

افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در بازماندگان قربانیان،

خودکشی

اعظم کیوانلو(دانشجوی کارشناسی مامایی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار)
محمد رضا ناصری زاده(دانشجوی کاردانی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سبزوار)
آرش اکابری(کارشناس ارشد آمار حیاتی)

چکیده

هدف از این مطالعه توصیف و مقایسه افسردگی، اضطراب و تشویش و کیفیت زندگی با توجه به ارتباط افراد با قربانی خودکشی، بین گروهی از افراد که رابطه نزدیکی با قربانی خودکشی داشتند و گروهی که ارتباط دور تری با قربانی خودکشی داشتند، در طول دوره‌های حاد داغداری است. (در طی یک ماه بعد از مرگ) گروه خویشاوندان نزدیک شامل همسران، والدین، فرزندان، خواهر و برادر و گروه خویشاوندان دور شامل خاله‌ها، عمه‌ها، دایی‌ها، عموها و اقوام پسری و دختری(خواهرزاده و برادرزاده‌ها) می‌باشد. به وسیله آنالیز کوواریانس، تفاوت علائم در دو گروه تحلیل شد. نتایج نشان می‌دهند که با کنترل اثرات سن و جنس، بازماندگانی که روابط نزدیکی با قربانی خودکشی داشته‌اند به طور چشمگیری دچار سطح بالایی از افسردگی و نگرانی و تشویش هستند و سطح سلامتی روانی کیفیت زندگی آنها پایین است. از نظر آماری تفاوت معناداری در سطح سلامت جسمی آنها دیده نشد. اختلالات ذهنی با تغییر در عواطف، خلق و خوی، رفتار، ادراک، تفکر و یا ترکیبی از بعضی از این موارد مشخص می‌شوند و با درصدی از پریشانی و اندوه و آسیب عملکردی همراه هستند. مطالعه "هزینه‌های مازاد بیماری" نتیجه داده است که اختلالات ذهنی بر سلامت و بازدهی تاثیر می‌گذارد و بازدهی اغلب کمتر گزارش می‌شود. همچنین در امریکا اختلالات ذهنی در کنار بیماری‌های قلبی و سرطان یک عامل بزرگ ناتوانی است. خودکشی یکی از مشکلات مهم، سلامت عمومی است که مکرراً به عنوان یکی از پیامدهای اختلالات ذهنی رخ می‌دهد.

در هر صورت به اندازه‌ای که در خودکشی‌ها احتمال بروز عوارض اندوه و حزن بالاست، در موارد مرگ و میر طبیعی این مسئله وجود ندارد. و اگر خودکشی شدید (وحشتناک) باشد، ممکن است با گسترش افسردگی‌های وسیعی همراه باشد.

به دلیل همراهی اضطراب با داغ‌دیدگی، تعجب برانگیز نیست که در طول این مدت، افزایش خطر بروز علائم افسردگی اختلالات تشویش و نگرانی و بروز علائم اضطراب ناشی از واقعه دیده شود. این مسئله همچنین با مراجعه بیشتر به پزشک و کاهش احساس سلامت جسمانی همراه است.

همان گونه که این یافته‌ها نشان می‌دهد علائم ناسازگاری روانی و فیزیولوژیکی متنوعی با داغ‌دیدگی همراه هستند.

یکی از متغیرهای مختل‌کننده که به خوبی در ادبیات خودکشی آزمایش نشده است، خویشاوندی بازماندگان با متوفی است. تعدادی از محققین پاسخ‌های حزن و اندوه بازماندگان را بر اساس رابطه‌ی آنها با متوفی آزمایش کرده‌اند، اما زمانی که آنها روابط را در گروهی متشکل از بازمانده‌ها امتحان کردند یافته‌ها دو پهلو بودند به عنوان مثال مک‌ایتوش و همکاران در سال ۱۹۹۸ اختلاف کمی بین پاسخ‌های حزن و اندوه والدین، فرزندان، دخترخواهر، دختر برادر، پسر خواهر، پسر برادر و... یافتند.

رید و گرین بلد پی بردند که والدین احساس گناه، شرمساری و سوگ بیشتری را نسبت به همسران قربانیان گزارش می‌کنند. در حالی که میزان اندوه و حزن خواهر یا برادر، فرزندان، در بین میزان حزن و اندوه والدین و همسران قرار می‌گیرد. (اگر چه تفاوت چشمگیری با میزان اندوه همسران نداشتند). اختلاف در احساس حزن و اندوه، شرمساری و عدم پذیرش این واقعه در میان بچه‌ها، خواهران یا برادران وجود نداشت، اگر چه این

زمینه

خودکشی سومین عامل مرگ و میر در جوانان ۱۵-۲۴ ساله و نهمین علت مرگ و میر در آمریکا محسوب می‌شود، که تعداد آنها بین ۳۰۰۰۰ (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها، ۲۰۰۶) تا ۳۲۰۰۰ مرگ و میر سالیانه می‌باشد.

