

بررسی اپیدمیولوژیک خود آزاری در دانش آموزان دبیرستانهای پسرانه شهر تبریز و عوامل موثر بر آن

اصغر محمد پور اصل: مربی اپیدمیولوژی، تیم پژوهشی روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط
E-mail: poorasl@yahoo.com

دکتر مهناز طالبی مقدم: متخصص روانپزشکی، تیم پژوهشی روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر علی فخاری: استادیار روانپزشکی، تیم پژوهشی روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
فاطمه رستمی: کارشناس ارشد آموزش پرستاری کودکان، تیم پژوهشی روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر رضا قلی وحیدی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر سعید دستگیری: استادیار اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۵/۶/۴، پذیرش: ۸۵/۱۱/۲

چکیده

زمینه و اهداف: برآورد دقیقی از شیوع خود آزاری در نوجوانان وجود ندارد. هدف از مطالعه حاضر تعیین شیوع خود آزاری و برخی عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان دوم دبیرستانهای پسرانه شهر تبریز می باشد.

روش بررسی: ۱۷۷۲ نفر از میان دانش آموزان دوم دبیرستانهای پسرانه شهر تبریز بطور تصادفی انتخاب شدند. یک پرسشنامه به منظور کسب اطلاعات در مورد مشخصات دموگرافیک، تجربه خود آزاری، رفتار مصرف سیگار، رفتار خطر پذیر و اعتماد به نفس تکمیل گردید. ارتباط عوامل مختلف با خود آزاری در دانش آموزان با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک بررسی گردید.

یافته ها: از میان ۱۷۷۲ دانش آموز ۷۶ نفر (۴/۳٪)، حدود اطمینان ۹۵٪: ۳/۴-۵/۳ خود آزاری را تجربه کرده بودند. هشت نفر (۱۰/۵٪) حکاکی روی پوست، ۴ نفر (۵/۳٪) سوزاندن، ۹ نفر (۱۱/۸٪) داغ زدن، ۲۷ نفر (۳۵/۵٪) بریدن، ۷ نفر (۹/۲٪) خالکوبی، ۵ نفر (۶/۶٪) کندن پوست و ۱۷ نفر (۲۲/۴٪) از آنها کوبیدن سر به دیوار را ذکر کردند. نتایج نشان داد که تجربه مصرف الکل (OR=۱/۵۲)، داشتن دوستان نزدیک سیگاری (OR=۲/۵۴) و بودن در مراحل پیشرفته مصرف سیگار (OR=۱/۸۶) با خود آزاری در دانش آموزان ارتباط معنی داری دارد.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که شیوع خود آزاری در مقایسه با کشورهای دیگر کمتر است و عواملی مانند سن دانش آموزان، وضعیت مصرف سیگار و مصرف الکل با خود آزاری ارتباط دارد. برای برنامه ریزی اقدامات پیشگیری مطالعات بیشتر و با نمونه های متفاوت نیاز است.

کلید واژه ها: خود آزاری، مصرف سیگار، رفتار خطر پذیر.

مقدمه

مجروح می کنند معمولاً افرادی فاقد محبوبیت و مساله ساز تلقی می شوند که مدارا با آنها مشکل است و بسیاری از آنها دچار مشکلات اجتماعی و فردی شدید بوده و نیاز به مراقبت دارند (۴). خود آزاری به صورت تکراری صورت گرفته و موجب آسیب عمده فرد به خودش می شود. این آسیب ها به حد کافی شدید هستند که موجب آسیب نسبی شوند و شامل انواع مختلف زیر می باشند: بریدن بدن، حکاکی کردن بدن، خراشیدن بدن، سوزاندن خود، گاز گرفتن، شکستن استخوان، کندن پوست، کشیدن مو، داغ زدن و خالکوبی کردن (۷-۵).

