

روان رنجوری و سبک‌های حل مسئله در زنان اقدام‌کننده به خودکشی شیمیایی

سید ولی اله موسوی^{۱*}، رضا قاسمی جوبنه^۲، سجاد رضائی^۳، نگار شیخلی^۴

۱. دانشیار روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۳. استادیار روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

چکیده

مقدمه: عوامل روانشناختی و مهارت‌های زندگی می‌توانند نقش مهمی در اقدام به خودکشی زنان داشته باشند. هدف این پژوهش شناسایی برخی عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی در زنان از طریق مقایسه دو گروه زنان اقدام‌کننده به خودکشی شیمیایی و گروه گواه بوده است.

روش: جمعیت آماری شامل زنان اقدام‌کننده به خودکشی با داروهای شیمیایی بستری در اورژانس مسمومیت مرکز آموزشی درمانی رازی شهر رشت و گروه گواه در سال ۱۳۹۳ بود. در پژوهش حاضر ۵۰ زن اقدام‌کننده به خودکشی و ۵۰ نفر که سابقه اقدام به خودکشی نداشتند به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به خرده‌مقیاس روان‌رنجوری پرسشنامه پنج‌عاملی شخصیت نئو و پرسشنامه حل مسئله پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که بین دو گروه در روان‌رنجوری و سبک‌های حل مسئله (خلاقانه، اعتماد، گرایش، درماندگی، مهارگری و اجتناب) تفاوت معناداری وجود دارد و زنان اقدام‌کننده به خودکشی شیمیایی نمرات بیشتری در روان‌رنجوری و درماندگی و نمرات کمتری در خلاقانه، اعتماد، گرایش، مهارگری و اجتناب در مقایسه با گروه گواه کسب نمودند ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان به منظور پیشگیری از اقدام به خودکشی در زنان در معرض خطر خودکشی، دوره‌هایی مبتنی بر کاهش مشکلات روانشناختی و یادگیری مهارت‌های حل مسئله برگزار کرد.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۶، شماره ۲، پیاپی ۳۱
پانیز و زمستان ۱۳۹۷
صص: ۱۳۰-۱۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۷/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۰۴

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 16, No. 2, Serial 31

Autumn & Winter
2018

pp.: 123-130

کلیدواژه‌ها: روان‌رنجوری، حل مسئله، زنان، خودکشی شیمیایی

*Email: mousavi180@yahoo.com

مقدمه

خودکشی یکی از آسیب‌های اجتماعی و مشکلات بزرگ بهداشتی است که به عنوان یکی از عوامل مهم مرگ و میر در جهان در نظر گرفته شده است و بالا رفتن میزان آن نزد گروه‌ها و اقشار مختلف اجتماعی نگرانی فزاینده‌ای را به وجود آورده است و نرخ خودکشی جزو شاخص‌های مهم بهداشت روانی جامعه در نظر گرفته می‌شود [۱، ۲، ۳]. همچنین مسمومیت به معنی آسیب دیدن یا کشته شدن با یک سم است. سم ماده‌ای است که از طریق عمل شیمیایی موجب مرگ، آسیب یا اختلال یک ارگان می‌شود [۴] و درصد بالایی از موارد خودکشی به دلیل مسمومیت‌های عمدی رخ می‌دهد و هزینه‌های بالای بیمارستانی را نیز به همراه دارند [۵]. نتایج بررسی‌های انجام شده در داخل کشور نشان می‌دهد که اقدام به خودکشی زنان در مقایسه با مردان بیشتر است [۲، ۶، ۷]. یکی از عوامل مهم و تاثیرگذار بر افزایش گرایش و اقدام به خودکشی در زنان، عدم برخورداری از سلامت روان کافی و روان رنجوری ادراک شده بالا می‌باشد [۸، ۹].