از هر کسی که مرتکب خودکشی می‌شود، بطور محافظه‌کارانه، ۶-۱۰ بازمانده (کسانی که به قربانی خودکشی نزدیک بوده‌اند و از این پس بازماندگان خودکشی نام می‌گیرند)، زنده می‌مانند. و باید از عهده‌ی فقدان قربانی خودکشی برآیند. اخیراً رشد شمار بازماندگان داغ‌دیده سالیانه به ۳۰۰۰۰۰ هزار نفر رسیده است. بر اساس این برآورد‌ها، تقریباً ۵ میلیون آمریکایی جزء بازماندگان خودکشی در طول ۲۵ سال گذشته می‌باشند.

از لحاظ سلامت عمومی، ادامه خودکشی‌ها مشکل بزرگی است. داغ‌دیدگی می‌تواند عملکرد و کیفیت زندگی آنها را تغییر دهد و ممکن است با افسردگی، نگرانی و تشویش، حزن و اندوه، علائم استرس و آسیب‌های ناشی از آن همراه باشد.

مرگ غیر طبیعی و ناگهانی یکی از اعضای خانواده و یا افراد مهم دیگر، رخدادی بسیار استرس‌آفرین است و به عنوان بحرانی شایع، بطور ناگهانی و بدون هیچ هشدار رخ می‌دهد و به شدت کنترل احساسات شخصی و ایمان و عقیده به اطرافیان را در هم می‌شکند.

برای بازماندگان، مرگ با خودکشی اغلب واقعه‌ای بحرانی است که توانایی عملکردی آنها را تغییر می‌دهد که با پیامدهای عاطفی، رفتاری و روان شناختی نیز همراه می‌باشد.

شواهد و مدارک حاکی اشاره می‌کنند که داغ‌دیدگی ناشی از خودکشی با سایر انواع داغ‌دیدگی بسیار متفاوت است.

در پژوهش های انجام شده، گونه های ویژه ای از مرگ با حزن و اندوه و داغ دیدگی همراه هستند که ممکن است طولانی شده و یا با علائم و نشانه های پاتولوژیک بیشتری نسبت به سایر مرگ ها همراه شوند.

این مرگ ها شامل مرگ های ناگهانی و غیر منتظره، مرگ های شدید و سخت و یا ننگ آور، مرگ هایی که تعداد زیادی در آنها از دست می روند، یا مرگ کودکان را شامل می باشند.

تحقیقات همچنین نشان می دهد که داغ دیدن ناگهانی ناشی از مرگ های بد و شدید (تصادفات، قتل، خودکشی و...) اغلب با میزان زیادی از مشکلات روانی و تخریب سلامت جسمانی بازماندگان همراه هستند.

در مقابل سایرین بیان می دارند که نشانه های داغ دیدگی ناشی از خودکشی با سایر انواع داغ دیدگی ها تفاوتی ندارد و یادآوری می کنند که این علائم، همچنین در سایر گونه های فقدان آسیب زای نزدیکان نیز دیده می شوند (ناگهانی، غیرطبیعی) جردن پیشنهاد می کند که اگر هم هیچ تفاوتی با هم نداشته باشند کیفیت آن بیشتر از کمیت می باشد. اگر چه سهم بازماندگان قربانیان خودکشی ها در بسیاری از عکس العمل های یکسان همانند بازماندگان سایر مرگ های غیر منتظره است، اخیراً او تفاوت های تجربی مهمی را برجسته کرده است بعنوان این که این تفاوت ها با داغ دیدگی ناشی از خودکشی مرتبط هستند زیرا نوع سوگواری در این قبیل مرگ ها با سوگواری در سایر انواع مرگ ها متفاوت است و سه تفاوت مهم در آنها وجود دارد: محتوای اندوه، فرایند های اجتماعی پیرامون بازماندگان و آسیبی که خودکشی بر سیستم خانواده می گذارد.

این بازماندگان اغلب با سؤالات مشکل پیرامون مرگ و چراهای آن سر و کار دارند، با احساس افزایش مسئولیت، گناه، شرمساری و مقصر بودن

مسائل همیشه در میان بازماندگان قربانیان خودکشی وجود دارد و بطور چشمگیری بیشتر از بازماندگان کسانی است که در اثر تصادفات مرده اند. آنها همچنین برای آزمایش میزان وابستگی بازماندگان به قربانیان خودکشی، از آنها تقاضا کردند که اعلام کنند که با جمله « من به مرده بسیار وابسته بودم » موافق هستند یا مخالف، در حقیقت، حتی وابستگی بازمانده به قربانی خودکشی در شدت پاسخ های حزن و اندوه، مهم تر از درجه ی خویشاندودی افراد، است.

