

تجارب استرس در زنان نجات یافته از خودکشی

پوران حیدری^۱، تهمینه فرج خدا^۲، زهره خاوری^۳، مهشید بکایی^۴، نیره ناصری^۵

چکیده

مقدمه: استرس جزء لاینفک زندگی انسان است اما میزان بیش از حد یا طولانی مدت آن مضر بوده و سبب تغییر در رفتار، حالات هیجانی و بحرانی می‌شود که در بروز و افزایش رفتارهای منجر به خودکشی نقش عمده‌ای دارد. زنان دلیل این که با تنش و استرس‌های متعددی در سطح جامعه مواجه بوده، افرادی آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند، بلکه به دلایل متعدد با تنش و استرس‌های بیشتری در سطح جامعه مواجه‌اند. شناخت ماهیت تجارب این افراد در پی بردن به نیازهای سلامتی و ایمنی، حمایت و پیشگیری از عواقب مخرب ناشی از آن ضروری است. یکی از افرادی که نقش مهم و کلیدی در تأمین، حفظ، ارتقا و یاری نمودن زنان و ایفاء نموده، پرستاران می‌باشند. پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب استرس در زنان نجات یافته از خودکشی انجام گرفته است.

روش: این پژوهش از نوع توصیفی بوده که به روش کیفی و به روش پدیدارشناسی انجام گرفت. مشارکت‌کنندگان در تحقیق را ۱۰ نفر از زنان نجات یافته از خودکشی بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌دادند. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه عمیق استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش کلایزی انجام گرفت. به منظور دستیابی به موثق بودن داده‌ها از معیارهای بازنگری ناظرین و مشارکت‌کنندگان در پژوهش استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش مشتمل بر، مفاهیم متعددی بودند که در دو مفهوم اصلی پدیدار گردیدند: ۱- زندگی در استرس که شامل زیر مفهوم‌های، استرس‌های بیرونی و درونی و ۲- مقابله با استرس که حاصل زیر مفهوم‌های، رفتارهای سازگارانه و رفتارهای ناسازگارانه بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، تجارب افراد برای مقابله با شرایط پر استرس نشان می‌دهد در مواقعی که رفتارهای سازگارانه مؤثر به خصوص با توسل به معنویات شرایط بحرانی را با کمترین آسیب پشت سر گذاشته‌اند. در شرایط زندگی پر استرس کنونی نه تنها باید به فکر کاهش استرس‌ها بود، بلکه با افزایش مهارت‌های سازگارانه نظیر اعتقادات مذهبی می‌توان شرایط را به سمت مطلوب تغییر داد. آشنایی با شیوه‌های سازگاری مناسب به خصوص در پیشگیری از خودکشی مستلزم برنامه‌ریزی‌های وسیع و جامعی است.

کلید واژه‌ها: خودکشی، استرس، زنان، نجات یافته از خودکشی، پدیدارشناسی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱/۱۶

۱ - مربی عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: heidaripooran@yahoo.com

۲ - دانشجوی دکترای بهداشت باروری و مربی عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۳ - مربی عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۴ - مربی عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۵ - مربی عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد واحد نجف آباد

مقدمه

خودکشی سرنوشتی است که فرد، خود آن را رقم می‌زند. این پدیده آشکار کننده خواسته‌های برآورده و ارضاء نشده، عقده‌ها، سرخوردگی‌ها، احساس بی‌پناهی، تضادهای شدید، فشارهای روانی و ... می‌باشد (۱). علی‌رغم این که همه افراد با تجربه استرس شدید اقدام به خودکشی نکرده ولی با این حال همه افرادی که خودکشی کرده‌اند استرس‌هایی را تجربه کرده بودند (۲).

خودکشی تقریباً ۰/۹٪ کل مرگ‌ها بوده و عامل مرگ روزانه، حدود ۱۰۰۰ نفر از جمعیت دنیا می‌باشد (۳). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰ تقریباً ۱/۵۳ میلیون نفر از خودکشی خواهند مرد. میزان اقدام به خودکشی حتی ۱۰-۲۰ برابر بیشتر از میزان وقوع مرگ و میر ناشی از خودکشی خواهد بود. به عبارتی هر ۲۰ ثانیه یک مرگ و هر ۲-۱ ثانیه یک تلاش به خودکشی رخ خواهد داد (۴).

مقایسه میزان خودکشی در زنان و مردان نشان می‌دهد با وجود بالا بودن میزان خودکشی در مردان، زنان بیشتر در معرض خودکشی قرار دارند (۵) و بر اساس آمارهای منتشره، میزان تلاش به خودکشی در زنان ۳ الی ۴ برابر بیش از مردان است (۶) که این نسبت در کشورهای آسیا، اروپای شرقی، آمریکای لاتین، اروپای شمالی به طور قابل توجهی بیشتر بوده است (۷).

زیوتوفسکی و همکاران (۲۰۰۵) گزارش کرده‌اند زنان تأثیرپذیری بیشتری نسبت به مردان در برابر استرس دارند. پژوهشگران مذکور در مطالعه دیگری نیز نشان دادند به طور کلی زنان در مقایسه با مردان نه تنها از استرس‌های بیشتری رنج می‌برند، بلکه این استرس‌ها منجر به علایم جسمی و پریشانی‌های روحی بیشتری نیز در آنان می‌گردد (۸). ویراچ (۲۰۰۱) اظهار می‌دارد انگیزه‌های ناگهانی و اقدام به خودکشی در مقابله با استرس و حوادث استرس‌زای زندگی، در زنان بیشتر از مردان مشاهده شده (۹) و نیز اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان از سنین پایین‌تری شروع می‌شود و مهم‌ترین عوامل اقدام به خودکشی در این افراد قرار گرفتن در معرض خشونت و سوء رفتار نسبت به آن‌ها می‌باشد (۱۰).