عمل آگاهانه خود ناپود سازی که اصطلاحاً خودکشی نامیده‌اند، راهی است برای رهایی از عوامل استرس‌زا که شخص به شدت از آن رنج می‌برد [۱۰]. روان رنجوری^۱ به تمایل فرد برای تجربه اضطراب، تنش، خودخوری، خصومت، کمرویی، تفکر غیر منطقی، افسردگی و عزت نفس پایین اطلاق می‌شود که همگی این مولفه‌ها در افزایش گرایش و اقدام به خودکشی نقش عمده دارند [۹، ۱۱]. در حقیقت روان رنجوری عامل زمینه‌ساز برای افسردگی می‌باشد و بر اساس نتایج مطالعات متعدد بین افسردگی و اقدام به خودکشی همبستگی قوی و مستقیم وجود دارد [۱۲ و ۱۳]. نتایج پژوهشی دیگر حاکی از آن است که در زنان رابطه مثبت بین روان رنجوری و افکار خودکشی دیده می‌شود [۱۴]. علاوه بر روان رنجوری به عنوان یکی از عوامل تهدید کننده سلامت روان و در نتیجه زمینه‌ساز گرایش به خودکشی، باید به نقش مهم مهارت‌های زندگی همچون حل مسئله در کاهش آسیب‌پذیری افراد نیز اشاره کرد [۱۵، ۱۶].

مهارت حل مسئله فرآیندی شناختی-رفتاری است که افراد به وسیله آن راهبردهای موثر سازگارانه مقابله‌ای برای چالش‌ها و مشکلات روزمره را به کار می‌برند [۱۵]. براساس یافته‌های مطالعات پژوهشگران می‌توان گفت که مهارت‌های حل مسئله‌ای همچون خلاقیت^۲ (در نظر گرفتن

راه‌حل‌های متنوع برای حل مشکلات)، اعتماد^۳ (اعتقاد به توانایی برای حل مشکلات)، مهارگری^۴ (میزان کنترل ادراک شده بر موقعیت)، گرایش^۵ (نگاه مثبت و تمایل به روبرو شدن با مشکلات)، از مهارت‌های اساسی در زندگی روزمره است که با افزایش توانمندی روانشناختی و سبک‌های حل مسئله درماندگی^۶ (احساس تنهایی و بی‌باوری فرد در برابر مشکلات) و اجتناب^۷ (تمایل به نادیده گرفتن مشکلات به جای مقابله موثر با آنها) با افزایش آسیب‌پذیری روانشناختی همراه است [۱۶]. از سوی دیگر، نقص در مهارت‌های حل مسئله منجر به اختلالات روانشناختی همچون افسردگی و اضطراب [۱۵]، اختلال در کارکرد اجتماعی [۱۷]، کاهش رضایت از زندگی و ناامیدی [۱۸] می‌شود. همه انسان‌ها در زندگی با مسائل و چالش‌های استرس‌آوری مواجه می‌شوند که نیازمند این می‌باشد که بتوانند با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد به حل مناسب این مسائل پرداخته و در نتیجه از آسیب‌های روانشناختی و اجتماعی کاسته شود [۱۵]. بنابراین برخورداری از سبک‌های حل مسئله کارآمد با کاهش مشکلات روانشناختی و اجتماعی و در نتیجه گرایش کمتر به خودکشی نیز همراه است [۱۹].

بخش عمده مسمومیت‌ها از نوع مسمومیت‌های عمدی است که به قصد خودکشی ایجاد می‌شوند. در همین راستا یافته‌ها یک پژوهش در ایران نشان داده است که اکثریت مراجعین به بخش‌های مسمومین بیمارستان‌های مرجع در کشور عامدانه و به قصد خودکشی اقدام به مسموم نمودن خود کرده بودند [۲۰]. همچنین باتوجه به مبانی نظری و پژوهشی رایج شده و وجود نرخ بالاتر اقدام به خودکشی در میان زنان، بررسی عوامل زمینه‌ساز در اقدام به خودکشی امری ضروری به نظر می‌رسد. بدیهی است با شناخت عوامل موثر بر اقدام به خودکشی به‌ویژه تبیین نقش عوامل روانشناختی و برنامه‌ریزی برای پیشگیری از ابتلا و آسیب‌های اجتماعی، می‌توان زمینه را برای کاهش گرایش به رفتار خودکشی فراهم آورد. از این رو هدف این پژوهش شناسایی برخی عوامل پیش‌بینی کننده خودکشی در زنان از طریق مقایسه دوگروه بوده است.

³ confidence

⁴ control

⁵ tendency

⁶ insolvency

⁷ avoidance

¹ neuroticism

² creativity

روش**نوع پژوهش**

روش پژوهش حاضر علی‌مقایسه‌ای است. در پژوهش حاضر دو گروه زنان اقدام‌کننده به خودکشی شیمیایی و زنان بدون سابقه خودکشی مورد مقایسه قرار می‌گیرند.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: این پژوهش شامل زنان اقدام‌کننده به خودکشی بود که زنده مانده‌اند.