نگ اجتماعی اطرافیان قربانی، مشکلات بازماندگان را پیچیده تر می کند. چه خود بازماندگان از این موضوع شرمسار باشند و چه دیگران را در این مسئله مقصر بدانند بازماندگان اغلب نسبت به بحث در باره متوفی حساس و بی میل هستند.

منابع معمول حمایتی، مانند خانواده، دوستان، روحانی ممکن است بی ببرند که قادر به آسوده کردن و آرام کردن بازمانده نیستند.

گیلسکی و همکاران گزارش می کنند که بازماندگان خودکشی ها بطور چشمگیری حمایت عاطفی کمی را برای احساس افسردگی و حزن و اندوه خود نسبت به افرادی که به علل طبیعی داغ دیده شده اند، دریافت می کنند و متوجه شدند که بازمانده ها نمی توانند به اشخاص جامعه ای که در آن کار می کنند، نسبت به غیر داغ دیده های گروه کنترل، اعتماد کنند. این نقص در سیستم حمایتی، اغلب بازماندگان را نسبت به جامعه منزوی می کند و آنها را با وجود وخامت حال و مشکلات تنها می گذارد.

اخیراً دگروت و همکاران (۲۰۰۶)، دریافتند که اشخاصی که از طریق خودکشی نزدیکان داغ دیده شده اند بیشتر احساس تنهایی می کنند و در این گروه نیاز به کمک های اساسی (حرفه ای) نسبت به گروه دیگر بیشتر احساس می شود.

هدف از این مطالعه

هدف از این مطالعه توصیف و مقایسه میزان بروز علائم روانی و کیفیت زندگی با توجه به میزان ارتباطات بین افرادی که رابطه نزدیک با فرد خودکشی کرده داشته اند در مقایسه با گروهی که ارتباط دوری (کمتری) با فرد خودکشی کرده داشته اند، بود.

علائم افسردگی، تشویش و نگرانی و کیفیت زندگی بین هر دو گروه (بازماندگانی که ارتباط نزدیک با فرد خودکشی کننده داشتند و بازماندگانی ارتباط کمی با فرد خودکشی کننده داشتند) مورد آزمایش قرار گرفتند. در این مطالعه گروهی که روابط نزدیک با قربانی داشتند شامل همسران، والدین، بچه ها، خواهران و برادران بود در حالیکه گروهی که روابط دوری با قربانی داشتند شامل خاله یا عمه، دایی یا عمو، پسر خواهر، پسر برادر، دختر خواهر یا برادر، برادر زاده و خواهر زاده و دوستان و همکاران در نظر گرفته شدند.

داده‌ها از ۶۰ بازمانده ی بزرگسال (۱۸ سال یا بالاتر) که ساکن جنوب غربی پنسیلوانیا بودند به دست آمد که اندازه گیری نهایی را قسمتی از مطالعه مداخله ای کامل می کند که بحران خانواده را در طول فاز حاد داغدیدگی توجه دارد.

روش کار:

جامعه نمونه شامل ۶۰ نفر بود که متشکل از ۴۳ زن قفقازی (۷۲٪) و ۱۷ مرد قفقازی (۲۸٪) با میانگین سنی ۴۳/۳ سال (دامنه تغییرات ۱۷-۷۸ سال) بود، و بطور حتمی ۶۷٪ آنها دارای مذهب کاتولیک و ۲۳٪ آنها عضو فرقه مسیحیان پروتستان بودند. اکثریت شرکت کنندگان در این مطالعه (۵۵٪) متأهل بودند و البته ۲۰٪ از شرکت کنندگان بیوه بودند اکثریت آنها (۹۵٪) با یک همسر، شریک خود، بچه ها یا تعدادی از سایر نزدیکان خود زندگی می کردند. ۴۰٪ از مشارکت کنندگان در این پژوهش

مواجه می شوند، احساس عدم پذیرش واقعه و ترک خانواده در آنها بالا می رود و با آشفتگی و خشم و غضب و به همان میزان با احساس ننگ و واکنش های منفی دیگران مواجه می شوند. تحقیقات در این مناطق با شمار زیادی از مشکلات متدولوژی همراه است که گرفتن هر نتیجه ی قطعی را مشکل می سازد. برخی از این مشکلات عبارتند از اندازه ی کم نمونه، فقدان گروه شاهد، بالا بودن میزان امتناع، و فقدان توجه به متغیرهای مختل کننده شامل روابط خویشاوندی متوفی.