مرگ‌های ناشی از خودکشی در همه کشورهای دنیا، روندی رو به افزایش داشته است. با وجود آن که

میزان خودکشی در ایران، بسیار کمتر از کشورهای صنعتی غرب، بوده، اما با این حال در طی دو دهه اخیر افزایش نشان داده است (۱۱). طبق آمار معاونت اجتماعی در سال ۱۳۸۰ از هر صد هزار نفر ۶/۳۶ نفر اقدام خودکشی کرده‌اند که این رقم در سال ۱۳۷۹ معادل ۵/۰۳ خودکشی در هر صد هزار نفر بوده است که این نشانگر افزایش آمار خودکشی در کشور می‌باشد (۱۲) همچنین با استناد به آمار سال ۱۳۸۲ وزارت بهداشت و درمان آموزش میزان اقدام به خودکشی در کشور روزانه حداقل ۱۱ نفر با میانگین سنی ۲۹ سال بوده است. آمار خودکشی منجر به فوت در استان اصفهان به نسبت جمعیت آن تعداد ۴۲ مورد در سال ۱۳۸۰ گزارش شده است (۱۳).

خودکشی نتایج متفاوتی نظیر ناتوانی و معلولیت، افزایش هزینه درمان در این افراد و فرزندان بی‌سرپرست در سطح جامعه به همراه دارد که این امر سبب افزایش بزهکاری فرزندان و عدم ادامه تحصیل و ... شده که خود به طور فزاینده‌ای مشکلات موجود در جامعه را تشدید می‌کند (۱۴).

خودکشی در مقایسه با سایر انواع مرگ‌ها، مرگی فاجعه‌آمیز اما قابل پیشگیری محسوب می‌شود (۱۵) تیم مراقبت در مقابل ارایه مراقبت صحیح برای بیمار و خانواده پاسخگو هستند. از میان عوامل متعدد پیشگیری از خودکشی می‌توان به نقش ارایه‌کنندگان خدمات سلامت از جمله پرستاران اشاره نمود. وجود پرستاران در سطح جامعه به عنوان هماهنگ‌کننده در پیشگیری از خودکشی و یا مراقبت بسیار مفید و مؤثر است. آن‌ها با نقشی که در سلامت عمومی دارند می‌توانند در گسترش و پیشبرد قوانین و طرح‌های مختلف در این زمینه کمک کنند (۱۶). به علاوه دیدگاه معاصر و امروزی در مورد سلامت زنان بسیار گسترده است و پرستاران در این دیدگاه دارای جایگاهی اساسی به منظور یاری زنان در جهت حفظ و اعتلاء سلامتشان می‌باشند، پرستاران بهداشت جامعه می‌توانند به بررسی نیازهای سلامتی در امر پیشگیری پرداخته و ایمنی آن‌ها را از این طریق تضمین کنند (۱۷).

از آنجایی که خودکشی نه تنها زندگی فرد بلکه خانواده، خویشاوندان، دوستان و همکاران و جامعه را تحت تأثیر قرار داده و بار سنگین مراقبتی-درمانی را بر نظام سلامت تحمیل می‌کند، لذا نقش مراقبتی-حمایتی پرستاران در پیشگیری و ارایه خدمات مناسب بسیار مهم

شرایط یا درخواست شرکت کننده، فرصت و مکان دیگری با توافق وی تعیین شد. مدت هر مصاحبه از ۳۰ الی ۶۵ دقیقه و میانگین آن ۴۵ دقیقه بود. محقق برای راحتی و احساس امنیت مصاحبه شونده، با توافق فرد، مصاحبه‌ها را انجام داد. در این پژوهش، از سؤالات باز پاسخ استفاده شد. مصاحبه با یک سؤال وسیع و کلی «استرس شبیه چیست؟» شروع شد و سپس با استفاده از راهنمایی و جهت‌دهی، سؤالات اضافی برای تشویق و دستیابی به توضیحات بیشتر پرسیده شد. در پایان هر مصاحبه، مطالب ضبط شده و یادداشت‌های در عرصه به متن نوشتاری تبدیل شد. گردآوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل به صورت هم‌زمان انجام شد. این روند تا پایان مطالعه و دستیابی به اشباع داده‌ها ادامه یافت. پس از انجام دو مرحله اول تجزیه و تحلیل (توسط هر یک از محققین به طور جداگانه)، مصاحبه بعدی پس از انجام دو مرحله اول تفسیر و تجزیه و تحلیل مصاحبه قبل، انجام گرفت. پس از اشباع اطلاعات، انجام مصاحبه خاتمه یافته و مرحله آخر تجزیه و تحلیل انجام شد. به منظور حصول اطمینان از موثق بودن داده‌ها، از بازنگری ناظرین و شرکت‌کنندگان استفاده گردید و در صورت نیاز تغییرات لازم انجام شد. علاوه بر این در پژوهش حاضر به منظور افزایش قابلیت انتقال یافته‌ها به موقعیت‌ها یا گروه‌های دیگر، حداکثر تنوع در شرکت‌کنندگان و این که از شیوه‌ها مختلف خودکشی استفاده کرده بودند استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش رعایت شد شامل آگاه نمودن مشارکت‌کنندگان در خصوص اهداف مطالعه، حق انصراف از شرکت در مطالعه در هر زمان از تحقیق، محرمانه نگهداشتن کلیه اطلاعات مربوط به آنان، اعم از فایل‌های صوتی و متن نوشتاری، اخذ رضایت‌نامه، همامنگی جهت زمان و مکان انجام مصاحبه و حق آگاهی از نتایج مطالعه بود.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل سه نفر مجرد و هفت نفر متأهل (ازدواج در سن پایین) با دامنه سنی ۱۶ الی ۳۳ سال و میانگین سنی ۲۵ سال بود، همچنین میزان تحصیلات چهار نفر از آن‌ها تحصیلاتی در سطح ابتدایی، یک نفر راهنمایی و پنج نفر قبل از دیپلم بود. از نظر

است. پژوهش حاضر با روشن‌تر شدن مفاهیم مربوطه، به بررسی تجارب این افراد پرداخته است. درک این تجارب برای حرفه‌های بهداشتی مهم بوده و به خصوص دانش پرستاری را گسترش می‌دهد. به این ترتیب، بصیرت و دانشی غنی درباره این انسان‌های دردمند به دست می‌آید که به ما کمک می‌کند قادر باشیم دنیا را مانند آن‌ها ببینیم. این تحقیق با آرایه تصویری روشن از تجارب انسانی می‌تواند راهنمایی برای عملکرد مراقبین بهداشتی باشد. بنابراین مطالعه با هدف تبیین تجارب استرس در زنان نجات یافته از خودکشی انجام شد.

