

تأثیر آموزش مهارت حل مسأله بر مهارت مقابله ای افراد اقدام کننده به خودکشی

سهیلا شمسی خانی^۱، ابوالفضل ره گوی^۲، دکتر مسعود فلاحی خشکناز^۳، دکتر مهدی رهگذر^۴

چکیده

مقدمه: خودکشی یک معضل اصلی سلامت است که پیشگیری از آن کاربرد رویکردهای مبتنی بر شواهد علمی و مطالعات را می طلبد. افرادی که اقدام به خودکشی می کنند دچار نقص در مهارت‌های مقابله ای می باشند که نقش مهمی در سلامت روان دارد. روش های شناخت درمانی مانند آموزش مهارت حل مسأله باعث افزایش مهارت مقابله ای می شود و در پیشگیری از خودکشی سودمند می باشد. هدف مطالعه حاضر تعیین تأثیر آموزش مهارت حل مسأله بر مهارت مقابله ای افراد اقدام کننده به خودکشی می باشد.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است و نمونه پژوهش را ۸۰ نفر از بیماران اقدام کننده به خودکشی تشکیل می دهد که با توجه به معیارهای ورود و با روش بلوک های تبدیل شده تصادفی به دو گروه ۴۰ نفری آزمون و شاهد تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و سنجش مهارت مقابله ای بلینگرموس بود. برای تعیین اعتبار پرسشنامه از اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی از ضریب آلفا کرونباخ و همسانی درونی استفاده شد. در ابتدا هر دو گروه از نظر مهارت مقابله ای سنجیده شدند. پس از هماهنگی با گروه آزمون، آموزش مهارت حل مسأله (الگوی گلفریدودیدسون) طی ۷-۱۰ جلسه انفرادی به مدت ۳۰-۴۵ دقیقه (۴ بار در هفته) برای گروه آزمون اجرا شد. دو هفته پس از اتمام آموزش هر دو گروه مجدداً از نظر مهارت مقابله ای سنجیده شدند. جهت تحلیل داده ها از آزمون های تی زوجی و مستقل و آنالیز کوواریانس استفاده شد.

یافته ها: بین میانگین مهارت‌های مقابله ای (هیجان مدار و مشکل مدار) در هر دو گروه آزمون و شاهد قبل از انجام مداخله تفاوت معنی دار مشاهده نشد. اما این اختلاف پس از مداخله معنی دار بود ($p=0/000$) در گروه آزمون بین میانگین مهارت‌های مقابله ای (هیجان مدار و مشکل مدار) قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی دار مشاهده شد ($p=0/000$).

بحث و نتیجه گیری: آموزش مهارت حل مسأله بر مهارت‌های مقابله ای افراد اقدام کننده به خودکشی مؤثر بوده و می تواند در جهت درمان رفتاری افراد و همچنین ارتقاء سلامت و پیشگیری از خودکشی بکار رود.

واژه های کلیدی: اقدام به خودکشی، مهارت حل مسأله، مهارت مقابله ای

پذیرش مقاله: ۸۵/۷/۳

دریافت مقاله: ۸۵/۳/۲۰

۱- کارشناس ارشد روانپرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری

۳- استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری (نویسنده مسئول)

آدرس: تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تلفن: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۱۳

پست الکترونیک: msflir@yahoo.com

۴- استادیار گروه آمار و کامپیوتر دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

