

Main Coping Style of Self-Immolation Patients

Amir Mahmoud Ahmadzade¹, Ali Ahmadabadi², Seyed Hasan Tavousi², Majid Khadem-Rezaiyan^{3,4,*}

¹ General Practitioner, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Department of General Surgery, School of Medicine, Surgical Oncology Research Center, Imam Reza Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Department of Community Medicine, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Medical Sciences Education Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Article history:

Received: 04 November 2023

Revised: 08 January 2024

Accepted: 10 February 2024

ePublished: 16 March 2024

*Corresponding author:

Majid Khadem-Rezaiyan,
Department of Community
Medicine, School of Medicine,
Mashhad University of Medical
Sciences, Mashhad, Iran.
Email: khademmm@mums.ac.ir

Background and Objective: Self-immolation is a terrible method of suicide. Coping skills are important protective measures against suicide. In this regard, the present study aimed to investigate the coping styles of people committing self-immolation and their relationship with demographic characteristics and burn indices.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on people who attempted self-immolation and were admitted to the burn center of Imam Reza Hospital in Mashhad, Iran between 20 February 2018 and 20 February 2020. They filled Jalowiec coping styles questionnaire after their informed consent was obtained. The styles that received the highest score were considered their dominant coping styles. Moreover, the relationships of dominant styles with other variables were investigated.

Results: In total, 44 samples were collected, 32 of which were females (72.7%). The mean age of participants in this study was 30.2 ± 13.1 years. Furthermore, the dominant coping style of most of the participants (47.7%) was emotive. Besides, males used emotive coping style more significantly than females ($P=0.05$). In addition, a negative significant correlation was found between age and emotive coping style ($P=0.02$, $r=-0.35$).

Conclusion: According to the results, young males who engaged in self-immolation used emotive coping style more significantly, compared to others. It seems that by teaching healthy coping skills to people at risk, the occurrence of self-immolation and its complications can be prevented to some extent.

Keywords: Coping Style, Self-Immolation, Suicide

Please cite this article as follows: Ahmadzade A M, Ahmadabadi A, Tavousi S H, Khadem-Rezaiyan M. Main Coping Style of Self-Immolation Patients. *Avicenna J Clin Med.* 2024; 30(4): 225-232. DOI: 10.32592/ajcm.30.4.225

شایع‌ترین سبک مقابله‌ای در افراد اقدام‌کننده به خودسوزی

امیر محمود احمدزاده^۱ ID، علی احمدآبادی^۲، سید حسن طاوسی^۳، مجید خادم رضاییان^۴ ID

^۱ دکتری حرفه‌ای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ گروه جراحی عمومی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز تحقیقات جراحی سرطان بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۳ گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۴ مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

سابقه و هدف: خودسوزی یکی از روش‌های هولناک خودکشی است. مهارت‌های مقابله‌ای فاکتورهای محافظت‌کننده‌ی مهمی در مقابل خودکشی هستند. در این مطالعه، سبک‌های مقابله‌ای در افراد اقدام‌کننده به خودسوزی و ارتباط آن‌ها با مشخصات دموگرافیک و نشانگرهای سوختگی بررسی می‌شود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی مقطعی، افراد اقدام‌کننده به خودسوزی که در بازه‌ی زمانی اسفند ۹۶ تا اسفند ۹۸ در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد بستری شدند، پس از اخذ رضایت، پرسش‌نامه‌ی شیوه‌های مقابله‌ای جلیوس را تکمیل کردند. سبک‌های مقابله‌ای غالب با در نظر گرفتن سبکی که بیشترین نمره را به خود اختصاص می‌داد، گزارش شد و ارتباط آن‌ها با سایر متغیرها بررسی شد.

یافته‌ها: تعداد نمونه‌های جمع‌آوری شده ۴۴ مورد بود که ۳۲ نفر زن (۷۲/۷ درصد) بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان $13/1 \pm 3/2$ سال بود. در این مطالعه، سبک مقابله‌ای غالب اکثر افراد (۴۷/۷ درصد) هیجانی بود. مردان به‌طور معناداری، بیشتر از زنان از سبک مقابله‌ای هیجانی استفاده می‌کردند ($P = 0/05$). همچنین، هم‌بستگی معکوس و معناداری بین سن و سبک مقابله‌ای هیجانی یافت شد ($r = -0/35$ و $P = 0/02$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، مردان جوان اقدام‌کننده به خودسوزی به‌طور معناداری، بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجانی استفاده می‌کنند. به نظر می‌رسد با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سالم به افراد در معرض خطر بتوان تا حدودی از بروز خودسوزی و عوارض ناشی از آن پیشگیری کرد.

واژگان کلیدی: خودسوزی، خودکشی، سبک مقابله‌ای

تاریخچه‌ی مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۱۳
ویرایش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۸
پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۱
انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۶

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده‌ی مسئول: مجید خادم رضاییان، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
ایمیل: khademmm@mums.ac.ir

استناد: احمدزاده، امیر محمود؛ احمدآبادی، علی؛ طاوسی، سید حسن؛ خادم رضاییان، مجید. شایع‌ترین سبک مقابله‌ای در افراد اقدام‌کننده به خودسوزی. مجله پزشکی بالینی ابن‌سینا، زمستان ۱۴۰۲؛ ۳۰(۴): ۲۲۵-۲۳۲.