روش مطالعه

این پژوهش از نوع کیفی بوده که با توجه به هدف مطالعه و این که پدیده مورد نظر در این پژوهش، تجارب انسانی می‌باشند، از روش پدیدارشناسی استفاده شد (۵). جامعه پژوهش شامل زنانی بود که خودکشی را به طور آگاهانه تجربه کرده و جهت مراقبت و درمان در بخش مسمومین بیمارستان نور و علی اصغر و بخش سوختگی و مراقبت‌های ویژه بیمارستان موسی کاظم (ع) در شهر اصفهان بستری شده بودند.

معیار ورود به مطالعه شامل زنانی که خودکشی را به طور آگاهانه برای اولین بار تجربه کرده و منبع گردآوری داده‌ها برای پژوهش، تمایل به شرکت در مطالعه داشتند و همچنین قادر به در اختیار قرار دادن داده مورد نظر بودند و از طرفی خودکشی نیز در آن‌ها با معاینه پزشکی و شواهد موجود محرز گردیده بود. روش نمونه‌گیری نیز بر اساس روش مبتنی بر هدف انجام شد. روش گردآوری داده‌ها مصاحبه و مکالمه ژرف و عمیق و یادداشت‌برداری در عرصه بود. جمع‌آوری داده‌ها تا حصول اشباع داده‌ها ادامه یافت که در پایان تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش به ۱۰ نفر رسید. نمونه‌گیری از تاریخ ۱۳۸۴/۷/۱ الی ۱۳۸۴/۱۰/۳۰ به طول انجامید. تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس روش هفت مرحله‌ای کلایزی گام به گام انجام گرفت.

پس از اخذ مجوز لازم، شرکت‌کنندگان انتخاب گردیدند. نحوه انجام و اهداف مطالعه برای آنان توضیح داده شده و در زمان مناسب و ساعات خلوت بخش اقدام به مصاحبه و ضبط آن گردید و در صورت نامناسب بودن

قرار گرفت. مراحل شکل‌گیری دسته‌ها، خوشه‌ها و مفاهیم محوری در تصاویر ۱، ۲ و ۳ نشان داده شده است. بر اساس مرحله ششم کلایزی به بحث و توصیف یافته‌های پژوهش پرداخته شد و در مرحله پایانی به این سؤال پژوهش که «ساختار پدیده مورد مطالعه چگونه می‌باشد؟» پاسخ داده شد.

مفهوم اول- زندگی در استرس (تصویر شماره ۲)

یکی از مفاهیم اصلی استنباط شده در این پژوهش استرس می‌باشد. یافته‌ها نشان داد، مواجهه با حوادث پر استرس یکی از عوامل اصلی در بروز رفتارهای خودکشی است. که افراد به گونه‌های مختلف آن را تجربه کرده بودند.

۱-۱- استرس‌های درونی

نتایج استخراج شده از داده‌ها آشکار کرد، منشأ بعضی از استرس‌ها افکار خود فرد بوده و شامل احساس و دیدگاه فرد درباره خود، نگرش‌های وی نسبت به دیگران، تفسیر و ارزیابی‌های وی از موقعیت‌ها، حوادث و رفتار دیگران می‌شد.

شرکت‌کننده شماره (۳):

«من به آدمی هستم که نمی‌دونم حالا به قول بعضی‌ها مظلومم یا بی‌زبونم، یا هر چی... گاهی وقت‌ها خیلی از دست خودم ناراحت می‌شوم. نمی‌دانم باید چه کار کنم.»

شرکت‌کننده شماره (۴):

«دایم به خودم می‌گم برای چه درسم را رها کردم. کار اشتباهی کردم. اشتباه من از اینجا بود. خیلی پشیمونم.»

شرکت‌کننده شماره (۹):

«به حرف پدر و مادرم گوش ندادم. درسم را ول کردم. خیلی اشتباه کردم... از بعد از ازدواج همیشه افسوس آن موقع‌ها را می‌خورم. هر وقت فکرم را می‌کنم اعصابم به هم می‌ریزد.»

شرکت‌کننده شماره (۱۰):

«اینقدر گریه می‌کردم می‌گفتم چرا، چرا باید این طور می‌شد. خیلی خودم رو مقصر می‌دانم.»

سایر یافته‌ها در این خصوص شامل: دست نیافتن به آرزوهای قلبی و ناکامی، عدم علاقه به همسر، پشیمانی از تصمیمات اشتباه نظیر ترک تحصیل و ازدواج، احساس به بازی گرفته شدن، تضاد بین افراد که خود نیز

اشتغال نیز سه نفر تأمین‌کننده مخارج خانواده (یک نفر آرایشگر، نانواپی در خانه و کار در منازل دیگران)، شش نفر خانه‌دار و یک نفر محصل بودند. چهار نفر از شرکت‌کنندگان به دلیل خودسوزی با نفت و بنزین، یک نفر رگ زنی، یک نفر با خوردن بنزین، سه نفر با خوردن قرص و یک نفر با بلعیدن تریاک اقدام به خودکشی کرده بودند (جدول شماره ۱).

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش کلایزی (Colaizy) و به شرح زیر انجام شده است. در مرحله اول، مطالب اصلی هر مصاحبه استخراج و به همان صورت (زبان شرکت‌کنندگان) نوشته شد. به منظور هم احساس شدن با تجربیات و توصیفات شرکت‌کنندگان کلیه متون بازخوانی شد. در مرحله دوم، هر متن مرور شده و عبارات مهم استخراج گردید. در این مرحله، واژه‌ها و عبارات مهم و مرتبط با پدیده خودکشی از متون مصاحبه استخراج گردید. سپس در مرحله سوم، معنای هر عبارت مهم توضیح داده شد. محقق با مفهوم بخشیدن به هر یک از واحدها معنای استخراج شده تلاشی نمود تا معانی را خلاصه کند. در مرحله چهارم تجزیه و تحلیل، معنای خلاصه به صورت دسته‌هایی از درونمایه‌ها سازماندهی شدند. که محقق جهت موثق و معتبر نمودن مطالب به توصیف اصلی شرکت‌کنندگان رجوع نمود. همچنین به اختلافات میان و یا مابین دسته‌های گوناگون توجه کرده و به دسته‌بندی مفاهیم خلاصه شده به درون دسته‌های خاص پرداخت است. در مرحله پنجم کدها به صورت دسته‌های مرتبط با هم در یک دسته کلی‌تر و سپس خوشه‌هایی قرار گرفتند که از این خوشه‌ها مفاهیم محوری به دست آمد.