تخمین های گذشته شیوع خود آزاری در نوجوانان را بعلا نمونه ها و تعاریف متفاوت، از ۴ تا ۳۸٪ ذکر کرده اند ولی با توجه به این مطالعات می توان بطور متوسط شیوع ۱۰٪ درصد را در نظر گرفت (۱۶-۸). مطالعات نشان می دهند که خود آزاری در نوجوانان و جوانان شایع است و در طبقات اجتماعی پایین بیشتر

مطالعات اپیدمیولوژیک اندکی در مورد خود آزاری (self-injury) وجود دارد. خود آزاری یک حوزه فراموش شده در تحقیقات و اطلاعات ما در مورد اپیدمیولوژی، مراقبت بیمارستانی و سر انجام آن است (۱). طبق مطالعات اخیر خود آزاری بصورت یک پدیده شایع در مدارس و دانشگاهها در آمده ولی وسعت و فهم فرآیند آن هنوز جای تامل دارد (۲). اهمیت این پدیده تا حدی است که در بعضی منابع تاکید شده که این مشکل (خود آزاری) باید بعنوان یک اختلال مجزای روانپزشکی در نظر گرفته شود (۳). Keritman خود آزاری را رفتاری غیر مهلک که در آن شخص عمداً خود را مجروح می کند یا ماده ای را متجاوز از مقدار نسخه شده مصرف می کند، تعریف می کند. در مقایسه با خود کشی، خود آزاری به منظور تغییر احساسات فعلی صورت می گیرد ولی خود کشی به منظور رهایی از احساسات فعلی و پایان دادن به احساسات فعلی است. افرادی که خود را عمداً

دیده می شود. مصرف الکل و سوء مصرف مواد در این افراد شایع تر از جمعیت کلی و درصد بیشتری از این افراد مسایل بهداشت روانی دیر پا دارند (۴). همچنین مطالعات متعددی نشان داده اند که افسردگی یک فاکتور خطر کلیدی برای خود آزاری در نوجوانان و جوانان بوده که در ارزیابی نوجوانانی که خود آزاری دارند بررسی دقیق از این نظر لازم است (۱۷، ۱۸، ۱۹). در یک مطالعه دیگر هم نشان داده شده که افرادی که سابقه خود آزاری دارند، مشکلات بیشتری در توانایی تحمل هیجانات قوی، احساس احترام به نفس و احساس همبستگی با دیگران دارند (۱۹). در کل در بیمارانی که رفتارهای خود آزاری نشان می دهند بطور بارز شکایات یا علائم اضطرابی، افسردگی، خصومت، اختلالات شخصیتی کلاس B، احساس خشم، تجربه های آسیب زا، علائم تجزیه ای و برداشت منفی از اندازه بدن بیشتر دیده می شود (۲۰).

برای کاهش خطر خود آزاری، فهم عوامل خطر مرتبط با این مساله، اهمیت زیادی داشته و اولین قدم در این فرایند نشان دادن وسعت مشکل و سرعت رخ دادن آن و تعیین عوامل مرتبط با آن در نوجوانان است. متناسبانه در کشور ما هیچ مطالعه ای در زمینه خود آزاری به چشم نمی خورد. مقاله حاضر مربوط به مرحله اول مطالعه طولی در رابطه با خود آزاری در نوجوانان است. هدف از مطالعه حاضر تعیین شیوع خود آزاری و برخی عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان دوم دبیرستانهای پسرانه شهر تبریز می باشد.

مواد و روش ها

ابتدا دبیرستانهای پسرانه شهر تبریز در هر ناحیه بر حسب نوع مدرسه به عادی- دولتی، غیر انتفاعی، هنرستان فنی، حرفه ای و کاردانش طبقه بندی گردید. سپس ۳۰ دبیرستان بر حسب نوع مدرسه بطور تصادفی انتخاب گردید و متناسب با تعداد دانش آموزان در هر مدرسه، ۶۸ کلاس به عنوان خوشه از دبیرستانها بصورت تصادفی با در نظر گرفتن رشته تحصیلی انتخاب شد. کل دانش آموزان این کلاس ها ۱۸۳۳ نفر بود که در روز تکمیل پرسشنامه ۴۲ نفر (۲/۳٪) غایب بودند، ۶ نفر (۰/۳٪) نیز حاضر به شرکت در مطالعه نشدند و پرسشنامه ۱۳ نفر (۰/۷٪) از دانش آموزان ناقص و غیر قابل استفاده بود و کلاً ۱۷۸۵ دانش آموز یک پرسشنامه خود-ایفای (self-administered) پاسخ گزین را تکمیل کردند.