چارچوب ذهنی

این رویدادها بازماندگان را تسلیم احساسات شدیدی مانند درماندگی، ناتوانی و شکستگی می کنند. با استفاده از این درک در مورد بازماندگان خودکشی، متوجه می شویم این واقعه شیوهی زندگی و فعالیت های روزمره آنان را مختل می کند بنابراین بر کیفیت زندگی آنها تأثیر می گذارد و موجب ایجاد احساس تخریب، شکستگی و خسران دیدگی در آنها می شود. و از این رو بازمانده ها را مستعد افزایش افسردگی، اضطراب، تشویش، اختلالات و استرس های بعد از واقعه می کند. یک فرضیه مراجعه به روابط خانوادگی مثبت هست که بیان می کند که بازماندگان دارای وابستگی بالا، به احتمال زیاد سطح بالاتری از اندوه آسیب‌زا را نسبت به بازماندگانی که وابستگی کمتری به قربانی داشتند، تجربه می کنند.

این مطالعه به گسترش مطالب گردآوری شده در پیرامون اوضاع باقی مانده های قربانیان خودکشی کمک کرده است. و مشاهدات پزشکان حاکی از اهمیت درجه خویشاوندی به قربانیان خودکشی در همخوان داشتن علائم روانی تأثیر در کیفیت زندگی می باشد.

بودند. تفاوت چشمگیری بین گروه‌ها براساس نوع مرگ وجود نداشت.

ابزارهای اندازه‌گیری

اندازه‌گیری علایم روانی شامل اندازه‌گیری افسردگی توسط چک لیست افسردگی بک (BDI) و اضطراب توسط مقیاس چک لیستی علایم اندوه (BSI) اندازه‌گیری می‌شود. کیفیت زندگی توسط نتایج حاصل از مطالعه‌ی کوتاه ۳۶ ایتمی (پرسشنامه-ای) اندازه‌گیری شد. (S-SF36) یک نمونه BDI از ۲۱ آیتم چند گزینه‌ای که توسط خود فرد انجام می‌شود تشکیل شده است. هر یک از ۲۱ آیتم به ۴ مورد از ۳ تا درجه بندی شده است. کل نمرات BDI (۰-۶۶) توسط نمره اضافه باز تمام گروه‌ها حاصل شده است و با میزان‌های اثبات شده افسردگی همخوانی دارد.

حداقل نمره ۹-۰، میانه و متعادل ۱۹-۱۰، متوسط رو به بالا ۲۹-۲۰ و حداکثر ۶۶-۳۰ می‌باشد. قسمت BDI با یافته‌های پزشکی در زمینه‌ی درجات افسردگی به خوبی صدق می‌کند. توانایی پاسخگویی به مطالب خواسته شده ۶ تا ۲۱ روز بود. نمره‌ی ۸۶ برای نمونه‌های افسرده و ۷۶ برای نمونه‌هایی که افسرده نیستند.

BSI دارای ۵۳ آیتم است که توسط خود فرد گزارش می‌شود. درجه بندی بر اساس علایم فیزیکی و احساس می‌باشد. یک آیتم با ۹ علامت مهم نمره‌دهی شده است که علایم جسمی، وسواس رفتاری، حساسیت درون‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، اضطراب فوبیا (ترس)، پارانوئید (بدگمانی) و علامت پسیکوتیک را شامل می‌شود. اعتبار آن در تناسب درونی گمانه‌ها به صورت افزایش دامنه ضریب از ۷۱ (برای موارد پسیکوتیک) تا ۸۵ (برای موارد افسردگی) آشکار شد.

میزان اعتبار BSI توسط مقایسه با پرسشنامه چند وجهی شخصیتی مینه سوتا حاصل شد. نتایج اشکار

دیپلم فنی - حرفه‌ای، ۱۳٪ تحصیلاتی دبیرستانی داشتند، ۱۳٪ دیپلم حرفه‌ای داشتند و ۳۲٪ مدرک لیسانس و ۶۵٪ آنها بصورت تمام وقت کار می‌کردند و ۳۳٪ آنها بصورت پاره وقت کار می‌کردند. جدول ۱، مشخصه‌های نمونه‌ها را به همراه ارتباط آنها با قربانی خودکشی نشان می‌دهد. هیچ تفاوت معناداری بین مشارکت کنندگان بر اساس روابط آنها با متوفی وجود ندارد.

