

# مقایسه سلامت عمومی، عزت نفس و حمایت اجتماعی در بیماران خودسوز و غیرخودسوز بستری در بیمارستان سوانح و سوختگی چرومی شهرستان گناوه

## چکیده:

**مقدمه و هدف:** خودسوزی یکی از روش‌های خودکشی بوده که روشی خشن و بی‌رحمانه جهت پایان دادن به زندگی است. با توجه به این که خودسوزی عواقب روانی، اجتماعی، فردی و اقتصادی بسیاری بر بیماران و جامعه وارد می‌سازد، این مطالعه به منظور مقایسه سلامت عمومی، عزت نفس و حمایت اجتماعی در بیماران خودسوز و غیرخودسوز بستری در بیمارستان سوانح و سوختگی چرومی شهرستان گناوه انجام گردیده است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی می باشد. نمونه این تحقیق مشتمل بر ۶۰ نفر از بیماران ( خود سوز ۳۰ نفر و غیرخود سوز ۳۰ نفر ) بستری در بیمارستان سوانح و سوختگی چرومی شهرستان گناوه بود که طی شش ماه اول سال ۱۳۸۳ به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ، حمایت اجتماعی فیلیپس و عزت نفس کوپر اسمیت بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیری، تی و ضریب همبستگی پیرسون آنالیز شدند.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی، عزت نفس و حمایت‌های اجتماعی افراد خودسوز و غیرخودسوز به ترتیب:  $44/65 \pm 14/57$  و  $10/27 \pm 6/82$ ،  $57/94 \pm 4/94$  و  $55/47 \pm 6/04$  و  $20/40 \pm 4/94$  و  $23/73 \pm 1/17$  بوده است. همچنین نتایج نشان داد که بین بیماران خودسوز و غیرخودسوز از لحاظ سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آنها تفاوت معنی‌دار وجود داشت ( $p < 0/05$ )، ولی بین این دو گروه از بیماران از لحاظ عزت نفس تفاوت معنی‌دار وجود نداشت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که میزان سلامت عمومی و حمایت اجتماعی افراد به طور با خودسوزی ارتباط دارد. لذا به منظور پیشگیری از آن توصیه می‌شود که با پیوند دادن افراد با اجتماع، خانواده‌ها، گروه‌ها و ایجاد حمایت‌های اجتماعی و عاطفی میزان خودکشی را کاهش داد.

واژه‌های کلیدی: خودسوز، غیرخودسوز، سلامت عمومی، عزت نفس، حمایت‌های اجتماعی

دکتر میرصلاح‌الدین عنایتی \*

دکتر علیرضا حیدری \*\*

محمد ملک‌زاده \*\*\*

یدالله ابوالفتحی \*\*\*\*

\* دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی

گروه روانشناسی

\*\* دکترای روانشناسی عمومی، استادیار دانشگاه آزاد

اسلامی واحد اهواز، دانشکده روانشناسی،

گروه روانشناسی

\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه

علوم پزشکی یاسوج، بیمارستان شهید بهشتی،

بخش اورژانس

\*\*\*\* کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی

بوشهر، شبکه بهداشت و درمان برازجان،

گسترش شبکه‌ها

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۱۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۵/۳/۱۰

مؤلف مسئول: محمد ملک‌زاده

پست الکترونیک: [mzh541@yahoo.com](mailto:mzh541@yahoo.com)

## مقدمه

دهد احتمال یا قصد و اقدام برای رفتار خودانتحاری مستقیم و غیرمستقیم افزایش می‌یابد (۵).

