارتباط داشت؛ ولی تحلیل چندمتغیره نشان داد که تجربه مصرف الکل، بودن در مراحل پیشرفته مصرف سیگار و داشتن دوست سیگاری با خودآزاری در نوجوانان مرتبط می‌باشد.

در مطالعات متعددی نشان داده شده است که سن نوجوانان با رفتارهای خطرپذیر ارتباط قوی دارد (۲۰ و ۲۴). در مطالعه حاضر نیز با افزایش سن دانش آموزان شیوع خودآزاری بیشتر شده است (جدول ۱). با این حال در تحلیل چندمتغیره سن دانش آموزان در مدل لجستیک باقی نمانده است که این مساله را می‌توان چنین توجیه کرد که در تحلیل چندمتغیره عوامل دیگر نقش سن را به عهده گرفته‌اند و همچنین به کم بودن

جمع گروه‌های سیگاری، وضعیت مصرف سیگار، پیشرفت در مراحل مصرف سیگار در طول پیگیری، داشتن رفتار خطر پذیر عمومی، تجربه مصرف الکل، بروز مصرف مواد روان گردان و الکل در طول مدت پیگیری و گرایش مثبت به مصرف سیگار ارتباط معنی داری دارد ($P < 0/05$).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی در دانش آموزان با و بدون بروز خودآزاری

ارزش P	بروز خودآزاری		متغیرهای مستقل
	خیر	بلی	
۰/۰۵۱	۱۵/۶۲±۱/۷۸	۱۵/۱۹±۱/۶۴	معدل
۰/۵۵۵	۵/۷۴±۱/۷۳	۵/۶۱±۱/۶۷	اندازه خانواده
۰/۱۱۳	۱۷/۹۵±۴/۴۷	۱۸/۸۵±۵/۱۷	اعتماد به نفس
۰/۰۱۳	-۱۰/۲۲±۳/۱۶	-۸/۶۹±۴/۷۵	گرایش به مصرف سیگار

جدول ۳: تحلیل چند متغیره عوامل مرتبط با خودآزاری

ارزش P	بروز خودآزاری		متغیر
	نسبت شانس (OR)	حدود اطمینان ۹۵ درصد	
۰/۰۷۸	۱/۸۳	۰/۹۴-۳/۵۹	بودن در مراحل پیشرفته مصرف سیگار
۰/۷۳	۱/۱۳	۰/۵۷-۲/۲۴	شرکت در گروه‌های دوستانه سیگاری
۰/۰۰۱	۲/۸۱	۱/۵۲-۵/۱۹	تغییر دبیرستان در مراحل مصرف سیگار
۰/۲۶۶	۱/۴۰	۰/۷۷-۲/۵۴	داشتن رفتار خطرپذیر عمومی
۰/۰۴۶	۱/۷۸	۱/۰۴-۳/۲۷	داشتن دوستان نزدیک سیگاری
۰/۷۵۱	۱/۰۲	۰/۹۱-۱/۰۷	گرایش به مصرف سیگار
۰/۱۲۷	۱/۷۶	۰/۸۴-۲/۹۱	تجربه مصرف الکل در شروع مطالعه
۰/۰۲۵	۲/۲۷	۱/۱۲-۴/۶۶	بروز مصرف الکل
۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۱۸-۵/۲۶	بروز مصرف مواد روانگردان

تحلیل چندمتغیره عوامل مرتبط با بروز خودآزاری با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک گام به گام در جدول ۳ آمده است. تغییر دبیرستان در مراحل مصرف سیگار، بروز مصرف الکل در مدت پیگیری و داشتن دوستان نزدیک سیگاری با بروز خودآزاری در دانش آموزان مرتبط بود ($P < 0/05$).

تغییرات سن (انحراف معیار= ۰/۸۷) نیز می‌توان اشاره کرد.