نمونه‌ها شامل ۶۰ نفر می‌باشند که اخیراً (حدود ۱ ماه گذشته) به دلیل خودکشی یکی از اعضای خانواده، افراد مهم دیگر، دوستان یا همکاران داغ دیده‌اند. هر شرکت کننده متعلق به یکی از ۱۶ خانواده‌ای است که شمار تعداد مشارکت کنندگان هر خانواده از ۱ تا ۲۲ نفر می‌باشد. ۲۷ نفر از شرکت کنندگان (۴۵٪) در گروه افرادی که با متوفی رابطه‌ی نزدیکی داشته‌اند قرار گرفتند و ۳۳ نفر (۵۵٪) در گروهی که روابط دوری با متوفی داشتند (خاله یا عمه، دایی یا عمو، خواهر زاده‌ها یا برادرزاده، دوستان یا همکاران...) قرار گرفتند.

۳۱/۷٪ از افراد گروهی که رابطه‌ی دوری با قربانی خودکشی داشتند یکی از خویشاوندان خود را از دست داده بودند (پدر بزرگ یا مادر بزرگ، خاله یا عمو، پسر خواهر، پسر برادرف دختر خواهر، دختر برادر)، در حالیکه ۲۳/۳٪ باقی مانده دوست یا همکار خود را از دست داده بودند. از ۱۶ مرگ ناشی از خودکشی، ۷ تا (۴۴٪) با تیراندازی به خود، ۴ نفر (۲۵٪) به وسیله دارزدن خود، ۳ نفر (۱۹٪) با مسمومیت منواکسید کربن و ۱ (۶٪) با مصرف مواد در دوزهای بالا و ۱ نفر دیگر (۶٪) بوسیله خفه کردن خودکشی کرده بودند. در هر حال ۶۰ شرکت کننده‌ی مرتبط با یکی از ۱۶ مرگ، بیشتر آنها ۳۲/۲۵٪ با مرگ ناشی از دارآویختن، گروه دیگر که بیشترین میزان مرگ را به خود اختصاص می‌دهد یعنی تیراندازی (۱۵/۲۵٪) و سایرین ۱۳/۲۲٪ مواجه شده

۱- دارای محدودیت زیاد، ۳- بدون محدودیت) و درجه نمرات خام آن از ۱۰ (کمترین) تا ۳۰ (بیشترین) محتمل می باشد.

آنالیزهای آماری

داده های طبقه ای به صورت درصد گزارش شده و متغیرهای پیوسته بصورت میانگین و انحراف از معیار گزارش می شوند. مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی بین هر دو گروه (خویشاوندان دور در مقابل خویشاوندان نزدیک) توسط تست مجذور کای برای متغیرهای طبقه ای صورت گرفت. زمانی که یکی از خانه های جدول توافقی کمتر از ۵ بیمار را شامل شود از آزمون دقیق فیشر برای آنالیزها استفاده شد. متغیرهای پیوسته با توزیع نرمال توسط آزمون تی استیوننت مقایسه شدند.

داده های با توزیع غیر نرمال توسط آزمون mann-whitney مقایسه شدند. همه $p < 0.05$ از لحاظ آماری برای متغیرهای دموگرافیکی معنا دار محسوب می شوند.

آنالیز کوواریانس (ANCOVA) برای آزمون تفاوت های بین دو گروه (خویشاوند نزدیک یا دور) روی علائم اندازه گیری شده با کنترل اثر متغیرهای سن و جنس و بکارگیری آزمون تعدیل شده بونفریور جهت کنترل میزان خطای روش داده های فامیلی استفاده شد. همه آنالیزها توسط SPSS انجام شدند. (۲)

نتایج

کار نهایی برای تمام نمونه ها ($n=60$) ارزیابی داده هاست که به صورت زیر گزارش شد. برای اندازه گیری افسردگی که توسط آزمون BDI انجام شد میانگین انحراف معیار برابر با بود (۱۲/۸۸) ۱۲/۹۸ با دامنه تغییرات ۰-۵۴ برای اندازه گیری، اضطراب توسط آزمون BSI، میانگین حاصل برابر با (۱/۰۹) (۰/۹۸) بود با دامنه تغییرات ۰-۳/۶۷. برای

ساخت که هر دو مقیاس بطور فزاینده ای روی هشت تا از نه مقیاس همبستگی دارند.

MOS-SF 36 یک اندازه گیری عمومی است که به ارزیابی مفاهیم مناسبی از کیفیت زندگی هر فرد می پردازد. استفاده از ۳۶ آئمی که توسط خود افراد گزارش می شود. دست یابی به هشت مفهوم سلامتی شامل عملکرد فیزیکی، میزان نقش جسمی و احساسی، درد بدنی، سلامت کلی، سر زندگی، عملکرد اجتماعی و سلامت روحی را حاصل کرده است.