از مجموع یافته‌های این پژوهش، تعداد ۵۲ کد به دست آمد. مفهوم محوری «زندگی در استرس» شامل خوشه «استرس‌های درونی» و خوشه «استرس‌های بیرونی» بود که به ترتیب حاوی کدهای ۱ الی ۱۳ و کدهای ۱۴ الی ۳۷ بود. کدهای ۳۸ الی ۴۲ نیز دسته «توسل به معنویات» و کدهای ۴۳ الی ۴۵ دسته «پذیرش شرایط» را به وجود آورد از این دسته‌ها خوشه «رفتار سازگاران مؤثر» ایجاد شد. کدهای ۴۶ الی ۵۲ خوشه ناسازگاری و «رفتار سازگاران غیر مؤثر» را به وجود آورد دو خوشه ذکر شده در مفهوم محوری «مقابله با استرس»

را از خود نشان داده بودند که در دو دسته کلی تحت عنوان، رفتار سازگارانۀ مؤثر و رفتار سازگارانۀ غیر مؤثر قرار گرفت (تصویر شماره ۳).

۲-۱- رفتار سازگارانۀ مؤثر

تطابق با استرس صرف‌نظر از نتایج آن در گروهی بسیج و هماهنگی همه تلاش‌ها در جهت کنترل موقعیت است (۱۸). در شرایط زندگی پراسترس مهارت سازگاری قادر است شرایط را تغییر داده و یا بهبودی را افزایش دهد (۱۹).

مفاهیم استخراج شده از تجارب شرکت‌کنندگان پژوهش، شامل دو زیر مفهوم پذیرش شرایط و توسل به معنویات است که این موضوع را به خوبی آشکار می‌کند.

پذیرش شرایط

شرکت‌کنندگان در این پژوهش راه‌های متفاوتی را در مقابله با عوامل استرس‌زا بودند که گویای مقابله یا تسلیم در برابر این عوامل بود. آن‌ها به مواردی از قبیل پرداختن به یک شغل، گذشت و نادیده گرفتن، صبر و ... اشاره نمودند که به چند نمونه از آن اشاره می‌شود:

شرکت‌کننده شماره (۳):

« الان شوهرم نیست. تنهام. آرایشگری می‌کنم. توی خانه. باید یک جوری ساخت دیگه.»
شرکت‌کننده شماره (۵):

« با نداریش ساختم، با همه چیزش ساختم ...»

« خوب قبلاً بوده بعضی مسایل ولی همیشه گذشت کردم. چون واقعاً دوستش دارم ...»

« هر چی اذیت شدم نه پدرم نه مادرم نه خواهرم هیچ کس نفهمید. حتی چند دفعه، چند دفعه خیانت بهم کرده. حتی دوران عقد فهمیدم با یکی رفیق است ولی بازم گذشت کردم. باهاس به خوبی حرف زدم. گفت باشه می‌گذارم کنار. بعد از چند نفر دوباره فهمیدم آره هنوز رابطه داره ولی بازم ندید گرفتم.»

شرکت‌کننده شماره (۱۰):

« خوب او همش پی رفیق است. کار نمی‌کنه. هر چقدر صبر کردم دیدم فایده نداره به خودم و بچه‌هام سخت می‌گذرد. الان من خودم خرج و مخارج را خودم در می‌آورم.»

با توجه به توصیف شرکت‌کننده در جهت سازگاری با وقایع منفی مشهود است در اصل هدف آن‌ها در اکثر موارد حفظ کانون خانواده و مراقبت از فرزندان بوده است.

در آن نقش داشته و ... بودند که در زیر مفهوم استرس‌های درونی قرار گرفتند.

۲-۲- استرس‌های بیرونی

نتایج نشان داد عواملی چون از دست دادن شغل، جدایی، مرگ یکی از عزیزان و ... منجر به مشکلات شدید اقتصادی و اجتماعی شده که در آسیب‌پذیری تعدادی از شرکت‌کنندگان نقش اساسی داشت. شرکت‌کننده شماره (۱):

« همین است و نان شیم. هیچ پس اندازی، همین بوده کار می‌کردیم می‌خوردیم. تا حالا یک جوری زندگی را می‌گذرانیدیم.»

شرکت‌کننده شماره (۷):

« توی روستا زندگی می‌کنیم، خانه‌داری، کشاورزی هم می‌کنیم. شوهرم هم کشاورزی می‌کند. همیشه مشکل داریم. دیگه خسته شدم.»

شرکت‌کنندگان در تجارب خود به عوامل دیگری که زمینه‌ساز استرس بوده، اشاره کردند که شامل استرس‌های فرهنگی و اجتماعی می‌شدند.

شرکت‌کننده شماره (۵):

« فکر طلاق رو کرده بودم، ولی وقتی طلاق بگیری بدتره. مردم طلاق رو بد می‌دونند. توی این جامعه دیگه جای نداره.»

شرکت‌کننده شماره (۳):

« اوادم توی یک شرایطی زندگی کردم که مثل خانواده خودم نبودند برام یک سری مشکلات ایجاد کردند و یک سری سختی‌ها داشتیم ... با خانواده شوهرم مشکل داشتیم.»

شرکت‌کننده شماره (۷):

« به خاطر این که همیشه اذیت می‌کرد. می‌گفت خانه بابات نرو، خانه‌دایی خودت نرو، خانه عمو و ... از این حرف‌ها.»

مفهوم دوم- مقابله با استرس

تأثیر استرس در افراد بسته به توانایی آن‌ها متفاوت است. ولی در هر صورت فرد در برابر آن واکنش نشان داده که این واکنش تحت تأثیر سیستم حمایتی، تعاملات، درک شخص و موقعیت عاطفی متفاوت بود و به عبارتی با این وسیله خود را با شرایط وفق می‌دهد.

شرکت‌کنندگان این پژوهش در مقابله با حوادث استرس‌زا و شرایط بحرانی مواجه شده و رفتارهای متفاوتی

توسل به معنویات

معنویت یکی از انواع استراتژی‌های سازگاری بسیار قوی بود که شرکت‌کنندگان این تحقیق در شرایط حساس به کار برده و ذکر نمودند که بارها مانع از اقدام آن‌ها به خودکشی شده است.