به دلیل امکان و تسهیل پیگیری دانش آموزان در مرحله بعدی مطالعه، نمونه تنها شامل دانش آموزان کلاس دوم دبیرستانهای شهر تبریز می باشد. بمنظور اطمینان از پاسخ دانش آموزان، 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.

سوالات پرسشنامه به منظور کسب اطلاعات در مورد مشخصات دموگرافیک، تجربه خود آزاری، رفتار مصرف سیگار، رفتار خطر پذیر، اعتماد به نفس و داشتن برنامه برای رفتن به دانشگاه، طراحی گردیده بود. پرسشنامه بعد از طراحی، برای آزمون قابل فهم و روشن بودن سوالات برای این گروه سنی، در نمونه کوچکی از دانش آموزان پیش آزمایی و بعد از تصحیح و بازنویسی برای آزمون پایایی اندازه گیری های ذهنی، پرسشنامه دو بار با فاصله زمانی دو هفته برای نمونه کوچکی ($n=31$) از دانش آموزان ارائه و همبستگی درونی اندازه گیری های ذهنی تعیین گردید. لازم به اشاره است که این پرسشنامه قبلاً توسط نویسنده اول مقاله در شهر شیراز در بررسی دانش آموزان دوم دبیرستانی مورد استفاده قرار گرفته بود.

اندازه گیری خود آزاری با استفاده از سوال باز بود، به این صورت که از دانش آموزان سوال شده بود که تا به حال خود آزاری (آسیب عمدی به بدن) را تجربه کرده اید؟ در صورت مثبت بودن جواب، خواسته شده بود که نوع آن را ذکر کنند. در بررسی پرسشنامه ها مواردی که خود آزاری محسوب نمی شود (مثل: غذا نخوردن و خود ارضایی جنسی) حذف گردید. سه مرحله برای مصرف سیگار مطابق با مطالعه Kaplan و همکاران (۲۱) بصورت زیر در نظر گرفته شد:

۱- غیر سیگاریها (Never Smoker): نوجوانانی که هرگز سیگار نکشیده اند حتی چند پک.

۲- سیگار آزموده ها (Experimenter): نوجوانانی که سیگار را امتحان کرده اند حتی چند پک، ولی در کل کمتر از ۱۰۰ نخ سیگار مصرف کرده اند.

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

رفتار خطر پذیر مشابه کاپلان و همکارانش (۲۱) با استفاده از سه پرسش به صورت زیر اندازه گیری گردید:

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

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

۳- آیا شما از انجام کارهایی که کمی خطر داشته باشد لذت می برید؟ (رفتار خطر پذیر عمومی). پاسخ به صورت "بلی"، "خیر" و "بی نظر" بود. در تحلیل، هر سه سوال بالا به صورت جداگانه در نظر گرفته شده است.

اعتماد به نفس بوسیله پرسشنامه ۱۰ سوالی اعتماد به نفس رزنبرگ اندازه گیری شده است. این پرسشنامه در سال ۱۹۶۵ ساخته شده و در مطالعات متعدد مورد استفاده قرار گرفته است. در ایران نیز این پرسشنامه اخیراً توسط آیت اللهی و همکاران (۱۳) مورد استفاده قرار گرفته است. هر یک از این ۱۰ سؤال نمره ای از ۱ تا ۴ به خود اختصاص می دهد. گزینه های این سوالات بصورت

بودن در مراحل پیشرفته مصرف سیگار ($OR=1/86$) با خودآزاری در دانش آموزان ارتباط معنی داری دارد (جدول ۲).