مقدمه

شناسایی افراد در معرض خطر برداشت و با اجرای مداخلات، بروز آن را به حداقل رساند [۴].

پیشگیری از اقدام به خودکشی نیازمند همکاری میان فراهم‌کنندگان مراقبت سلامت، بیماران و اعضای خانواده‌ی آن‌ها به‌منظور ایجاد راه‌حل‌های جدید برای نجات جان افراد است [۵]. استراتژی‌های متعددی برای پیشگیری وجود دارد؛ از جمله بهبود سلامت روان و پیشگیری از مشکلات سلامت روان، درمان بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، محدودیت دسترسی به ابزار کشنده و تقویت مهارت‌های برخورد با مشکلات سلامت روان، به‌خصوص مهارت‌های جست‌وجو برای کمک از دیگران در برخورد با این

خودسوزی یکی از روش‌های شایع خودکشی در کشورهای خاورمیانه است که در کشورهای توسعه‌یافته کمتر اتفاق می‌افتد و به‌طور شایع‌تری، در کشورهای درحال توسعه رخ می‌دهد [۱، ۲]. ایران جزو کشورهایی است که خودسوزی در آن‌ها زیاد است، به‌طوری که در برخی نواحی آن، بیشترین موارد خودسوزی در جهان گزارش شده است (۲۲/۴ در ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال) [۲]. از طرف دیگر، بروز خودسوزی از ۱/۴۸ در ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۸، به ۷/۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۳، در استان‌های شمال غربی ایران افزایش یافته است [۳]. با شناسایی الگوهای فردی، اجتماعی و جنسیتی خودسوزی می‌توان گامی مؤثر در جهت

است که هر سؤال از صفر تا ۳ امتیاز می‌گیرد و ۸ سبک مقابله‌ای را ارزیابی می‌کند که عبارت‌اند از:

۱. سبک مقابله‌ای مواجهه‌ای که بیانگر رویارویی با موقعیت و مواجهه‌ی مستقیم با مشکل است؛ ۲. سبک مقابله‌ای طفره‌آمیز که نشانگر اجتناب از رویارویی با مشکل است؛ ۳. سبک مقابله‌ای خوشبینانه که بیانگر داشتن تفکر و دیدگاه مثبت در مواجهه با مشکل است؛ ۴. سبک مقابله‌ای بدبینانه که نشانه‌ی احساس ناامیدی و دیدگاه بدبینانه یا نداشتن کنترل در رویارویی با موقعیت است؛ ۵. سبک مقابله‌ای هیجانی که بیانگر رویارویی هیجانی یا رهاسازی احساسات و هیجانات در مواجهه با موقعیت است؛ ۶. سبک مقابله‌ای تسکینی که نشانگر کنترل آشفستگی از طریق پرداختن به برخی امور به‌منظور کنترل و بهبود احساسات درونی و کاهش تنش بدون مواجهه‌ی مستقیم با موقعیت چالش‌زا است؛ ۷. سبک مقابله‌ای حمایت‌جویانه که بیانگر استفاده‌ی فرد از منابع حمایتی شامل منابع فردی، حرفه‌ای و معنوی است؛ ۸. سبک مقابله‌ای خوداتکایی که نشانگر اقدام شخصی یا تصمیم‌گیری شخصی با تکیه بر اراده‌ی خویش و بدون تکیه بر دیگران است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات ایرانی نشان داده شده است [۱۷]. با توجه به تفاوت تعداد سؤالات مربوط به هر سبک، میانگین نمره برای هر سبک محاسبه و برای سهولت مقایسه، در مقیاس درصد ارائه شد. همچنین، سبک غالب استفاده‌شده با در نظر گرفتن سبکی که بیشترین نمره را به خود اختصاص می‌داد، گزارش شد. همچنین، اطلاعات مربوط به سن، جنس، تحصیلات و نشانگرهای سوختگی از جمله درصد سوختگی، نمایه‌ی شدت سوختگی (ABSI: Abbreviated Burn Severity Index) [۱۸] و درجه‌ی سوختگی جمع‌آوری شد.

اطلاعات مربوط به پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ شد و ارتباط متغیرهای مختلف مانند سن، جنس، درصد سوختگی، درجه‌ی سوختگی و سبک‌های مقابله‌ای با یکدیگر بررسی شد. برای بررسی رابطه‌ی متغیرهای کمی در دو گروه، از آزمون independent sample t test و در سه گروه، از One way ANOVA استفاده شد. رابطه‌ی متغیرهای کیفی با یکدیگر به‌وسیله‌ی آزمون Chi-square و رابطه‌ی متغیرهای کمی با یکدیگر توسط آزمون Pearson correlation ارزیابی شد و در صورت عدم تبعیت از توزیع نرمال، از آزمون‌های ناپارامتریک معادل استفاده شد. تمامی آزمون‌ها دوطرفه و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در مجموع، ۴۴ نفر وارد مطالعه شدند که از این تعداد، ۱۲ نفر مرد (۲۷/۳ درصد) و ۳۲ نفر زن (۷۲/۷ درصد) بودند. میانگین سن افراد در این مطالعه $13/1 \pm 3/2$ سال بود. همچنین، سبک مقابله‌ای غالب ۴ نفر مواجهه‌ای (۹/۱ درصد)، ۳ نفر طفره‌آمیز (۶/۸ درصد)، ۱۱ نفر بدبینانه (۲۵ درصد)، ۲۱ نفر هیجانی (۴۷/۷

مشکلات. استراتژی دیگر افزایش قدرت روانی و سازگاری از طریق آموزش روش‌های مقابله‌ای است [۶].

