

اثربخشی آموزش خودمراقبتی بر نوجوانان دچار خشونت خانگی و کاهش میل به خودکشی در آنها

آسیه مداحی پور

مددکار اجتماعی

چکیده

هدف از این تحقیق بررسی اثربخشی آموزش خودمراقبتی بر نوجوانان دچار خشونت خانگی و کاهش میل به خودکشی در آنها بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان مراجعه کننده به بیمارستان شهر دهدشت در سال ۱۴۰۳ بود. افراد شناسایی شده ۳۰ مورد بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بعد از اتمام آموزش‌ها بر روی گروه آزمایش، از هر دو گروه آزمایش و گواه پس از ازمون با اجرای پرسشنامه افکار خودکشی بک انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی شامل شاخص‌های گرایش مرکزی و شاخص‌های پراکندگی نمرات شرکت کنندگان مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در سطح استنباطی با توجه به برقراری مفروضه‌ها آمار پارامتریک از آزمون تحلیل کواریانس در محیط نرم افزار SPSS استفاده شد. یافته‌ها حاکی از آن بود که؛ آموزش خودمراقبتی بر نوجوانان دچار خشونت خانگی تاثیرگذار بوده است و موجب کاهش میل به خودکشی در آنها شده است. بنابراین آموزش روش های خودمراقبتی برای نوجوانان امری مهم و ضروری است و نوجوانی که مهارت خودمراقبتی در مقابل خشونت‌های خانگی داشته باشد می‌تواند در مقابل چالش‌های زندگی مقاوم‌تر و منطقی‌تر رفتار کند.

واژگان کلیدی: خودمراقبتی، خشونت خانگی، میل به خودکشی، نوجوانان.

مقدمه

یکی از مشکلات عمده در نظام سلامت در تمام جهان، خودکشی است (Rojas & et al, 2022). خودکشی و اقدام به آن در اجلاس سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ یک مساله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضداجتماعی اعلام شد. هر ساله یک میلیون نفر در جهان خودکشی می کنند (Lin, Lin & Chen, 2022). و در ۴۵ سال اخیر ۶۰ درصد افزایش داشته است (Schure & et al, 2022). پدیده خودکشی در میان کودکان، نوجوانان و جوانان کم سن و سال در جهان مشکلی است که در سال های اخیر در دنیا به شکلی جدی رو به رشد بوده است. افسردگی و میل به خودکشی، هر دو نوعی اختلالات روانپزشکی هستند که می توانند درمان شوند. به همین دلیل است که تشخیص به موقع آنها و همچنین علل زمینه سازشان از اهمیت بالایی برخوردار است تا بتوان بر اساس آن، و پس از یک تشخیص جامع، برنامه درمانی مناسبی را برای بیمار پیاده نمود و همچنین مداخلاتی موثر را برای پیشگیری از بروز مرگ و میر و یا به حداقل رساندن پیامدهای مرگبار به کار گرفت.

در جهان متداول ترین روش های اقدام به خودکشی، آویزان کردن خود، مسمومیت با سموم دفع آفات و استفاده از اسلحه گرم است (Bachmann, 2018). خودکشی در ایران صرف نظر از برخی سال ها، به طور کلی روندی افزایشی را طی کرده و از ۲۸۴۰ نمونه خودکشی منجر به مرگ در سال ۱۳۸۰، به ۵۱۴۳ مورد در سال ۱۳۹۸ رسیده است (۸۱ درصد افزایش). بیشترین میانگین میزان خودکشی طی سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۸ مربوط به استان های ایلام (۱۷/۳)، کرمانشاه (۱۳/۶) و لرستان (۱۱/۱) است. کمترین میانگین میزان خودکشی نیز در سال های یادشده، مربوط به استان های سیستان و بلوچستان (۲/۱)، خراسان جنوبی (۲/۷) و یزد (۲/۸) است. در مجموع، میزان خودکشی در کشور به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، از ۴/۲ در سال ۱۳۸۰ به ۶/۲ در سال ۱۳۹۸ رسیده است و حدود ۴۴ درصد رشد را نشان می دهد (علیوردی نیا، ۱۴۰۰).

در بسیاری از فرهنگ ها، خودکشی عملی ننگین، گناه آلود، شرم آور و نشانه رفتارهای خودخواهانه یا فریب کارانه تلقی می شود. این باورها هم در جامعه و هم در بین کسانی که افکار خودکشی دارند، وجود دارد (Benton, 2022). خودکشی و رفتار خودکشی گرایی (مثل اندیشه پردازی، نقشه خودکشی و اقدام به خودکشی) یک مساله پراهمیت و قابل توجه است. افکار خودکشی گرایی با خطر قابل توجه اقدامات چندانگانه، افزایش هزینه های مربوط به مراقبت از سلامت و رنج و عذاب افراد رابطه دارد. افکار خودکشی گرایانه نسبت به خودکشی موفق شایع تر است و به عنوان یک عامل خطرناک عمده برای رفتار خودکشی گرایی مورد توجه قرار می گیرد (Depp & et al, 2023). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۲)، علل خودکشی را بسیار پیچیده و مختلف می داند که می توانند در پنج عامل روان شناختی، زیستی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی طبقه بندی شوند.

یکی از علل میل به خودکشی نوجوان از طریق ناملايمات خانوادگی و خشونت های ایجاد شده از سوی والدین است، خشونت خانگی^۱ با پیامدهای متعدد مخرب سلامتی همراه است؛ اقدام به خودکشی یا میل به خودکشی از جمله پیامدهای این نوع خشونت در حوزه سلامت است. اصطلاح خشونت خانوادگی را می توان در خصوص تمامی بدرفتاری های خانوادگی اعم از بدرفتاری با همسر و فرزند، زن آزاری و خشونت زناشویی به کار برد (Leslie, & Wilson, 2020). خشونت خانگی دربرگیرنده کلیه رفتارهای هجومی و سرکوب گرانه مانع

¹ Domestic violence

حملات فیزیکی، حملات روانی، فشارهای اجتماعی و فشارهای اقتصادی است (توسلی و منیری‌فر، ۲۰۰۹). خشونت خانگی در تمام جوامع و در بین همه اقشار جامعه دیده می‌شود و خاص طبقه‌ای از جامعه و یا کشوری خاص نیست.

واژه لغوی خشونت در فرهنگ ایرانی به معانی گوناگونی آمده است که عبارت‌اند از: درشتی کردن، درشت خویی، تندخویی، زبری (عمید، ۱۳۸۹). و زمختی، ناهمواری، بی‌رحمی، درشتی، ضدلینت و نرمی (معین، ۱۳۸۹). در مواجهه با خشونت، تعریف مشخص و یکسانی در جوامع مختلف با وجود فرهنگ‌ها و سوابق دینی دیده نمی‌شود و همین ابهام در تعریف، خود باعث باز تولید خشونت در جوامع مختلف شده است. برخی خشونت را به معنای ایجاد محدودیت و نظارت شدید بر فرد دیگر دانسته و برخی خشونت را به معنای ایجاد محدودیت و نظارت شدید بر فرد دیگر دانسته و برخی خشونت را به معنای هر نوع رفتاری که منجر به صدمه زدن به فرد می‌شود می‌دانند، حال این مسئله مطرح می‌شود که این رفتارهای خشونت آمیز چیست؟ به عبارتی بهتر؛ این مسئله به تصورات افرادی که این گونه رفتارها را تجربه می‌کنند و تصورات افرادی که آن را مشاهده می‌کنند، بستگی دارد. برخی از محققین معتقدند که رفتارهایی خشونت آمیز محسوب می‌شوند که با قصد آسیب رساندن صورت پذیرد (ساسان پور، ۱۳۹۴). این اوصاف تعریف خشونت می‌تواند دایره گسترده‌ای از مفاهیم خشونت اعم از آسیب جسمی، ضرب و جرح، تهدیدهای عاطفی، محدودیت‌ها و تحقیر و تمسخر و ... را در برگیرد. در عین حال باید توجه داشت این رفتارها مؤلفه‌های اصلی خشونت مانند آزار و اذیت یا تهدید به آنها، غیر قانونی بودن و استفاده از زور را باید داشته باشد.