این مقیاس ها و آئتم ها طوری نمره دهی می شوند که افزایش یک نمره حاکی از وضعیت بهتر سلامتی است. و با هم دارای تناسب خوبی هستند (۶۲ به ۹۶ با میانگین ۸۰) و فاصله اطمینان آنها (۴۲ به ۹۰ برای ۶ ماه با میانگین ۶۴) قابل قبول است. بعد روحی سلامت دارای ۵ آئتم می شود که با افسردگی روانی و خوب بودن توجه دارد و شامل دستپاچگی عصبی، حزن، آرامی و آرامش طلبی، مایوس و غم زده، احساس شادی می شود.

پایین ترین و بالاترین نمرات خام به ترتیب ۳۰ و ۵۰ است. آئتم های احساسی عصبی تخلیه ی عصبی و یاس در ۶ طبقه دسته بندی شد (مربوط به همه زمان ها، بدون زمان بندی) از سوی دیگر آئتم های آرامش و شادی در ۶ طبقه معکوس نمره دهی شده اند (بدون زمان بندی، ۶ مربوط به همه زمان ها). بعد جسمی سلامت ۱۰ آئتم را در بر می گیرد که محدود به فعالیت های جسمی است، زیرا فعالیت شدید بد است و موجب مشکلات پیرامون سلامت می شود. فعالیت روز مره (آئتم) بلند کردن اجسام (آئتم) بالا رفتن (آئتم) خم شدن (آئتم) پیاده روی (آئتم) و استحمام (آئتم) می باشد که از ۳ درجه استفاده شده است.

اندازه گیری کیفیت زندگی با آزمون بعد روحی سلامت، میانگین حاصل $38/91(8/48)$ با دامنه تغییرات $21/61$ تا $51/34$ بود و جهت اندازه گیری، بعد جسمی سلامت میانگین حاصل $48/01(6/70)$ با دامنه تغییرات $27/67-60/38$ بود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار را برای هر یک از علائم اندازه گیری شده در روابط خویشاوندی ارایه شده است. آنالیز واریانس جهت بررسی تفاوت های علائم اندازه گیری شده بین دو گروه (خویشاوند نزدیک و دور) استفاده شده البته روش این کار پس از کنترل متغیرهای سن و جنس و بکارگیری تست تعدیل شده، جهت کنترل خطاهای موجود در روش فامیلی انجام شد. سن و جنس ($P-VALUE > 0/05$) تاثیری نداشتند.

نتایج نشان داد با کنترل اثرات سن و جنس بازماندگانی که رابطه نزدیک با قربانی داشته اند بطور معناداری سطح بالاتری از افسردگی و اضطراب و سطح پایینی از سلامت روحی کیفیت زندگی را داشته اند.

از لحاظ آماری بعد جسمی کیفیت زندگی که توسط آزمون mos-sf36 تفاوت معناداری با گروه دیگر نداشت.

جهت تعیین تأثیر گروه های ویژه خویشاوندی (نزدیک یا دور)، ما جهت تأیید تفاوت های معنادار بین گروه های خویشاوندی از آزمون های تعقیبی برای مقایسه دو به دو استفاده شد.

افسردگی، که بوسیله BDI اندازه گیری شد، نشان می دهد که همسران، والدین و بچه ها به طور معناداری سطح بالایی از افسردگی را دارند، میزان آن میان خواهران و برادران، دوستان یا همکاران و برادر زاده و خواهر زاده متفاوت است، اما همسران تفاوت معناداری با والدین و بچه ها در میزان افسردگی نداشتند.

بچه ها و همسران بالاترین سطح نگرانی و تشویش را داشتند، والدین و خواهران و برادران هم همین طور، که با استفاده از آزمون BSI اندازه گیری شده بود. گروه خویشاوندی نزدیک (همسران، والدین، بچه ها و خواهر و برادران) به طور چشمگیری سطح متفاوتی از نگرانی و تشویش را نسبت به فامیل های غیر تنی، دوستان و پسر خواهر یا برادر و دختر خواهر یا برادر را داشتند. گروهی که خویشاوندی نزدیکی با قربانی خودکشی داشتند پایین ترین سطح کیفیت سلامت روانی زندگی را که با آزمون MOS-SF3b - برای امتیازبندی اجزاء سلامت روانی اندازه گیری شد، را دارند. همسران و والدین و به دنبال آنها فرزندان و خواهران و برادران کمترین میزان کیفیت سلامت روانی را در زندگی داشتند. در هر حال کیفیت سلامت روانی زندگی نزدیکان، دوستان و همکاران و دختر برادر یا خواهر و پسر برادر یا خواهر متفاوت بود. از لحاظ آماری تفاوت معناداری در میان ۶ گروه شرکت کننده در این پژوهش به لحاظ مولفه های سلامت جسمی کیفیت زندگی مشاهده نشد.