استراتژی‌های مقابله‌ای را اولین بار Lazarus و همکاران در سال ۱۹۸۴ این‌گونه تعریف کردند: اقدامات شناختی و رفتاری برای مدیریت نیازهای درونی و بیرونی که فراتر از ظرفیت‌های فرد ارزیابی می‌شوند. بر این اساس، استراتژی‌های مقابله‌ای به دو گروه مسئله‌محور و هیجان‌محور تقسیم می‌شوند. در نوع مسئله‌محور، تلاش فرد در جهت تغییر شرایط استرس‌زا است؛ درحالی‌که در نوع هیجان‌محور، تلاش‌ها در جهت کاهش عواقب هیجانی استرس است [۷]. مهارت‌های مقابله‌ای عوامل محافظت‌کننده‌ی مهمی در مقابل خودکشی هستند؛ به‌طور مثال، رفتارهای مقابله‌ای سالم مانند کوچک‌نمایی (توانایی کم‌اهمیت کردن بار وقایع استرس‌زا)، جایگزینی (توانایی مقابله با وقایع استرس‌زا از طریق رفتارهای جایگزین) و نقشه‌کشی (توانایی جمع‌آوری اطلاعات برای برنامه‌ریزی و جست‌وجو به‌منظور یافتن راه‌حل‌های جایگزین برای مشکلات) در گروه اقدام‌کننده به خودکشی به‌طور معناداری کمتر دیده می‌شود [۸]. در جمعیت دانشجویان نیز ارتباطی منفی میان روش‌های مسئله‌محور و میزان استرس دریافتی و افکار خودکشی و ارتباطی مثبت میان روش‌های هیجان‌محور و میزان استرس دریافتی و افکار خودکشی نشان داده شده است [۹].

در مطالعات پیشین، ارتباط استراتژی‌های مقابله‌ای با برخی اختلالات مانند بیماری‌های مزمن، اختلال استرس پس از سانحه و سرطان بررسی شده است [۱۰-۱۲]. در مقالاتی نیز سبک‌های مقابله‌ای در بیماران نجات‌یافته از سوختگی و خودسوزی بررسی شده است [۱۳-۱۶]؛ اما بر اساس جست‌وجوی محققان، تاکنون مطالعه‌ای در این خصوص در ایران درباره‌ی بیماران سوختگی انجام نشده است. با توجه به تفاوت عوامل فرهنگی و اجتماعی در جوامع مختلف، در این مطالعه، سبک‌های مقابله‌ای در افراد اقدام‌کننده به خودسوزی و ارتباط آن‌ها با مشخصات دموگرافیک و نشانگرهای سوختگی بررسی می‌شود.

روش کار

گروه مورد بررسی در این مطالعه مقطعی، تمام بیماران بستری‌شده به‌دلیل خودسوزی در مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) مشهد بودند که از اسفند ۱۳۹۶ تا اسفند ۱۳۹۸ به‌صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. تعدادی از بیماران مراجعه‌کننده به این مرکز اذعان به خودسوزی داشتند و پس از اخذ رضایت وارد مطالعه شدند. گروهی نیز خودسوزی را انکار کردند؛ اما با توجه به برخی شواهد مانند سوختگی سر، گردن و قسمت‌های فوقانی تنه، از همراهان آن‌ها در مورد خودسوزی پرسیده شد و آن‌ها خودسوزی را تأیید کردند. این گروه نیز پس از اخذ رضایت وارد مطالعه شدند. تمام بیماران واردشده به این پژوهش پرسش‌نامه‌ی شیوه‌های مقابله‌ای جلیوس (Jalowiec coping styles) را تکمیل کردند. این پرسش‌نامه شامل ۶۰ سؤال

سبک‌های مقابله‌ای هم‌بستگی معناداری یافت نشد. تفاوت معناداری میان قومیت‌های مختلف، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات و پیامد با سبک‌های مقابله‌ای مشاهده نشد (جدول ۲). میانگین درصد سوختگی و ABSI در افراد مورد مطالعه به ترتیب، $23/3 \pm 45/3$ و $2/9 \pm 8/8$ بود. کمترین میانگین درصد سوختگی و نیز کمترین میانگین ABSI مربوط به افرادی بود که به‌طور غالب، از سبک مقابله‌ای مواجهه‌ای استفاده می‌کردند. بیشترین میانگین درصد سوختگی مربوط به افراد با سبک مقابله‌ای غالب هیجانی بود و بیشترین ABSI به‌طور مساوی، مربوط به افراد با سبک‌های مقابله‌ای غالب طفره‌آمیز، خوش‌بینانه، بدبینانه و هیجانی بود (جدول ۳). در میان افراد مورد مطالعه، ۴۳ نفر سوختگی درجه‌ی سه و تنها یک نفر سوختگی درجه‌ی دو داشت که این فرد سبک مقابله‌ای غالب بدبینانه داشت. تفاوت معناداری میان درصد سوختگی، ABSI و درجه‌ی سوختگی با سبک‌های مقابله‌ای مشاهده نشد.