خشونت خانگی، به‌عنوان شایع‌ترین نوع خشونت علیه نوجوانان، هر نوع اقدام خشونت‌آمیز جنسیتی است که منجر به آسیب‌های بدنی، جنسی، روانی و یا افزایش احتمال بروز آن در نوجوانان شود و اقداماتی که برای آنها رنج‌آور بوده و یا به محرومیت اجباری از آزادی‌های فردی یا اجتماعی منجر گردد. این نوع خشونت‌ها، اگرچه معمولاً در حریم خانواده رخ می‌دهند، اما زندگی نوجوانان را در همه عرصه‌های عمومی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهند از این‌رو، منجر به پیامدهای تخریب‌کننده درون خانواده، جامعه و پیشرفت اقتصادی اجتماعی می‌شود (Kalokhe, & et al, 2017). خشونت^۲ پدیده‌ای تاریخی است که در ادوار گذشته نیز وجود داشته است. اما علیرغم پیشرفت‌های روز افزون بشری، این پدیده هنوز هم پابرجا است و فارغ از ملیت، نژاد، طبقه‌ی اجتماعی و حتی میزان توسعه یافتگی، کشورها همچنان خشونت جزئی از زندگی، روزمره شده است (Krahé, 2018).

نوجوانان در این خانواده‌ها ضعیف و کم انرژی و انزوا طلب می‌شوند. کاهش ارتباط با دوستان، فامیل و آشنایان به دلیل احساس شرم و بی‌آبروی آنها را منزوی‌تر خواهد کرد آنها، احساس عدم امنیت شخصی می‌کنند، خیال باف و دچار توهم و افسردگی می‌شوند، استرس و اضطراب وجود آنها را فرا می‌گیرد. در بروز خشونت خانگی عوامل مختلفی همچون عوامل فرهنگی، فقر، اعتیاد، اختلالات روان پزشکی، خلاءهای قانونی و نبود حمایت‌های اجتماعی نقش دارند. تأثیرات منفی خشونت خانگی بر اعضاء آن و سلامت جسم و روان این افراد بر کسی پوشیده نیست و تأثیرات منفی در ازمه پاشیدگی بنیان خانواده دارد. برای کمک به این افراد نیاز به مداخله تخصصی هست و بررسی‌ها نشان داده توانمندسازی نوجوانان می‌تواند تا حد زیادی میزان خشونت خانگی را کنترل کند. محققین رابطه‌ی مثبتی را بین سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی، آزار جسمی و اقدام به خودکشی یافته‌اند (McLoughlin, 2021). برای نوجوانان در حال رشد که تجربه قربانی شدن را دارند، آزار دیدن و اذیت شدن می‌تواند راه رسیدن به خودکشی را از طریق ایجاد افسردگی و پریشانی روانی هموار کند. در یک مرور سیستماتیک، در هفت مطالعه مبتنی بر جمعیت تعدیل نشده بر اساس جنس ارتباط مثبت معنی‌داری بین سوءاستفاده جنسی و خودکشی در دختران و پسران وجود داشت، اما این ارتباط در پسران نسبت به دختران قوی‌تر بود. نتایج نشان داد

² Violence.

درحالی که سوءاستفاده جنسی در دختران شایع تر است، اثرات منفی آن در پسران با توجه به اقدام به خودکشی بیشتر است (Rhodes, Bethell, & Tonmyr, 2014).

نتایج مطالعه بر ۱۶۳ نوجوان با اختلال افسردگی عمده تشخیص داده شده نشان داد، سابقه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی با عدم خویشتنداری (عمل بدون فکر که نوعی رفتار تکانشی است) و گزارش اقدام به خودکشی در نوجوانی همراه است؛ بخصوص عدم خویشتنداری بالاتر با احتمال بیشتری با خطر اقدام به خودکشی در نوجوانان دارای سابقه سوء استفاده جنسی در کودکی همراه بود (Stewart, & et al, 2015). اغلب یک رویداد استرس‌زا در زندگی نوجوانان قبل از اقدام به خودکشی رخ می‌دهد (Smischney, & et al, 2022). شکست رابطه، طلاق والدین، مرگ یک دوست، مرگ والدین، خانواده نیروهای مسلح، افت تحصیلی، خشونت خانگی، بیماری جسمی، شقاوت مالی، سابقه صدمه به خود و سوءاستفاده فیزیکی از کودکان اغلب به‌عنوان وقایع رخ داده قبل از اقدام به خودکشی ذکر شده است (Park, & et al, 2015). سابقه حوادث ناگوار زندگی را می‌توان با تفکرات خودکشی و اقدام خودکشی در آینده مرتبط دانست. سرکوب عاطفی می‌تواند در نحوه فایق آمدن فرد بر حوادث ناگوار زندگی تأثیر بگذارد. نتایج یک تحقیق نشان می‌دهد که سرکوب عاطفی به‌عنوان عامل میانجی بین تفکرات خودکشی و تلاش برای خودکشی و در ورای متغیرهای دموگرافیک و نشانه‌های افسردگی عمل می‌کند. نتایج مطالعه‌ی به‌عمل‌آمده در ۹۰ دختر نوجوان که در بخش روان به علت خودکشی بستری شده بودند، نشان داد که وقایع استرس‌زای زندگی، وقوع خودکشی در آینده را پیش‌بینی می‌کند (Stone, Liu, Yen, & et al, 2014). محققین روابط مثبت پدر و مادر را به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل محافظت‌کننده در برابر خودکشی نوجوانان گزارش می‌کنند. نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند محیط خانواده خود را استرس‌زا، غیر حمایتی، پر مشاجره و سرد از نظر عاطفی توصیف می‌کنند (Smischney, & et al, 2022). در بررسی انجام شده بر ۲۶۹۰ نوجوان در جمهوری بنین مشخص شد عدم حمایت پدر و مادر با افزایش خطر افکار و اقدام خودکشی همراه است (Randall, & et al, 2014). همچنین نتایج مطالعه‌ی آنها نشان می‌دهد که حمایت والدین و مدرسه نسبت به حمایت دوستان در راستای فهم تفکرات و رفتارهای خودکشی حائز اهمیت بیشتری می‌باشد (Miller, & et al, 2023). نتایج یک مطالعه در نوجوانان بستری شده در بخش روان به علت خودکشی، نشانگر اثرات مخرب تخطئه از سوی خانواده و دوستان است. بالأخص نوجوانان پسری که تجربه تخطئه شدید از سوی خانواده را داشتند احتمال بروز صدمه به خود در دوره پیگیری در آنان بیشتر بود (WeinstockLauren, 2015). نتایج مطالعه‌ی توشکیو و همکاران نیز در همین راستا است که نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ضعیف نظیر حمایت همسالان یک پیشگویی‌کننده‌ی قوی برای بروز رفتارهای خودکشی است (Tuisku, & et al, 2014). در بررسی ملی خودکشی نوجوانان زندانی در آلمان، ترک خانه و مدرسه با افزایش خطر خودکشی در نوجوانان همراه بود (Radeloff, & et al, 2014).