ب) نمونه پژوهش: نمونه‌گیری در پژوهش حاضر مبتنی بر هدف بوده است، بدین ترتیب که از بین جمعیتی که در سه ماه شهریور، مهر و آبان سال ۱۳۹۳ در اورژانس مسمومیت مرکز آموزشی درمانی رازی شهر رشت بستری شده بودند، ۵۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. این بیماران توسط سموم داروهای شیمیایی (قرص برنج، مرگ موش، مواد شوینده، سم کشاورزی، مسمومیت دارویی شامل مسمومیت با قرص‌های کدین، خواب‌آور و اعصاب و روان) اقدام به خودکشی کرده بودند. همچنین در پژوهش حاضر ۵۰ زن که سابقه خودکشی نداشتند (از بین همراهان بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی رشت) و بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، محل زندگی، وضعیت شغلی) با گروه زنان اقدام‌کننده به خودکشی هم‌تا‌سازی شده بودند به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردیدند.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه حل مسئله: برای ارزیابی حل مسئله از پرسشنامه حل مسئله کسیدی و لانگ^۱ استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال است که ۶ سبک حال مساله شامل خلاقیت، اعتماد، مهارگری، گرایش، درماندگی و اجتناب را می‌سنجد. این مقیاس به وسیله محمدی و صاحبی اعتبار‌یابی شده است و پایایی درونی آن را با بهره‌گیری از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۶۰ گزارش شده است [۲۱].

۲) خرده‌مقیاس روان‌رنجوری نسخه کوتاه پرسشنامه تجدید نظر شده پنج‌عاملی شخصیت نئو^۲: این پرسشنامه یک ابزار شخصیت‌سنج با طیف لیکرت و شامل ۶۰ سؤال پنج‌درجه‌ای است و به صورت کاملاً مخالف-مخالف- نظری ندارم- موافقم و کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه پنج زمینه اصلی

شخصیت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که عبارتند از روان‌رنجوری^۳ (N)، برون‌گرایی^۴، گشودگی^۵، توافق‌پذیری^۶ و وظیفه‌شناسی^۷. در پژوهش حاضر از خرده‌مقیاس روان‌رنجوری که دارای ۱۲ سؤال است، استفاده شده است و نمره بیشتر در این خرده‌مقیاس نشانگر میزان بیشتر روان‌رنجوری در فرد است. این پرسشنامه در ایران توسط گروهی فرشی به فارسی ترجمه شده و میزان پایایی محاسبه شده برای روان‌رنجوری ۰/۷۹ گزارش شده است [۲۲].

شیوه انجام پژوهش

در این پژوهش از روش میدانی برای گردآوری داده‌ها و اجرای پرسشنامه‌ها در میان افراد اقدام‌کننده به خودکشی و افراد عادی استفاده شد. قبل از اجرای پرسشنامه‌ها به توضیح دلایل و نحوه انجام پژوهش برای بیماران پرداخته می‌شد و به آنها اطمینان داده می‌شد که یافته‌های پژوهش ماهیت پژوهشی دارد و اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند. سپس یادآوری می‌شد که امتناع آنها از شرکت در مطالعه نیز تاثیری در فرآیند درمانی آنها نخواهد داشت و سرانجام پس از اعلام رضایت آگاهانه بیمار برای ورود به پژوهش، روند ارزیابی آغاز می‌شد. اجرای پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی صورت گرفت و پس از ارائه توضیحات کوتاهی در مورد پرسشنامه و نحوه تکمیل آن، پرسشنامه‌ها در اختیار افراد قرار می‌گرفت. هر فرد شرکت‌کننده حدوداً ۱۰ دقیقه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس»^۸ نسخه شماره ۱۸ و به شیوه تحلیل واریانس چند متغیری^۹ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

در پژوهش حاضر ۱۰۰ نفر شرکت کردند. میانگین و انحراف معیار سنی زنان گروه اقدام‌کننده به خودکشی ۳۰/۲۴ و ۱۲/۹۸ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار زنان گروه گواه برابر با ۳۱/۱۰ و ۷/۴۶ بود. در جدول ۱، اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای

³ neuroticism (N)⁴ extraversion (E)⁵ openness (O)⁶ agreeableness (A)⁷ conscientiousness (C)⁸ SPSS⁹ Manova¹ Cassidy & Long² revised NEO Personality Inventory