بحث

شیوع خود آزاری در این مطالعه در مقایسه با مطالعاتی که در کشور های دیگر انجام گرفته، کمتر است. در مطالعه حاضر ۴۳٪ دانش آموزان خود آزاری را تجربه کرده بودند. نتایج مطالعه ای که رز و هیت (۱۱) در سال ۲۰۰۲ در یک نمونه ۴۴۴ نفری انجام داد، نشان داد که ۱۳/۹٪ از دانش آموزان خود آزاری را تجربه کرده بودند. شیوع خود آزاری در نوجوانان ۱۷-۱۲ ساله هنگ کونگ ۷/۳٪ صد گزارش شده است (۸). همچنین مطالعاتی با نمونه های کوچک و غیر تصادفی در ایالات متحده شیوع خود آزاری را به صورت متفاوت از ۴ تا ۳۸٪ گزارش کرده اند (۱۵-۱۲) و مطالعات بزرگی در انگلستان شیوع خود آزاری در افراد ۱۱ تا ۲۵ ساله را حدود ۱۰ درصد ذکر کرده اند (۱۶). لازم به اشاره است که در این مطالعات نیز ابزار اندازه گیری خود آزاری پرسشنامه بوده که یا به صورت حضوری یا از طریق اینترنت تکمیل شده است. کم بودن شیوع خود آزاری در مطالعه حاضر بعلاوه پایین بودن میانگین سنی (۱۶/۳ سال) نوجوانان شرکت کننده در مطالعه حاضر و کم بودن شیوع رفتارهای خطر پذیر مثل مصرف سیگار، الکل و مواد غیر مجاز در نوجوانان ایرانی در مقایسه با کشور های دیگر می باشد (۲۲، ۲۳).

نتیجه گیری

هدف این مطالعه یافتن ارتباط بین خود آزاری با بعضی متغیر های فردی بود. هر چند متغیر های سن دانش آموزان، رفتار خطر پذیر عمومی، تجربه مصرف الکل، تجربه مصرف مواد غیر مجاز، داشتن دوست سیگاری، وضعیت مصرف سیگار، اعتماد به نفس و معدل دانش آموزان بطور جداگانه با خود آزاری دانش آموزان ارتباط داشتند، ولی تحلیل چند متغیره نشان داد که تجربه مصرف الکل، بودن در مراحل پیشرفته مصرف سیگار و داشتن دوست سیگاری، با خود آزاری در نوجوانان مرتبط می باشد. در مطالعات متعددی نشان داده شده که سن نوجوانان با رفتارهای خطر پذیر ارتباط قوی دارد (۲۲، ۲۴). در مطالعه حاضر نیز با افزایش سن دانش آموزان شیوع خود آزاری بیشتر دیده می شود (جدول ۱). با این حال در تحلیل چند متغیره سن دانش آموزان در مدل لجستیک باقی نمانده است که این مساله را می توان چنین توجیه کرد که در تحلیل چند متغیره عوامل دیگر نقش سن را بعهدده گرفته اند و همچنین به کم بودن تغییرات سن (انحراف معیار = ۰/۸۷) نیز می توان اشاره کرد.

“کاملاً موافقم”، “موافقم”، “مخالقم” و “کاملاً مخالفم” می باشد که به ترتیب نمرات از ۱ تا ۴ به خود اختصاص می دهند. نیمی از پرسش ها همسو و نیمی دیگر نا همسو که هر کدام به شیوه خود نمره داده می شود. دامنه نمرات اعتماد به نفس از ۱۰ تا ۴۰ می باشد که نمرات پایین تر، اعتماد به نفس بالاتر را نشان می دهد. ضریب همبستگی پیرسون نمرات اعتماد به نفس ۳۱ دانش آموز با فاصله زمانی دو هفته ۰/۸۲، و آلفای کرونباخ برای توافق درونی این اندازه گیری ۰/۸۹ بدست آمد.

وضعیت اجتماعی - اقتصادی با استفاده از تحصیلات پدر، تحصیلات مادر و شغل پدر ساخته شد. با توجه به اینکه بین این سه متغیر همبستگی شدیدی وجود دارد، برای جلوگیری از هم خطی در مدل با استفاده از روش تجزیه به مولفه های اصلی (principal component analysis) این متغیر ساخته شد. دانش آموزان با استفاده از این متغیر در یکی از سطوح وضعیت اجتماعی - اقتصادی بالا، متوسط و پایین طبقه بندی شدند.