یکی از درمان‌هایی که باعث کاهش میل به خودکشی در نوجوانان دچار خشونت خانگی با اقدام به خودکشی شده است آموزش خودمراقبتی به نوجوانان است؛ کمبود منابع حمایت اجتماعی و آموزشی از این نوجوانان و مشکلاتی که در زمینه‌ی خودمراقبتی^۳ دارند آنها را با چالش‌ها و مشکلات پیچیده‌ای مواجه می‌سازد. گرایش به بزهکاری، مصرف مواد، تن فروشی، سرقت، اشتغال به مشاغل کاذب، سوء استفاده در انواع باندها و سیستم‌های قاچاق از پیامدهای احتمالی خواهد بود. این مسائل سرآغازی برای ورود به چرخه فقر و به دنبال آن بروز ناامیدی و افسردگی و بیماری‌های روان تنی و مانند آن است. در این میان بخشی از نوجوانان هم به شغل‌هایی تن می‌دهند که علاقه‌ای به آن ندارند. این موضوع سبب بروز سرخوردگی و آسیب‌های جدی می‌شود. در این میان برخی از آن‌ها گاه و لاجرم به،

³ self care

روسپیگری، قاچاق، قتل، سرقت و کارهای خلاف روی می آورند، فرآیندهایی که محکوم به شکست است و دیر یا زود آنها را به چرخه های ژرف تری از آسیب ها خواهد رساند.

رفیعی فر، شهرام و همکاران (۱۳۹۳)، در کتاب خود با عنوان راهنمای توانمندسازی خانواده ها برای خودمراقبتی (ویژه پزشک خانواده و تیم سلامت)، به چهار مؤلفه هم برای خودمراقبتی اشاره کرده اند (دانش، خودکارآمدی، مهارت، حمایت های محیطی) که داشتن این چهار مؤلفه تأثیر زیادی در پیشگیری از خشونت های خانگی دارد. ملکی گلندوز و سرداری (۱۳۹۹)، در تحقیقی با عنوان اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت گرا با تأکید بر آموزه های دینی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش آموزان دارای افکار خودکشی؛ به این نتیجه رسیدند که؛ مداخله ارائه شده در کاهش رفتارهای پرخطر اثر مثبت دارد و این اثر در مرحله پیگیری هم تداوم دارد. در مجموع، روانشناسی مثبت گرا با تأکید بر آموزه های دینی با پیشینه نظری و پژوهشی قوی، راهبردی مناسب در کاهش رفتارهای پرخطر دانش آموزان دارای افکار خودکشی است و می توان از آن به عنوان شیوه مداخله ای مؤثر در کاهش این نوع از اختلالات استفاده کرد.

خودمراقبتی، شامل اعمالی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده شان انجام می دهند تا تندرست بمانند، از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود حفاظت کنند، نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی خود را برآورده سازند، از بیماری ها یا حوادث پیشگیری کنند، بیماری های مزمن خود را مدیریت کنند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند. خودمراقبتی عملکردی آگاهانه، آموختنی و تنظیمی است که برای تأمین و تداوم شرایط و منابع لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و رشد انسان در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد وی اعمال می گردد (رفیعی فر و همکاران، ۱۴۰۱).

برنامه خود مراقبتی با آگاه سازی نوجوانان، نسبت به عواقب خشونت خانگی از جمله گردش خشونت در خانواده و به تناسب آن جامعه، بزه کاری، تحمیل هزینه های درمانی بر فرد، خانواده و جامعه، و سعی می کند به صورت زیربنایی مهارت های نوجوانان و خانواده را در زندگی افزایش دهد. همچنین با آموزش برنامه خودمراقبتی به دنبال بررسی مستقیم رفتارها و ارتباطات مشکلات زندگی نوجوانان و تشخیص و ارزیابی مشکلات آنها و نحوه توانمندسازی آنها، نسبت به توانایی های درونی خویش، کسب مهارت و تغییراتی در حالات روانی، محیط خانوادگی آنها هستیم تا بنیان مقدس خانواده حفظ و زندگی با کیفیت و رضایت بخشی برای رشد و پرورش اعضای آن به ارمغان آوریم. هم در مطالعات خارجی و هم مطالعات داخلی برای خشونت خانگی تا الان برنامه خودمراقبتی به صورت رسمی و نظری تعریف نشده و تنها تحقیقات موجود در زمینه خودمراقبتی مربوط به بیماری ها، سالمندان، رفتارهای پرخطر است. توانایی افراد، خانواده ها و جوامع برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامت، و مقابله با بیماری و ناتوانی با یا بدون حمایت یک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی را خود مراقبتی می گویند (شیخ ذکریایی، دهون و روشنی، ۱۴۰۱). خودمراقبتی روندی جدید در مراقبت از سلامت تلقی می گردد (Trinh & et al, 2006). و امروزه به عنوان یکی از مسائل مطرح در رشته های مختلف پزشکی، جامعه شناسی و روانشناسی شناخته می شود. واژه "مراقبت" از لغت Cura به معنای "ابراز نگرانی"، "مواظبت" و "مراقبت" مشتق شده است (حیدری و صالحیان، ۲۰۱۴) و خودمراقبتی عبارت است از فعالیت ها و اقدامات آموخته شده، آگاهانه و هدفدار که توسط فرد به منظور حفظ حیات و ارتقای سلامت خود انجام می شود (Mills, & et al, 2018). یادگیری رفتارهای خودمراقبتی می تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را با بیماری افزایش دهد، و توان مراقبت از خود را در فرد افزایش دهد. افراد می توانند با کسب مهارت های مراقبت از خود بر آسایش، توانایی های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند. رفتارهای مراقبت از خود مناسب سبب ارتقاء توانایی ها، انجام بهتر

فعالیت‌های روزانه و دستیابی به استقلال در فرد می‌شود و به این ترتیب وی در انجام عملکردهای اجتماعی تواناتر و برای زندگی امیدوارتر می‌شود و نهایتاً از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار می‌گردد (مقامی و اژدری، ۱۴۰۱).

خودمراقبتی بر اساس بررسی مهارت‌ها و نقص‌های حرکتی بیمار و مسائل درکی - حسی و شناختی وی برنامه ریزی می‌گردد. این امر به فرد کمک می‌کند مهارت‌های از دست رفته را باز آموزد و نقص‌های موقتی یا دائمی را جبران نماید. هر مهارتی که به بیمار آموزش داده می‌شود، وی با حمایت و تشویق پرستار و مددکار اجتماعی، روانشناس و ... آن را انجام می‌دهد. بیمار جهت رفع وابستگی در مراقبت از خود تشویق می‌گردد و اگر در تعاملات اجتماعی مستقل گردد، درک مثبت از خود تقویت می‌شود. با حمایت پرستار و مددکار اجتماعی از خودمراقبتی و انجام آن توسط فرد، وی کنترل خود را دوباره بدست آورده و احساس ارزش نفس می‌نماید. وقتی فرد بتواند خودمراقبتی را درک نماید و در آن شرکت نماید، احساس کنترل بیماری مزمن و تغییرات بدنی متعاقب آن در وی ایجاد می‌شود. خودمراقبتی به معنای مراقبت از خود می‌باشد، یعنی ما برای حفظ سلامت و شادابی خود کارهای روزمره کوچکی انجام دهیم تا زندگی بهتر و سالم‌تری داشته باشیم. خود مراقبتی شامل اقداماتی است؛ آموختنی، آگاهانه و هدفمند که هرفردی برای خود، خانواده و دیگران انجام می‌دهد تا سالم بماند و از سلامت جسمی و روانی خود حفاظت کند، از بیماری‌ها یا حوادث پیشگیری کند و از ناخوشی‌ها و بیماری‌ها مراقبت کند، خودمراقبتی به وضوح موجب افزایش کارایی و مهارت‌های فردی و اجتماعی ما می‌شود (مقامی و اژدری، ۱۴۰۱). بنابراین خود مراقبتی یعنی توانایی و کسب مهارت در نوجوانان برای مقابله به چالش‌ها و مشکلات احتمالی که پیش روی آنها در زندگی می‌باشد. اصل مهم در خودمراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود فرد است تا با انجام صحیح رفتارهای سلامت‌محور، از بروز بیماری، تعارضات با اعضای خانواده و آسیب‌ها در خود جلوگیری کند.