خودکشی یکی از معضلات اجتماعی است که با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در بیشتر جوامع رو به افزایش است [۱] و بالا رفتن میزان آن نزد گروهها، اقشار و طبقات مختلف اجتماعی، نگرانی فزاینده‌ای را برای جوامع امروز بوجود آورده است [۲]. امروزه خودکشی، خصوصاً در جوامع صنعتی در ردیف پنج علت اول مرگ و میر قرار دارد [۳]. به گفته اشنایدمن^۱ "خودکشی عمل آگاهانه آسیب رساندن به خود است که می‌توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندی دانست که برای مسئله تعیین شده او، این عمل بهترین راه حل تصور می‌شود [۴]. خودکشی هشتمین علت مرگ و میر در ایالت متحده [۵] و دومین علت مرگ در فاصله سنی ۱۴ تا ۲۵ سال در آمریکا است [۶]. میزان خودکشی در سالمندان نیز افزایش یافته وهم اکنون میزان خودکشی سالمندان در سطح بین المللی ۱۱-۷ و در آمریکا ۱۶ نفر در هر صد هزار نفر تخمین زده می‌شود [۷]. پدیده خودکشی یک ناهنجاری اجتماعی است که در ایران نیز شیوع دارد [۸]. کارشناسان سازمان بهزیستی کشور رتبه جهانی ایران را در خودکشی ۵۸ اعلام نموده اند. سه استان ایلام، کرمانشاه و همدان دارای بالاترین آمار خودکشی و شهرهای تهران، کرج و مشهد، پس از سه استان مذکور دارای بالاترین آمار خودکشی هستند [۴]. در کشور ما آمار خودکشی نشان دهنده آن است که این پدیده به ویژه در بین زنان به صورت یک مسأله اجتماعی درآمده است و اگر چاره‌ای برای آن اندیشیده نشود، آثار سوء آن بر اطرافیان و جامعه اثرگذار خواهد بود [۳].

در مجموع افراد اقدام کننده به خودکشی، خطر بالایی جهت اقدام مجدد دارند [۹]. در طی چندین مطالعه بعمل

آمده ۶۰-۳۰ درصد از اقدام کنندگان به خودکشی، اقدامات قبلی خودکشی نیز داشته اند [۱۰] و ۲۰-۱۵ درصد در همان سال سابقه اقدام به خودکشی داشته اند [۱۱].

خودکشی یک رفتار بدون مقدمه نیست [۱۲]. از خصوصیات افرادی که خودکشی می‌کنند ناتوانی آنان در یافتن راه حل مسائل، فقدان راهبردهای مدارا برای کنار آمدن با عوامل استرس زای اضطراری، عدم انعطاف پذیری [۱۳] و محدودیت تعداد راه حل های ارائه شده از طرف آنها است [۱۱].

جهت کاهش فشار روانی و ایجاد سازگاری باید از شیوه های مقابله ای استفاده شود [۱۴]. مهارتهای مقابله ای به دو نوع عمده یعنی مقابله متمرکز بر مسأله و متمرکز بر هیجان تقسیم می‌شود. حال که مهارتهای مقابله ای را همه افراد دارند، با این وجود فقط عده ای دست به خودکشی می‌زنند؟ شاید این عده جنبه های خاصی را از مهارت های مقابله ای بکار می‌برند که افراد سالم (بهنجار) از آنها کمتر بر خوردارند [۱۱].

اگر فرد نتواند با استفاده از شیوه های مقابله ای مناسب تنیدگی را برطرف کند، فشار روانی مزمن میشود و اثرات سوء روی بهداشت جسمانی و روانی می‌گذارد [۱۵]. از جمله اثرات سوء ذهنی و روانی می‌توان به اضطراب، پائین آمدن اعتماد به نفس و خودکشی اشاره کرد. در بسیاری از تحقیقات شیوه های متمرکز بر مشکل یا مشکل مدار را از سازگارترین شیوه های مقابله ای شناخته اند [۱۶]. مهارتهای مقابله ای در افراد اقدام کننده به خودکشی با افراد هنجار جامعه متفاوت است [۱۱]. افراد اقدام کننده به خودکشی نسبت به افراد بهنجار در مواجهه با شرایط استرس زا بیشتر از مهارت های مقابله ای استفاده می‌کنند که کمتر مفید می‌باشد و یا نامؤثر است و از مهارتهای متمرکز بر مسأله و عاطفه کمتر بهره مند هستند. یکی از راههای اصلاح مهارت مقابله ای

1- Shneidman

این آزمون ذکر کرده است (ضریب پیرسون ۸۰ درصد). روایی علمی پرسشنامه ها با نظر خواهی از اعضای هیأت علمی تأیید شد. جهت تعیین پایایی ضریب آلفای کرونباخ^۲ محاسبه گردید (۰/۷۶) و ضریب همبستگی بین آزمون و پس آزمون ۳ محاسبه گردید که ضریب همبستگی ارتباط معنی داری را نشان داد ($r=0/87$ ، $p=0/000$).