برای مقایسه میانگین نمرات اعتماد به نفس، معدل و اندازه خانواده در دو گروه دانش آموزان با خود آزاری و بدون خود آزاری از آزمون ویل کاکسون و تی مستقل و برای مقایسه شیوع خود آزاری در سطوح متغیرهای مستقل از آزمون مجذور کای با استفاده از نرم افزار SPSS-10 استفاده شد. محاسبه حدود اطمینان با استفاده از نرم افزار CIA صورت گرفت و تحلیل چند متغیره عوامل مرتبط با خود آزاری با استفاده از روش رگرسیون لجستیک چند متغیره (Multivariate logistic Regression) با استفاده از نرم افزار Epi-info 2000 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها

میانگین سن دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه ۱۶/۳ ± ۰/۸۷ سال (دامنه سنی ۱۹-۱۵) بود. از میان ۱۷۷۲ دانش آموز ۷۶ (۴/۳٪)، حدود اطمینان ۹۵٪: ۳/۴-۵/۳ نفر خود آزاری را تجربه کرده بودند. هشت نفر (۱۰/۵٪) حکاکای روی پوست، ۴ نفر (۵/۳٪) سوزاندن، ۹ نفر (۱۱/۸٪) داغ زدن، ۲۷ نفر (۳۵/۵٪) بریدن (شایعترین نوع خود آزاری)، ۷ نفر (۹/۲٪) خالکوبی، ۵ نفر (۷/۶٪) سوراخ کردن پوست و ۱۷ نفر (۲۲/۴٪) از آنها کوبیدن سر به دیوار را ذکر کردند. جدول ۱ مشخصات دموگرافیک دانش آموزان را بر حسب وضعیت خود آزاری، همراه با معنی داری آنها نشان می دهد.

در تحلیل چند متغیره عوامل مرتبط با خود آزاری در دانش آموزان، متغیرهای سن، معدل در ترم گذشته (یا سال گذشته)، داشتن دوستان نزدیک سیگاری، داشتن رفتار خطر پذیر عمومی، تجربه مصرف الکل، تجربه مصرف مواد غیر مجاز، نمرات اعتماد به نفس و وضعیت مصرف سیگار، وارد مدل رگرسیون لجستیک گردید. نتایج این تحلیل نشان داد که تجربه مصرف الکل ($OR=1/52$)، داشتن دوستان نزدیک سیگاری ($OR=2/54$) و

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک دانش آموزان بر حسب وضعیت خود آزاری