پژوهش گزارش شده است.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار	
سبک های حل مساله	درماندگی	۳/۶۶	۰/۵۵	
	مهارگری	۱/۰۶	۲/۲۴	
	خلاقیت	اقدام کننده به خودکشی	۱/۲۴	۰/۹۳
		گروه گواه	۳/۵۶	۰/۷۶
	اعتماد	اقدام کننده به خودکشی	۰/۴۰	۰/۸۵
		گروه گواه	۲/۵۶	۱/۱۶
	اجتناب	اقدام کننده به خودکشی	۱/۶۸	۰/۵۸
		گروه گواه	۲/۴۰	۱/۳۰
	گرایش	اقدام کننده به خودکشی	۰/۷۶	۰/۹۳
		گروه گواه	۳/۳۰	۰/۹۷
	روان رنجوری	اقدام کننده به خودکشی	۴۴/۸۶	۴/۵۴
		گروه گواه	۲۳/۴۶	۸/۵۵

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه متغیرهای وابسته بین دو گروه

Sig	F	MS	df	SS	
۰/۰۰	۴۲۳/۳۸	۲۲۸/۰۱	۱	۲۲۸/۰۱	درماندگی
۰/۰۰	۵۶/۹۱	۳۴/۸۱	۱	۳۴/۸۱	مهارگری
۰/۰۰	۹۴/۹۴	۱۳۴/۵۶	۱	۱۳۴/۵۶	خلاقیت
۰/۰۰	۱۱۱/۷۱	۱۱۶/۶۴	۱	۱۱۶/۶۴	اعتماد
۰/۰۰	۱۲/۵۹	۱۲/۹۶	۱	۱۲/۹۶	اجتناب
۰/۰۰	۱۷۶/۳۷	۱۶۱/۲۹	۱	۱۶۱/۲۹	گرایش
۰/۰۰	۲۴۴/۲۰	۱۱۴۴۹	۱	۱۱۴۴۹	روان رنجوری

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنادار از لحاظ میزان روان رنجوری وجود دارد و زنان اقدام کننده به خودکشی شیمیایی میزان بیشتری از روان رنجوری را تجربه می کنند. در واقع این یافته همسو با یافته های سایر پژوهشگرانی است که نشان داده اند افراد روان رنجور به احتمال بیشتری گرایش به خودکشی دارند [۹، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷].

یافته های یک پژوهشی همسو با نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افرادی که از ویژگی شخصیتی روان رنجوری رنج می برند به احتمال بیشتر مرتکب خودکشی می شوند [۹]. همچنین یافته های پژوهشی دیگر نشان داد که با کنترل ویژگی های جمعیت شناختی و افسردگی، روان رنجوری می تواند ۳۲ درصد از واریانس نرخ خودکشی را پیش بینی کند [۲۳]. پژوهش های دیگر نیز ارتباط مستقیم بین روان رنجوری با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی را گزارش داده اند [۲۴، ۲۵]. یافته های پژوهشی دیگر نشان داد که افسردگی و اضطراب به صورت مثبت با روان رنجوری مرتبط می باشند و باهم می توانند رفتارهای

در جدول ۱، اطلاعات توصیفی بین متغیرهای تحقیق گزارش شده است و نتایج نشان می دهد که زنان اقدام کننده به خودکشی شیمیایی در سبک حل مساله درماندگی و روان رنجوری نمرات بالاتری از گروه گواه کسب نمودند، در حالی که در سبک های حل مساله مهارگری، خلاقیت، اعتماد، اجتناب و گرایش نمرات کمتری در مقایسه گروه گواه به دست آوردند. برای بررسی فرضیات تحقیق از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شده است که نتایج در جدول شماره ۲ و ۳ ارایه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری

Sig	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	آزمون اثر پیلایی
۰/۰۰	۰/۸۷	۶۸/۹۸	۷	۹۲	آزمون لامبدای ویکلز
۰/۰۰	۰/۱۶	۶۸/۹۸	۷	۹۲	آزمون اثر هتلینگ
۰/۰۰	۵/۲۴	۶۸/۹۸	۷	۹۲	آزمون بزرگترین ریشه روی
۰/۰۰	۵/۲۴	۶۸/۹۸	۷	۹۲	

جدول ۲، نشان می دهد تمام آزمون ها حاکی از تفاوت معنادار بین گروهی هستند. یعنی حداقل در یکی از متغیرهای مورد مقایسه، بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول شماره ۳، نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه دو گروه در متغیرهای وابسته نشان داده شده است.