فرد برای اینکه به خودمراقبتی بپردازد، قبل از هر چیزی باید انگیزش و تقاضای کافی برای انجام این رفتار را داشته باشد. این انگیزش، خود حاصل مؤلفه‌های چندی است که در رأس آنها تعریف فرد از سلامت قرار می‌گیرد. با پذیرش و گسترش تعریف سلامت از سلامت جسمی به حیطه‌های هوشی، عاطفی، روانی، اجتماعی و ارتباطی؛ بینش و درک فرد از سلامت تغییر می‌یابد و نیاز به خودمراقبتی برای تغییر رفتار در او ایجاد می‌شود. در مرحله بعد، موضوع «ارزش وجودی» و «خودانگاره» مطرح می‌شود یعنی آیا فرد وجود خود را دارای آن ارزشی می‌بیند که برای حفظ و ارتقای سلامت خود، درگیر تلاش‌های آگاهانه شود یا خیر؟ سیستم اعتقادات و ارزش‌های فرد در این موضوع نقش اساسی دارند. مفاهیم موجود در ارزش‌های دینی مانند «اشرف مخلوقات» بودن انسان و کرامت انسانی، می‌تواند بر خود انگاره فرد تأثیر مستقیم داشته باشد. «سلامت درک شده» یعنی آگاهی و اشراف فرد به وضعیت سلامت خود، نیازها، کمبودها و فاصله‌اش با وضعیت مطلوب، به درک نیاز او برای تغییر می‌انجامد لذا نقش مهمی در ایجاد انگیزش در فرد دارد. افراد به سمت کارهایی می‌روند که در آن احتمال موفقیت بدهند لذا خود - کارآمدی درک شده تأثیر مهمی بر انگیزش فرد دارد. پس از ایجاد انگیزش، فرد باید از توانمندی کافی برای اقدام آگاهانه و توانمندانه برخوردار باشد. به‌طور خلاصه باید گفت برای داشتن انتخابی توانمند و آگاهانه، فرد باید:

(الف). اطلاعات کافی در مورد موضوع داشته باشد (دانش). برای کسب این دانش وی به سواد بهداشتی کافی، اطلاعات مناسب و معتبر و در دسترس و مهارت بهره‌مندی از منابع سلامت نیاز دارد.

(ب). توانایی دست زدن به اقدام مؤثر را در خود ببیند (خود - کارآمدی).

(پ). فرد باید مهارت‌های لازم برای ارزیابی وضعیت خود، تصمیم‌گیری و اقدام را کسب نماید. مهمترین این مهارت‌ها عبارتند از مهارت تصمیم‌گیری و حل مسأله، خودآگاهی، مهارت‌های ارتباطی، دست به اقدام زدن، تشکیل شبکه همکار با متخصصان سلامت. این مهارتها

کاملاً اکتسابی هستند و راه کسب آنها علاوه بر تجربارب زندگی و محیط خانوادگی هر فرد، از طریق برنامه‌های مدون و مشخص آموزش مهارت‌های زندگی است.

د. در مرحله آخر فرد نیاز به «حمایت‌های محیطی» دارد تا بتواند مجموعه فوق را به «رفتار سلامت بخش» تبدیل نماید. این حمایت می‌تواند شامل ایجاد تسهیلات لازم برای کسب دانش، مهارت و انگیزش، تشویق و ترغیب و افزایش گزینه‌ها برای انتخاب سلامت باشد. آنچه که مهم است این است که محیط حمایت کننده و تسهیل کننده، روی اکتساب و تقویت هر سه مؤلفه دیگر یعنی دانش، خود-کارآمدی و مهارت و نیز ایجاد تقاضای خودمراقبتی و عوامل زمینه‌ای دارای نقش اساسی است و از اینجاست که نقش شبکه حمایت اجتماعی شامل خانواده، متخصصین سلامت، نظام ملی مراقبت از سلامت، نظام قانونگذار، سازمان‌های غیردولتی و بین‌المللی آشکار می‌شود (رفیعی‌فر و همکاران، ۱۳۹۳).

حق بشر برای سلامتی جهانی و غیر انحصاری و حمایت کننده است سلامتی کامل و برای همه علیرغم پیشرفت‌های سیستم‌های بهداشتی در سطح جهانی، میلیاردها پسر و دختر نوجوان به خدمات بهداشتی ضروری دسترسی ندارند. به دلیل هنجارهای اجتماعی، قدرت نابرابر در روابط، عدم توجه، فراتر از نقش باروری و فقر آنها. وقتی صحبت از بهره‌مندی از خدمات بهداشتی با کیفیت به میان می‌آید، محروم هستند. خودمراقبتی، می‌تواند استقلال و عاملیت نوجوانان را بهبود بخشد. مدیریت سلامت خود، مقابله با چالش‌هایی مانند انگ است. برای اجتناب از سناریوهایی که در آن مداخلات خودمراقبتی بیشتر ارائه می‌شود، ضروری است دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت بهتر و سنجیده‌تر انجام شود و برابری، ارتقای سلامت، و بهزیستی نوجوانان با رویکرد مبتنی بر حقوق بشر انجام شود (Narasimhan, Hargreaves, Logie & et al, 2023). حق بشر، حقی نیست که برای برخی باشد، بلکه شامل همه افراد می‌شود. با این حال ردپای جهانی دسترسی به سلامت امروزه بسیار کمتر از این استاندارد است، نیمی از جمعیت جهان برای خدمات ضروری سلامت دسترسی ندارند (سازمان بهداشت جهانی و بانک بین‌المللی بازسازی و توسعه^۴، ۲۰۲۳). بنابراین نیاز خود نوجوانان خشونت دیده نسبت به تغییر سبک زندگی و یادگیری مهارت‌های مختلف با خشونت را یاد بگیرند و با مساله خشونت مقابله کنند. ایجاد توانمندی در نوجوانان موجب اعتماد به نفس و خودباوری و آشنایی نسبت به حقوق خود و دفاع از حقوق خود خواهد شد. خود مراقبتی به غیر از پیشگیری از خشونت در خانواده‌ها می‌تواند افراد را به سوی یک جامعه منظم و قانون مند با حداقل آسیب‌ها هدایت کند.

خودمراقبتی خیلی قبل از استقرار سیستم‌های بهداشتی مدرن وجود داشت. اولین گام در برخورد با پدر یا مادر خشونت‌گر، افزایش آگاهی و سپس پذیرش است. یعنی زن باید با مطالعه در مورد روانشناسی افراد خشونت‌گر نگرش خود در مورد این موضوع تغییر دهد. این مطالعات به نوجوان کمک می‌کند تا نگاه تازه‌ای به افراد خشونت‌گر داشته باشد. افراد می‌توانند تحت آموزش قرار گیرند تا ظرفیت تاب‌آوری خود را با آموختن برخی مهارت‌ها افزایش دهند و با واکنش مناسب در برابر استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواری‌ها را تغییر دهند و بر مشکلات منفی محیط غلبه کنند. داشتن قدرت حل مساله با مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی کمتر همراه است و فرایند حل مساله به عنوان یک فعالیت هدفمند و آگاهانه در نظر گرفته می‌شود و راه‌حل‌های مؤثر و بالقوه را برای یک مساله در دسترس افراد قرار می‌دهد، لذا امکان انتخاب راه‌حل‌های مؤثر را از بین راه‌حل‌های مختلف افزایش می‌دهد. جهت‌گیری حل مساله اساساً یک مؤلفه انگیزشی است و افکار و احساسات تعمیم‌یافته یک فرد را منعکس می‌کند. نیاز است نوجوانان با خانواده و دوستان معاشرت نمایند، مراقب سلامت و بهداشت خود باشند، خواب کافی و ورزش را فراموش نکنند (Aujla, & Narasimhan, 2023).

⁴ World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development.