نتایج تحقیقی که بر روی بیماران بستری در بیمارستان سوانح و سوختگی چرومی گناوه انجام گردید نشان داد که میانگین سطح سوختگی در بیماران که فوت کرده‌اند ۷۳/۵ درصد بوده است که سطح سوختگی نسبت به سایر استانها و مطالعات داخلی انجام شده بیشتر بوده است. در ضمن میزان بروز خودسوزی ۵/۷۵ به ازای صد هزار نفر بود که نسبت به دیگر مطالعات انجام شده در ایران به طور معنی‌داری بیشتر بوده است، لذا با توجه به بالا بودن وقوع حوادث سوختگی و خودسوزی در استان بوشهر لازم است کلیه واحدهای درگیر امر سلامت جسم و روان در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های پیشگیری، به منظور بهبود سلامت فرد، خانواده و جامعه اقدام نمایند (۶). با توجه به عواقب روانی، اجتماعی، فردی و اقتصادی خودسوزی بررسی هر چه بیشتر این پدیده می‌تواند مسئولان را در شناخت عوامل مربوط و پیشگیری از وقوع آن یاری نماید. بنابراین پژوهش با هدف مقایسه سلامت عمومی، عزت نفس و حمایت اجتماعی در بیماران خودسوز و غیرخودسوز بستری در بیمارستان سوانح و سوختگی چرومی شهرستان

خودکشی از جمله پدیده‌هایی است که در تمام جوامع بشری چه ابتدایی و چه پیشرفته وجود داشته است (۱). در این میان روشهای اقدام به خودکشی متنوع بوده و خودسوزی (۱) یکی از روشهای خشن و بی‌رحمانه جهت پایان دادن به زندگی می‌باشد که فرد آگاهانه با به آتش کشیدن جسم خود سعی در قطع ادامه حیات خویش دارد. خودسوزی باعث ایجاد سوختگی‌های عمیق و با سطح زیاد شده که به دنبال ضایعه و متعاقب زجر زیاد بیمار و خانواده وی، منجر به مرگ وی می‌گردد. در مواردی نیز خودسوزی منجر به مرگ نشده ولی با بر جای گذاشتن عوارض خود، باعث ندامت دایمی بیمار می‌گردد (۲). آمار جهانی حاکی از وجود رابطه مستقیم بین بیماریهای جسمانی و روانی با میزان خودکشی می‌باشد. در سلامت روانی عوامل مهم مؤثر در خودکشی شامل؛ الکلیسم، سوء استفاده دارویی، افسردگی، اسکیزوفرنی و سایر بیماریهای روانی می‌باشد (۳). افراد افسرده غالباً عزت نفس ضعیفی داشته و احساس می‌کنند آینده بیشتر از گذشته امیدوار کننده نیست. چنین ناامیدی پیش بینی کننده خوبی برای خودکشی نهایی به شمار می‌آید (۴). در مطالعه‌ای که تایلور (۲) انجام داد، مشخص شد که هر قدر میزان ارتباط فرد با محیط کاهش بیشتری نشان

1-Self - inflicted Burn

2-Tylor

گناوه انجام گردیده است.

در تفهیم سئوالات اقدام به ثبت پاسخ نمونه‌های پژوهش نموده است. البته در جاهایی که ابهامی وجود داشت محقق سعی می‌کرد آن ابهام را از بین ببرد و سئوالات پرسشنامه‌ها را با زبان ساده‌تر به بیماران تفهیم نماید. همچنین سعی شد فضایی به وجود آید که آزمودنی‌ها به صورت واقعی و به دور از هر گونه اضطراب به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. برای اجرای این پژوهش با توجه به وضعیت نمونه‌های تحقیق، محدودیت زمانی در نظر گرفته نشد. به منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ<sup>(۱)</sup> (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی)، پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس<sup>(۲)</sup> (حمایت دوستان، خانواده و سایرین) و پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت<sup>(۳)</sup> فرم ۲۸ سؤالی استفاده گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS<sup>(۴)</sup> و شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیری<sup>(۵)</sup>، تی<sup>(۶)</sup> و ضریب همبستگی پیرسون<sup>(۷)</sup> تجزیه و تحلیل شدند.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی است و جامعه آماری آن شامل کلیه بیماران بستری در بیمارستان سوانح و سوختگی استان بوشهر می‌باشد. زمان انجام مطالعه شش ماه اول سال ۱۳۸۳ و نمونه‌های این تحقیق مشتمل بر ۶۰ نفر از بیماران (خود سوز ۳۰ نفر و غیرخودسوز ۳۰ نفر) بستری در بیمارستان سوانح و سوختگی چرومی شهرستان گناوه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر بود که برای انتخاب آنها از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده گردید. بدین نحو که در مدت زمان انجام مطالعه محقق دو روز در هفته به صورت تصادفی به بیمارستان مراجعه می‌کرد و از بین گروه بیماران خودسوز و غیرخودسوز از هر گروه روزانه یک نفر را به صورت تصادفی انتخاب می‌نمود و مورد پرسشگری قرار می‌داد.