با توجه به اطلاعات جدول ۳، نتیجه گرفته می شود که گروه زنان اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با گروه شاهد، در خلاقیت، مهارگری، اعتماد، اجتناب، گرایش در سطح پایین تری قرار دارند، در حالی که در درماندگی و روان رنجوری در سطح بالاتری قرار دارند. این ضرایب در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار بودند.

نظر دارد، همگی از جمله راهبردهای سازنده برای مواجهه با مسائل و مشکلات می باشد [۱۶]. در نتیجه فرد توانایی مقابله موثر با رخدادهای کوچک و بزرگ در زندگی روزمره را خواهد داشت. همچنین در صورتی که فرد احساس ناتوانی و بی‌یاوری در برخورد موثر با رخدادهای زندگی داشته باشد، تنش‌های به وجود آمده ناشی از عدم حل سازنده مشکلات زندگی، روز به روز بیشتر شده و به صورت مزمن ادامه پیدا می‌کند و بر میزان درماندگی و آشفتگی فرد به میزان قابل توجهی افزوده می‌شود. در نتیجه استرس مزمن، مسائل حل نشده زندگی، ناتوانی فرد در برخورد با مسائل او را به سمت راهبردهای خطرناک و غیرسازگار همچون اقدام به خودکشی سوق می‌دهد. در تایید یافته‌های فوق می‌توان به یافته‌های مطالعات پژوهشگرانی اشاره کرد که همسو با نتایج پژوهش حاضر نشان داده‌اند سبک‌های حل مسئله سازنده نقش قابل توجهی در مقابله موثر با رخدادهای کوچک و بزرگ استرس آور زندگی دارد [۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴].

به طور مثال یافته‌های یک بررسی نشان داد که افراد اقدام‌کننده به خودکشی از توانایی کمتری برای حل مسئله برخوردار هستند و بیشتر در معرض درماندگی، افسردگی و افکار خودکشی قرار دارند [۲۹]. یافته‌های پژوهش دیگر مشخص کرد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در برابر رویدادهای استرس آور زندگی از مهارت‌های مقابله‌ای سازنده کمتری برخوردار هستند [۳۰]. پژوهشی دیگر نیز نشان داد که بین سبک‌های حل مسئله با افسردگی و افکار خودکشی ارتباط وجود دارد به طوری که سبک‌های سازنده حل مسئله موجب می‌شود که فرد کمتر در معرض افسردگی و افکار خودکشی قرار داشته باشد [۳۱].

پژوهش دیگر نیز مشخص ساخت که با آموزش مهارت‌های حل مسئله میزان افکار خودکشی به طور معنادار کاسته می‌شود [۳۲]. یافته‌های پژوهشی دیگر مشخص ساخت که سبک‌های حل مسئله و نشخوار فکری از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های شدت افسردگی هستند [۳۳]. یافته‌های پژوهشی دیگر بیانگر آن است که الگوی ارتباطی حمایتی که الگوی مثبت و مؤثر خانواده در راستای حل مسئله است، یکی از ویژگی‌های خانواده‌ی سرسخت محسوب می‌شود که در نهایت منجر به افزایش سطح بهزیستی تجربه شده و توانمندی توسط اعضای خانواده می‌شود [۳۴].

از سوی دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که زنان اقدام‌کننده به خودکشی در سبک حل مسئله اجتنابی نمره کمتری در مقایسه با گروه گواه به دست آوردند. نتایج سایر پژوهش‌های انجام شده نشان داده‌اند که اجتناب از

خودآسیب رسان را افزایش دهند [۲۶]. یافته‌های پژوهشی دیگر نیز حاکی از آن است که رویدادهای استرس‌آور زندگی، مشکلات فردی و بین فردی، فقدان شبکه‌های اجتماعی و خصوصیت روان‌رنجوری با نشانگان افسردگی و افکار خودکشی مرتبط می‌باشند [۲۷].