پس از کسب مجوز از مراجع قانونی جهت شروع تحقیق نمونه گیری انجام و برگه رضایت شرکت در تحقیق توسط آزمودنیها تکمیل شد. آنگاه هر دو گروه آزمون و شاهد از نظر مهارت مقابله ای با معیار بلینگرموس سنجش شدند. پس از هماهنگی با گروه آزمون، طی ۱۰-۷ جلسه آموزش مهارت حل مسئله براساس الگوی پنج مرحله ای گلدفرد و دیویدسون (مرحله ۱- جهت گیری به سوی مسئله ۲- توصیف و صورت بندی مسئله ۳- ارائه راه حل بدیل ۴- تصمیم گیری ۵- اجرای راه حل و باز بینی) به آنها ارائه شد. جلسات هفته ای ۴ بار و به مدت ۴۵-۶۰ دقیقه به صورت فردی ارائه می شد. پس آزمون به فاصله دو هفته پس از مداخله با استفاده از همان ابزار در دو گروه آزمون و شاهد صورت گرفت و داده های گردآوری شده طبق امتیاز موردنظر در پرسشنامه امتیازبندی گردید و میزان تغییرات مهارت مقابله ای آنها قبل و بعد از آموزش در گروه شاهد و آزمون با یکدیگر مقایسه شد. برای بررسی تداوم اثر بخشی مداخله سه ماه پس از اتمام آخرین جلسه به منظور پیگیری تکرار و تعداد وقوع اقدام به خودکشی از سوی نمونه های پژوهش در گروه آزمون و شاهد، با بررسی ثبت موارد اقدام به خودکشی در مراکز ثبت که شامل بیمارستانهای شهر اراک و پزشکی قانونی می باشد و یا پیگیری از طریق خانواده آنها، با تماس تلفنی انجام شد.

آموزش مهارت حل مسئله است که یک رفتار شناختی است و به فرد کمک می کند در مواجهه با مشکلات و مسائل بهترین تصمیم را اتخاذ نماید [۱۷].

حل مسئله از ارزشمندترین اهداف تربیتی و آموزشی به حساب می آید، زیرا تنها از راه ایجاد این توانایی است که می توان افراد را برای مقابله با شرایط متغیر زندگی و بحرانها آماده کرد [۱۸ و ۱۹].

لذا محققین بر آن شدند تا تأثیر آموزش مهارت حل مسئله را بر بهبود مهارتهای مقابله ای در افراد اقدام کننده به خودکشی بررسی کنند.

مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی است که با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر مهارتهای مقابله ای افراد اقدام کننده به خودکشی انجام شد. جهت انجام پژوهش ۸۰ نفر از مراجعین اقدام کننده به خودکشی در بیمارستان ولیعصر اراک در سال ۱۳۸۵ به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند و با روش بلوک های تبدیل شده تصادفی به دو گروه (۴۰ نفر گروه آزمون و ۴۰ نفر گروه شاهد) تقسیم شدند. معیارهای پذیرش افراد برای شرکت در پژوهش شامل موارد زیر می باشد:

۱- سن بین ۱۵-۳۰ باشد، ۲- جنس مؤنث باشد، ۳- سواد خواندن و نوشتن داشته باشد، ۴- دارای سلامت جسمی و روانی باشد.

جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه دموگرافیک و مهارت مقابله ای بلینگرموس^۱ استفاده گردید. پرسشنامه بلینگرموس توسط پورشهباز در سال ۱۳۷۲ مورد استفاده قرار گرفته است و پایایی آن با روش تصنیف ۷۸ درصد ذکر شده است. وکیخاونی، در سال ۱۳۷۵ این آزمون را مورد استفاده قرار داده است اعتبار و پایایی قابل قبولی را برای

2 - Coefficient alpha

3 - Test _ retest

1- Blinger & mous

بین میانگین مهارت‌های مقابله ای (مسأله مدار و هیجان مدار) بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی داری مشاهده شد ($P=0/05$)، بدین معنی که مداخله انجام شده در ارتقای مهارت مقابله ای مؤثر بوده است (جدول ۲). در مرحله بعد با استفاده از آزمون t زوجی^۵ به مقایسه اختلاف مهارت‌های مقابله ای قبل و بعد از مداخله در هر گروه بطور مستقل پرداخته شده است و نتایج نشان داد که بین میانگین مهارت‌های مقابله ای (مسأله مدار و هیجان مدار) قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی داری وجود دارد ($P<0/001$) و بین میانگین مهارت‌های مقابله ای (مسأله مدار و هیجان مدار) قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد اختلاف معنی داری وجود ندارد (جدول شماره ۳).

با توجه به اینکه امتیاز مهارت‌های مقابله ای بعد از آزمون نمی تواند مستقل از مهارت‌های مقابله ای قبل از آزمون باشد و برای خنثی کردن اثر سن و تعداد اعضای خانواده از آنالیز کوواریانس با تعدیل اثر مهارت‌های مقابله ای قبل از آزمون و سن و تعداد اعضای خانواده استفاده گردید. نتایج نشان داد که پس از تعدیل این اثرها باز هم اختلاف میانگین ها معنی دار می باشد ($P=0/000$)، (جدول ۴).

طبق منابع احتمال مجدد اقدام به خودکشی پس از اولین اقدام، ۳-۶ ماه بعد می باشد [۱۸]. لذا هر دو گروه در پایان ماه سوم پیگیری شدند که در هر دو گروه اقدام به خودکشی مجدد صورت نگرفته بود.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۳ و آزمونهای آماری t مستقل^۱ و t زوجی^۲ و آنالیز کوواریانس^۳ و آزمون کلموگروف اسمیرونف^۴ و لون تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

یافته های پژوهش نشان داد که از نظر سن اکثریت واحدهای پژوهش (۵۰ درصد در گروه آزمون و ۳۵ درصد در گروه شاهد) در رده سنی ۲۰ الی ۲۵ سال قرار داشتند و دو گروه از این نظر با هم مشابه بودند ($P=0/144$) از نظر وضعیت تأهل ۶۵ درصد نمونه های هر دو گروه (۲۶ نفر) مجرد بودند و در دو گروه از این نظر هم با هم مشابه بودند. ($P=0/945$) از نظر میزان تحصیلات اکثریت نمونه های هر دو گروه (۴۵ درصد گروه آزمون و ۵۵ درصد گروه شاهد) دیپلم داشتند و از لحاظ تحصیلات دو گروه مشابه بودند ($P=0/650$) از نظر شغل اکثریت بیکار بودند (۶۷/۵ درصد گروه آزمون و ۴۷/۵ درصد گروه شاهد) بین گروه آزمون و شاهد از نظر وضعیت شغلی اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P=0/145$). با توجه به نتایج آزمونهای آماری هر دو گروه قبل از مداخله از نظر متغیرهای دموگرافیک همسان بودند (جدول ۱).

برای بررسی فرضیه آزمون با استفاده از آزمون t مستقل به مقایسه میانگین های مهارت‌های مقابله ای (مسأله مدار و هیجان مدار) در دو گروه آزمون و شاهد پرداخته شد که نتایج نشان داد که بین میانگین مهارت‌های مقابله ای (مسأله مدار و هیجان مدار) قبل از مداخله در گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی داری مشاهده نمی شود ($P=0/05$)، (جدول ۲). لذا هر دو گروه مانند یکدیگر بودند.