توصیه‌هایی را در رابطه با مقابله نوجوانان در مقابل خشونت خانگی:

۱. شناخت انواع روش‌های اعمال خشونت و همچنین چه نوع رفتارهایی جزو خشونت هستند.
۲. آگاهی نسبت به حقوق خود و دیگران.
۳. شناسایی عوامل ایجاد خشونت و رفع آن.
۴. آشنایی با تکنیک‌ها و مهارت‌های مدیریت خشم و پرخاشگری.
۵. در مواقعی که نوجوانان در معرض خشونت قرار می‌گیرند، سعی کنند آرام باشند تا به خشونت بیشتر دامن نزنند.
۶. آگاهی از قوانین و مجازات‌های علیه خشونت.
۷. شناخت مراکز حمایت کننده در مقابل خشونت و خدمات آنها.
۸. در مقابل خشونتی که به شما و اطرافیان شما اعمال می‌شود سکوت نکنید. در نظر داشته باشید که شما مقصر نیستید و می‌توانید در مواقع ضروری به مراکز حمایتی و مراجع قانونی پناه ببرید.
۹. می‌توانید از مشاور و روانشناس خانواده در این زمینه کمک بگیرید.
۱۰. ۱۲۳ شماره اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی است که می‌توانید از آنها نیز در این زمینه کمک بگیرید (احمدزاده اصل و همکاران، ۱۳۹۵).

برعهده گرفتن مسئولیت زندگی و تسلط بر افکار و احساسات و باور بر این که نوجوانان می‌توانند زندگی خود را طراحی کنند، موجب افزایش اعتماد به نفس آنها می‌شود و نقش قربانی شدن از بین می‌رود. برای کسب تجربه بیشتر آنها با چالش‌ها و دردهایی که مواجه می‌شوند، با شکرگذاری، فقدان‌ها و کمبودها کمرنگ می‌شود و در نتیجه می‌توان ذهنیت قربانی شدن را با ایجاد تغییر در دید از بین برد و دیگران را بابت آسیب‌هایی که در گذشته به آنها وارد ساخته اند مورد بخشش قرار دهند و به آنها فرصت بدهند. همچنین با اولیت قرار دادن خود و میزان و سطح انرژی خود و مراقبت از خود با رفتارهای محترمانه و مهرورزانه و قدرت و شهامت نه گفتن در مقابل پیشنهاداتی که با اهداف ایشان هماهنگ نباشد ایستادگی و مقاومت نمایند (جمشیدی، ۱۴۰۱). وضعیت مناسب سلامت جسم و روان نوجوانان، میزان تحصیلات بالا و سن بیشتر می‌تواند آنها را در مقابله با خشونت توانمند سازد. معلولیت، مصرف سیگار، مواد مخدر و ... در بروز خشونت مؤثر است. افرادی که دچار مشکلات خانوادگی می‌شوند می‌توانند با شماره تلفن ۱۴۸۰ تماس بگیرند. مشاوران و روانشناسان آموزش دیده با استفاده از فنون و مهارت‌های مشاوره تلفنی بدون اینکه اصرار برای شناسایی فرد داشته باشند، به فرد خدمات مشاوره ارائه می‌دهند. شرکت در کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی شامل خودآگاهی، شناخت احساسات و هیجانات، حل مسئله، کنترل خشم، خود مراقبتی، زوج درمانی و ... در شهرستان به منظور کسب مهارت و توانمندسازی نوجوانان می‌تواند مؤثر باشد. همچنین توجه به استراتژی‌های مستمر نوجوانان از جمله مهارت‌های اجتماعی و زندگی، نحوه‌ی مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی، حمایت‌گیری، افزایش عزت نفس، استقلال فکری، احساس قدرت، احساس کار آمدی، اعتماد به نفس موجب توانمندی روانی نوجوانان شده و مشارکت و عضویت در انجمن‌های فرهنگی علمی، مجالس مذهبی و فعالیت گروهی در توانمندی اجتماعی نوجوانان بسیار مؤثر خواهد بود.

مشاوره مبتنی بر درمان آموزش خودمراقبتی با تأکید بر مهارت‌های مقابله‌ای برای همهی کودکان و نوجوانانی که به خودکشی گرایش دارند مناسب است. اهداف مشاوره‌ای مناسب شامل درک بهتر از خود، مشخص کردن احساسات متناقض، بهبود اعتمادبه نفس، تغییر رفتارهای

ناسازگارانه، یادگیری مهارت‌های حل تعارض و تعامل مؤثرتر با والدین است. آشنایی با خطوط تلفنی مراکز بحران، و نحوه ارجاع نوجوانان در معرض خطر افزایش می‌دهد. درگیر کردن والدین و همکاری با سایر مراکز سلامت و مدارس در فرآیند پیشگیری از خودکشی مؤثر است.

وقتی کودک ترکیبی از احساس فقدان، خشم، آسیب و ناامیدی را تجربه می‌کند، بهتر است به افکار و قصد بالقوه خودکشی وی توجه شود. به‌هنگام مشکلات احتمالی کودک به دنبال خشونت خانگی، مداخله مشاوره‌ای پیگیری یا مراقبت‌های پس از درمان توصیه می‌شود. اگر خانواده قادر به تأمین این سطح از مراقبت نیست، نوجوان باید به‌منظور دریافت توجه و مراقبت کافی در بیمارستان بستری شود. متأسفانه بستری در بیمارستان نجات جان بیمار را تضمین نمی‌کند و نوجوانانی که قصد آسیب رساندن به خود را دارند اغلب راهی برای دستیابی به هدف مخرب خود می‌یابند. پس از بستری، کودک یا نوجوان نیاز به مراقبت‌های پس از درمان از سوی متخصصان آموزش دیده از جمله مشاوران دارد. تمرکز مشاوره در این زمان باید بر کاهش خیال‌پردازی‌های مرموز درباره مرگ، طرد، احساس بیگانگی، فقدان و تنبیه و همچنین ثبات موقعیت و توجه به ارزیابی درمان دارویی روانشناختی باشد. کاربرد مهارت‌های زندگی نقش مؤثری در پیشگیری از بروز اختلالات رفتاری و آسیب‌های اجتماعی دارد که این امر به نوبه خود نقش کلیدی در تقویت بنیان خانواده خواهد داشت، به ویژه وقتی آموزش آن از دوران کودکی آغاز گردد. آموزش این مهارت‌ها از اجزای اصلی پیشگیری اولیه در خدمات سلامت روان محسوب می‌گردد. مهارت‌های زندگی شامل خودآگاهی، همدلی، حل مسئله، تصمیم‌گیری، روابط بین فردی مؤثر، مهارت‌های مقابله‌ای، تفکر نقاد و تفکر خلاق است. همچنین تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنیدگی، داشتن توانایی مقابله‌ای، عزت‌نفس، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد می‌تواند در توانمندسازی نوجوان در مقابل با ناملایمات زندگی مقاوم‌تر کند.

روش تحقیق

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان مراجعه کننده به بیمارستان شهر دهدشت در سال ۱۴۰۳ بود. افراد شناسایی شده ۳۰ مورد بود که از بین آنها ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر هم به عنوان گروه کنترل به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. با توجه به اینکه پژوهش مدنظر روی نوجوانانی که مورد خشونت خانگی قرار گرفته بودند و دارای افکار خودکشی انجام بودند، پرسشنامه افکار خودکشی در بین این نوجوانان توزیع شد و پس از محاسبه نمرات افکار خودکشی، ۳۰ نفر از نوجوانان دارای افکار خودکشی (از بین افرادی که نمره آنها در مقیاس افکار خودکشی بالاتر از صفر بود) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود: رضایت آگاهانه، کسب نمره بالاتر از صفر در مقیاس افکار خودکشی، وضعیت جسمی و روانی مطلوب برای شرکت در مطالعه. ملاک‌های خروج: دریافت سایر مداخله‌های روانشناختی هم‌زمان با اجرای مطالعه، استفاده از داروهای روانپزشکی دست کم ۲ هفته قبل از شروع مداخله، ابتلا به بیماری‌های شدید جسمانی یا روانی.