درصد، ۲ نفر حمایت‌جویانه (۴/۵ درصد) و ۳ نفر خوداتکایی (۶/۸ درصد) بود. سبک مقابله‌ای غالب هیچ‌یک از افراد خوش‌بینانه یا تسکینی نبود. در این مطالعه، ۲۹ نفر (۶۵/۹ درصد) ترخیص شدند و ۱۵ نفر (۳۴/۱ درصد) در سیر بستری فوت کردند. مشخصات زمینه‌ای بیماران در جدول ۱ ذکر شده است. در بین مردان، بیشترین سبک مقابله‌ای غالب سبک هیجانی (۵۸/۳ درصد) بود. سبک‌های خوداتکایی و بدبینانه به‌طور مشترک (حدود ۱۶/۷ درصد) جایگاه بعدی را داشتند. در بین زنان نیز بیشترین سبک مقابله‌ای غالب سبک هیجانی (۴۷/۷ درصد) بود.

در بررسی انجام‌شده، مردان به‌طور معناداری بیشتر از زنان از سبک مقابله‌ای هیجانی استفاده می‌کردند ($P = 0/05$)؛ اما در مورد سایر سبک‌های مقابله‌ای، تفاوت معناداری بین مردان و زنان مشاهده نشد. همچنین، در بررسی هم‌بستگی سن با نوع سبک مقابله‌ای، هم‌بستگی معکوس و معناداری بین سن و سبک مقابله‌ای هیجانی یافت شد ($r = -0/35$ و $P = 0/02$)؛ اما میان سن و سایر

جدول ۱: مشخصات زمینه‌ای نمونه‌ها

متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	
جنسیت	مرد	۲۷/۳	
	زن	۷۲/۷	
وضعیت تأهل	مجرد	۲۲/۷	
	متأهل	۷۲/۷	
	مطلقه	۴/۵	
	فارس	۵۴/۵	
قومیت	ترک	۹/۱	
	کرد	۲۰/۵	
	افغان	۹/۱	
	سایر	۶/۸	
	بی‌کار	۲۰/۵	
شغل	کشاورز	۶/۸	
	دام‌دار	۲/۳	
	خانه‌دار	۲۷/۳	
	کارمند	۴/۵	
	دانش‌آموز	۲/۳	
	کارگر	۲۲/۷	
	دانشجو	۲/۳	
	سایر	۱۱/۴	
	آخرین مدرک تحصیلی	بی‌سواد	۱۱/۴
		نهیض	۲/۳
ابتدایی		۳۱/۸	
راهنمایی		۳۴/۱	
متوسطه		۹/۱	
دانشگاهی		۹/۱	
سایر		۲/۳	

جدول ۲: ارتباط سبک مقابله‌ای غالب با قومیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل و پیامدهای مختلف

سبک مقابله‌ای غالب							
P-value	خودتکاپی	حمایت جویانه	هیجانی	بدبینانه	طرفه‌آمیز	مواجهه‌ای	
۰/۶۲	۲ (۸/۳)	۱ (۴/۲)	۱۰ (۴۱/۷)	۷ (۲۹/۲)	۱ (۴/۲)	۳ (۱۲/۵)	فارس
	۱ (۲۵)	۱ (۲۵)	۱ (۲۵)	۱ (۲۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	ترک
	۰ (۰)	۰ (۰)	۶ (۶۶/۷)	۲ (۲۲/۲)	۰ (۰)	۱ (۱۱/۱)	کرد
	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۵۰)	۱ (۲۵)	۱ (۲۵)	۰ (۰)	افغان
۰/۸۲	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۶۶/۷)	۰ (۰)	۱ (۳۳/۳)	۰ (۰)	سایر
	۱ (۱۰)	۰ (۰)	۵ (۵۰)	۲ (۲۰)	۰ (۰)	۲ (۲۰)	مجرد
	۲ (۶/۲)	۲ (۶/۲)	۱۴ (۴۳/۸)	۹ (۲۸/۱)	۳ (۹/۴)	۲ (۶/۲)	متأهل
	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	مطلقه
۰/۷۶	۱ (۲۰)	۰ (۰)	۲ (۴۰)	۲ (۴۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	بی‌سواد
	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	نهضت
	۱ (۷/۱)	۰ (۰)	۷ (۵۰)	۴ (۲۸/۶)	۰ (۰)	۲ (۱۴/۳)	ابتدایی
	۰ (۰)	۲ (۱۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	۰ (۰)	راهنمایی
	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۵۰)	۱ (۲۵)	۰ (۰)	۱ (۲۵)	متوسطه
	۱ (۲۵)	۰ (۰)	۲ (۵۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۲۵)	دانشگاهی
	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	سایر
۰/۳۴	۰ (۰)	۰ (۰)	۵ (۵۵/۶)	۲ (۲۲/۲)	۱ (۱۱/۱)	۱ (۱۱/۱)	بیکار
	۱ (۳۳/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۶۶/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)	کشاورز
	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	دام‌دار
	۰ (۰)	۲ (۱۶/۷)	۴ (۳۳/۳)	۳ (۲۵)	۲ (۱۶/۷)	۱ (۸/۳)	خانه‌دار
	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۵۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۵۰)	کارمند
	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	دانش‌آموز
	۱ (۱۰)	۰ (۰)	۷ (۷۰)	۲ (۲۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	کارگر
	۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	دانشجو
۰/۲۲	۰ (۰)	۰ (۰)	۳ (۶۰)	۱ (۲۰)	۰ (۰)	۱ (۲۰)	سایر
	۲ (۶)	۰ (۰)	۱۶ (۵۵)	۸ (۲۷)	۱ (۳)	۲ (۶)	ترخیص
	۱ (۶)	۲ (۱۳)	۵ (۳۳)	۳ (۲۰)	۲ (۱۳)	۲ (۱۳)	فوت