برای اجرای این پژوهش، ضمن هماهنگی قبلی با مسئولین بیمارستان، پس از برقراری ارتباط با بیماران و ذکر دلایل انتخاب آنها، توضیحات لازم راجع به اهداف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه گردید. با توجه به شدت جراحات و صدمات بیماران سوختگی، محقق ضمن دقت

1- Goldberg's General Health Questioner  
2- Phillips 's Social Support Questioner  
3- Cooper Smith's Self Esteem Questioner  
4- Statistical Package for Social Sciences  
5- Manova  
6- T- test  
7-Pearson Correlation

## یافته‌ها

نتایج حاصل از مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها نشان داد که در گروه خودسوز بیشترین تعداد نمونه (۳۶/۷ درصد) در گروه سنی ۱۴-۲۰ سال و کمترین تعداد (۳/۳ درصد) در گروه سنی ۴۲-۴۸ سال بوده‌اند. میانگین و انحراف معیار سن این گروه ۲۶/۱۹±۱۰/۹۵ سال بوده‌است. همچنین در گروه غیرخودسوز بیشترین تعداد نمونه‌های پژوهش (۲۶/۷ درصد) در گروه سنی ۱۴-۲۰ سال و کمترین تعداد در گروه سنی ۴۲-۴۸ سالگی و نیز دامنه سنی ۴۹ سال به بالا (۱۰ درصد) می‌باشند. میانگین و انحراف معیار سن این گروه ۱۱/۱۰±۳۰/۸۷ سال بوده‌است. در گروه خودسوز بیشترین تعداد آزمودنی‌ها، زن (۶۳/۳ درصد) و کمترین تعداد آزمودنی‌ها، مرد بوده‌اند (۳۶/۷ درصد). در گروه غیرخودسوز بیشترین تعداد آزمودنی‌ها مرد (۶۰ درصد) و کمترین تعداد آزمودنی‌ها، زن (۴۰ درصد) بوده‌اند. در گروه خودسوز بیشترین تعداد آزمودنی‌ها، مجرد (۵۳/۳ درصد) بوده و کمترین تعداد آزمودنی‌ها، متأهل (۴۶/۷ درصد) بوده‌اند. در گروه غیرخودسوز بیشترین تعداد آزمودنی‌ها، متأهل (۵۶/۷ درصد) و کمترین تعداد آزمودنی‌ها، مجرد بوده‌اند که ۴۳/۳ درصد نمونه را تشکیل داده‌اند (جدول ۱).

نتایج دیگر این تحقیق نشان داد که سوختگی با نفت عامل سوختگی ۸۰ درصد گروه خودسوز بود

و در گروه غیرخودسوز بیشترین تعداد آزمودنی‌ها، دارای عامل سوختگی با گاز (۳۳/۳ درصد) و کمترین تعداد آزمودنی‌ها، دارای عامل سوختگی با بنزین (۱۰ درصد) بوده‌اند.

نمرات مربوط به سلامت عمومی در جدول ۲ ارائه شده‌است. میانگین و انحراف معیار نمره متغیر نشانه‌های جسمانی گروه خودسوز و غیرخودسوز به ترتیب: ۱۸/۵±۵/۵۶ و ۷۵/۲±۲/۵۳ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار نمره متغیر اضطراب در گروه خودسوز و غیرخودسوز به ترتیب: ۸۷/۴±۱۰/۷۰ و ۲۰۸/۲±۱/۲۷ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار نمره متغیر اختلال در عملکرد اجتماعی در گروه خودسوز و غیرخودسوز به ترتیب: ۶۹/۳±۲/۱۳ و ۹۲/۰±۶/۳۰ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار نمره متغیر افسردگی در گروه‌های خودسوز و غیرخودسوز به ترتیب: ۸۹/۵±۱۶/۱۷ و ۴۸/۱±۱/۷۳ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار نمره متغیر کل سلامت عمومی در گروه‌های خودسوز و غیرخودسوز به ترتیب: ۶۵/۶±۱۴/۵۷ و ۲۷/۶±۱۰/۸۳ می‌باشد.