در تبیین می‌توان چنین استدلال کرد که افراد روان‌رنجور از احساسات، هیجانات و افکار ناخوشایندی همچون احساس اندوهگینی، ترس، خشم، خصومت، عزت نفس پایین، اضطراب و ناامنی رنج می‌برند و به همین دلیل نیز در مواجهه با چالش‌های زندگی به شیوه‌ای شکننده و ناکارآمد عمل می‌کنند و میزان بیشتری از آسیب‌پذیری در برابر رویدادهای زندگی را از خود نشان می‌دهند [۲۷]. همچنین افراد روان‌رنجور توانایی کمتری برای سازگاری با محیط اطراف از خود نشان می‌دهند. بنابراین در تبیین میزان بالاتر روان‌رنجوری در زنان اقدام‌کننده به خودکشی می‌توان گفت که این افراد به دنبال راهی برای کاهش تنش و اضطراب در خود هستند و به دلیل آسیب‌پذیر و شکننده بودن در برابر چالش‌های زندگی اقدام به خودکشی می‌کنند تا به نوعی با از بین بردن خود از مشکلات و مسائل نیز رها شوند [۲۴، ۲۵]. همچنین نتایج پژوهش‌های انجام شده نشانگر آن هستند که افراد دارای روان‌رنجوری بالا، از عقاید غیرمنطقی و تحریف‌های شناختی بیشتری رنج می‌برند و به دلیل احساس ناامنی و تشویش مزمنی که دارند بیشتر به شیوه‌ای تکانشی و هیجانی با مسائل برخورد کرده و اصولاً در مقابله با استرس‌ها ضعیف عمل می‌کنند. در همین راستا می‌توان گفت که خودکشی نیز یکی از راهبردهای تکانشی و ناکارآمد برای مواجهه با مشکلات می‌باشد [۲۸].

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه در سبک‌های حل مسئله تفاوت معناداری وجود دارد و زنان اقدام‌کننده به خودکشی شیمیایی نمرات کمتری در سبک‌های حل مسئله خلاقانه، اعتماد، گرایش، مهارگری و نمره بیشتری در سبک حل مسئله درماندگی در مقایسه با گروه گواه کسب نمودند. در تفسیر این یافته‌ها می‌توان این‌طور استنباط کرد که هر فردی در زندگی روزمره نیازمند برخورداری از برخی مهارت‌های حل مسئله برای مواجهه با رویدادهای استرس آور و چالش‌های زندگی می‌باشد. در نظر گرفتن راه‌های مختلف برای مشکل به وجود آمده، اعتماد و باور فرد به توانایی‌های خود برای غلبه بر مشکل، تمایل فرد به مقابله با مشکلات و در نظر گرفتن مسائل پیش‌آمده به عنوان یک چالشی که می‌توان آن را حل کرد و میزان تسلط و کنترلی که فرد بر موضوع مورد

- harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics. *Psychol Med*, 33(6), pp. 987-95.
- 5- Bernardes, S.S., Turini, C.A. & Matsuo, T. (2010). Profile of suicide attempts using intentional overdose with medicines, treated by a poison control center in Paraná State, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 26(7), pp. 1366-1372.
- ۶- معماری، اشرف الملوک؛ رمیم، طیب؛ امیرمردادی، فرشته؛ خسروی، خدیجه؛ گودرزی، زهرا. (۱۳۸۵). علل اقدام به خودکشی در زنان متأهل. *حیات*، ۱۱(۱)، صص. ۴۷-۵۳.
- ۷- بختیارپور، سعید؛ قاسمی، صدیقه؛ حیدری، کایدان زیلا. (۱۳۸۹). بررسی فرا تحلیلی رابطه جنسیت و وضعیت تاهل با اقدام به خودکشی. *روانشناسی اجتماعی*، ۵(۱۷)، صص. ۷۹-۹۵.
- 8- Chesney, E., Goodwin, G., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), pp. 153-160.
- 9- Fang, L., Heisel, M., Duberstein, P., & Zhang, J. (2012). Combined effects of neuroticism and extraversion: findings from a matched case control study of suicide in rural China. *J Nerv Ment Dis*, 20(7), pp. 598-602.
- 10- Levi-Belz, Y. (2014). Stress-related growth among suicide survivors: the role of interpersonal and cognitive factors. *Archives of Suicide Research*, 1(2), pp. 1- 10.
- 11- Benjamin, B. (2009). Public Health Significance of Neuroticism. *Am Psychol*, 64(4), pp. 241- 256.
- 12- Shah, A.J., Veledar, E., Hong, Y., Bremner, J.D., & Vaccarino, V. (2011). Depression and history of attempted suicide as risk factors for heart disease mortality in young individuals. *Arch Gen Psychiatry*, 68(11), pp. 1135-1142.
- 13- Goldman, M.L., Shah, R.N., & Bernstein, C.A. (2015). Depression and suicide among physician trainees: recommendations for a national response. *JAMA Psychiatry*, 72(5), pp. 411-412.
- 14- Velting, D.M. (1999). Suicidal ideation and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 27(5), pp. 943- 952.
- 15- Gibbs, L.M., Dombrowski, A.Y., Morse, J., Siegle, G.J, Houck, P.R., & Szanto, K. (2009). When the solution is part of the problem: problem solving in elderly suicide attempters. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24(12), pp. 1396-1404.