بحث

نتایج این مطالعه با یافته های اثبات شده در مورد اینکه ارتباطات خویشاوندی با امکان ایجاد وخامت حال در بازماندگان داغ دیده مرتبط می-باشند، سازگار است.

دریافته اند که رابطه ی خویشاوندی بطور چشمگیری احتمال بروز عوارض اندوه و حزن را در میان بیماران سرپایی که مشکل روانی دارند و یکی از نزدیکان خود را در سال قبل از دست داده اند رو به افزایش است.

دریافته اند که رتبه ی عارضه ی اندوه و حزن در وابستگان نزدیک قربانیان خودکشی بالاست و بروز سطوحی از سندرم حزن و اندوه احتمال اندیشه

خودکشی در میان بازماندگان بزرگسال قربانیان خودکشی افزایش می دهد.

خصوصاً این مسئله با ۹/۶۸ برابر (با فاصله‌ی اطمینان: ۹۰/۴۱۷ و ۱/۰۳۶) احتمال بیشتر وخیم تر شدن خودکشی‌ها بعد از کنترل افسردگی را به دنبال دارد.

بروز علایم اندوه و افسردگی به طور مستقل خطر اندیشه‌ی خودکشی‌ها را افزایش می دهد که خطر بعدی خودکشی در بازماندگان را مطرح می کند.

تامین کنندگان مراقبتهای سلامتی باید به گونه ای سازمان دهی شوند که تمام نواحی را ارزیابی کنند و امکان پیگیری را جهت پیشگیری از بیشتر شدن عوارض و خودآزاری در بازماندگان قربانیان خودکشی را، مناسب سازد. مطالعات بیشتر جهت شفاف سازی میزان تأثیر ارتباط فامیلی بر روی احتمال وخامت غم و اندوه در این جمعیت صورت پذیرفته است. در این مطالعه، ارتباط نزدیک فامیلی با بازماندگان قربانی (به عنوان مثال: همسر، والدین، بچه ها، برادر و خواهر) سطوح بالاتری از درماندگی و علائم روانی را نسبت به خویشاوندان دور قربانی خودکشی، تجربه می کنند. تشخیص داده شده که سلامتی خانوادگی شامل یک فرآیند درون فردی است که به نیازهای نامناسب افراد پاسخ می دهد و حمایت های اجتماعی را فراهم می سازند. وابستگان درجه یک، که اولین اجتماعی هستند که ارزش آن در پاسخ فوری به استرسهای موجود در اعضای خانواده است، بیشترین ارتباط خویشاوندی را با فرد قربانی خودکشی داشته اند. در نهایت ممکن است که این افراد خود را مقصر بدانند و از خود بپرسند شاید رفتار آنها اشتباه بوده است، یا اینکه می توانستند جلوی خودکشی را بگیرند. این دوره علائمی را شامل می شود که پیچیدگی فرآیندهای حزن و اندوه را افزایش می دهد.

فیلی و مک کوبین ۱۹۸۳ تشخیص داده اند که این حادثه امکان ایجاد درکی از نابودی، اختلال و فقدان در پی دارد. بازمانده‌های مرگ ناگوار (شامل مرگ بوسیله خودکشی) در ادامه زندگی احساس گناه، تقصیر، خشم، رنجش، افسوس و عدم توانایی درک معنای زندگی می کنند.

اکثر آنها بخاطر فقدان ناگهانی عضوی از خانواده با علل غیر طبیعی بخصوص خودکشی با سؤالات و دلواپسی هایی پیرامون ادامه اثرات مرگ روی زندگی خودشان و عزیزانشان کارشان را نیز نیمه تمام رها می کنند.

برخی تشخیص داده اند که ضربات ثانویه استرس، زندگی روزمره فراد را مختل خواهد کرد و بعنوان مثال در این مطالعه تغییرات فردی کیفیت زندگی در این مطالعه بررسی شد، یافته های حاصل حکایت از پایین بودن سطح، بعد روحی سلامت کیفیت زندگی گروهی از افراد که زنده مانده اند داشت. در حالیکه بعد فیزیکی سلامت کیفیت زندگی تفاوتی نداشت. نتایج حاصل با کار اخیر سیلورمن و همکاران (۲۰۰۰). که در آن ارتباط آسیب رسانی افزایش غم و اندوه روی کیفیت زندگی یافت شد. بویژه که قلمروی بعد روحی سلامت، کیفیت زندگی را بعنوان برجسته ترین ارتباط دارند، با افزایش غم و اندوه نشان داده است. در آن مطالعه، ارتباط عملکرد بعد جسمی سلامت، کیفیت زندگی در افزایش غم و اندوه کمتر بود. قسمت ناگوار افسردگی مربوط به ضربات ثانویه استرس بود.