شرکت‌کننده شماره (۶):

«وقتی سختی بهم فشار می‌آورد، نماز می‌خواندم. لاله... می‌گفتم. نمی‌دانم اون روز چرا اینجور شد. نمی‌دانم»

شرکت‌کننده شماره (۹):

«صدقه هم ندادم. آخه همیشه این کار را می‌کردم»

شرکت‌کنندگانی که در این مطالعه برای مقابله با استرس و کنترل بر رفتار خود به معنویات متوسل شده بودند نسبت به سایرین موفق‌تر بوده و تحمل بیشتری داشتند.

۲-۲- رفتار سازگارانه غیر مؤثر و ناسازگاری

در این پژوهش تعدادی از نمونه‌ها پس از مدتی از شرایط زندگی خود خسته شده و در مقابله با استرس‌های موجود دست به رفتارهای ناسازگارانه‌ای نظیر دعوا، جر و

بحث، شکستن ظروف، زدن فرزند خود و از همه مهم‌تر تحدید و اقدام به خودکشی زده بودند. چند مورد از توصیفات شرکت‌کنندگان آورده شده است.

شرکت‌کننده شماره (۱۰):

«اینقدر برام چیز شده بود که بنا کردم ناسازگاری کردن. شوهرم که می‌آمد بنا می‌کردم با او ناسازگاری بهش چیز می‌گفتم.»

شرکت‌کننده شماره (۵):

«رفتم با خواهرم دعوا کردم ... با خواهر خودم نفرین کردم. حتی خواهر کوچکی خودم رو نفرین کردم. گفتم همچنین که زندگی من رو به هم ریختی، زندگیت بهم بریزه.»

شرکت‌کننده شماره (۱):

«پدر مادر که نداشتم از دور و بری‌هام خسته شدم از خونه زدم بیرون»

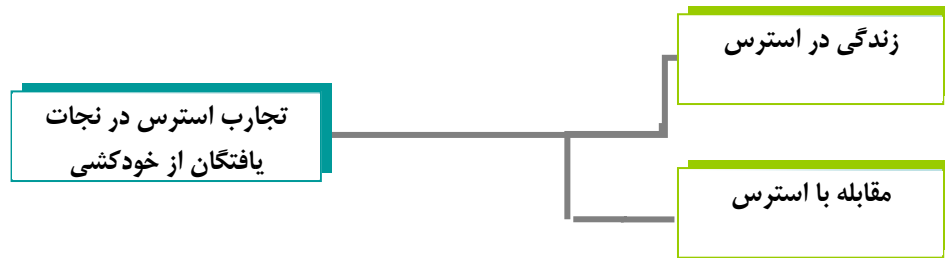
شرکت‌کننده شماره (۶):

«قبلاً هم دعوا کرده بودیم خیلی. نمی‌دانم یک سال بود که کم کم شروع کرد به بداخلاق شدن بداخلاق شدن. همیشه به همه چیز شک داشت من هم تحمل نداشتم باهاش بحث می‌کردم.»

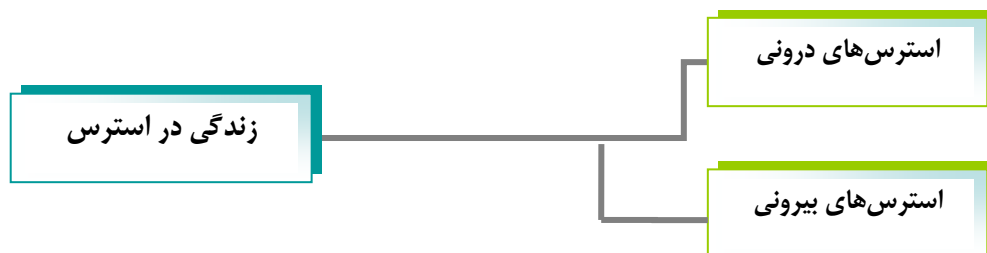
جدول ۱- خصوصیات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

ردیف	سن	وضعیت تأهل	سن ازدواج	میزان تحصیلات	شغل	نحوه خودکشی
۱	۱۸	مجرد	-	ابتدایی	-	بلمیدن تریاک
۲	۱۷	مجرد	-	سوم دبیرستان	محصل	خوردن قرص
۳	۳۰	مجرد	۱۶ سالگی	اول دبیرستان	آرایشگر	خوردن قرص و رگ زنی
۴	۱۶	متاهل	۱۵ سالگی	اول دبیرستان	-	خوردن بتزین
۵	۲۸	متاهل	۱۶ سالگی	دوم دبیرستان	خانه‌دار	خوردن قرص
۶	۲۹	متاهل	۱۳ سالگی	ابتدایی	نانوایی در خانه	خودسوزی با نفت
۷	۳۳	متاهل	۱۴ سالگی	ابتدایی	خانه‌دار	خودسوزی با نفت
۸	۱۶	مجرد	-	اول دبیرستان	-	خودسوزی با نفت
۹	۱۶	متاهل	۱۷ سالگی	راهنمایی	خانه‌دار	خودسوزی با بتزین
۱۰	۳۲	متاهل	۱۶ سالگی	سوم ابتدایی	کار در منزل دیگران	خوردن قرص

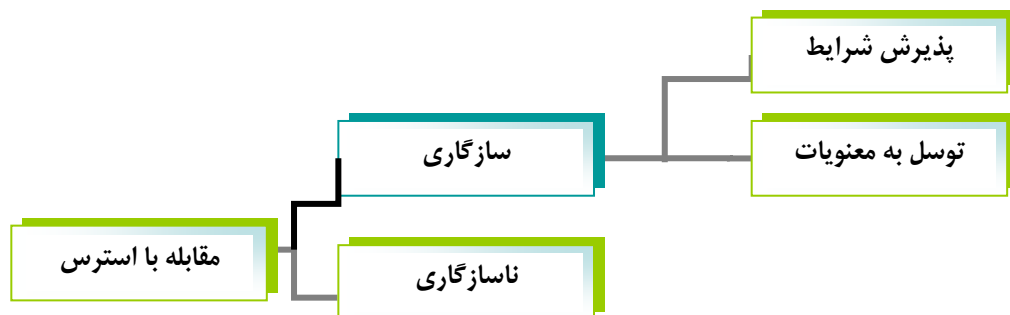
تصویر شماره (۱)



تصویر شماره (۲)



تصویر شماره (۳)



طولانی مدت آن مضر است (۲۰). استرس عامل بسیاری از دردها، ناراحتی‌ها و بیماری‌ها تلقی می‌شود و افراد، آن را پدیده‌ای رنج‌آور و ناخوشایند می‌دانند. استرس طی فرایندهای مختلفی باعث بروز تغییر در فرد می‌شود که با سلامت انسان ارتباط دارد (۱). اگر چه تأثیر آن بسته به توانایی شخص متفاوت است اما در هر صورت فرد در برابر آن واکنش نشان می‌دهد که این واکنش تحت تأثیر سیستم‌های حمایتی، تعاملات، درک شخص و موقعیت عاطفی متفاوت است (۲۱). واکنش‌هایی که شخص از خود بروز می‌دهد، ممکن است منجر به آسیب‌پذیری وی شود (۳).