رویدادها به جای مقابله موثر، با تشدید مشکلات همراه است که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد [۳۵، ۳۶]. به نظر می رسد که در پژوهش حاضر با توجه به اینکه زنان اقدام کننده به خودکشی، علی رغم اینکه نمره کمتری در سبک حل مساله اجتنابی کسب کرده اند ولی چون در سایر سبک های مقابله سازنده عملکرد مطلوبی از خودش نشان نداده اند، در نتیجه استفاده کمتر از سبک های مقابله ای اجتنابی نیز تاثیر در بهبود وضعیت آنها نداشته است. در واقع در صورتی اجتناب کمتر از مشکلات و مقابله با مشکلات زندگی موثر واقع می شود که فرد از سایر مهارت های حل مسئله سازنده نیز برخوردار باشد.

با توجه به یافته های پژوهش حاضر نباید از نقش مهمی که سایر عوامل روانشناختی و مولفه های مهارت زندگی در پیش بینی اقدام به خودکشی می توانند داشته باشد، غافل شد. همچنین با توجه به کم بودن مطالعات انجام شده در زمینه خودکشی شیمیایی، توصیه می شود مطالعات آینده به بررسی بیشتر این نوع از خودکشی بپردازد. همچنین به منظور پیشگیری از اقدام به خودکشی در زنان در معرض خطر خودکشی، دوره هایی مبتنی بر کاهش مشکلات روانشناختی و یادگیری مهارت های حل مسئله برگزار گردد.

تشکر و قدردانی

از زنان محترم شرکت کننده در پژوهش حاضر و مسئولین مرکز آموزشی درمانی رازی شهر رشت تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

- 1- Murray, B. L., & Wright, K. (2006). Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: The perspective of youth. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(2), pp. 157-164.
- ۲- حجت، سیدکاوه؛ حاتمی، سید اسماعیل؛ نوروزی خلیلی، مینا؛ کاظمی، سرور؛ دانش، مهسا؛ صمدی بیله سوار، آرزو، نقدی پور، جواهر؛ کامکار، مریم؛ انصاری، همتا. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی های جمعیت شناختی اقدام کنندگان به خودکشی در شهر بجنورد؛ ۱۳۹۳. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۷(۳)، صص. ۵۳۷-۵۵۷.
- 3-Giotakos, O., Tsouvelas, G. & Kontaxakis, V. (2012). Suicide rates and mental health services in Greece, 23(1), pp. 29-38.
- 4- Hawton, K., Harriss, L., Hall, S., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (2003). Deliberate self-