میانگین و انحراف معیار نمره عزت نفس گروه خودسوز و غیرخودسوز به ترتیب: ۹۴/۴±۵۷/۹۰ و ۰۴/۶±۵۵/۴۷ بوده‌است. آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره عزت نفس گروه‌های خودسوز و غیرخودسوز وجود ندارد.

و  $1/17 \pm 23/73$  می باشد (جدول ۳).

دیگر یافته ها نشان داد که بین نمره سلامت عمومی بیماران زن و مرد تفاوت معنی دار وجود دارد ( $F=2/82$  و  $p < 0/05$ ) و بین نمره عزت نفس و حمایت اجتماعی آنها تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که بین نمرات سلامت عمومی، عزت نفس و حمایت اجتماعی دو گروه بیماران مجرد و متأهل تفاوت معنی دار وجود ندارد.

میانگین و انحراف معیار نمره متغیر حمایت دوستان در گروه خودسوز و غیرخودسوز به ترتیب؛  $1/51 \pm 6/93$  و  $7/83 \pm 0/53$  می باشد. میانگین و انحراف معیار نمره متغیر حمایت خانواده در گروه خودسوز و غیرخودسوز به ترتیب؛  $2/25 \pm 0/70$  و  $7/63 \pm 0/49$  می باشد. میانگین و انحراف معیار نمره متغیر حمایت سایرین در گروه خودسوز و غیرخودسوز به ترتیب؛  $1/30 \pm 7/77$  و  $8/34 \pm 0/49$  می باشد. میانگین و انحراف معیار نمره متغیر کل حمایت اجتماعی در گروه های خودسوز و غیرخودسوز به ترتیب؛  $4/94 \pm 0/90$  و  $57/90$

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک نمونه ها بر حسب گروه، جنسیت و وضعیت تأهل

| گروه       | متغیر |      | جنس   |      | وضعیت تأهل |      |
|------------|-------|------|-------|------|------------|------|
|            | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد      | درصد |
| خودسوز     | زن    | ۱۹   | مرد   | ۳۶/۷ | مجرد       | ۵۳/۳ |
|            | مرد   | ۱۱   | زن    | ۶۳/۳ | متأهل      | ۴۶/۷ |
| غیر خودسوز | زن    | ۱۲   | مرد   | ۶۰   | مجرد       | ۴۳/۳ |
|            | مرد   | ۱۸   | زن    | ۴۰   | متأهل      | ۵۶/۷ |

جدول ۲: نمره سلامت عمومی و مؤلفه های آن در بیماران خودسوز و غیرخودسوز

| متغیر                    | گروه       | شاخص های آماری |              |            |             |
|--------------------------|------------|----------------|--------------|------------|-------------|
|                          |            | میانگین        | انحراف معیار | حداقل نمره | حداکثر نمره |
| نشانه های جسمانی         | خودسوز     | ۸/۵۶           | ۵/۱۸         | ۱          | ۱۹          |
| اضطراب                   | غیر خودسوز | ۲/۵۳           | ۲/۷۵         | ۱          | ۱۴          |
| اختلال در عملکرد اجتماعی | خودسوز     | ۱۰/۷۰          | ۴/۸۷         | ۱          | ۲۱          |
| افسردگی                  | غیر خودسوز | ۱/۲۷           | ۲/۰۸         | ۰          | ۹           |
| کمال سلامت عمومی         | خودسوز     | ۹/۱۳           | ۳/۶۹         | ۵          | ۱۷          |
|                          | غیر خودسوز | ۶/۳۰           | ۰/۹۲         | ۵          | ۱۰          |
|                          | خودسوز     | ۱۶/۱۷          | ۵/۸۹         | ۰          | ۲۱          |
|                          | غیر خودسوز | ۱/۷۳           | ۱/۴۸         | ۰          | ۵           |
|                          | خودسوز     | ۴۴/۵۷          | ۱۴/۶۵        | ۱۵         | ۷۳          |
|                          | غیر خودسوز | ۱۰/۸۳          | ۶/۲۷         | ۷          | ۳۱          |