1 - Independent t-test

2 - Paired T-test

3 - Analysis of Covariance

4 - Kolmogorov-Smirnov test

5 - Paired T-test

جدول ۱: ارزیابی همسانی متغیرهای زمینه ای در افراد اقدام کننده به خودکشی در دو گروه آزمون و شاهد

مقدار احتمال p	درجه آزادی	آماره آزمون χ^2	شاهد		آزمون		متغیر	
			درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۱۴۴	۲	۰/۳۹۳	۳۷/۵	۱۵	۳۰/۰	۱۲	۱۵_۲۰	سن
			۳۵/۰	۱۴	۵۰/۰	۲۰	۲۰_۲۵	
			۲۷/۵	۱۱	۲۰/۰	۸	۲۵_۳۰	
۰/۹۴۵	۳	۰/۳۷۷	۶۵/۰	۲۶	۶۵/۰	۲۶	مجرد	تأهل
			۲۷/۵	۱۱	۳۰/۰	۱۲	متأهل	
			۵/۰	۲	۲/۵	۱	مطلقه	
			۲/۵	۱	۲/۵	۱	فوت همسر	
۰/۱۳۵	۲	۴/۰۰	۵/۰	۲	۲/۵	۱	شاغل	شغل
			۴۵/۰	۱۸	۲۵/۰	۱۰	خانه دار	
			۴۷/۵	۱۹	۶۷/۵	۲۷	بیکار	
			۲/۵	۱	۵/۰	۲	دانشجو	
۰/۶۵۰	۳	۱/۶۴۱	-	-	۲/۵	۱	ابتدائی	تحصیلات
			۲۰/۰	۸	۲۲/۵	۹	متوسطه	
			۵۵/۰	۲۲	۴۵/۰	۱۸	دیپلم	
			۲۵/۰	۱۰	۳۰/۰	۱۲	دانشگاهی	

جدول ۲: مقایسه میانگین میانگین نمرات مهارت‌های مقابله ای (مسأله و هیجان مدار) قبل و بعد از مراجعه در مراجعین اقدام کننده به خودکشی در بیمارستان ولیعصر اراک دو گروه آزمون و شاهد سال (۱۳۸۵)

مقدار احتمال	درجه آزادی	آماره t	حدود اطمینان ۹۵٪		انحراف معیار	میانگین	گروه (n=۴۰)	قبل یا بعد	مهارت‌ها مقابله ای
			بالا	پایین					
۰/۸۲۰	۷۸	۰/۲۲۸	۱/۹۴۵	-۱/۵۴۵	۴/۳۳	۲۷/۹۳	شاهد	قبل از	مهارت‌های مقابله ای
					۳/۴۶	۲۷/۷۳	آزمون	مداخله	
۰/۰۰۰	۷۸	۶/۷۶۳	۵/۳۷۲	۲/۹۲۸	۲/۷۱	۳۲/۶۳	شاهد	بعد از	مسأله مدار
					۲/۷۷	۲۸/۴۸	آزمون	مداخله	
۰/۵۵۰	۷۸	۰/۶۰۰	۱/۶۱۸	-۰/۸۶۸	۲/۹۴	۲۰/۸۸	شاهد	قبل از	مهارت‌های مقابله ای
					۲/۶۳	۲۰/۵۰	آزمون	مداخله	
۰/۰۰۰	۷۸	-۹/۸۷۷	-۴/۲۱۲	-۶/۳۳۸	۲/۴۲	۱۶/۲۳	شاهد	بعد از	هیجان مدار
					۲/۳۵	۲۱/۵۰	آزمون	مداخله	

جدول ۳: مقایسه میانگین های مهارت های مقابله ای قبل و بعد از مداخله در مراجعین اقدام کننده به خودکشی در بیمارستان ولیعصر اراک دو گروه آزمون و شاهد سال (۱۳۸۵)