- psychiatric inpatients with serious mental illness. *Br J Clin Psychol*, 30, pp. 1- 15.
- 27- Mandelli, L., Nearchou, F.A., Vaiopoulos, C., Stefanis, C.N., Vitoratou, S., Serretti, A., & Stefanis, N.C. (2015). Neuroticism, social network, stressful life events: association with mood disorders, depressive symptoms and suicidal ideation in a community sample of women. *Psychiatry Res*, 226(1), pp. 38-44.
- 28- Paul, J. (1988). Woods, Geri E. Muller. The contemplation of suicide: Its relationship to irrational beliefs in a client sample and the implications for long range suicide prevention. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 6(4), pp. 236-258.
- 29- Pollock, L.R., Williams, J.M. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychol Med*, 34(1), pp. 163-167.
- 30- Chagnon, F. (2007). Coping mechanisms, stressful events and suicidal behavior among youth admitted to juvenile justice and child welfare services. *Suicide Life Threat Behav*, 37(4), pp. 439-52.
- 31- Mirkovic, B., Labelle, R., GuilE, J.M., Belloncle, V., Bodeau, N., Knafo, A., Condat, A., Bapt-Cazalets, N., Marguet, C., Breton, J.J., Cohen, D., & Gerard, P. (2015). Coping skills among adolescent suicide attempters: results of a multisite study. *Can J Psychiatry*, 60(2), pp. 37-45.
- 32- Anisi, J., Rahmati Najarkolaei, F., Esmaeeli, A., & Haghghi, A. (2014). Evaluate the effect of problem solving skills to reduction of suicidal ideation of soldiers. *Ebnesima - IRIAF Health Administration*, 16(1-2), pp. 46- 56.
- ۳۳- نظامی‌پور، الهام؛ زرغام حاجبی، مجید؛ عبدالمنافی، عاطفه. (۱۳۹۴). نقش تعدیل‌کننده شیوه‌های حل مسئله در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲(۱۲)، صص. ۱۵-۲۴.
- ۳۴- آگیلار-وفایی، ماریا ای؛ رسول‌زاده طباطبایی، کاظم؛ ابراهیمی جمارانی، محیا. (۱۳۹۶). نقش میانجی‌گری نستوهی خانواده در رابطه با الگوی ارتباطی خانواده در راستای حل مسئله و به زیستی خانواده. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۵(۱)، صص. ۱۳۷-۱۴۳.
- 35- Tang, F., & Qin, P. (2015). Influence of Personal Social Network and Coping Skills on Risk for Suicidal Ideation in Chinese University Students. *PLoS One*, 10(3), pp. 1-10.
- 36-Cukrowicz, K.C., Ekblad, A.G., Cheavens, J.S., & Rosenthal, M.Z. (2008). Coping and thought
- 16- Cassidy, T., & Long, C. (1996). Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, pp. 265-277.
- 17- Topcuoglu, V., Fistikci, N., Ekinci, O., Gimzal Gonentur, A., & Comert Agouridas, B. (2009). Assessment of executive functions in social phobia patients using the Wisconsin Card Sorting Test. *Turk Psikiyatri Derg*, 20(4), pp. 322-331.
- 18- Eskin, M., Akyol, A., Celik, E.Y., & Gultekin, B.K. (2013). Social problem-solving, perceived stress, depression and life-satisfaction in patients suffering from tension type and migraine headaches. *Scand J Psychol*, 54(4), pp. 337-43.
- 19- Eskin, M., Savk, E., Uslu, M., & Kucukaydogan, N. (2014). Social problem-solving, perceived stress, negative life events, depression and life satisfaction in psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 28(11), pp. 1553-1559.
- ۲۰- آذین، سیدعلی؛ شهیدزاده ماهانی، علی؛ عبادی، مهدی؛ امیدواری، سپیده؛ منتظری، علی. (۱۳۸۷). عامل مسمومیت در مسمومیت‌های عمدی و مقایسه آن با مسمومیت‌های غیرعمدی و متغیرهای مرتبط. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۴(۲)، صص. ۷-۱۷.
- ۲۱- محمدی، فریده؛ صاحبی، علی. (۱۳۸۰). بررسی سبک حل مساله در افراد افسرده و مقایسه با افراد عادی. *مجله روانشناختی*، ۱(۱)، صص. ۲۴-۴۲.
- ۲۲- گروسی فرشی، تقی. (۱۳۸۰). رویکردی نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت). تبریز: انتشارات دانیال.
- 23- McCann, S.J. (2010). Suicide, big five personality factors, and depression at the American state level. *Arch Suicide Res*, 14(4), pp. 368-374.
- 24- Voracek, M. (2009). big five personality factors and suicide rates in the United States: a state-level analysis. *Percept Mot Skills*, 109(1), pp. 208-212.
- 25- Soltaninejad, A., Fathi-Ashtiani, A., Ahmadi, K.H., Mirsharafoddini, H., Nikmorad, A., & Pilevarzadeh, M. (2014). Personality Factors Underlying Suicidal Behavior among Military Youth. *Iran Red Crescent Med J*, 16(4), pp. 126-186.
- 26- Subica, A.M., Allen, J.G., Frueh, B.C., Elhai, J.D., & Fowler, J.C. (2015). Disentangling depression and anxiety in relation to neuroticism, extraversion, suicide, and self-harm among adult

suppression as predictors of suicidal ideation in depressed older adults with personality disorders. *Aging Ment Health*, 12(1), pp. 149-157.