نتایج مطالعه حاضر، مشابه مطالعات گذشته (۲۵) نشان داد که بین وضعیت مصرف سیگار و مصرف الکل با خودآزاری دانش‌آموزان ارتباط وجود دارد. اعتماد به نفس عامل مهمی در رفتار نوجوانان است. مطالعات نشان داده‌اند که افراد با اعتماد به نفس بالا سلامت فیزیکی بهتری دارند و دانش‌آموزان موفق‌تری هستند (۲۶ و ۲۷). در مطالعات گذشته ارتباط اعتماد به نفس با خودآزاری بررسی نشده است. با این حال برخی مطالعات نشان داده‌اند که دانش‌آموزان با رفتارهای خطرپذیر (مثل مصرف سیگار، الکل و مواد غیر مجاز) اعتماد به نفس پایینی نسبت به سایر دانش‌آموزان دارند (۲۸ و ۲۹). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هرچه اعتماد به نفس پایین‌تر باشد؛ شیوع خودآزاری در دانش‌آموزان بیشتر می‌شود (جدول ۱). این نکته می‌تواند یک رویکرد جدید در مقابله با رفتارهای خطرپذیر در نوجوانان به وجود آورد. یعنی همان‌طور که با اطلاع‌رسانی و آموزش بهداشت می‌خواهیم از رفتارهای خطرپذیر نوجوانان پیشگیری کنیم؛ شاید بتوان با بالا بردن اعتماد به نفس نوجوانان این کار را به طور مؤثرتری انجام داد. نتایج پیگیری دانش‌آموزان نشان داد که در طول ۱۲ ماه، ۴/۸ درصد دانش‌آموزان خودآزاری را تجربه کردند. تحلیل تک متغیره نشان داد که بروز خودآزاری در دانش‌آموزان با داشتن دوستان نزدیک سیگاری، شرکت در جمع گروه‌های سیگاری، وضعیت مصرف سیگار، پیشرفت در مراحل مصرف سیگار در طول پیگیری، داشتن رفتار خطرپذیر عمومی، تجربه مصرف الکل، بروز مصرف مواد روان‌گردان و الکل در طول مدت پیگیری و گرایش مثبت به مصرف سیگار ارتباط معنی‌داری دارد. تحلیل چندمتغیره نیز نشان داد که انتقال در مراحل مصرف سیگار، بروز مصرف الکل در مدت پیگیری، داشتن دوستان نزدیک سیگاری با بروز خودآزاری در دانش‌آموزان مرتبط هستند. به علت نبودن مطالعات مشابه مقایسه یافته‌های این قسمت میسر نشد.

نتایج این مطالعه شیوع و بروز خودآزاری و برخی عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان دوم دبیرستان‌های پسرانه شهر تبریز را مشخص می‌کند. اشاره به این نکته ضرورت دارد که

تغییرات فردی بیشتر در طول زمان به طور مداوم صورت می‌گیرد. این مطالعه فقط شامل دو دوره اندازه‌گیری است و متغیرهای مستقل تنها در شروع مطالعه، اندازه‌گیری شده‌اند و ممکن است تغییراتی در بین دو مرحله مطالعه وجود داشته باشد. همچنین تعمیم نتایج به علت محدود بودن مطالعه به دانش‌آموزان دوم دبیرستان و تنها پسران، محدود می‌شود. نکته مهم‌تر آن است که هرچند هنگام جمع‌آوری داده‌ها به دانش‌آموزان اطمینان داده شده بود که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد ماند و شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و همچنین از روی پرسشنامه‌ها قابل شناسایی نیستند؛ ولی با این وجود به علت حساس بودن موضوع انتظار می‌رود؛ درصد گزارش شده از مقدار واقعی کمتر باشد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه شیوع پایین خودآزاری را در مقایسه با کشورهای دیگر نشان داد و برخی عوامل مرتبط را معین کرد. همچنین نشان داد که میزان بروز خودآزاری در این گروه از نوجوانان ۴/۸ درصد در سال است. این مطالعه از برنامه‌هایی که هدفشان تغییر هم‌زمان رفتارهای پرخطر است؛ حمایت می‌کند. هر چند نتایج این مطالعه برای مسؤولان بهداشت عمومی اهمیت زیادی دارد؛ ولی مطالعات بیشتری برای تعمیم یافته‌ها نیاز است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از آقای عادل اسداللهی کارشناس آموزش و پرورش استان به خاطر کمک در هماهنگی اجرای طرح، از دانشجویان فرهاد وحید، پوریا تاروردیزاده، وحیدپاکپور، محمدرضا شیرینی و سایر دانشجویان به خاطر کمک در جمع‌آوری داده‌ها و آماده کردن پرسشنامه‌ها و از خانم‌ها زهرا رستمی و الهام رستمی به خاطر وارد کردن داده‌ها به کامپیوتر، از تمام دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه و مسؤولان و دبیران دبیرستان‌های انتخاب شده در شهر تبریز تشکر و قدردانی می‌نمایم. همچنین از تیم پژوهشی روانپزشکی و علوم رفتاری و مرکز کشوری برنامه مدیریت سلامت (NPMC) دانشگاه علوم پزشکی تبریز به خاطر حمایت مالی طرح صمیمانه قدردانی می‌گردد.