مقدار احتمال	درجه آزادی	آماره t	حدود اطمینان		انحراف معیار	میانگین	شاخص	متغیر	گروه
			پا بین	بالا					
۰/۰۰۰	۳۹	۹/۸۸۹	-۳/۷۳۹	-۵/۶۶۱	۴/۳۲	۹۳/۲۷	قبل از مداخله	مهارت های مقابله ای مسأله مدار	آزمون n=۴۰
					۲/۷۱	۶۳/۳۲	بعد از مداخله		
۰/۰۰۰	۳۹	۱/۵۹۰ ۱۱	۵/۴۶۲	۳/۸۳۸	۲/۹۴	۸۸/۲۰	قبل از مداخله	مهارت های مقابله ای هیجان مدار	
					۲/۴۲	۱۶/۲۳	بعد از مداخله		
۰/۳۰۰	۳۹	۲/۲۴۹	-۰/۰۷۵	-۱/۴۲۵	۳/۴۶	۲۷/۷۳	قبل از مداخله	مهارت های مقابله ای مسأله مدار	شاهد n=۴۰
					۲/۷۷	۲۸/۴۸	بعد از مداخله		
۰/۱۳۰	۳۹	۲/۶۰۴	-۰/۲۲۳	-۱/۷۷۷	۲/۶۳	۲۰/۵۰	قبل از مداخله	مهارت های مقابله ای هیجان مدار	
					۲/۳۵	۲۱/۵۰	بعد از مداخله		

جدول ۴: آنالیز کوواریانس برای مقایسه میانگین مهارت های مقابله ای بعد از مداخله در مراجعین اقدام کننده به خودکشی پس از تعدیل اثر مهارت های مقابله ای قبل از مداخله و همچنین سن و تعداد اعضای خانواده در مراجعین بیمارستان ولیعصر اراک دو گروه آزمون و شاهد سال (۱۳۸۵)

مقدار احتمال	آماره f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۰۰۰	۶۴/۵۳۹	۲۰۹/۴۸۸	۱	۲۰۹/۴۸۸	عرض از مبدا
۰/۰۰۰	۹۲/۲۸۳	۲۹۹/۵۴۴	۱	۲۹۹/۵۴۴	مهارت های مقابله ای مسأله مدار قبل از مداخله
۰/۶۳۵	۰/۲۲۷	۰/۷۳۶	۱	۰/۷۳۶	سن
۰/۳۱۴	۱/۰۲۸	۰/۳۳۷	۱	۳/۳۳۷	تعداد اعضای خانواده
۰/۰۴۶	۴/۱۴۲	۱۳/۴۴۴	۱	۱۳/۴۴۴	گروه آزمون و شاهد
-	۲۴۶/۳	۳/۲۴۶	۷۲	۲۳۳/۷۰۷	خطا
۰/۰۰۰	۱۷/۲۹۷	۷۳/۴۱۰	۱	۷۳/۴۱۰	عرض از مبدا
۰/۰۰۰	۳۰/۸۶۰	۱۳۰/۹۷۳	۱	۱۳۰/۹۷۳	مهارت های مقابله ای هیجان مدار قبل از مداخله
۰/۸۷۷	۰/۰۲۴	۰/۱۰۲	۱	۰/۱۰۲	سن
۰/۷۲۲	۰/۱۲۸	۰/۵۴۳	۱	۰/۵۴۳	تعداد اعضای خانواده
۰/۵۱۱	۰/۴۳۶	۱/۸۴۹	۱	۱/۸۴۹	گروه آزمون و شاهد
-	-	۴/۲۴۴	۷۲	۳۰۵/۵۷۷	خطا

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری داده های به دست آمده در جهت تأیید فرضیه های پژوهش و نشانگر ارتقاء و اصلاح مهارت مقابله ای بعد از آموزش مهارت حل مسأله می باشد.