گزارش نتایج به‌صورت فراوانی (درصد) است. از آزمون Chi square استفاده شد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار درصد سوختگی و ABSI بر اساس سبک‌های مقابله‌ای مختلف

سبک مقابله‌ای غالب	درصد سوختگی	ABSI
مواجهه‌ای	۳۸/۶ ± ۲۱/۸	۷/۸ ± ۲/۴
طرفه‌آمیز	۵۰	۱۰
خوشبینانه	۵۴ ± ۱۹/۳	۱۰ ± ۳
بدبینانه	۴۸/۳ ± ۲۲/۵	۱۰ ± ۲
هیجانی	۵۶	۱۰
تسکینی	۴۴/۴ ± ۲۵/۳	۸/۷ ± ۳/۲
حمایت جویانه	۵۲/۱ ± ۲۵/۸	۹/۴ ± ۳/۷
خودتکاپی	۳۷/۵ ± ۴۱/۷	۸ ± ۴/۲
P-value	۰/۹۴	۰/۹۰

از آزمون ANOVA استفاده شد.

۴۷/۷ درصد) و در یک‌چهارم افراد، بدبینانه (۲۵ درصد) بود. مردان به‌طور معناداری، بیشتر از زنان از سبک مقابله‌ای هیجانی استفاده می‌کردند. در مورد سایر سبک‌های مقابله‌ای، تفاوت معناداری بین مردان و زنان مشاهده نشد. در بررسی ارتباط سن با نوع سبک

بحث

در این مطالعه، اغلب شرکت‌کنندگان را زنان (۷۲/۷ درصد) تشکیل می‌دادند و میانگین سن شرکت‌کنندگان $۳۰/۲ \pm ۱۳/۱$ سال بود. سبک مقابله‌ای غالب در تقریباً نیمی از افراد، هیجانی

دارد [۲۶]. در مطالعه‌ی دیگری که در سال ۱۳۸۶، کدیور و همکاران درباره‌ی جامعه‌ی دخترهای دانشجوی اقدام‌کننده به خودکشی و گروه کنترل در تهران انجام دادند، یافته‌های تحقیق نشان داد که بین سبک‌های مقابله‌ای و اقدام به خودکشی، ارتباط معنادار وجود دارد. به‌طوری که دختران دانشجوی اقدام‌کننده به خودکشی بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌محور و کمتر از سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌محور استفاده می‌کردند [۲۷]. همچنین، در مطالعه‌ی خدیری و همکاران در سال ۱۳۹۳، مشخص شد که استفاده از راهبرد مقابله‌ای مسئله‌محور ارتقای سلامت روان را به دنبال دارد و افرادی که سلامت روانی پایینی دارند، از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور بیشتر استفاده می‌کنند [۲۸]. در پژوهش دیگری در ایران در سال ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۵، سبک‌های مقابله‌ای بر اساس پرسش‌نامه‌ی جلیوس در افراد اقدام‌کننده به خودکشی بررسی شد. در این مطالعه نیز مشابه مطالعه‌ی کنونی، بیشترین سبک مقابله‌ای غالب سبک هیجانی و کمترین سبک مقابله‌ای غالب سبک تسکینی بود؛ اما به‌خلاف مطالعه‌ی کنونی، در سبک هیجانی تفاوت معناداری بین دو جنس نبود، بلکه در سبک تسکینی تفاوت معناداری بین دو جنس مشاهده شد [۲۹].