References

- 1) Horrocks J, Price S, House A, Owens D. Self-injury attendances in the accident and emergency department: Clinical database study. *Br J Psychiatry*. 2003 Jul;183:34-39.
- 2) Kokaliari ED, Lanzano K. Deliberate self-injury. A consumer-therapist co-run group. A choice or a necessity? *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2005 Jan-Mar;14(1):32-38.
- 3) Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry*. 2005 Apr;75(2):324-333.
- 4) Gelder M, Mayou R, Cowen P. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. 4th. New York: Oxford University Press. 2001; pp:520-524.
- 5) Self-injury. *Maladaptive Behaviors*. Virginia Commission on Youth. 2003. <http://coy.state.va.us/Modalities/selfinjury.htm>
- 6) http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/selfinjury_in_adolescents
- 7) Wong JP, Stewart SM, Ho SY, Rao U, Lam TH. Exposure to suicide and suicidal behaviors among Hong Kong adolescents. *Soc Sci Med*. 2005 Aug;61(3):591-599.
- 8) Ross S, Heath NL, Toste JR. Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *Am J Orthopsychiatry*. 2009 Jan;79(1):83-92.
- 9) Plener PL, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med*. 2009 Sep;39(9):1549-1558.
- 10) Ross S, Heath NL. Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide Life Threat Behav*. 2003 Fall;33(3):277-287.
- 11) Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 2006 Jun;117(6):1939-1948.
- 12) Arney MF, Crowther JH. A comparison of linear versus non-linear models of aversive self-awareness, dissociation, and non-suicidal self-injury among young adults. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Feb;76(1):9-14.
- 13) Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatry*. 2002 Jan;72(1):128-140.
- 14) Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2004 Spring;34(1):12-23.
- 15) Camelot Foundation (UK) Mental Health Foundation (UK). *What do we already know? Prevalence, risk factors and models of intervention. First interim enquiry report*. London, UK: Self Harm Inquiry. 2004; pp:1-17.
- 16) Kumar G, Pepe D, Steer RA. Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *J Nerv Ment Dis*. 2004 Dec;192(12):830-836.
- 17) Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K, James A, Fagg J. Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *J Adolesc*. 1999 Jun;22(3):369-378.
- 18) Deiter PJ, Nicholls SS, Pearlman LA. Self-injury and self capacities: assisting an individual in crisis. *J Clin Psychol*. 2000 Sep;56(9):1173-1191.
- 19) Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: a comparison of psychopathological features. *European Eating Disorders Review*. 2003; 11(5): 379-396.
- 20) Alireza Ayatollahi S, Mohammadpoorasl A, Rajaeifard A. Predicting the stages of smoking acquisition in the male students of Shiraz's high schools, 2003. *Nicotine Tob Res*. 2005 Dec;7(6):845-851.
- 21) Kaplan CP, Nápoles-Springer A, Stewart SL, Pérez-Stable EJ. Smoking acquisition among adolescents and young Latinas: the role of socioenvironmental and personal factors. *Addict Behav*. 2001 Jul-Aug;26(4):531-550.
- 22) Hill AJ, Boudreau F, Amyot E, Déry D, Godin G. Predicting the stages of smoking acquisition according to the theory of planned behavior. *J Adolesc Health*. 1997 Aug;21(2):107-115.
- 23) Mohammad Poorasl A, Vahidi R, Fakhari A, Rostami F, Dastghiri S. Substance abuse in Iranian high school students. *Addict Behav*. 2007 Mar;32(3):622-627.
- 24) Donovan JE. Adolescent alcohol initiation: a review of psychosocial risk factors. *J Adolesc Health*. 2004 Dec;35(6): 529.e7-18.
- 25) Young R, Sweeting H, West P. Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2006 May 6;332(7549):1058-1061.
- 26) Ruiz SY, Roosa MW, Gonzales NA. Predictors of self-esteem for Mexican American and European American youths: a reexamination of the influence of parenting. *J Fam Psychol*. 2002 Mar;16(1):70-80.
- 27) Kermode S, MacLean D. A study of the relationship between quality of life, health and self-esteem. *Aust J Adv Nurs*. 2001 Dec;19(2):33-40.
- 28) Glendinning A, Inglis D. Smoking behaviour in youth: the problem of low self-esteem? *J Adolesc*. 1999 Oct;22(5):673-682.
- 29) Carvajal SC, Wiatrek DE, Evans RI, Knee CR, Nash SG. Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples *J Adolesc Health*. 2000 Oct;27(4):255-265.