بحث

مطالعه حاضر، به تبیین تجارب استرس در زنان رهایی یافته از خودکشی، با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی، پرداخته است. مضمون‌های اصلی پدیدار شده از تجزیه و تحلیل بیانات «زندگی در استرس» و «مقابله با استرس» بودند.

بررسی و تجزیه و تحلیل آنچه زنان نجات یافته از خودکشی بیان می‌کنند؛ نشان می‌دهد آن‌ها در معرض منابع مختلفی از استرس‌ها قرار داشتند که در اقدام به خودکشی‌شان مؤثر بوده است. معمولاً هر نوع تنش، فشار و تغییر منجر به استرس شده اما میزان بیش از حد یا

بیوترایز (۲۰۰۰) در تحقیق خود نشان داد عوامل فرهنگی و اجتماعی نقش بسیار مهمی در بروز و یا کنترل این فاکتورها داشته است. فرهنگ نه تنها بر میزان بروز خودکشی تأثیرگذار بوده، بلکه حتی بر الگوهای آن در یک جامعه نیز مؤثر است. بنابراین حمایت‌های اجتماعی در این جوامع اهمیت عمده‌ای در کاهش خودکشی دارد (۱۲).

واکنش‌ها و رفتارهای متفاوت شرکت‌کنندگان در مقابله با حوادث استرس‌زا و شرایط بحرانی، به دو شکل کلی بود که در زیر مفهوم‌های رفتار سازگارانه مؤثری و رفتار سازگارانه غیر مؤثر و ناسازگاری قرار گرفت.

سازگاری به تعادل بین فرد و محیط برمی‌گردد (۱۳). رفتار سازگارانه مؤثری که این مشارکت‌کنندگان داشتند شامل پرداختن به یک شغل، گذشت و نادیده گرفتن، صبر و ... بود. Plancet (۱۹۹۹) در مطالعه خود استراتژی‌های سازگارانه مثبتی که خانواده‌های بحران زده استفاده کرده بودند را نشان داد که شامل دستیابی به حمایت اجتماعی مجدد، جستجوی حمایت معنوی (رفتن به کلیسا، صحبت با روحانی)، بسیج و به حرکت در آوردن کل خانواده جهت رفع مشکل، کمک گرفتن از دوستان، همسایگان و خویشان بود (۱۴).

معنویت یکی از انواع استراتژی‌های سازگاری بود که در تحقیق حاضر حاصل شد. Hefen در مطالعه خود بیان نموده است، معنویت ممکن است به افراد دچار بحران کمک کند تا آن را به خوبی درک کرده و در راه کنترل آن تلاش کنند. همچنین معنویت یک راه رشد و تعالی و پیشرفت محسوب می‌شود (۱۶).

Baldacchno و Droper (۲۰۰۱) طی مطالعه‌ای در مشاهدات خود مطرح نمودند که استراتژی‌های سازگاری معنوی، ارتباط با خدا و اعتقاد به خداوند به عنوان غائی و واقعیت، به افراد در سازش با مشکلات خود بسیار کمک‌کننده است. که این امر به دلیل امید و زنده شدن هدف بوده که آن‌ها را در تحمل درد و رنج شرایط موجود یاری می‌کند. این استراتژی، قدرت فرد را در یافتن هدف و مقصود افزایش می‌دهد. پرستاران می‌توانند با سوق دادن افراد به سوی معنویات سازگاری با شرایط را در آن‌ها بالا ببرند (۱۷).

Zimprich در تحقیق خود ذکر نمود ضعف تناسب بین توانایی شخص، نیازها و موقعیت محیطی منجر به تغییرپذیری در سازگاری و رفتارهای غیر مؤثر در

همان گونه که نتایج استخراج شده از داده‌ها نشان داد، منشأ بعضی از استرس‌ها احساس و دیدگاه فرد درباره خود، نگرش‌های وی نسبت به دیگران، تفسیر و ارزیابی‌های وی از موقعیت‌ها، حوادث و رفتار دیگران بود.

اکثر محققین از جمله Arun (۲۰۰۹) عقیده دارند منابع استرس‌زا متفاوت و زیاد هستند. بعضی از عوامل استرس‌زا، از درون یک فرد منشأ می‌گیرند که شامل عوامل روان‌شناختی و جسمانی است نظیر نگرانی شدید در مورد یک واقعه آسیب‌رسان که ممکن است حتی اتفاق نیافتد (۶).

Weam (۱۹۹۹) نیز در مطالعه خود اظهار نمود که احساس تفاوت و خود کم بینی در برابر دیگران ممکن است فرد را آسیب‌پذیر کرده و در خطر خودکشی قرار دهد (۷). با وجود نقص و محدودیت در سازگاری با شرایط در نوجوانان و جوانان اهمیت توجه به افراد با این گونه استرس‌ها که فرد را ناآگاهانه تحت فشار قرار داده اهمیت بیشتری می‌یابد. کریستوفرسون و همکارانش در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که استرس‌های پنهان به خصوص در افراد جوان بیشتر است که باید در جهت کشف و برطرف کردن آن‌ها تلاش نمود و از بروز در راستای پیشگیری از رفتارهای خودکشی اقدام کرد (۲۲).