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵، Kildal و همکاران انجام دادند، هیچ ارتباطی بین راهبردهای مقابله‌ای و ویژگی‌های آسیب در بیماران دچار سوختگی به‌جز در افرادی که سوختگی با ضخامت کامل بیش از ۱۰ درصد داشتند، وجود نداشت. استراتژی مقابله‌ای اجتنابی با وضعیت کار، وضعیت تأهل و شرایط زندگی مرتبط بود و با پیامد بد در این بیماران همراهی داشت؛ درحالی‌که حمایت عاطفی سودمندترین استراتژی بود [۳۰]. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۲، Willebrand و همکاران درباره‌ی افراد دچار سوختگی انجام دادند، نشان داده شد که افرادی که استراتژی اجتنابی را ترجیح می‌دهند و از سایر سبک‌های مقابله‌ای استفاده نمی‌کنند، سال‌ها پس از سوختگی، ویژگی‌های ناسازگارتر و وضعیت سلامت ضعیف‌تری را نشان می‌دهند [۱۵]. در مطالعه‌ی دیگری که Braš و همکاران در سال ۲۰۰۷ انجام دادند، به‌خلاف مطالعه‌ی ما، تفاوت آماری معناداری بین جنسیت در سبک‌های مختلف مقابله‌ای در افراد دچار سوختگی وجود نداشت، سبک مقابله‌ای اجتنابی با سطوح بالاتری از اضطراب، افسردگی و ناامیدی همراه بود و درصد کل سوختگی سطح بدن ارتباطی با سبک‌های مقابله‌ای نداشت [۳۱].

در این مطالعه، برای نخستین بار، سبک‌های مقابله‌ای بر اساس پرسش‌نامه‌ی جلیوس در افراد اقدام‌کننده به خودسوزی بررسی شد و هیچ‌یک از افراد سبک مقابله‌ای غالب خوشبینانه یا تسکینی نداشتند و در نتیجه، ارتباط مشخصات دموگرافیک، درصد سوختگی، ABSI و درجه‌ی سوختگی با این دو سبک قابل بررسی نبود. با توجه به نبود سبک‌های مقابله‌ای غالب خوشبینانه و تسکینی در افراد مورد مطالعه، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی، بازه‌ی زمانی مطالعه افزایش یابد تا

مقابله‌ای، هم‌بستگی معکوس با شدت متوسط و معناداری بین سن و سبک مقابله‌ای هیجانی یافت شد؛ اما میان سن و سایر سبک‌های مقابله‌ای، هم‌بستگی معناداری یافت نشد. همچنین، تفاوت معناداری میان قومیت‌های مختلف، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، درصد سوختگی، ABSI و درجه‌ی سوختگی با سبک‌های مقابله‌ای مشاهده نشد.

در این مطالعه، زنان درصد بیشتری از جامعه‌ی آماری را به خود اختصاص می‌دادند (۷۲/۷ درصد) که این موضوع با نتایج حاصل از مطالعه‌ی سعادت‌ی و همکاران همخوانی داشت [۱۹]؛ اما در تضاد با نتایج مطالعه‌ی Moniz و همکاران بود که در پرتغال انجام شده است [۲۰]. می‌توان مسائل فرهنگی را یکی از علل این تفاوت مطرح کرد. همچنین، در مطالعه‌ی ما، بیشتر افراد قومیت فارس داشتند که با توجه به مکان انجام تحقیق مورد انتظار است؛ با وجود این، ۲۰/۵ درصد از افراد قومیت کرد داشتند که درخور توجه است. بر اساس مطالعات پیشین، مناطق کرمانشاه، ایلام و کردستان درصد زیادی از موارد خودسوزی در کشور را به خود اختصاص می‌دهند [۱]. بنابر نظر برخی پژوهشگران، این آمار بالا ریشه در مسائل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و روان‌شناختی دارد [۲۱]. در مطالعه‌ی کنونی، ۷۲/۷ درصد از افراد متأهل بودند و ۳۰ نفر از ۴۴ نفر اختلافات خانوادگی را یکی از علل اقدام به خودسوزی مطرح کردند. احمدی و همکاران اختلافات خانوادگی را یکی از عوامل خطر اصلی خودسوزی مطرح کردند [۲۲]. بنابراین، غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر و آموزش روابط بین‌فردی سالم و سبک‌های مقابله‌ای کارآمد را می‌توان اقدام پیشگیرانه‌ی مؤثری در نظر گرفت. در این مطالعه، ۸۸/۶ درصد از افراد تحصیلات زیردیپلم داشتند. در مطالعه‌ی اپیدمیولوژیکی که محمدی و همکاران در جنوب ایران انجام دادند، ۶۳/۲ درصد از افراد اقدام‌کننده به خودسوزی تحصیلات زیردیپلم داشتند [۲۳]. بنابراین، به نظر می‌رسد اقدام به خودسوزی در افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر شیوع بیشتری داشته باشد. در مطالعه‌ای که در آن، میزان خودکشی در استان خراسان رضوی در سال ۱۳۹۳ تا سال ۱۳۹۴ بررسی شد، بیشتر افراد در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال، مؤنث، متأهل و دارای تحصیلات راهنمایی و متوسطه بودند که مشابه با نتایج حاصل از مطالعه‌ی کنونی است [۲۴]. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۲۰ در چین، Liang و همکاران انجام دادند، ارتباط منفی برخی از سبک‌های مقابله‌ای فعال با خودکشی و ارتباط مثبت برخی دیگر از سبک‌های مقابله‌ای مانند خودحواس‌پرتی، سوء‌مصرف مواد، انحراف رفتاری، تخلیه و سرزنش خود با خودکشی مشاهده شد [۲۵]. به‌خلاف نتایج حاصل از مطالعه‌ی ما، در مطالعه‌ای که شمسی‌خانی و همکاران در ایران در سال ۱۳۸۸ درباره‌ی جامعه‌ی افراد اقدام‌کننده به خودکشی انجام دادند، یافته‌های پژوهش نشان داد که از نظر وضعیت تأهل، اغلب افراد مجرد بودند. همچنین، در این مطالعه، مشخص شد که افراد اقدام‌کننده به خودکشی دچار نقص در مهارت‌های مقابله‌ای هستند که نقش مهمی در سلامت روان