با توجه به اینکه مهارت های مقابله ای افراد قبل از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی داری نداشت اما بعد از آزمون تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد و همچنین مهارت های مقابله ای در گروه آزمون بعد از انجام مداخله تفاوت معنی داری با قبل از مداخله داشت ولی در گروه شاهد تفاوت معنی داری مشاهده نشد، بنابراین این مورد نشاندهنده تأثیرگذار بودن آموزش مهارت حل مسأله بر مهارت های مقابله ای می باشد. تامپسون^۱ و همکارش (۲۰۰۲) در مطالعه خود نشان دادند که روش آموزش مهارت حل مسأله نسبت به مشاوره حین بحران و عدم دریافت خدمات بیشتر در تغییر نگرش به خودکشی، افسردگی و ناامیدی مؤثر بوده است و باعث افزایش کنترل شخصی و مهارت های حل مسأله می شود [۱۹].

آزارنو^۲ در مطالعات مربوط به افرادی که بخاطر اقدام به خودکشی در بیمارستان روانپزشکی بستری بوده اند، مشاهده کرد که آنان استراتژی مقابله ای فعال کمتری در مقایسه با سایر بیماران تولید می کنند [۲۰]. همچنین پور شهباز در بررسی ۴۹ دانش آموز ۲۵-۱۵ ساله ایلامی که اقدام به خودکشی کرده بودند مشاهده کرد که افراد اقدام کننده به خودکشی از مهارت های مقابله ای کمتری در مقایسه با گروه کنترل، استفاده می کنند [۲۱].

ویلیامز^۳ و همکارانش (۲۰۰۴) در تحقیقی تأثیر آموزش مهارت حل مسأله را در اقدام کنندگان به خودکشی بررسی

کردند. تحقیق ویلیامز بر روی ۸۰ نفر که شامل: گروه آزمون، ۴۰ نفر از افراد اقدام کننده به خودکشی و گروه شاهد، ۴۰ نفر از افرادی که خودکشی نکرده بودند انجام شده است. بلافاصله پس از پذیرش پرسشنامه افسردگی، ناامیدی و مهارت های حل مسأله اجتماعی و عقاید خودکشی تکمیل و پس از ۶ ماه پیگیری مجدداً بررسی. نتایج نشان داد که افراد اقدام کننده به خودکشی توانائی حل مسأله کمتری داشتند، اما تفاوت معنی داری با گروه کنترل نداشتند؛ و کاهش توانائی حل مسأله باعث تغییر در خلق نمی شود. کاهش مهارت حل مسأله همراه با عوامل مستعدکننده دیگر باعث افزایش اقدام به خودکشی می شود [۲۲].

نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیق بیکسلر^۴ که در سال ۲۰۰۳ تحت عنوان مداخلات مهارت حل مسأله در بحرانهای خودکشی بخش روان انجام شده است، مشابه می باشد. او اشاره می کند که با توجه به در معرض خطر بودن افراد اقدام کننده به خودکشی، اقدامات درمانی لازم صورت نمی گیرد. با انجام مداخلات شناختی - رفتاری می توان مکانیسم های کنترل تکانه و امیدواری افراد را افزایش داد و باعث ایجاد انگیزه در افراد اقدام کننده به خودکشی برای ادامه درمان شد [۲۳].

زمانی که افراد با رویدادها و فشارها روانی منفی روبرو می شوند، توانائی حل مسأله و مهارت های مقابله ای نقش مهمی در بهداشت روانی و جسمانی آنان ایفا می کند. با توجه به نتایج تحقیق که موثر بودن آموزش مهارت حل مسأله را در ارتقای مهارت های مقابله ای نشان می دهد، پیشنهاد می شود که پرستاران بالینی جهت کمک به مددجویان و خانواده آنها در پیشگیری از خودکشی از این مهارت ها استفاده کنند. مسئولین و مدیران حرفه های بهداشتی به خصوص مدیران پرستاری نیز با آگاهی از نتایج این قبیل پژوهش ها، می توانند در برنامه ریزیهای

1 - Thompson EA, et al

2 - Azarno

3 - viliams

4 - biksller

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه واحدهای دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، و همکاران شاغل در مرکز آموزشی درمانی ولیعصر شهر اراک و کلیه واحدهای پژوهش و خانواده های آنها که در پیشبرد اهدا ف این تحقیق پژوهشگران را یاری نمودند تشکر و سپاسگزاری می گردد.