سایر عوامل استرس که نقش اساسی در اقدام به خودکشی افراد داشتند استرس‌های بیرونی بودند. مهم‌ترین آن مشکلات اقتصادی ذکر شد. اکثر شرکت‌کنندگان بر آن تأکید داشتند. مطالعات زیادی بر اهمیت این مسأله تأکید نموده‌اند. فقر به عنوان مثال عاملی است که نه تنها فرد بلکه خانواده را با یک توده از استرس‌ها یا انبوهی از حوادث زندگی روبه‌رو می‌کند. ایجاد تغییر در هر یک از اعضای خانواده ممکن است اعضاء دیگر خانواده را و گاهی کل سیستم خانواده را در برگیرد. Plunkett (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای که بر روی ۱۰۷ نفر از اقدام‌کنندگان به خودکشی انجام داد، مشخص کرد، این افراد در مقایسه با دیگران استرس‌های شغلی و اقتصادی بالاتری را تجربه کرده بودند (۱۱). به نظر می‌رسد منشأ این مشکل در جامعه ما اغلب ناشی از کمبود کار و شرایط سخت استخدامی است.

شرکت‌کنندگان در تجارب خود، به سایر موارد زمینه‌ساز استرس اشاره کردند که شامل استرس‌های فرهنگی و اجتماعی بود.

بررسی در خصوص مفاهیم اصلی و زیر مفاهیم استخراج شده در این مطالعه، آن را به صورت یک ساختار واقعی و ضروری خلاصه نموده است. مطالعه حاضر که در جستجوی کشف و توصیف تجارب استرس در نجات‌یافتگان از خودکشی بود، یافته‌ها حکایت از آن داشتند که فرد به هنگام استرس هیجان‌های منفی زیادی را تجربه کرده که مانع از تفکر و تصمیم‌گیری صحیح برای حل مسأله و برطرف کردن آن می‌شود. فقدان اقدامات عملی و سازنده موجب می‌شود که محرک‌های استرس‌زا همچنان ادامه داشته یا عوامل مختلفی (نظیر سرزنش و ملامت خود و دیگران) آن را تشدید کنند که در نهایت موجب می‌شود فرد احساس درماندگی کرده و تصور نماید که هیچ کنترلی بر موقعیت خویش ندارد. راه‌کارهای تطابقی مثبت و فعال به آنان کمک می‌کند تا بهتر با استرس مقابله کنند. استفاده از رویکرد مذهبی موجب می‌شود تا افراد خود را به نیرویی متصل نمایند که به آنان قدرت مواجهه با مشکلات زندگی بدهد. از آنجایی که این نوع مقابله‌ها هم منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند، می‌توانند مقابله‌های بعدی را تسهیل نموده و بنابراین تقویت و به کارگیری آن‌ها تأمین‌کننده سلامت اکثر افراد، است.

کاربرد یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش می‌تواند منبع اطلاعاتی خوبی برای سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، خصوصاً پرستاران باشد. علاوه بر این می‌تواند به توسعه علم پرستاری و اهمیت آن در ارتباط با افرادی آسیب‌پذیر، افرادی که اقدام به خودکشی نموده‌اند، کمک نماید. این یافته‌ها می‌تواند در جهت ارائه درمان و مراقبت از این افراد طی بستری در بیمارستان در اختیار پرستاران، پزشکان و کلیه کسانی که به نحوی با این افراد در ارتباط هستند، قرار گیرد. توصیه می‌شود، کلاس‌هایی در مراکز بهداشتی و درمانی با روش‌های نوین تدریس به خصوص در زمینه چگونگی مقابله با مشکلات و شیوه‌های حل مشکل برگزار و به پرسنل و مددکاران در این مراکز، آموزش کافی داده شود که مراحل بهبود شرایط این افراد از جنبه‌های مختلف پیگیری گردد. به علاوه وقت بیشتری را با مددجویان و بیماران بستری جهت درمان برای خودکشی صرف کنند.

آن‌ها می‌شود (۱۴). دلیل اصلی ناسازگاری مربوط به جنبه‌های مختلف تغییر، انتخاب، عدم تعادل و ... است که هر کدام به گونه‌ای منجر به تغییر می‌شوند. بیشتر تغییرات و دگرگونی‌ها دارای تأثیر ناسازگارانه هستند. از طرفی ناسازگاری ممکن است در اثر ضعف یا نقص در خود فرد باشد که به دلیل عدم توان سازش استرس در زندگی وی تأثیر گذاشته (۱۶) و با معطوف شدن آن به بیرون به شکل رفتارهای خشن، تند و ناسازگارانه بروز کرده و در صورتی که به درون فرد معطوف شود به شکل خودکشی آشکار می‌شود (۲۳). پرستاران به دلیل جایگاه ویژه خود در ارتباط نزدیک با فرد نجات یافته، خانواده و ملاقات‌کنندگان می‌توانند عوامل خطر ساز را شناسایی کرده و اقدامات پیشگیرانه در بروز این گونه رفتارها را به مورد اجرا گذارند.

به طور کلی رسالت اصلی پرستاری ارتقاء سلامت، یاری اعضاء خانواده‌ها در پیش بینی، تشخیص، پیشگیری، مدیریت یا سازش با موقعیت‌های پر استرس است. پرستار می‌تواند مهارت‌های مقابله‌ای را به همراه انجام مراقبت‌ها آموزش دهد (۲۴). از طرفی پرستار قادر است عوامل بالقوه خودکشی را ارزیابی کرده و بداند در چه مواقعی احتمال خطر خودکشی در افراد افزایش یافته و سپس آن‌ها را به طریق مختلف نظیر ارجاع به مشاور یا گروه‌های حمایتی، راهنمایی و کمک کند (۲۵).

به طور کلی از قرار دادن یافته‌های مطالعه حاضر در بستر مطالعات قبلی می‌توان چنین استنباط کرد که هر چند در مورد توصیف و تبیین تجربیات نجات‌یافتگان از پدیده خودکشی هنوز مطالعات زیادی صورت نگرفته، ولی یافته‌ها در مطالعات قبلی هم راستا با مضامینی است که توسط مشارکت‌کنندگان در این مطالعه به عنوان تجارب استرس در زنان نجات یافته از خودکشی مطرح شده است.