تضاد منافع

نتایج این مطالعه با منافع نویسندگان در تعارض نیست.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با شناسه‌ی IR.MUMS.MEDICAL.REC.1399.385 تأییدیه دارد. همچنین، از تمام بیماران رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی کتبی دریافت شده است.

سهم نویسندگان

نویسنده‌ی اول (پژوهشگر اصلی): تنظیم پروپوزال، گردآوری داده، تدوین بخش‌های مختلف طرح، نگارش پیش‌نویس مقاله (۲۵ درصد)؛ نویسنده‌ی دوم (پژوهشگر اصلی): ایده‌پردازی، طراحی پروژه، معاینات بالینی، مشارکت در تدوین بخش‌های مختلف طرح، ویرایش علمی مقاله (۲۵ درصد)؛ نویسنده‌ی سوم (پژوهشگر همکار): مشاور علمی طرح، معاینات بالینی، مشارکت در تدوین بخش‌های مختلف طرح، تفسیر نتایج (۲۵ درصد)؛ نویسنده‌ی چهارم (پژوهشگر همکار): مسئول مکاتبات، مشاور آماری، تدوین بخش روش‌شناسی طرح، نگارش مقاله (۲۵ درصد).

حمایت مالی

دانشگاه علوم پزشکی مشهد حامی مالی این طرح است.

با احتمال بیشتری بتوان ارتباط این دو سبک مقابله‌ای را نیز با مشخصات دموگرافیک، درصد سوختگی، ABSI و درجه‌ی سوختگی بررسی کرد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه، نشان داده شد که مردان اقدام‌کننده به خودسوزی بیشتر از زنان از سبک مقابله‌ای هیجانی استفاده می‌کنند. همچنین، رابطه‌ی معکوسی میان سن و سبک مقابله‌ای هیجانی یافت شد؛ بنابراین، به نظر می‌رسد با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سالم به افراد در معرض خطر، به ویژه مردان جوان، بتوان تا حدودی از بروز خودسوزی و عوارض ناشی از آن پیشگیری کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی مقطع دکتری حرفه‌ای پزشکی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد (کد پایان‌نامه: ۹۹۱۷ P) و (کد طرح: ۹۹۰۳۵۳) است. نویسندگان از حمایت‌های معاون پژوهشی دانشگاه قدردانی می‌کنند.

REFERENCES

- Rezaie L, Hosseini SA, Rassafiani M, Najafi F, Shakeri J, Khankeh HR. Why self-immolation? A qualitative exploration of the motives for attempting suicide by self-immolation. *Burns*. 2014;**40**(2):319-27. PMID: 23891233 DOI: 10.1016/j.burns.2013.06.016
- Ahmadi A, Mohammadi R, Schwebel DC, Khazaie H, Yeganeh N, Almasi A. Demographic risk factors of self-immolation: a case-control study. *Burns*. 2009;**35**(4):580-6. PMID: 19264410 DOI: 10.1016/j.burns.2008.06.012
- Dastgiri S, Pourafkary N. Epidemiology of self-immolation in the North-West of Iran. *European Journal of General Medicine*. 2005;**2**(1):14-9. DOI: 10.29333/ejgm/82260
- Sayemiri K, Tavan H, Shohani M, Valizadeh R. Forms of Self-immolation in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2021;**15**(1):e83774. DOI: 10.5812/ijpbs.83774.
- Aghakhani N, Lopez V, Parizad N, Baghaei R. "It was like nobody cared about what I said?" Iranian women committed self-immolation: a qualitative study. *BMC Women's Health*. 2021;**21**(1):1-7. DOI: 10.1186/s12905-021-01221-8
- Amirmohamadi Z, Soltaninejad A, Nikmorad AR, Mirsharafoddini HS, Moghadam MB. Self-immolation Oriented Behaviors in young Militaries A Review article. *International Journal of Current Research and Academic Review*. 2014;**2**(6):188-96.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. *Springer publishing company*. 1984.
- Kumar PS, George B. Life events, social support, coping strategies, and quality of life in attempted suicide: A case-control study. *Indian J Psychiatry*. 2013;**55**(1):46-51. PMID: 23439644 DOI: 10.4103/0019-5545.105504
- Asghari F, Sadeghi A, Aslani K, Saadat S, Khodayari H. The survey of relationship between perceived stress coping strategies and suicide ideation among students at University of Guilan, Iran. *Int J Educ Res*. 2013;**1**(11):111-8.
- Valentiner DP, Foa EB, Riggs DS, Gershuny BS. Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. *J Abnorm Psychol*. 1996;**105**(3):455-8. PMID: 8772016 DOI: 10.1037//0021-843x.105.3.455
- Snow-Turek AL, Norris MP, Tan G. Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*. 1996;**64**(3):455-62. PMID: 8783309 DOI: 10.1016/0304-3959(95)00190-5
- Littleton H, Horsley S, John S, Nelson DV. Trauma coping strategies and psychological distress: a meta-analysis. *J Trauma Stress*. 2007;**20**(6):977-88. PMID: 18157893 DOI: 10.1002/jts.20276
- Rietschel CH, Reese JB, Hahn AP, Fauerbach JA. Clinical and psychiatric characteristics of self-inflicted burn patients in the United States: comparison with a nonintentional burn group. *J Burn Care Res*. 2015;**36**(3):381-6. PMID: 25051519 DOI: 10.1097/BCR.000000000000100
- Andrews RM, Browne AL, Drummond PD, Wood FM. The impact of personality and coping on the development of depressive symptoms in adult burns survivors. *Burns*. 2010;**36**(1):29-37. PMID: 19880256 DOI: 10.1016/j.burns.2009.06.202
- Willebrand M, Andersson G, Kildal M, Ekselius L. Exploration of coping patterns in burned adults: cluster analysis of the coping with burns questionnaire (CBQ). *Burns*. 2002;**28**(6):549-54. PMID: 12220912 DOI: 10.1016/s0305-4179(02)00064-5.
- Wu J, Zhai J, Liu GX. Coping strategies of eight patients with significant burn injury. *Journal of burn care & research*. 2009;**30**(5):889-93. PMID: 19692908 DOI: 10.1097/BCR.0b013e3181b48773.
- Bagherian Sararoudi R, Mahmmodi M, Ahmadzadeh G. Coping styles among diabetic patients. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2009;**12**(1):9-17.
- Tahir S, Memon AR, Kumar M, Ali SA. Prediction of mortality after major burn: physiological versus biochemical measures. *Wounds*. 2009;**21**(7):177-82.