جدول ۳: نمرات عزت نفس و حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در بیماران خودسوز و غیر خودسوز

| متغیر            | گروه      | شاخص‌های آماری |              |            |             |
|------------------|-----------|----------------|--------------|------------|-------------|
|                  |           | میانگین        | انحراف معیار | حداقل نمره | حداکثر نمره |
| عزت نفس          | خودسوز    | ۵۷/۹۰          | ۴/۹۴         | ۴۷         | ۶۸          |
|                  | غیرخودسوز | ۵۵/۴۷          | ۶/۰۴         | ۴۲         | ۷۱          |
| حمایت دوستان     | خودسوز    | ۶/۹۲           | ۱/۵۱         | ۳          | ۹           |
|                  | غیرخودسوز | ۷/۸۲           | ۰/۵۳         | ۷          | ۹           |
| حمایت خانواده    | خودسوز    | ۵/۷۰           | ۲/۲۵         | ۱          | ۸           |
|                  | غیرخودسوز | ۷/۶۳           | ۰/۴۹         | ۷          | ۸           |
| حمایت سایرین     | خودسوز    | ۷/۷۷           | ۱/۳۰         | ۴          | ۱۰          |
|                  | غیرخودسوز | ۸/۳۴           | ۰/۴۹         | ۷          | ۸           |
| کل حمایت اجتماعی | خودسوز    | ۵۷/۹۰          | ۴/۹۴         | ۱۴         | ۲۶          |
|                  | غیرخودسوز | ۲۳/۷۳          | ۱/۱۷         | ۲۱         | ۲۵          |

### بحث و نتیجه‌گیری

می‌باشند(۷). همچنین در بررسی‌های انجام شده به

وسيله كمرون<sup>(۱)</sup> (۱۹۹۷)، هاپیسکی<sup>(۲)</sup> و همكاران

(۱۹۹۴) توهیگ و همكاران<sup>(۳)</sup> (۱۹۸۰ تا ۱۹۹۱)،

مشخص گردیده است که درصد بالایی از بیماران

خودسوز دارای سابقه بیماری‌های روانی، افسردگی و

اختلالات شخصیتی بوده‌اند، به عبارت دیگر بین میزان

اضطراب، میزان اختلال در عملکرد اجتماعی و میزان

افسردگی بیماران خودسوز و غیرخودسوز تفاوت

معنی‌دار وجود دارد (۱۰-۸).

در این مطالعه بین بیماران خودسوز و

غیرخودسوز از لحاظ عزت نفس تفاوت

معنی‌داری وجود ندارد. بیر و بیر<sup>(۴)</sup> (۱۹۹۲) طی

با توجه به بالا بودن وقوع حوادث سوختگی

در استان بوشهر به خصوص خودسوزی در زنان و

همچنین به علت بالا بودن وقوع مرگ و میر به علت

خودسوزی در این استان محقق را برآن داشت تا به

این مطالعه اقدام نماید.

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که

بین دو گروه بیماران خودسوز و غیرخودسوز از

لحاظ سلامت عمومی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

یعنی بیماران غیرخودسوز از نظر سلامت عمومی

وضعیت بهتری داشتند. این یافته‌ها با نتایج مطالعاتی

که به وسیله حسینی (۱۳۶۶) و پور افکاری (۱۳۷۵)