با این وجود در مطالعه ی اخیر تمام افراد بررسی شده طی یک ماه فاصله از مرگ بوده اند و در مطالعه سیلورمن و همکاران ۸۸٪ افراد تحت مطالعه طی ۶ ماه پس از فقدان عزیزشان بوده است. اخیراً (prigerson et al 1997) پیش بینی نادرست علائم فیزیکی سلامت روی افزایش غم و ماتم را متوجه

محدودیت‌ها (محدوده‌ها یا مشکلات) محدودیت‌های مطالعه شامل استفاده از گزارشات شخصی گروهی کوچک از جمعیت قفقازی که افسرده بودند می‌باشد که اثبات علائم ویژه را به همراه ندارد. همچنین گستردگی اندازه خانواده‌ها بسیار متفاوت بوده است. مقایسه‌ی تفاوت در وابستگی‌های فامیلی فقط توسط درجه‌ی خویشاوندی اندازه‌گیری شدند که در اندازه‌گیری خصوصیات روانی بازماندگان قربانی خودکشی مفید واقع شدند. بنابراین روش کار در مراقبت‌های اولیه و زمینه‌های دیگر مرابت سلامت بطور دقیق بررسی شود همچنین سؤال مددجویان در رابطه با کمبودهای اخیر علل خودکشی یا روش‌های دیگر مرگ مهم می‌باشد. و سلامت مددجویان در مورد فقدان‌های اخیر عوامل منتهی به خودکشی یا دیگر حالات مرگ بررسی شود. همچنین پزشکان نیازمند به انجام بررسی‌های جامع‌تر در جهت تشخیص احتمالی اندیشه‌ی خودکشی در افراد داغدار خودکشی می‌باشد. ادامه مطالعه به آینده موكول می‌شود زیرا به تنظیم و طرح ریزی تعدادی مطالعه‌ی آینده‌نگر نیازمند هستند، بویژه که برای کمک به داغداران خودکنکاش گرایانه حساسیت به خرج داده و در جهت رفع نیاز خانواده‌های داغدار خودکشی گام بردارند.

ساخت. بنابراین اندیشه‌ی معقولی به نظر می‌رسد. محتمل به نظر می‌رسد که هیچ علامت فیزیکی رو به وخامت نگذارد و این یک حالت فیزیکی است که در حال حاضر ناشناخته است.

در این مطالعه سطوح بالاتری از افسردگی و اضطراب و سطوح پایین‌تر بعد روحی کیفیت زندگی در افراد نزدیکی که از قربانیان خودکشی باقی مانده اند به دست آمده است. داده‌های ملی مشخص می‌سازد که خطر افزایش اندیشه و رفتار خودکشی در خانواده‌هایی که قربانی خودکشی داشته‌اند، وجود دارد. افزایش علائم سوگ حتی بعد از افسردگی ممکن است یک فاکتور خطر در بروز مشکلات جسمی و اندیشه خودکشی، در نظر گرفته شود. استانداردهای کنونی بر پایه‌ی تاریخچه خانوادگی است. این مطالعه افزایش اهمیت مراقبت برای علامت‌شناسی افسردگی و اضطراب در بازمانده‌های قربانیان خودکشی بررسی کرده است.

مشکلات انبوه خودکشی در خانواده‌ها (Roy, 2003; Runeson & Asberg, 2003) و درکشان جهت کمک رسانی ویژه (De Groot et al., 2006) مورد تأکید است. و اینکه پزشکان کنکاش گرایانه حساسیت به خرج داده و در جهت رفع نیاز خانواده‌های داغدار خودکشی گام بردارند.

منابع:

1. American Association of Suicidology. (2004). Survivors of suicide fact sheet. Retrieved October 20, 2007 from [http://suicidology.org/associations/1045/files/survivorso suicide actsheet](http://suicidology.org/associations/1045/files/survivorso%20suicide%20actsheet).
2. Arens, D. A. (1983). Widowhood and well-being: An examination of sex differences within a casual model. *International Journal of Aging and Human Development*, 15, 27–40.
3. Barry, L. C., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: The role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 447–457.
4. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mode, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
5. Brown, G.W. & Harris, T. O. (1989). Depression. In G.W. Brown & T.O. Harris (Eds.), *Life events and illness* (pp. 49–94). New York.
6. Bruce, M. L., Kim, K., Leaf, P. J., & Jacobs, S. (1990). Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *American Journal of Psychiatry*, 147, 608–611.
7. Centers for Disease Control and Prevention. (2006). Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS). Retrieved October 20, 2007 from <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars>.
8. Clayton, P. J. (1974). Mortality and morbidity in the first year of bereavement. *Archives of General Psychiatry*, 30, 47–750.