- PMID: 25903515
19. Saadati M, Azami-Aghdash S, Heydari M, Derakhshani N, Rezapour R. Self-immolation in Iran: systematic review and meta-analysis. *Bull Emerg Trauma*. 2019;7(1):1-8. PMID: 30719460 DOI: 10.29252/beat-070101
 20. Moniz P, Casal D, Mavioso C, Videira-Castro J, Angélica-Almeida M. The self-inflicted burns-Typology and its prognostic relevance in a 14-year review of self-inflicted burns in a tertiary referral centre. *Burns*. 2011;37(2):322-7. PMID: 21115293 DOI: 10.1016/j.burns.2010.07.014
 21. Mansourian M, Taghdisi MH, Khosravi B, Ziapour A, Özdenk GD. A study of Kurdish women's tragic self-immolation in Iran: a qualitative study. *Burns*. 2019;45(7):1715-22. PMID: 31202529 DOI: 10.1016/j.burns.2019.05.012
 22. Ahmadi A, Mohammadi R, Schwebel DC, Yeganeh N, Soroush A, Bazargan-Hejazi S. Familial risk factors for self-immolation: a case-control study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18(7):1025-31. PMID: 19558309 DOI: 10.1089/jwh.2008.1192
 23. Mohammadi AA, Karoobi M, Erfani A, Shahriarirad R, Ranjbar K, Zardosht M, et al. Suicide by self-immolation in southern Iran: an epidemiological study. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1646. PMID: 33143680 DOI: 10.1186/s12889-020-09778-z
 24. Khadem Rezaiyan M, Jarahi L, Moharreri F, Afshari R, Motamedalshariati SM, Okhravi N, et al. Epidemiology of suicide attempts in Khorasan Razavi province, 2014-2015. 2017;13(2):128-35.
 25. Liang J, Kölves K, Lew B, De Leo D, Yuan L, Abu Talib M, et al. Coping strategies and suicidality: A cross-sectional study from China. *Front Psychiatry*. 2020;11:129. PMID: 32231596 DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00129
 26. Shamsikhani S, Shamsikhani S, Falahi M, Rahgozar M, Rahgouy A. Coping styles and suicide. *The dawn of health*. 2009;8(3):10.
 27. Kadivar P, Zahedi F. The Coping Styles and Suicide Attempted among the Female Undergraduate Students. *Social welfare*. 2007;6(25):111-32.
 28. Khedri B, Dabaghi P. Evaluating the relationship between coping styles and mental health of soldiers[link].
 29. Khajedalui M, Khatibi Moghadam H, Goldani F, Nojar A, Khadem-Rezaiyan M. Coping strategies in suicide attempters. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2021;23(5):317-22.
 30. Kildal M, Willebrand M, Andersson G, Gerdin B, Ekselius L. Coping strategies, injury characteristics and long-term outcome after burn injury. *Injury*. 2005;36(4):511-8. PMID: 15755433 DOI: 10.1016/j.injury.2004.06.013
 31. Braš M, Lončar Z, Brajković L, Gregurek R, Mičković V. Coping with severe burns in the early stage after burn injury. *Coll Antropol*. 2007;31(1):159-63. PMID: 17598395