ابزار سنجش: مقیاس افکار خودکشی بک^۵ (BSSI): مقیاس افکار خودکشی بک یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است که بک و استر در سال ۱۹۹۱ ساخت. این مقیاس به‌منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی تهیه شده است. در این مقیاس، هر سؤال دارای سه گزینه است. نمره‌گذاری پرسشنامه به روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سؤال صفر تا ۲ است. مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه صفر تا ۳۸ قرار دارد. در این مقیاس، نمره ۵- وجود افکار خودکشی، نمره ۱۹-۶ آمادگی

⁵ Beck Scale for Suicidal Ideation

برای خودکشی و نمره ۳۸-۲۰ قصد اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ (همسانی درونی) و پایایی هم زمان این مقیاس به ترتیب بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ و ۰/۸۳ بوده است (بک و استر، ۱۹۹۱). همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ و پایایی بین آزماینده آن ۰/۸۳ است (دانیتز، ۲۰۰۱). انیسی، فتحی آشتیانی، سلطانزاده و امیری (۲۰۰۶) این مقیاس را در ایران روی سربازان ایرانی اعتباریابی کردند. پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی هم‌زمان آن با مقیاس افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش شده است. بشرپور و صمدی فرد (۱۳۹۷) پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد کرده‌اند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه محاسبه شد و ۰/۸۲ به دست آمد.

جدول (۱) خلاصه‌ای از برنامه آموزشی، پژوهشگر ساخته، برنامه خودمراقبتی برای مقابله با خشونت خانگی و کاهش میل به خودکشی نوجوانان.

جلسه	عنوان جلسه	اهداف جلسه	روش های اجرایی و محتوای جلسات
جلسه اول	جلسه مقدماتی (پیش جلسه)	آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، مصاحبه اولیه و ارزیابی خشونت خانگی؛ بررسی معیارها، ورود به پژوهش (تحصیلات، تمایل برای درمان و ...)، بیان قواعد اهداف و تعداد جلسات و بستن قرارداد همکاری با پروتکل؛ اجرای پیش آزمون‌ها	محقق خود را به نوجوانانی که مورد خشونت قرار گرفته‌اند معرفی می‌کند و هدف از اجرای جلسات را با رعایت اصول اخلاقی تشریح به قصد افزایش خودمراقبتی نوجوانان در مقابل خشونت خانگی و بهبود روابط آنها تشریح می‌کند. همچنین با اجرای آزمون خودکشی بک مشخص می‌کند که چه کسانی در این جلسات حضور داشته باشند.
جلسه دوم	تعریف خشونت و انواع آن	آگاه سازی و آشنایی نوجوانان خشونت دیده به مسئله خشونت خانگی و منشأ آن، همچنین پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی آن و شکل گیری آسیب ها.	آشنایی با انواع خشونت (روانی، عاطفی، اقتصادی، جسمی، جنسی)، بدرفتاری و سوءاستفاده در روابط. بیان معیارها و ویژگی‌های مهم روابط سالم
جلسه سوم	تاب آوری	بالا بردن ظرفیت و توان او در مقابل مشکلات	مشورت گرفتن، حل مسئله، تنظیم هیجان، مدیریت خشم، مدیریت استرس
جلسه چهارم	پیشگیری از رفتارهای پرخطر	اهمیت موضوع و ارائه راهکارهای پیشگیرانه مقابله در خروج از بحران خودکشی	شنایی با اقداماتی که باید در هنگام بروز آزار (جسمانی، عاطفی و جنسی) اتخاذ گردد به چالش کشیدن خشونت و آزار از راه‌های ایمن؛ حمایت از خود در برابر تجربه خشونت در روابط، خواب کافی، تغذیه سالم، ورزش، ارتباط با دوستان خوب، استقلال مالی، افزایش خودآگاهی، افزایش سواد، مقابله با افسردگی،
جلسه پنجم	مقابله با خشونت خانگی	ایجاد مهارت و توانمندسازی نوجوانان در برابر ناملایمات زندگی	آرام سازی مثبت اندیشی، اعتماد به نفس، عزت نفس، پذیرش خود، امیدواری، برنامه ریزی، مهارت های ارتباطی،
جلسه ششم	ادامه مهارت‌های مقابله با خشونت	ایجاد مهارت و توانمندسازی نوجوانان در برابر ناملایمات زندگی	مسئولیت پذیری، بهزیستی روانشناختی، تلاش و پشتکار، خودکارآمدی.
جلسه هفتم	کمک خواهی	جستجو و شناسایی منابع حمایتی و خدمات مرتبط با پیشگیری از خشونت‌های ارتباطی در جامعه توانمندسازی خود	ضرورت مشورت با افراد دانا و کمک خواهی از افراد (مشاوران حقوقی و متخصصان روانشناس، روانپزشک، مددکار اجتماعی)
جلسه هشتم	آشنایی با نهادهای حمایتی	توانمندسازی نوجوانان و بهتر زیستن	بهزیستی، کمیته امداد امام (ره)، اورژانس اجتماعی و ...

جلسه نهم	مهارت‌های زندگی	بهبود کیفیت زندگی و افزایش رضایتمندی و سازگاری نوجوانان با والدین و سایر اعضای خانواده	آموزش مهارت‌های ده گانه زندگی، از جمله مهارت حل مسئله، به کار بردن روش‌های صحیح برقراری ارتباط، همدلی، خودآگاهی نه گفتن و ...
جلسه دهم	جمع بندی و خاتمه پروتکل	مروری بر جلسات قبل؛ مروری بر مداخلات صورت گرفته و جمع بندی و خاتمه پروتکل؛ گرفتن بازخورد و تأثیرگذاری جلسات	بررسی اظهار نظر نوجوانان در میزان دستیابی به اهداف تعیین شده؛ اجرای پس‌آزمون‌ها؛ تعیین زمان مرحله پیگیری

یافته‌ها

در سطح توصیفی شاخص‌های گرایش مرکزی و شاخص‌های پراکندگی نمرات شرکت کنندگان مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در سطح استنباطی با توجه به برقراری مفروضه‌ها آمار پارامتریک از آزمون تحلیل کواریانس در محیط نرم افزار SPSS ویرایش ۲۶ استفاده شد.

جدول (۲). آزمون کواریانس، اثربخشی خودمراقبتی بر نوجوانان دچار خشونت خانگی و کاهش میل به خودکشی در دو گروه کنترل و آزمایش

پیش و پس از آزمون

آمار توصیفی: میل به خودکشی						
گروه	میانگین	خطای استاندارد	تعداد			
کنترل	۳/۰۰	۰/۰۰۰۰	۱۵			
آزمایش	۱/۶۶۷	۰/۶۱۷۲۱	۱۵			
کل	۲/۳۳۳	۰/۸۰۲۳۰	۳۰			
خلاصه آزمون باکس جهت بررسی تقارن ماتریس کوواریانس: میل به خودکشی						
مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری			
۳۴/۴۶۲	۱	۲۸	۰/۰۰۱			
نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری: تأثیرات بین گروهی خشونت خانگی						
مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع	مجدور اتای جزئی	سطح معناداری
۸۱/۰۰۰	۸/۰۰۰	۲	۱۶/۰۰۰ ^a	مدل تصحیح شده	۰/۸۵۷	۰/۰۰۱
۴/۱۸۶	۰/۴۱۳	۱	۰/۴۱۳	Intercept	۰/۱۳۴	۰/۰۵۱
۲۷/۰۰۰	۲/۶۶۷	۱	۲/۶۶۷	پیش آزمون میل به خودکشی	۰/۵۰۰	۰/۰۰۱
۱۵/۰۰۰	۱/۴۸۱	۱	۱/۴۸۱	کنترل × آزمایش	۰/۳۵۷	۰/۰۰۱
	۰/۰۹۹	۲۷	۲/۶۶۷	خطا		
		۳۰	۱۸۲/۰۰۰	کل		
		۲۹	۱۸/۶۶۷	کل تصحیح شده		
(R Squared = .857 (Adjusted R Squared = .847)						

فرضیه: آموزش خودمراقبتی بر نوجوانان دچار خشونت خانگی و کاهش میل به خودکشی در دو گروه کنترل و آزمایش پیش و پس از آزمون تأثیرگذار است.