انجام شد هم‌خوانی دارد، چنان‌که ایشان بیان

داشته‌اند که بیماریهای جسمی، اختلالات خانوادگی،

سلامت جسمی و روانی در بروز خودکشی مؤثر

1-Cameron  
2-Hodjjski etal  
3-Tuohig etal  
4-Beer & Beer

مطالعه‌ای دریافتند که بین دو گروه آزمودنی‌ها هر چند از نظر داشتن افکار خودکشی تفاوت معنی‌دار وجود داشته است، ولی بین این دو گروه از نظر عزت‌نفس تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید (۱۱)، اما گرولجر<sup>(۱)</sup> (۲۰۰۳) و اور هولسر<sup>(۲)</sup> (۱۹۹۵) طی مطالعه‌ای گزارش کردند که بین داشتن افکار خودکشی با عزت نفس پایین ارتباط معنی‌دار وجود دارد که این امر با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی ندارد. در توجیه این امر می‌توان گفت: عزت نفس جزئی از شخصیت بوده و این امر به تمام دوران عمر به خصوص دوران کودکی ارتباط دارد. همچنین هر چند که عزت نفس از ویژگی‌های روانشناختی است، ولی عوامل مهم دیگری از جمله عوامل اقتصادی، فرهنگی و... در افزایش یا کاهش عزت نفس مؤثر می‌باشد (۱۲ و ۱۳).

دیگر نتایج نشان داد که بین میزان حمایت اجتماعی بیماران خودسوز و غیرخودسوز تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یعنی بیماران غیرخودسوز از نظر حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن وضعیت بهتری داشته‌اند. جامعه‌شناسان بیان می‌کنند که بیشتر افراد مستعد خودکشی از لحاظ اجتماعی منزوی بوده، وابستگی‌های محدودی با جامعه داشته و فاقد حمایت‌های اجتماعی هستند که زندگی را قابل تحمل و ارزشمند می‌سازد (۴). در این زمینه کرومن و همکاران<sup>(۳)</sup> (۱۹۹۸)، شمس خرم‌آبادی (۱۳۷۹) و

حیدری (۱۳۶۷) نیز طی مطالعات جداگانه‌ای به این نتیجه رسیدند که اکثر بیماران خودسوز، دارای اختلافات زناشویی یا جدایی و کشمکش والدین بوده و یا درگیر جدال دوستان پسر و دختر بوده‌اند (۱۶-۱۴). بنابراین می‌توان گفت که میزان حمایت اجتماعی، حمایت دوستان و حمایت خانواده و حمایت سایرین عامل مؤثری در پدیده خودسوزی است. بسیاری از روان‌درمان‌گران از حمایت اجتماعی به عنوان عامل مهمی در امر درمان بیماران روانی یاد می‌کنند به عنوان مثال مازلو<sup>(۴)</sup> معتقد است که فراهم نمودن حمایت اجتماعی برای بیماران روان نژند باعث بالا رفتن عزت نفس آنها و رویارویی مؤثرتر با مشکلات و تعارضات فردی و اجتماعی آنها می‌گردد. منابع حمایت اجتماعی بسیار گوناگون است و محیط خانواده به عنوان محل کسب اولین تجارب حمایت اجتماعی و منابع دیگری از قبیل: دوستان، خویشاوندان، همسایگان، همکلاسی‌ها و... در این طیف گسترده قرار می‌گیرند. به طور کلی تمام افرادی که فرد دردمند را به گونه‌ای می‌پذیرند و در جهت رفع مشکلات وی، یاری رسانده و حمایت می‌کنند به عنوان منابع حمایت اجتماعی مطرح هستند. برخی از

1-Groleger  
2-Overholser  
3-Krummen et al  
4-Maslo

جهت ابراز نظر کردن، شکوفایی استعدادها، خودشناسی و پرورش خلاقیت در افراد و به طور کلی جلوگیری از انزوای اجتماعی افراد و آگاه ساختن خانواده‌های بیماران روانی به علایم هشدار دهنده و اخطارهای خودکشی و جدی گرفتن تهدیدهای فردی که قصد خودکشی دارد، همچنین با توجه به این که اکثر مراجعه کنندگان خودسوز با نفت خودسوزی کرده‌اند، دور از دسترس قرار دادن وسایل و مواد اشتعال‌زا مانند نفت می‌تواند موجب کاهش میزان خودسوزی گردد. ضمناً انجام تحقیقات بیشتر در ارتباط با شخصیت افراد خودسوز توصیه می‌شود.

#### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه کارکنان بیمارستان سوانح و سوختگی چرومی شهرستان گناوه که در انجام این پژوهش با ما همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

این منابع مثل دوستان و همسایگان به طور غیررسمی و عامیانه و برخی دیگر مثل مؤسسات مشاوره و بهداشت روانی به شکل رسمی و تخصصی حمایت خود را عرضه می‌نمایند. طبعاً هر چه تعداد این منابع حمایتی و میزان کمک‌هایی که به فرد ارایه می‌شود بیشتر باشد و همچنین هر چه ذهن فرد در مورد مساعدتهای بالقوه روشن‌تر و مطمئن‌تر باشد توانایی وی در سازگاری با مشکلاتش بیشتر خواهد بود. حتی حمایت اجتماعی در درمان اختلالات جسمی نیز می‌تواند نقش تسهیل کننده‌ای بازی کند. در کل می‌توان گفت افراد نه تنها به لحاظ رویدادهایی که در زندگی تجربه می‌کنند متفاوتند، بلکه از لحاظ آسیب‌پذیری در برابر رویدادها نیز تفاوت دارند. آسیب‌پذیری هر کس در برابر فشار روانی متأثر از مهارت‌های مقابله و حمایت‌های اجتماعی موجود می‌باشد. آسیب‌پذیری احتمال پاسخ غیرانطباقی به فشار روانی را افزایش می‌دهد (۱۷).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رئیس‌مجمع علوم انسانی

در مجموع نتیجه‌گیری می‌شود میزان سلامت عمومی و حمایت اجتماعی به طور معنی‌داری با خودسوزی ارتباط دارد. بنابراین به منظور پیشگیری از خودکشی و به خصوص خودسوزی توصیه می‌شود که با ارتقاء سطح بهداشت روانی و پیوند دادن افراد با اجتماع، خانواده‌ها، گروه‌ها و کانون‌های مختلف و ارتقای حس تعلق به گروه، ایجاد حمایت‌های اجتماعی، عاطفی، ایجاد محیطی صمیمی



# Comparison of the General Health, Self-Esteem and Social Support in Self-Inflicted Burn Patients and Non Self-Inflicted Burn Patients of the Choromy Accidental and Burning Hospital of Ganaveh

Enayati MS<sup>\*</sup>,  
Heidarei AR<sup>†</sup>,  
Malekzadeh M<sup>\*\*\*</sup>,  
Abolfathi Y<sup>\*\*\*\*</sup>.

<sup>\*</sup>Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

<sup>†</sup>Assistant Professor of General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

<sup>\*\*\*</sup>MSc in General Psychology, Department of Emergency, Shaheed Beheshti Hospital, Yasuj University of Medical Science, Yasuj, Iran

<sup>\*\*\*\*</sup>MSc in Nursing, Health Center of Borazjan, Boshehr University of Medical Science, Borazjan, Iran

**KEYWORDS:**  
Self inflicted burn,  
Non self inflicted,  
General Health,  
Self esteem,  
Social support

Received: 20/12/1384  
Accepted: 10/3/1385

Corresponding Author: Malekzadeh M  
E-Mail: mzh541@yahoo.com

## ABSTRACT:

**Introduction & Objective:** Self-inflicted burn is a violent method of suicide. Since our society faces lots of psychological, social, personal and economical problems due to self-inflicted burn, more survey for this event can assist us to know its causes and prevent from its occurrence. This research was carried out to compare general health, self-esteem and social support in patient's self-inflicted burn and non-self-inflicted burn of the Choromy accidental and burning hospital in Ganaveh.

**Materials & Methods:** This is a descriptive – analytic study. The sample consisted of 60 inpatients burnt (males & females) of the Choromy accidental and burning hospital (Ganaveh). The method of sampling was simple random. Participants completed the General Health Questionnaire (G.H.Q- 28) of Goldberg, Cooper Smith's questionnaire of self-esteem and Philip's social support scale. Multivariate analysis of variance (MANOVA) and T-test were the major statistical analysis in this research.