p-value	خود آزاری			خصوصیات
	جمع* تعداد(%)	تعداد(%)	خیر تعداد(%)	
				سن دانش آموزان
< ۰/۰۰۱	۲۹۴(۱۶/۷)	۲۹۰(۹۸/۶)	۴(۱/۴)	۱۵
	۸۶۲(۴۸/۹)	۸۳۳(۹۶/۶)	۲۹(۳/۴)	۱۶
	۴۵۴(۲۵/۸)	۴۲۶(۹۳/۸)	۲۸(۶/۲)	۱۷
	۱۳۱(۷/۴)	۱۱۹(۹۰/۸)	۱۲(۹/۲)	۱۸
	۲۱(۱/۲)	۱۹(۹۰/۵)	۲(۹/۵)	۱۹
				رشته تحصیلی
۰/۳۳	۳۴۸(۱۹/۶)	۳۳۶(۹۶/۶)	۱۲(۳/۴)	ریاضی و فیزیک
	۲۷۴(۱۵/۵)	۲۶۶(۹۷/۱)	۸(۲/۹)	علوم تجربی
	۱۲۶(۷/۱)	۱۱۸(۹۲/۹)	۸(۷/۱)	علوم انسانی
	۴۰۰(۲۲/۶)	۳۷۸(۹۴/۵)	۲۲(۵/۵)	کاردانش
	۶۲۴(۳۵/۲)	۵۹۸(۹۵/۸)	۲۶(۴/۲)	فنی
				طبقه اجتماعی - اقتصادی
۰/۲۳۷	۳۴۹(۲۲/۴)	۳۳۷(۹۶/۶)	۱۲(۳/۴)	بالا
	۸۰۴(۵۱/۷)	۷۶۲(۹۴/۸)	۴۲(۵/۲)	متوسط
	۴۰۲(۲۵/۹)	۳۸۸(۹۶/۵)	۱۴(۳/۵)	پایین
				برنامه ریزی برای رفتن به دانشگاه
۰/۸۷۴	۱۰۱۱(۷۱/۹)	۹۷۶(۹۶/۵)	۳۵(۳/۵)	دارد
	۳۹۵(۲۸/۱)	۳۸۲(۹۶/۷)	۱۳(۳/۳)	ندارد
				زندگی با والدین
۰/۹۹۳	۱۶۴۴(۹۴/۶)	۱۵۷۳(۹۵/۷)	۷۱(۴/۳)	بلی
	۹۳(۵/۴)	۸۹(۹۵/۷)	۴(۴/۳)	خیر
				رفتار خطر پذیر عمومی
< ۰/۰۰۱	۵۵۲(۳۱/۲)	۵۱۲(۹۵/۸)	۴۰(۴/۲)	بلی
	۱۲۱۹(۶۷/۸)	۱۱۸۳(۹۷/۰)	۳۶(۳/۰)	خیر
				تجربه مصرف الکل
< ۰/۰۰۱	۲۲۶(۱۲/۸)	۱۹۰(۸۵/۱)	۳۶(۱۵/۹)	بلی
	۱۵۴۲(۸۷/۲)	۱۵۰۳(۹۷/۵)	۳۹(۲/۵)	خیر
				تجربه مصرف مواد غیر مجاز
< ۰/۰۰۱	۳۶(۲/۱)	۲۹(۸۱/۶)	۷(۱۹/۴)	بلی
	۱۷۱۶(۹۷/۹)	۱۶۴۸(۹۶/۰)	۶۸(۴/۰)	خیر
				داشتن دوست سیگاری
< ۰/۰۰۱	۹۶۷(۶۴/۱)	۹۴۶(۹۷/۸)	۲۱(۲/۲)	۰
	۵۴۲(۳۵/۹)	۴۹۳(۹۱/۰)	۴۹(۹/۰)	≥ ۱
				وضعیت مصرف سیگار
< ۰/۰۰۱	۱۳۶۹(۷۷/۳)	۱۳۴۱(۹۸/۰)	۲۸(۲/۰)	غیر سیگاری
	۳۲۴(۱۸/۳)	۲۹۱(۸۹/۸)	۳۳(۱۰/۲)	سیگار آزموده
	۷۹(۴/۵)	۶۴(۸۱/۰)	۱۵(۱۹/۰)	سیگاری معمول
< ۰/۰۰۱	۱۸/۰۶ ± ۴/۵۱	۱۷/۹۳ ± ۴/۴۶	۲۰/۶۷ ± ۴/۸۶	اعتماد به نفس**
< ۰/۰۰۱	۱۵/۷۱ ± ۱/۹	۱۵/۷۴ ± ۱/۸۹	۱۴/۸۴ ± ۲/۰۱	معدل
۰/۶۳۷	۵/۸۲ ± ۱/۸۳	۵/۷۲ ± ۱/۸۲	۵/۸۲ ± ۲/۱۰	اندازه خانواده

* جمع دانش آموزان بدون توجه به وضعیت خود آزاری
** نمرات بالا نشان دهنده اعتماد به نفس پایین می باشد