آموزشی از این مهارتها به منظور ارتقاء توان علمی و عملی کارکنان و دانشجویان در جهت کنترل و مراقبت از بیماران استفاده کنند.

با توجه به کوتاه بودن زمان پژوهش، امکان پیگیری طولانی مدت نبوده است بنابراین توصیه می شود که این مطالعه با مرحله پیگیری طولانی تر انجام شود.

منابع

- 1- Spirito A. Cognitive charactries of adolescent suicide attempter. J Acad childadoles psychiatric. 2002; 30: 403-11.
- 2- Marrey BL. In suicide riskassessment: the perspectiveof youth. J Psychiatric & Mental health Nursing. 2006; 13(2): 157-164.
- ۳- محمدی غ و همکاران. بررسی همه گیر شناسی و علت شناسی اقدام به خودکشی و ارتباط آن با متغیر های جمعیت شناختی در بین مراجعین اورژانس بیمارستان ۲۲ بهمن. فصلنامه اصول بهداشت روانی، پائیز ۸۳، شماره ۲۴، ص ۱۲۵-۱۲۷.
- ۴- آندریویان و همکاران. بررسی اقدام به خودکشی و ارتباط آن با عوامل عمده در بیماران اسکیزوفرنی مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان گلستان. خلاصه مقالات اولین سمینر سراسری حوادث دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی لرستان، مهر ۱۳۷۹، ص ۲.
- 5- Pompili M, Mancinelli I. Preventing suicide in Schizophrenia inside the family environment. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2003; 24(4), 181-182.
- 6- Meclure G. suicide in children and adultscent in England and wales. the British Journal of Psychiatry 2004; (178): 467-476.
- 7- Bernet D. Age and sex related risk factor for adolescent suicide. Journal of the American Academy. 2002; 46-47.
- ۸- احمدی غ. گزارش اپیدمیولوژی خودکشی موفق در استان مازندران. مجله علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران؛ پائیز ۷۵، سال دهم، شماره ۲۷.
- 9- Pollock W. Problem solving in suicide attempters. J Psychol Med. 2004; 34(1):163-7.
- ۱۰- اسماعیلی نیا ط و همکاران. بررسی اقدام به خودکشی در زنان شهرستان بابل. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال هفتم، بهار ۸۴، ص ۵۸-۶۲.
- ۱۱- نوروزی س. بررسی مهارت های مقابله ای اقدام کنندگان به خودکشی و افراد به هنجار در مواجهه با شرایط استرس زا. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی ۱۳۷۳.

- ۱۲- لیزاردی د. دلایلی برای زندگی و ناامیدی که می تواند به پیش بینی اقدام به خودکشی در یک فرد در آینده کمک کند. پایان نامه دکترا. دانشگاه فوردهام ۲۰۰۴.
- ۱۳- مورون پ. خودکشی، پیدایش، علل و درمان. ترجمه: مازیار سهند، تهران: شرکت انتشارات سهند، ۱۳۷۰.
- 14- Tompson EA, Egger. Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health*. 2002; 91(5): 742-745.
- 15- Henriques GR, Beck AT, Brown GK. Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *Am Behav Sci* 2003; 46:1258-1268.
- ۱۶- کاویانی ح. مسئله گشائی در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی. مجله اندیشه و رفتار. سال هفتم، شماره ۴، بهار ۸۱.
- ۱۷- کوشان م. واقعی س. روانپرستاری. تهران: انتشارات رفیع، چاپ دوم، ۱۳۸۴.
- 18- Brent DA, Mortiz G. Familial risk factor for adolescent: a casecontrol study. *Acta Psychiatrica*. 1995; 91(89): 52-58.
- ۱۹- احمدی غ. مطالعه اپیدمیولوژیک بیماران بستری در بخش سوختگی امام خمینی (ره) کرمانشاه. پایان نامه پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۳۷۵.
- 20- Bicksler L. Problem-solving in suicide attempters. *Cambridge Journals Online*. 2004; 34: 163-167.