جهت سنجش این فرضیه با توجه به سطح سنجش متغیرها و روش نیمه آزمایشی بودن با طرح پیش آزمون و پس آزمون، از آزمون آنکوا یا کواریانس استفاده شده است. نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد با توجه به خروجی آماره‌های توصیفی (میانگین گروه کنترل ۳/۰۰۰ و گروه آزمایش ۱/۶۶۷) و مقدار لوین تست بدست آمده برابر با ۰/۰۰۱ از آنجا که این مقدار کوچکتر از ۰/۰۵ است می‌توان گفت آزمون لوین معنادار شده است، بنابراین فرض برابری واریانس‌ها برقرار نیست. در ادامه اثرات متغیر عامل روی متغیر وابسته با استفاده از خروجی tests of between-subject effects که در حقیقت مدل تحلیل کواریانس را بررسی می‌کند، بررسی می‌شود نتایج این جدول نشان می‌دهد با توجه به مقدار $f = 15/000$ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ که کوچکتر از ۰/۰۵ است یعنی آموزش خودمراقبتی بر نوجوانان دچار خشونت خانگی و کاهش میل به خودکشی در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. ضریب اتا که اندازه اثر (Effect Size) را به ما می‌دهد، مجذور اتا آن برابر ۳/۳۵۷ بدست آمده که نشان دهنده درصد واریانس متغیر وابسته، توسط متغیر مستقل تبیین است. ردیف بعدی باید به ردیف پیش آزمون توجه کنیم. عدد معناداری آن برابر ۰/۰۰۱ است یعنی بین متغیر کمکی تحقیق با متغیر وابسته رابطه‌ای وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق با عنوان اثربخشی آموزش خودمراقبتی بر نوجوانان دچار خشونت خانگی و کاهش میل به خودکشی در آنها، به صورت کمی و کاربردی به روش نیمه آزمایشی انجام شد. خشونت خانگی شامل؛ خشونت جسمی، خشونت عاطفی، خشونت کلامی، خشونت جنسی، خشونت مالی است. برای قربانیان خشونت خانگی - حملات جسمی، بدرفتاری عاطفی و سایر آزارهایی که متحمل شده‌اند، قطعاً بر سلامت آن‌ها تأثیر بدی می‌گذارد. با این حال، در حالی که وحشت از سوء استفاده در قربانیان اولیه مشهود است، نوجوانانی که شاهد آزار مادران، پدران یا سایر اعضای خانواده خود هستند، تحت تأثیر قرار می‌گیرند. تأثیرات آزار خانگی بر کودکان ممکن است در مدت کوتاهی آشکار شود، در حالی که تأثیر آسیب‌های دیگر ممکن است در دراز مدت مشاهده شود. آسیب‌های ناشی از مشاهده مداوم خشونت خانگی، نوجوانان را در معرض خطر بالای ابتلا به افسردگی، غم و اندوه، مشکلات تمرکز و سایر علائم افسردگی قرار می‌دهد. یکی از مهمترین تأثیرات فوری که نوجوانان پس از مشاهده خشونت خانگی تجربه می‌کنند فکر کردن به خودکشی و میل به آن است. مهم است که برای کاهش خطر این اثرات، بر راههایی که می‌توان از نوجوانان در برابر آسیب محافظت کرد، تأکید شود. یکی از مهمترین این راه‌ها که در سازمان بهداشت بعنوان یک رویکرد مهم و اثرگذار معرفی شده است، بحث خودمراقبتی نوجوانان در برابر بیماری‌ها و چالش‌های زندگی است. با آموزش خودمراقبتی و مداخله جلسات آموزشی برگزار شده، پیرامون روش‌های اجرایی آن، مشخص شد که بین آموزش خودمراقبتی و کاهش میل به خودکشی در نوجوانان قربانی خودکشی رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد. یافته‌های این تحقیق با نتیجه تحقیقات؛ جمشیدی (۱۴۰۱) و شیخ ذکریایی، دهن و روشنی (۱۴۰۱)، رفیعی‌فر، شهرام و همکاران (۱۳۹۳)، ملکی گلندوز و سرداری (۱۳۹۹)، رفیعی‌فر و همکاران (۱۴۰۱)، همسو و هم جهت است. همچنین در رابطه با تحقیقات خارجی تحقیقات مشابه و هم نتیجه را در تحقیقات؛ (McLoughlin, 2021)، (Rhodes, Bethell, & Tonmyr, 2014)، (Stewart, & et al, 2015)، (Randall, & et al, 2014)، (WeinstockLauren, 2015) می‌توان مشاهده کرد.

بنابراین برای توانمندسازی و ایجاد مهارت خودمراقبتی در نوجوانان می‌توان با آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت کمک‌خواهی، شناخت انواع خشونت و علل آن، تاب‌آوری، مدیریت هیجان، استرس، اضطراب و افسردگی و تقویت عزت نفس و اعتماد به نفس و مهارت‌های گفتگو و حل تعارض، خواب کافی، تغذیه سالم، ورزش، ارتباط با دوستان خوب، افزایش خودآگاهی، افزایش سواد، مقابله با افسردگی، آرام سازی مثبت اندیشی، پذیرش خود، خودکارآمدی و امیدواری و در حالت کلی به خودمراقبتی رسید.

پیشنهاد می‌گردد والدین، مشاوران، مددکاران اجتماعی، مربیان مدارس و همچنین نهادهای مرتبط با آسیب‌های فردی و اجتماعی، خشونت خانگی و رفتارهای پرخطر (میل به خودکشی) در رابطه با خودمراقبتی بیشتر کارکنند تا شاهد امنیت روحی روانی و محیطی پر از شادی و نشاط برای نوجوانان باشیم.

منابع

- احمدزاده اصل، مسعود و همکاران، ۱۳۹۵، راهنمای خود مراقبتی جوانان، تهران، پارسای سلامت، چاپ اول.
- انیسی، جعفر؛ فتحی‌آشتیانی، عبد...؛ سلطانی‌نژاد، علی؛ امیری، ماندانا، ۱۳۸۵، بررسی شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در میان سربازان. مجله طب نظامی، ۸(۲)، ۱۱۸-۱۱۳.
- بشرپور، سجاد و صمدی‌فرد، حمیدرضا، ۱۳۹۷، افکار خودکشی در دانش‌آموزان پسر: نقش خودپنداره، عزت‌نفس و سلامت اجتماعی. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۳۱، ۱-۱۶.
- جمشیدی، شمیم، ۱۴۰۱، ۲۱ نکته طلایی خودمراقبتی: سلامت (جسم، قلب، ذهن، روح)، تهران، نشر مانیان، چاپ اول.
- رفیعی‌فر، شهرام و همکاران، ۱۳۹۳، راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی (ویژه پزشک خانواده و تیم سلامت)، تهران، مهرراوش. چاپ اول.
- رفیعی‌فر، شهرام؛ سلیمانیان، آتوسا؛ سربندی، فاطمه و اردستانی، منا السادات، ۱۴۰۱، دستور عمل اجرایی برنامه ملی خودمراقبتی، تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی، دفتر آموزش و ارتقای سلامت.
- ساسان پور، مهشید، ۱۳۹۴، خشونت خانگی ماهیت علل و راهکارهای مقابله با آن، تهران، اختر.
- علیزاده اقدم، محمدباقر، کوهی، کمال، و قلی‌زاده، محمد، ۱۳۹۵، بررسی رابطه خودمراقبتی و سواد سلامت با سلامت روانی در بین شهروندان شهر تبریز. پژوهش‌های سلامت محور ۲ (۴): ۹۲-۸۴.
- علی‌وردی‌نیا، اکبر، ۱۴۰۰، خودکشی در ایران: تبیین جامعه‌شناختی/ایده‌پردازی و تمایل به خودکشی در تهران، تهران: انتشارات آگاه.
- عمید، حسن، ۱۳۸۹، فرهنگ عمید، تهران، صدای معاصر.
- محمدآبادی، محمدصالح، و افلاک سیر، عبدالعزیز، ۱۳۹۶، پیش‌بینی رفتارهای خود مراقبتی براساس رابطه بیمار- پزشک و پریشانی هیجانی در نوجوانان مبتلا به دیابت. دیابت و متابولیسم ایران ۱۷(۳): ۱۵۶-۱۴۷.
- معین، محمد (۱۳۸۹)، فرهنگ فارسی، تهران، نامن.
- مقامی، الهام و اژدری، آرام، ۱۴۰۱، خودمراقبتی معلولین، قم، توانمندان، چاپ اول، ص ۱۳.
- ملکی گلندوز، پری و سرداری، باقر، ۱۳۹۹، اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت‌گرا با تأکید بر آموزه‌های دینی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۶(۳)، ۵۱-۶۸. doi: 10.22108/ppls.2021.122201.1907
- Aujla, M. & Narasimhan, M. The cycling of self-care through history. Lancet 402, 2066–2067 (2023).
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(1425), 1-23.
- Bandura, A. (1977). Social Learning Theory, New York: General Learning Press.
- Beck, A. T., and Steer, R. A. (1991). Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Benton, T. D. (2022). Suicide and suicidal behaviors among minoritized youth. Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 31(2), 211-221.
- Castro RJ, Cerellino LP, Rivera R. Risk factors of violence against women in Peru. Journal of family violence. 2017;32:807-15.

- Danitz, M. (2001). Suicide an unnecessary death. Oxford University Press.
- Depp, C. A., Parrish, E. M., Chalker, S. A., Ehret, B. C., Kamarsu, S., Perivoliotis, D., & Granholm, E. (2023). Pilot feasibility trial of a brief mobile-augmented suicide prevention intervention for serious mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, 46(1), 74.
- Fortune SA, Hawton K. Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*. 2007; 17(11): 443-7.
- Heidari A, Salehian M. Caring concept: an integrative review. *Nursing and Midwifery Journal* 2014; 12(2): 129-35.
- Kalokhe A, Del Rio C, Dunkle K, Stephenson R, Metheny N, Paranjape A, Sahay S. Domestic violence against women in India: A systematic review of a decade of quantitative studies. *Global public health*. 2017;12(4):498-513.
- Kalokhe, A., del Rio, C., Dunkle, K., Stephenson, R., Metheny, N., Paranjape, A., & Sahay, S. (2017). Domestic violence against women in India: A systematic review of a decade of quantitative studies, *Global Public Health*, 12(4): 498–513.
- Krahé B. Violence against women. *Current opinion in psychology*. 2018 Feb 1;19:6-10.
- Lin, Y. H., Lin, S. H., & Chen, I. M. (2022). The direct effect of cognitive behavioral therapy for insomnia on depression prevention and the mediation effect via insomnia remission. *JAMA psychiatry*, 79(5), 514-515.
- McLoughlin AB, Global trends in teenage suicide, 2021. *QJM*: hcv026.
- Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN, Lempp T. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health*. 2023; 56[3]: 286-9[2].
- Mills J, Wand T, Fraser JA. Exploring the meaning and practice of self-care among palliative care nurses and doctors: a qualitative study. *BMC palliative care* 2018; 17(1): 63
- Mounira M. Charrad , Gender in the Middle East: Islam, State, Agency, Department of Sociology, University of Texas at Austin, Texas. (2011).
- Narasimhan, M., Hargreaves, J.R., Logie, C.H. et al. Self-care interventions for women's health and well-being. *Nat Med* 30, 660–669 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41591-024-02844-8>.
- Park S, Kim J-W, Kim B-N, Bae J-H, Shin M-S, Yoo H-J, et al. Clinical characteristics and precipitating factors of adolescent suicide attempters admitted for psychiatric inpatient care in South Korea. *Psychiatry investigation*. 2015; 12(1): 29-36.
- Radeloff D, Lempp T, Herrmann E, Kettner M, Bennefeld-Kersten K, Freitag C. National total survey of German adolescent suicide in prison. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2014; 24(2): 219-25.
- Randall JR, Doku D, Wilson ML, Peltzer K. Suicidal behaviour and related risk factors among school-aged youth in the Republic of Benin. *PloS one*. 2014; 9:e88233.
- Rhodes AE, Bethell J, Tonmyr L. Child sexual abuse and youth suicide: A review of the evidence with implications for future research. *International Journal of Child, Youth and Family Studies* 2014; 5(1): 113-30.
- Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, Sinyor M, Links PS, Tonmyr L, et al. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World Journal of Psychiatry* 2014; 4(4): 120.
- Rojas, S. M., Gold, S. D., Bryan, C. J., Pruitt, L. D., Felker, B. L., & Reger, M. A. (2022). Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (BCBT-SP) via video telehealth: a case example during the COVID-19 outbreak. *Cognitive and behavioral practice*, 29(2), 446-453.
- Schure, M. B., McCrory, B., Greist, J., & Striegel Weissman, R. (2022). Impact of an automated Internet-based cognitive behavioral therapy program on suicide thinking and risk among United States rural adults. *Discover Psychology*, 2(1), 14.
- Smischney TM, Chrisler A, Villarruel FA, Bridge JA. Risk Factors for Adolescent Suicide. 2022.
- Stewart JG, Kim JC, Esposito EC, Gold J, Nock MK, Auerbach RP. Predicting suicide attempts in depressed adolescents: Clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse. *Journal of Affective Disorders* 2015; 187: 27-34.
- Stone LB, Liu RT, Yen S. Adolescent inpatient girls 'report of dependent life events predicts prospective suicide risk. *Psychiatry research*. 2014;219(1):137-42.



- Trinh OTH, Oh J, Choi S, et al. Changes and socioeconomic factors associated with attitudes towards domestic violence among Vietnamese women aged 15 –49: findings from the Multiple Indicator Cluster Surveys, 2006 – 2011. *Global health action* 2016 ; 9(1): 295.
- Tuisku V, Kiviruusu O, Pelkonen M, Karlsson L, Strandholm T, Marttunen M. Depressed adolescents as young adults–Predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *Journal of Affective Disorders* 2014; 152: 313-9.
- Weinstock Lauren M. Perceived family and peer invalidation as predictors of adolescent suicidal behaviors and self-mutilation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2015.
- World Health Organization (2018) Intimate partner violence.
- World Health Organization (2021) Violence Against Women.
- World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379> (2023).



The effectiveness of self-care training on teenagers suffering from domestic violence and reducing the desire to commit suicide in them

Asiyeh madahipoor

social worker

Abstract

The purpose of this research was to investigate the effectiveness of self-care training on teenagers suffering from domestic violence and reducing the desire to commit suicide in them. The research method is semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up plan with a control group. The statistical population of the research included teenagers who referred to Dehdasht city hospital in 1403. There were 30 people identified through purposive sampling. After completing the training on the experimental group, both the experimental and post-test groups were given a suicidal ideation questionnaire. Analyzes at the descriptive level including central tendency indices and dispersion indices of the participants' scores will be examined, and at the inferential level, due to the importance of the assumptions of the statistics, the analysis of covariance test will be used in the SPSS software environment. The findings indicated that; Self-care training has been effective on teenagers suffering from domestic violence and has reduced their desire to commit suicide. Therefore, teaching self-care methods for teenagers is important and necessary, and a teenager who has self-care skills in the face of domestic violence can be more resilient and rational in the face of life's challenges.

Keywords: Self-care, domestic violence, suicidal ideation, adolescents.