جدول ۲: تحلیل چند متغیره عوامل مرتبط با خود آزاری در دانش آموزان

متغیر	نسبت شانس (OR)	حدود اطمینان ۹۵٪	p-value
بالا بودن سن	۱/۰۲	۰/۹۹-۱/۰۴	۰/۲۷۳
داشتن رفتار خطر پذیر عمومی	۱/۵۳	۰/۹۴-۲/۴۹	۰/۰۸۶
تجربه مصرف الکل	۱/۵۲	۱/۱۹-۱/۹۴	<۰/۰۰۱
تجربه مصرف مواد غیر مجاز	۱/۶۷	۰/۶۴-۴/۳۵	۰/۲۹۶
بودن در مراحل پیشرفته مصرف سیگار	۱/۸۶	۱/۲۹-۲/۶۶	<۰/۰۰۱
داشتن دوست سیگاری	۲/۵۴	۱/۴۷-۴/۳۸	<۰/۰۰۱
پایین بودن معدل	۱/۰۱	۱/۰-۱/۰۲	۰/۰۵۷
پایین بودن اعتماد به نفس	۱/۰۳	۰/۹۹-۱/۰۸	۰/۱۴۱

آموزان در هنگام جمع آوری داده، اطلاعات بر پایه گزارش خود دانش آموزان جمع آوری شده و ممکن است از شیوع واقعی کمتر باشد.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که شیوع خود آزاری در مقایسه با کشور های دیگر کمتر بوده و عواملی مانند سن دانش آموزان، وضعیت مصرف سیگار و مصرف الکل با خود آزاری ارتباط دارد. برای برنامه ریزی اقدامات پیشگیری مطالعات بیشتر و با نمونه های متفاوت نیاز است.

تقدیر و تشکر

شایسته است از آقای عادل اسد اللهی کارشناس آموزش و پرورش استان به خاطر کمک در هماهنگی اجرای طرح، از دانشجویان فرهاد وحید، پوریا تاروردیزاده، وحیدپاکپور، محمد رضا شیرینی و سایر دانشجویان به خاطر کمک در جمع آوری داده ها و آماده کردن پرسشنامه ها و از خانمها زهرا و الهام رستمی به خاطر وارد کردن داده ها به کامپیوتر، از تمام دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه و مسئولان و دبیران دبیرستانهای انتخاب شده در شهر تبریز تشکر و قدردانی کنیم. همچنین از تیم پژوهشی روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز به خاطر حمایت مالی طرح، صمیمانه قدردانی می کنیم.

نتایج مطالعه حاضر، مشابه مطالعات گذشته (۲۳، ۲۵)، نشان داد که بین وضعیت مصرف سیگار و مصرف الکل با خود آزاری دانش آموزان ارتباط وجود دارد. اعتماد به نفس عامل مهمی در رفتار نوجوانان است. مطالعات نشان داده اند که افراد با اعتماد به نفس بالا سلامت فیزیکی بهتری داشته و دانش آموزان موفق هستند (۲۶، ۲۷). در مطالعات گذشته ارتباط اعتماد به نفس با خود آزاری بررسی نشده است. با این حال برخی مطالعات نشان داده اند که دانش آموزان با رفتارهای خطر پذیر (مثل مصرف سیگار، الکل و مواد غیر مجاز) اعتماد به نفس پایینی نسبت به سایر دانش آموزان دارند (۲۸، ۲۹). نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که هرچه اعتماد به نفس پایین تر باشد، شیوع خود آزاری در دانش آموزان بیشتر می شود (جدول ۱). این نکته می تواند یک رویکرد جدید در مقابله با رفتارهای خطر پذیر در نوجوانان بوجود بیاورد. یعنی همانطور که با اطلاع رسانی و آموزش بهداشت می خواهیم از رفتارهای خطر پذیر نوجوانان پیشگیری کنیم شاید بتوان با بالا بردن اعتماد به نفس نوجوانان این کار را بطور مؤثرتری انجام داد.

چندین جنبه این مطالعه می تواند کاربرد یافته ها را محدود کند: اول اینکه مقطعی بودن مطالعه تنها می تواند شواهدی برای ارتباط بین متغیرهای مستقل و خود آزاری باشد و علیت را نشان نمی دهد و دیگر اینکه با وجود روش شناسی و شیوه نمونه گیری بسیار رضایت بخش، تعمیم نتایج به علت محدود بودن مطالعه به دانش آموزان دوم دبیرستان و تنها پسران، محدود می شود. همچنین لازم به اشاره است که با وجود اطمینان دادن به دانش

References

- Horrocks J, Price S, House A, Owens D. Self-injury attendances in the accident and emergency department. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 34-39.
- Kokaliari ED, Lanzano K. deliberate self- injury. A consumer- therapist co-run group. A choice or a necessity? *Epidemiol Psichiatr Soc* 2005; 14: 32-8.
- Muehlenkamp JJ. Self- injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopschiatry* 2005; 75: 324-33.
- Gelder M, Mayou R, Cowen P. *Shorter Oxford Textbook of Pschiatry*, 4th ed. Oxford university press, New York, 2001; 520-24
- Self-injury. Maladaptive Behaviors. Virginia Commission on Youth. Accessible in: <http://coy.state.va.us/Modalities/selfinjury.htm>. 2003.

6. What is self-injury? WHY DO ADOLESCENTS SELF-INJURE? Accessible in: <http://www.focusas.com/SelfInjury.html>.
7. Self- injury in adolescents. American academy of child and adolescent psychiatry. Accessible in: <http://www.aacap.org/publications/factsfam/73.htm>. 1999.
8. Wong JP, Stewart SM, Ho SY, Rao U, Lam TH. Exposure to suicide and suicidal behaviors among Hong Kong adolescents. *Soc Sci Med* 2005; **61**: 591-9.
9. Deiter PI, Nicholls SS, Pearlman LA. Self-injury and self capacities: Assisting an individual in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 2000; **56**, 1173-1191.
10. Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. Relationship of dissociation to self- mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1995; **152**, 1788-1792.
11. Ross S, Heath NL. Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2003; **33**, 277-287.
12. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1998; **68**, 609-620.
13. Favazza AR. Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*, 1992; **22**, 60-63.
14. Gratz K L, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2002; **72**, 128-140.
15. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self- injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threatening Behavior*, 2004; **34**, 12-24.
16. Young people and self-harm: A National Inquiry, What do we already know? Prevalence, risk factors, and models of intervention. Retrieved June 29, 2004, from: www.selfharmuk.org.
17. Kumar G, Pepe D, Steer RA. Adolescent psychoatric inpatients self- reported reasons for cutting themselves. *J Nerv Ment Dis* 2004; **192**: 830-6.
18. 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; **22**: 369-78.
19. Deiter PJ, Nicholls SS, Pearlman LA. Self-injury and self capacities: assisting an individual in crisis. *J Clin Psychol* 2000; **56**: 1173-91.
20. Claes L, Vandereycken w, Vertommen H. Self-injury behaviours. *European Eating Disorders Review* 2003; **11**: 379-398.
21. Kaplan CP, Napoles - springer A, Stewart SL, Perez - stable EJ. Smoking acquisition among adolescents and young Latinas: the role of socioenvironmental and personal factors. *Addict Behav* 2001 ; **26** (4) : 531- 50.
22. Ayatollahi SAR, Mohammadpoorasl A, Rajaeefard, A. Predicting the stages of smoking acquisition in the male students of Shiraz's high schools. *Nicotine & Tobacco Research*, 2005; **7**, 845-851.
23. Mohammadpoorasl A, Vahidi RG, Fakhari A, Rostami F, Dastghiri S. Substance abuse in Iranian high school students. *Addictive Behaviors* 2007; **32**(3): 622-627.
24. Donovan JE. Adolescent alcohol initiation: A review of psychosocial risk factors. *Journal of Adolescent Health*, 2004; **35**: 529.e7- 529.e18.
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; **332**, 1058-1061.
26. Ruiz SY, Roosa MW, Gonzales NA . Predictors of self-esteem for Mexican American and European youths: a re-examination of the influence of parenting. *J Fam psychol* 2002; **16**: 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; **19**: 33-40.
28. Glendinning A, Inglis DJ. Smoking behavior in youth: the problem of self-esteem. *Adolesc* 1999; **22**: 673-82.