نتیجه‌گیری

این مطالعه به تبیین تجارب استرس در زنان نجات یافته از خودکشی پرداخت که منجر به استخراج دو مفهوم اصلی زندگی در استرس شامل زیر مفهوم‌های، استرس‌های بیرونی و درونی و مقابله با استرس متشکل از زیر مفهوم‌های، رفتارهای سازگارانه و رفتارهای ناسازگارانه بود. سپس در مرحله ششم کلایزی، محقق پس از بحث و

محترم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی، معاونت محترم پژوهشی، روسا و پرسنل بیمارستان‌ها و سایر کسانی که با پژوهشگران همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی فراوان می‌کنند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از بیماران شرکت‌کننده در این تحقیق به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان به محققین، ابراز می‌دارند. همچنین از ریاست

منابع

- 1 - Milanifar B. Mental health. first published, Tehran, Ghomss, 1382; P. 69.
- 2 - Eslami Nasab, Suicide Crisis, first Edetion, Ferdousi publisher, Tehran, 1371; P. 60.
- 3 - Latha KS, Reddy H. Patterns of stress, coping styles and social support among adolescents. J Indian Assoc child Adolesc Ment Health. 2006; 3: 5-10.
- 4 - Weyrauch KF, Byrne PR, Katon W, et al. Stressful life events and impulsiveness in failed suicide. Suicide & Life-Threatening Behavior, New York, fall 2001; 31(3): 311.
- 5 - Burns Nancy & Grove Susan K. The practice of nursing research. 4th edition, saunders, Torento, 2001. P. 164.
- 6 - Arun Priti, Chavan B. Stress and suicidal ideas in adolescent students in Chandigarh. Indian Journal of Medical Sciences. Mumbai: Jul 2009; 63(7): 281-286.
- 7 - Waem M, beskow J Runeson B, et al. Suicide feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. 1999; 354(9182): 917.
- 8 - Zivotofsky AZ, Koslowasky M. Gender differences in coping with the major external stress of the Washington. D.Cspring, Stress and Health. Chichester: feb 2005; 21(1): 27.
- 9 - Weyrauch K F, Byrne P R, Katon W, et al. Stressful life events and impulsiveness in failed suicide. Suicide & Life – Threatening Behavior, New York, fall 2001; 31(3): 311.
- 10 - Moos H Rudolf. The mystery of human context and coping: An unraveling of clues. American Journal of community psychology. Feb 2002; 30(1): 67.
- 11 - Ghasemi Q, Asadollahi Q. The amount of contrastive social support, family atmosphere and stressor events in the action of the group to commit suicide and normal, Psychiatry group. the University of Medical Sciences and cure and health services, Isfahan province, 1382.
- 12 - Beautrais Annette. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2000; 34: 436-424.
- 13 - Lindquist TL, Cooper CL. Using lifestyle and coping to reduce job stress and improve health in 'at risk' office workers. Stress Med. 1999 15: 3(143-151,152).
- 14 - Plunkett W, Henry S, Knaub K. Family stressor events, family coping, and adolescent adaptation in farm and ranch families. Adolescence spring 1999; 34(133): 147.
- 15 - Darling CA, Hill EW, McWey LM. Understanding stress and quality of life for clergy and clergy spouses. Stress and Health. 2004; 20: 5(261-277).
- 16 - Lakeman R. What can qualitative research tell us about helping a person who is suicidal. Nursing times. 2010; 106: 33(23-26).
- 17 - Baldacchino, Draper. Spiritual coping strategies: a review of nursing research literature. Journal of Advanced Nursing. June 2001; 34(6).
- 18 - Dirkzwager A, Bramsen I, Vanderploeg H. social support, coping, Life events, and posttraumatic stress symptoms among Former peacekeepers. Personality and Individual Differences. 2002; 32: 115.
- 19 - Bookwala J, Schulz R. A Comparison of primary stressors, scondary stressors and depressive symptoms between elderly care giving husbands and wives: the coregiver health effects study. J Psychol Aging. 2000; 15: 607-616.
- 20 - Pratt HD, Patel DR, Greydanus DE. Child and adolescent neurodevelopment and sport participation, Orthopaedic Sports Medicine. Philadelphia, May 2002. P. 624-34.
- 21 - Noghany F, Shahsavand E. Mental health. first published, Tehran, Salemi, 1382. P. 129.
- 22 - Christoffersen MN, Poulsen HD, Nielsen A. Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. Acta Psychiatrica Scandinavica, Nove. 2003; 108(5): 350.
- 23 - Dong QI. Medical Implications of elder abuse and neglect. Section of Geriatrics. Departmen of Medicine, university of medicine, university of Chicago, 2005.
- 24 - Bomar P J. Promoting health in families. 3th edi, saunders, North Carolina, 2004.
- 25 - Frinsch NC, Frinsch LE. Psychiatric mental health nursing. Second edi, Delmar/Thomson, United States, 2002.

Experiences of stress in rescued women from suicide

Heidari¹ P (MSc.) - FaraJkhoda² T (MSc.) - Khavari³ Z (MSc.) - Bokaie⁴ M (MSc.) - Naseri⁵ N (MSc.).

Introduction: Long term or excessive stress is harmful for human life. It causes behavior and emotional changes. It plays a main role in people suicide. Women not only are vulnerable in society but also face more stresses. Recognizing the nature of these experiences is necessary to find health and safety needs, also prevention of suicide effects. Experiences of stress in rescued from suicide and the nurses play a basic role to support the women to maintenance and promote their health. The study aimed to explore experiences of stress in rescued women from suicide.

Methods: This is a qualitative study with a phenomenological approach. Information resources include women saved from suicide who were confined to bed in hospitals of Isfahan Medical Sciences University. Purposive Sampling had been continued to saturate information. Finally 10 people had participated in this study. Data was collected by using in-depth interviewing and was analyzed by “Colaizy” method. We tried to analyze qualitative data based on valid criteria.

Results: The findings of this research were summarized into four core concepts: life in stress that created from two cluster of internal and external stress, confront against stress have two clusters that included of adaptation and in adaptation behavior.

Conclusion: Findings of this study showed that participants by using effective adaptation behaviors in critical conditions or confront against tremendous stresses (specially, resorting to spirituality's experiences) had lower injuries than the others. In stressful life condition, we should not only decrease stresses but also increase adaptation skills such as spirituality's belief. Learning suitable adaptation methods and preventing suicide, needs wide and comprehensive programming in social, family and economical fields.

Key words: Stress, women, rescued from suicide, phenomenology

1 - Corresponding author: Faculty Member of Shahid Sadoughi of Medical Sciences

e-mail: heidaripooran@yahoo.com

2 - Faculty Member of Shahid Sadoughi of Medical Sciences

3 - Faculty Member of Shahid Sadoughi of Medical Sciences

4 - Faculty Member of Shahid Sadoughi of Medical Sciences

5 - Faculty Member of Islamic University Azad of Najafabad