**Results:** The mean and standard deviation of the general health were  $44.57 \pm 14.65$  for self-inflicted burn persons and for non - self inflicted burn they were  $10.83 \pm 6.27$ . In the self-esteem variable, the mean and the standard deviation were  $57.90 \pm 4.94$  for self-inflicted burn persons and  $55.47 \pm 6.04$  for non-self inflicted burn ones. Mean and standard deviation of whole social supporting were  $20.40 \pm 4.94$  for self-inflicted burn persons and  $23.73 \pm 1.17$  for non-self inflicted burn group. The findings showed significant differences between the two groups from viewpoint of general health and social supporting while there were no significant differences between two groups in case of self-esteem.

**Conclusion:** There are a significant relationship between general health, social supporting and self-inflicted burn. Therefore, in order to prevent self inflicted burn it is suggested that we make a relationship between persons and societies, families, groups and different institutes.

## REFERENCES:

۱. احمدی‌زاده شاکر. بررسی مقدماتی برداشتها و آگاهی مردم ایلام نسبت به خودکشی. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۳.
۲. کلانتری امیرحسین. بررسی فراوانی خود سوزی در مرکز شهید مطهری تهران. مجله نبض ۱۳۷۶؛ سال هفتم، شماره ۲: ۱۲.
۳. اسلامی نسب بجنوردی علی. بحران خودکشی. چاپ اول. تهران: انتشارات مجید - فردوس؛ ۱۳۷۱: ۴۵.
۴. نجاریان بهمن، اصغری مقدم محمدعلی، دهقانی محسن. در ترجمه: روانشناسی مرضی. ساراسون آج، ساراسون ب (مؤلفین). چاپ سوم. تهران: انتشارات رشد، ۱۳۷۷؛ ۶۲۵ و ۶۱۷، ۲۷۹.
۵. موسی‌نژاد علی. در ترجمه: جامعه‌شناسی خودکشی، تایلور اس (مؤلف). چاپ اول. اصفهان: انتشارات گلرنگ؛ ۱۳۷۶: ۲۴.
۶. ابوالفتحی یدالله، ملک‌زاده محمد. بررسی اپیدمیولوژی و میزان مرگ و میر بیماران دچار حوادث سوختگی در استان بوشهر. همایش سراسری جراحی پلاستیک و سوختگی. ۱۳۸۲، ۳-۲ اسفند ماه، اصفهان، ایران.
۷. حسینی سید ابراهیم. بررسی طیف اقدام به خودکشی و نقش متغییرهای همه گیرشناسی و روان‌شناسی در آن. فصلنامه اصول بهداشت روانی ۱۳۷۸، شماره سوم، سال اول: ۱۵۴-۱۴۷.
8. Cameron DR. Self inflicted burns. Journal of Burns 1997; 23(6): 519-21.
9. Hodjiski O, Todorov P. Suicide by self inflicted burns. Journal of Burns 1996; 22(5): 381-3.
10. Tuohig GM, Saffle JR. Self Inflicted Patient burns. J Burn Care Rehabil 1995; 16(4): 420-36.
11. Beer J, Beer J. Depression, Self-esteem, Suicide ideation and QPA of high school students at risk. Psychol Rep 1992. 71(3): 899-912.
12. Groleger U, Tomori M, Kocmur M. Suicidal ideation in adolescence and indicator of actual risk. Psychiatry Relat 2003; 40(3): 202-8.
13. Overholser JC, Adams DM, Lehnert KL, Brinkman D. Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. Child Adolesc Psychiatry 1995; 34(7): 919-28.
14. Krummen DM, James K, Klein RL. Suicide by burning: a retrospective review of the Acron Regional burn center. Journal of Burns 1998, 24: 146-7.
۱۵. شمس خرم‌آبادی منوچهر. بررسی علل اقدام به خودکشی به روش خودسوزی از نظر مراجعین به بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد. کنگره سراسری سوختگی دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۷۹، ۳-۲ اسفند، تهران، ایران.
۱۶. حیدری صنوبر. خودکشی و بررسی آن در ایران. پایان نامه دکترای روانپزشکی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۶۷.
۱۷. نجاریان بهمن. ابراهیمی قوام صغری. نقش حمایت اجتماعی در سازگاری فرد. اطلاعات علمی ۱۳۶۹، دوره پنجم، شماره هشتم: ۷.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی