



## مقایسه افکار خودکشی، تاب آوری و سلامت روان در زنان در آستانه طلاق و عادی شهر نهاوند

سمیه خزائی<sup>۱</sup>، ایرج صفائی راد<sup>۲</sup>

۱-ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد همدان

۲-استادیار پایه ۱، هیئت علمی دانشگاه آزاد همدان، همدان دانشگاه آزاد گروه روانشناسی،

### چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه افکار خودکشی، تاب آوری و سلامت روان زنان در آستانه طلاق و زنان عادی شهر نهاوند است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان متقاضی طلاق که توسط دادگاه خانواده به مراکز مشاوره نهاوند از اول بهمن ۱۳۹۷ تا آخر اردیبهشت ۱۳۹۸ ارجاع داده شده‌اند تشکیل می‌دهند که به روش نمونه‌گیری کل شمار جمعاً ۵۰ نفر زن در آستانه طلاق شد و گروه دوم زنان متأهل عادی شهر نهاوند که از نظر سن و تحصیلات همگن شده‌اند، همزمان با گروه اول ۵۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شده‌اند و پرسشنامه داده شد، سپس پرسشنامه‌ها جمع آوری شد و با گروه اول مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت جهت سنجش آزمودنی‌ها از سه پرسشنامه سنجش افکار خودکشی بک، مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون و پرسشنامه سلامت روان کیز استفاده شد. در جهت آزمون فرضیه‌های پژوهشی داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره با نرم افزار SPSS ۲۱ تحلیل شد. و براساس یافته‌های این پژوهش بین افکار خودکشی، تاب آوری و سلامت روان در زنان در آستانه طلاق و عادی تفاوت معنادار وجود دارد. به نحوی که زنان عادی از افکار خودکشی کمتر، تاب آوری و سلامت روان بیشتری برخوردار می‌باشند. **کلید واژه‌ها:** افکار خودکشی، تاب آوری، سلامت روان، آستانه طلاق



## ۱. مقدمه

زندگی مشترک با این باور که تنها مرگ می‌تواند ما را از یکدیگر جدا کند شروع می‌شود و زوجین هم، حداقل در آغاز زندگی مشترک خود نسبت به آن اعتقاد کامل دارند. اما واقعیت چیز دیگر است، زندگی مشترک تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد که پاره‌ای از آنها ممکن است زوجین را به طرف اختلافات و درگیری، جدایی روانی و حتی طلاق سوق دهد (عباسپور، عالم‌گیر، هاتف، ۱۳۹۷).

طلاق در لغت به معنی رها شدن از عقد و نکاح و فسخ کردن عقد نکاح است (ستوده، ۱۳۹۲). می‌توان گفت در طلاق نوعی گسست و جدایی و اخلال در بنیان‌های اساسی خانواده است که منجر به جدایی و دوام همیشگی آن می‌شود. به دنبال طلاق، کلیه روابط و تعهدات متقابل زن و شوهری و خانوادگی گسسته و نقش‌ها و کارکردهای زن - شوهری از آنها گرفته می‌شود (شعاع کاظمی، مومنی جاوید، ۱۳۹۲). مردان گرایش به آن دارند که طلاق را به عنوان چیزی به ناگهان رخ کرده است، ادراک کنند. زنان بیشتر احتمال می‌رود که آن را به عنوان نقطه پایانی بر یک فرآیند طولانی قلمداد کنند. به همین خاطر است که زنها کمتر احساس‌های منفی را درباره طلاقشان گزارش می‌کنند. طلاق برای زنان تنش‌زاتر و گسسته‌تر است تا مردان. ممکن است یک زنی باشد که تردید کمتری درباره نفس طلاق داشته باشد. اما هم اوست که در برقراری زندگی جدید مشکلات بیشتری خواهد داشت (حاتمی کاسوایی و همکاران، ۱۳۹۴).

از عوامل روان شناختی که می‌تواند در زنان در آستانه طلاق با زنان عادی تفاوت داشته باشد، افکار خودکشی آنان است. وجود تعارضات زناشویی به افسردگی تبدیل شده و افسردگی نیز می‌تواند افکار خودکشی را تقویت کند. زوجین افسرده به طور طبیعی به دلیل بروز باورهای ناکارآمد روانی زیاد به خودکشی فکر می‌کنند که این موضوع شانس بروز خودکشی را در آنان افزایش می‌دهد. معمولاً افکار خودکشی با شدت افسردگی در ارتباط است. همین طور زوجینی که دارای باورهای ناکارآمد هستند دچار تمایل به افکار خودکشی می‌شوند. وجود حوادث استرس‌زای زندگی با فراوانی بیشتری در اقدام کنندگان به خودکشی پیش از اقدام به خودکشی دیده شده است. موقعیت‌های استرس‌زای زندگی با در هم ریختن ساختار روان شناختی فردی او را مستعد این اقدامات می‌گرداند. محققین نشان داده‌اند حوادث زندگی پیش از خودکشی، طلاق و جدایی، بحث‌های شدید خانوادگی، مشکلات مالی، مشکلات شغلی و بیکاری را در گروه سنی، جوان‌تر و بیماری‌های جسمی و بازنشستگی را در گروه سنی سالمندان به عنوان حوادث استرس‌زای عمده شناسایی کرده‌اند که در این بین وجود معضلاتی چون طلاق و جدایی نقش زیادی و تسریع کننده‌ای در بروز افکار خودکشی به خود اختصاص داده‌اند (کلیمن و نوک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸).

۱. Kleman&Nock



بر مبنای تعریف مرکز مطالعات انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا، خودکشی تلاشی آگاهانه به منظور خاتمه دادن به زندگی شخصی است که شاید این تلاش به اقدام تبدیل شود یا فقط به شکل احساسی در فرد بماند (شعاع کاظمی، مومنی جاوید، ۱۳۹۳). و افکار خودکشی به عنوان افکار خود گزارش دهی درباره‌ی خودکشی، در دامنه‌ی ای از یک میل مبهم با نفوذ برای مردن تا نقشه کامل خودکشی تعریف می‌شود (اندرسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

از جمله عوامل خطر ساز متعدد عبارتند از سابقه سوء رفتار جسمی، طلاق، بیکاری و... است که وجود افکار خودکشی مستمر بخصوص همراه با یک نقشه خاص، به ویژه خطرناک است (کاپلان و سادوک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵، مترجم، رضاعی، ۱۳۹۴). به طور کلی می‌توان گفت، رسیدن به بن بست فکری، روانی، انگیزشی انسان باعث ایجاد فکر خودکشی در فرد می‌شود و این به قطع امید از آینده بر می‌گردد و شناسایی و ارزیابی و مدیریت و ارجاع بیمار مستعد خودکشی در جامعه قدم مهمی در پیشگیری از خودکشی است (پناغی و غلامرضایی، ۱۳۹۰).

خودکشی از عواملی است که بررسی آن در زنان دارای اهمیت می‌باشد. وبسایت سازمان بهداشت جهانی (WHO) در آوریل سال ۲۰۱۶ اعلام کرد که در دنیا هر روز ۸۰۰ هزار نفر در اثر خودکشی می‌میرند. از هر ۲۰ نفری که اقدام به خودکشی می‌کنند، یک نفر موفق می‌شود. میزان خودکشی در سطح جهان هر سال بیشتر می‌شود، مطالعات نشان می‌دهد که ۱۳.۵٪ مردم دنیا اعلام کرده اند که در مرحله‌ای از زندگی خود به فکر خودکشی افتاده‌اند. در مورد ایران، آمار موجود در سایت اینترنتی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۳ میزان خودکشی را ۴.۸ در هر ۱۰۰ هزار نفر نشان می‌دهد. احتمال اقدام به خودکشی در زنان سه برابر مردان است اما میزان خودکشی موفقیت آمیز در مردان چهار برابر زنان است علت این است که مردان روش‌های مرگبارتری را انتخاب می‌کنند. یکی از مهمترین عوامل پیش‌بینی کننده خودکشی استرس زندگی است و اکثر خودکشی‌ها بعد از یک رویداد مهم و بسیار استرس‌زای زندگی روی می‌دهد (گنجی، ۱۳۹۵).

علاوه بر افکار خودکشی، تاب‌آوری نیز می‌تواند به دلیل مسائل و مشکلاتی که زنان در آستانه طلاق با آن روبرو هستند با زنانی که درخواستی برای طلاق ندارند متفاوت باشد حالات تاب‌آوری طی یک فرایند شکست و انسجام مجدد به دست می‌آید، انسجام مجدد تاب‌آورانه برای رشد به انرژی نیاز دارد و به نظر می‌رسد این انرژی یک منبع معنوی و ذاتی دارد و به استناد او نیرویی در درون هر فرد وجود دارد که او را به سوی خودشکوفایی نועدوستی فرد و هماهنگی سوق می‌دهد (کشاورز و یوسفی، ۱۳۹۱).

تاب‌آوری سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار می‌باشد. افراد با تاب‌آوری بالا حس قوی برای پیشرفت دارند و دارای خود باوری بالایی هستند. یکی از ویژگی‌های مهمی که افراد تاب‌آور از آن برخوردار هستند توانمندی حل مسأله

۱. Anderson

۲. Kaplan&Sadock's



می‌باشد این توانمندی می‌تواند به اشکال گوناگون بروز کند، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افزایش سطح سلامت روان و رضایت مندی از زندگی با تاب‌آوری در ارتباط بوده است (طرقه، علی اکبری دهکردی و علیپور، ۱۳۹۴).

در پژوهشی که توسط لی، سادوم و زامورسکی<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) انجام گرفت نتایج نشان داد که فرآیند تاب‌آوری در طول زمان تغییر کرده و می‌تواند به سلامت روانی افراد بعد از تجارب دردناک و نامطلوب، کمک بسیار کند. توسعه تاب‌آوری در زنان در آستانه طلاق، امکان مقابله بهتر و امیدواری بیشتری را نسبت به آینده فراهم ساخته و راه حلی برای رویارویی با چالش‌های عمده زندگی در آنها می‌باشد. در حقیقت زنان تاب‌آور سرمایه‌های واقعی عبور از چالش‌های اجتماعی و خانوادگی هستند. اگرچه تاب‌آوری بر ایمنی کامل دلالت نمی‌کند و وجود عوامل آسیب‌زا و خطرناک احتمال وقوع صدمه را افزایش می‌دهد؛ اما از جهت دیگر می‌توان گفت که آسیب‌پذیری و خطر هم مترادف نیستند. بنابراین در شرایط پرخطر هم می‌توان با منطق تاب‌آوری جان سالم بدر برد و زندگی بارور و سرشاری را رقم زد. زنان تاب‌آور علاوه بر خود کنترلی و خود کارآمدی به خوبی از عهده عوامل مؤثر بر رشد و کیفیت سلامت و بهزیستی روان‌شناختی خویش آگاه هستند و از آن بهره می‌گیرند و در دریافت حمایت و مشارکت اجتماعی نیز توانایی ویژه و چشم‌گیری از خود نشان می‌دهند (جانقربانعلی و بخشی، ۱۳۹۵).

تاب‌آوری نقش میانجی بسیار مهمی در جلوگیری یا بروز خیلی از اختلال‌های روانپزشکی از خود نشان می‌دهد. تاب‌آوری به واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روان، رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد و به عنوان منجی برای تسهیل غلبه بر مصائب و مشکلات مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آنها عمل می‌کند (خلعتبری و بهاری، ۱۳۸۹).

ویکی از پیش شرط‌های اصلی نظام‌های رفاه اجتماعی سلامت است. بطوریکه هر جامعه سعی دارد با ارائه مراقبت‌های بهداشتی به جامعه سالم دست یابد (رضایی و زید آبادی، ۱۳۹۳).

یکی از شاخص‌های مهم سلامت و بهداشت یک جامعه سلامت روان است (صادقی، زارعی پور، اکبری، خان‌بیگی، ۱۳۹۰) و در این میان زن در خانواده اساسی‌ترین نقش را برعهده دارد زن موجودی است که می‌تواند سرمایه‌ای پربار برای جامعه باشد. آسایش خانواده و جامعه به برکت وجود زن و طبیعت او تحقق می‌یابد در این راستا نقش سلامت روان بسیار حساس است که به آن توجه نمی‌شود (جاهد، جانی، ساده دل، بهراد، ۱۳۹۱).

تعاریف متفاوتی از سلامت روان شده از جمله: سلامت روان، حالتی از بهزیستی که در توانایی پی‌بردن به استعدادها و توانمندی‌ها وجود داشته باشد، از عهده استرس‌های طبیعی برآمده و به طور مفید مؤثر کار کردن (شاملو، ۱۳۹۲). کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت فکر و روان را این طور تعریف می‌کنند: «قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب» (میلانی فر، ۱۳۹۵).

۱. Lee, sudom & Zamorski



بدون شك سلامت افراد جامعه اهمیت بسزایی دارد. جوامع انسانی بدون حفظ سلامت و رعایت بهداشت نمی‌توانند بقاء و استمرار خود را حفظ کنند. بیماری و ناتوانی روابط انسانی را مختل و در نتیجه احساس امنیت همبستگی را از انسان سلب می‌سازد (حمدیه و شهیدی، ۱۳۹۳).

سلامت روان یکی از مهمترین ابعاد سلامت به شمار می‌آید که تأثیر جدی بر سلامت جسمانی و اجتماعی و معنوی دارد بدون سلامت روان دستیابی به بخش‌های دیگر سلامت امکانپذیر نمی‌باشد (شریفی، کاظم نژاد، فروغان و انوشه، ۱۳۹۴). همچنین سلامت روان زنان موجب شادی و نشاط و بالا رفتن حس اعتماد بنفس در آنان می‌شود و فقدان آن اضطراب، استرس، دلهره و ناامیدی از زندگی را به همراه خواهد داشت (صادقی، زری پور، اکبری و خان بیگی، ۱۳۹۱).

در مواجهه با طلاق و اینکه زنان تا چقدر می‌توانند این مسئله را تحمل کنند، تا چه حد از سلامت روان برخوردار می‌باشد، این مسئله چقدر بر افکار فرد تأثیر می‌گذارد، فرد مذکور چقدر تاب‌آور است؛ دارای اهمیت می‌باشد، چرا که در بسیاری از موارد دیده شده که زنان پس از متارکه به دلایلی مثل افسردگی و فشارهای روحی و اجتماعی اقدام به خودکشی کرده‌اند. امروزه شناخت عوامل مؤثر و متأثر از طلاق از اولویت‌های بهداشت روانی به شمار می‌آید با توجه به مطالب مطرح شده و اینکه آسیب‌های طلاق برای زنان گسترده‌تر می‌باشد و بررسی اینکه آیا تأهل عامل حفاظت افکار فرد و تاب‌آوری و سلامت روان می‌باشد این پژوهش صورت گرفت.

و با در نظر گرفتن مطالب مطرح شده سوال مطرح شده در این پژوهش این می‌باشد که آیا بین افکار خودکشی، تاب‌آوری و سلامت روان زنان در آستانه طلاق و زنان عادی تفاوت وجود دارد؟

## ۲. فرضیه اصلی این تحقیق

۱- آیا بین افکار خودکشی، تاب‌آوری و سلامت روان زنان در آستانه طلاق و عادی شهر نهاوند تفاوت وجود دارد.

### فرضیه های فرعی

۱- آیا بین افکار خودکشی زنان در آستانه طلاق و عادی شهر نهاوند تفاوت وجود دارد .

۲- آیا بین تاب‌آوری زنان در آستانه طلاق و عادی شهر نهاوند تفاوت وجود دارد .

۳- آیا بین سلامت روان زنان در آستانه طلاق و عادی شهر نهاوند تفاوت وجود دارد .

### ۳. پیشینه تحقیق

پژوهش‌های داخلی عباسپور و همکاران (۱۳۹۷) و هاشمی (۱۳۹۳) مورد بررسی قرار دادند و با نتایج این تحقیق همسو بود. در فرضیه دوم که در تحقیق ولی‌زاده و همکاران (۱۳۹۴)، دادکمالی (۱۳۹۵)، اسدی سرشت (۱۳۹۴) مریم افشار (۱۳۹۶) و آسنجری و همکاران (۱۳۹۵) مورد بررسی قرار گرفت و با نتایج این تحقیق همسو بود و پژوهش خارجی مرتبط با این فرضیه



یافت نشد. و فرضیه سوم دومینیک کازان (۲۰۱۸)، کیگلت گلاسر (۲۰۱۸)، هیویت و همکاران (۲۰۱۱)، هیمیت و همکاران (۲۰۱۲)، شیرگیب و همکاران (۲۰۱۱)، راماجان و همکاران (۲۰۱۶)، ترنس و همکاران (۲۰۰۴)، مک سلدا و همکاران (۲۰۱۲)، آراکاس و همکاران (۱۹۹۷)، سابارا (۲۰۱۵) و در پژوهش‌های ایرانی عباسپور و همکاران (۱۳۹۷)، ولی زاده و همکاران (۱۳۹۴) شفیع زاده ماهانی (۱۳۹۴)، بشیری (۱۳۹۳)، زمانیان و همکاران (۱۳۹۶) و اصغری و همکاران (۱۳۹۴) را مورد بررسی قرار داده و با نتایج این تحقیق همسو بوده است. که البته پژوهش برنان (۲۰۰۰) و والدرون و همکاران (۱۹۹۷) با این نتیجه همسو نبود.

نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد، جدا شدن و روابط با کیفیت پایین با عامل خطر خودکشی و افزایش افسردگی و کلیه مشکلات روانی ارتباط داشت و سلامت روانی و جسمی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. که بعضی تحقیق‌های خارجی تأثیر طلاق را بر سلامت روان رد می‌کنند، انعطاف‌پذیری پاسخ ۱۰ تا ۱۵ درصد از مردم است و عملکرد ضعیف افراد است که خطرات سلامتی را به دنبال دارد و تأهل عامل حفاظت در برابر خودکشی می‌باشد در روند طلاق در زنان ناامیدی، اضطراب، اعتماد بنفس پایین و اختلالات رفتاری و عملکردی وجود دارد و این زنان برای بازسازی نیاز به حمایت دارند. با جدایی سلامت جسمانی بهبود یافته اما سلامت روانی کاهش می‌یابد که در جدایی خطر ابتلاء به خودکشی در مرد و زن ۴ برابر هر وضعیت تأهل دیگر است. در دو تحقیق بین جدایی و سلامت روان ارتباط وجود نداشت. و در مورد پیشینه تاب‌آوری خارجی موردی یافت نشد و در پیشینه‌های ایرانی تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری افراد عامل محافظت سلامت روان می‌باشد. این دو عامل از هم تأثیر پذیرند در نتیجه فرد افکار خودکشی کمتری دارد. با توجه به اینکه نمونه‌های زیادی در رابطه با مقایسه افکار خودکشی، تاب‌آوری و سلامت روان در ایران یافت نشد و در پیشینه خارجی دو مورد نتایج را رد می‌کرد و پیشینه‌ای برای تاب‌آوری در زنان در آستانه طلاق یافت نشد، و اینکه آسیب‌های فردی طلاق برای زنان بسیار گسترده‌تر است این موضوع دارای اهمیت بسیار می‌باشد لذا این تحقیق به بررسی مقایسه افکار خودکشی، تاب‌آوری و سلامت روان زنان در آستانه طلاق و عادی می‌پردازد.

#### ۴. روش پژوهش

با عنایت به اهداف، سوال و فرضیه‌های پژوهش، این پژوهش با رویکرد کمی و از نوع تحقیقات، علی مقایسه‌ای است که به روش تعیین تفاوت متغیرها انجام خواهد شد.

جامعه آماری این پژوهش را زنان در آستانه طلاق تشکیل می‌دهند که از اول بهمن ۱۳۹۷ تا آخر اردیبهشت ۱۳۹۸ توسط دادگاه خانواده به مراکز مشاوره نهادند ارجاع داده شده‌اند؛ که جمعاً پنجاه نفر می‌شود که با روش نمونه‌گیری کل شمار انتخاب شده و گروه دوم زنان متأهل عادی شهر نهاوند همزمان با گروه اول از نظر سن و تحصیلات همگن شد و به تعداد ۵۰ تا پرسشنامه به روش نمونه‌گیری در دسترس داده شد سپس پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد و با گروه اول مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور توصیف داده‌ها علاوه بر جدول و نمودار، از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی آمار توصیفی



استفاده شد و برای آزمون فرضیه‌ها و پاسخ‌گویی به سوالات پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید. لازم به ذکر است که به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS<sup>۲۱</sup> استفاده شد.

## ۵. ابزار پژوهش

### پرسشنامه افکار خودکشی بک<sup>۱</sup> (BSSI) (۱۹۶۱)

خودکشی مشکل عمده بهداشتی است. در بسیاری از مشکلات روانی و بهداشتی پیشگیری مهمتر و مؤثرتر از درمان می‌باشد، در خودکشی نیز این مسئله صادق است به ویژه آنکه پس از اقدام ممکن است دیگر برای کمک دیر شده باشد (خداپنده، نوربالا، کاهانی، باقری، ۱۳۹۱) مطالعه دلایل خودکشی نیز به صورت گسترده در حال انجام است. یکی از دیدگاه‌های دلیل شناسی خودکشی دیدگاه روانشناختی است. مثلاً الیس بر این باور است که مردم به گونه‌ای بی نظیر عقلانی و غیر عقلانی هستند و مشکلات آنها بیشتر برآمده از ادراک تحریف شده و تفکر غیر منطقی است و راهکار غلبه بر مشکلات آنها، همانا از راه بهبود تفکر و دریافت ادراکی آنهاست. الیس بر این باور بود که رفتار می‌تواند شناخت و هیجان انسان را تغییر دهد و شناخت نیز می‌تواند رفتار و هیجان را تحت تأثیر قرار دهد (شیرین زاده دستگیری، گودرزی، غنی زاده، تقوی، ۱۳۸۷). این پرسشنامه ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی می‌باشد که توسط بک (۱۹۶۱) به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، و رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته گذشته، تهیه شده است. مقیاس افکار خودکشی بک یکی از چندین ابزار جامع برای ارزیابی شدت اندیشه خودکشی و تنها ابزار، برای ارزیابی تمایل خودکشی فعال و نافع است. این مقیاس براساس سه درجه نقطه‌ای از صفر تا ۲ تنظیم شده است. نمره کل فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که از صفر تا ۳۸ قرار دارد. سوالات مقیاس، مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال یا نفعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل برخوردار، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد.

در آزمون افکار خودکشی بک ۵ سوال غربالگری وجود دارد. اگر پاسخ‌های آزمودنی در این ۵ سوال نشان دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نفعال باشد، سپس آزمودنی بایستی ۱۴ سوال بعدی را نیز ادامه دهد، مدت زمان تکمیل این مقیاس به طور متوسط ۱۰ دقیقه می‌باشد. در مقیاس بک برای شناسایی میزان افکار خودکشی، فرم خاصی تهیه نشده است ولیکن از نظر محتوای سوالات می‌توان خطر خودکشی را به شرح زیر تعیین کرد (لطیفی، حسنی، کشاورزی ارشدی، ۱۳۹۶).

(۰-۵) داشتن افکار خودکشی

(۶-۱۹) آمادگی جهت خودکشی

(۲۰-۳۸) قصد اقدام به خودکشی

سوالات ۱۹ و ۱۸ در نمره گذاری محاسبه نمی‌شود

۱. Beck Suicidal Ideation



### بخش روایی و پایایی پرسشنامه:

مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون های استاندارد شده بالینی افسردگی و گرایش به خودکشی (SSI) همبستگی بالایی داشته است. دامنه ضرایب همبستگی مقیاس افکار خودکشی از ۹۰٪ تا ۹۴٪ بود. همچنین با پرسش مربوط به خودکشی در مقیاس افسردگی بک از ۵۸٪ تا ۶۵٪ و با مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه افسردگی بک از ۶۴٪ تا ۷۵٪ همبستگی مشاهده شد. اعتبار مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ و ضرایب ۸۷٪ تا ۹۷٪ و با استفاده از روش باز آزمایی ۵۴٪ بدست آمد. (بک واستیر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱).

### پرسشنامه تاب آوری کورنو و دیویدسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۳):

این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تابآوری تهیه کردند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روان پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی بوده و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه مذکور ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آن است که این آزمون دارای ۵ عامل:

۱. زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی شامل سوالات: ۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰

۲. زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی شامل سوالات: ۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶

۳. زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن شامل سوالات: ۸-۵-۴-۲-۱

۴. زیرمقیاس کنترل شامل سوالات: ۲۲-۲۱-۱۳

۵. زیرمقیاس تأثیرات معنوی شامل سوالات: ۹-۳

ویژگی های روان سنجی آزمون نیز به شرح زیر می باشد:

**پایایی خارجی:** کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است.

**پایایی ایرانی:** این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است.

۱. Beck & Steer

۲. Conur & Divedson





**اعتبار خارجی:** نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است.

**اعتبار افتراقی:** نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون در هنگام شروع آزمایش و همچنین هنگام خاتمه با نمرات مقیاس تجربه جنسی آریزونا همبستگی معناداری نداشت. این مطلب حاکی از اعتبار افتراقی آزمون است.

**اعتبار ایرانی:** برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند.

پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن-را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (سامانی، جوکار، صحراگرد، ۱۳۸۵).

**پرسشنامه سلامت روان کیز<sup>۱</sup> (۲۰۰۲):** پرسشنامه استاندارد سلامت روانی کیز (۲۰۰۲)، از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شده و به سنجش سلامت روانی می پردازد. این پرسشنامه شامل ۱۴ سوالات و ۳ مؤلفه بوده و بر اساس طیف شش گزینه ای لیکرت (از هرگز نمره ۱ تا هر روز نمره ۶) را دربر می گیرد. مؤلفه های پرسشنامه شامل موارد زیر می باشد:

بهبودی هیجانی: شامل سه سوال (سوالات ۱ و ۲ و ۳)

سلامت روانی: شامل شش سوال (سوالات ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹)

سلامت اجتماعی: شامل ۵ سوال (سوالات ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۴)

در این پرسشنامه ۳ مقیاس (خوشحالی، علاقمندی به زندگی و رضایت) برای نشان دادن احساسات و هیجانات (بهبودی هیجانی)، ۶ آیتم (پذیرش خود، چیرگی بر مسئولیت ها در محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، خودمختاری، هدفمندی در زندگی) برای سنجیدن سلامت روانی و ۵ آیتم (مشارکت و کمک در اجتماع، انسجام با جامعه، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و توجه و درک اجتماعی) جهت نشان دادن سلامت اجتماعی انتخاب شدند. حد پایین نمرات ۱۴ و حد بالای نمرات ۸۴ می باشد و نحوه تفسیر تست به شرح زیر می باشد:

نمره بین ۱۴ تا ۲۸: میزان سلامت روانی در حد پایینی می باشد.

۱. Kiss



نمره بین ۲۸ تا ۵۶: میزان سلامت روانی در حد متوسطی می باشد.

نمره بالاتر از ۵۶: میزان سلامت روانی در حد بالایی می باشد.

در این پژوهش روایی پرسشنامه در پژوهش (خلیلی ورنکشی، ۱۳۹۴) سنجیده شده و نتایج پژوهش وی روایی آزمون را تأیید می کند. جهت سنجش پایایی ابزار نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش (خلیلی ورنکشی، ۱۳۹۴) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد. **پایایی خارجی:** کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است.

**پایایی ایرانی:** این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است.

**اعتبار خارجی:** نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است.

**اعتبار افتراقی:** نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون در هنگام شروع آزمایش و همچنین هنگام خاتمه با نمرات مقیاس تجربه جنسی آریزونا همبستگی معناداری نداشت. این مطلب حاکی از اعتبار افتراقی آزمون است.

**اعتبار ایرانی:** برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند.

پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن - را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (سامانی، جوکار، صحراگرد، ۱۳۸۵).

### پرسشنامه سلامت روان کیز<sup>۱</sup> (۲۰۰۲):

پرسشنامه استاندارد سلامت روانی کیز (۲۰۰۲)، از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شده و به سنجش سلامت روانی می - پردازد. این پرسشنامه شامل ۱۴ سوالات و ۳ مؤلفه بوده و بر اساس طیف شش گزینه ای لیکرت (از هرگز نمره ۱ تا هر روز نمره ۶) را دربر می گیرد. مؤلفه های پرسشنامه شامل موارد زیر می باشد:

۱. Kiss



بهزیستی هیجانی: شامل سه سوال (سوالات ۱ و ۲ و ۳)

سلامت روانی: شامل شش سوال (سوالات ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹)

سلامت اجتماعی: شامل ۵ سوال (سوالات ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۴)

در این پرسشنامه ۳ مقیاس (خوشحالی، علاقمندی به زندگی و رضایت) برای نشان دادن احساسات و هیجانان (بهزیستی هیجانی)، ۶ آیتم (پذیرش خود، چیرگی بر مسئولیت‌ها در محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، خودمختاری، هدفمندی در زندگی) برای سنجیدن سلامت روانی و ۵ آیتم (مشارکت و کمک در اجتماع، انسجام با جامعه، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و توجه و درک اجتماعی) جهت نشان دادن سلامت اجتماعی انتخاب شدند. حد پایین نمرات ۱۴ و حد بالای نمرات ۸۴ می‌باشد و نحوه تفسیر تست به شرح زیر می‌باشد:

نمره بین ۱۴ تا ۲۸: میزان سلامت روانی در حد پایینی می‌باشد.

نمره بین ۲۸ تا ۵۶: میزان سلامت روانی در حد متوسطی می‌باشد.

نمره بالاتر از ۵۶: میزان سلامت روانی در حد بالایی می‌باشد.

در این پژوهش روایی پرسشنامه در پژوهش (خلیلی ورنکشی، ۱۳۹۴) سنجیده شده و نتایج پژوهش وی روایی آزمون را تأیید می‌کند. جهت سنجش پایایی ابزار نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش (خلیلی ورنکشی، ۱۳۹۴) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد.

## ۶. تجزیه و تحلیل داده‌ها:

جدول ۴-۲: آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیر	تعداد	آماره z	سطح معنی-داری
افکار خودکشی	۵۰	۰.۰۴۷	۰.۲۰۰
	۵۰	۰.۰۷۵	۰.۲۰۰
تاب‌آوری	۵۰	۰.۰۸۱	۰.۲۰۰
	۵۰	۰.۰۷۴	۰.۲۰۰
تصور از شایستگی	۵۰	۰.۰۷۷	۰.۲۰۰
	۵۰	۰.۰۹۵	۰.۲۰۰
اعتماد	۵۰	۰.۱۰۹	۰.۱۸۸
	۵۰	۰.۰۷۶	۰.۲۰۰
پذیرش	۵۰	۰.۰۹۷	۰.۲۰۰

# 6<sup>th</sup> International conference ON PSYCHOLOGY OF EDUCATION SCIENCES AND LIFESTYLE

Tbilisi - Georgia

September 2020



۰.۰۶۰	۰.۱۲۲	۵۰	کنترل
۰.۲۰۰	۰.۰۷۳	۵۰	
۰.۰۶۱	۰.۱۲۲	۵۰	
۰.۰۸۶	۰.۰۸۳	۵۰	معنوی
۰.۰۸۹	۰.۱۲۴	۵۰	
۰.۲۰۰	۰.۰۶۱	۵۰	سلامت روان
۰.۲۰۰	۰.۰۸۰	۵۰	
۰.۲۰۰	۰.۰۹۵	۵۰	سلامت
۰.۰۷۰	۰.۰۵۰	۵۰	هیجانی
۰.۲۰۰	۰.۰۸۷	۵۰	سلامت روانی
۰.۲۰۰	۰.۰۸۴	۵۰	سلامت
۰.۰۸۸	۰.۱۴۹	۵۰	اجتماعی
۰.۲۰۰	۰.۱۰۶	۵۰	

مؤلفه‌های سلامت روان

اطلاعات جدول ۴-۲ بیانگر این است که سطح معنی‌داری مقادیر Z بدست آمده برای متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه در آستانه طلاق و زنان عادی بالاتر از ۰/۰۵ است ( $p > 0/05$ )، که این امر بیانگر آن است که نمرات این متغیرها، دارای توزیعی نرمال است.

## پیش فرض عدم هم خطی چند گانه

جدول ۴-۳- آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

اجتماعی	روانی	هیجانی	معنوی	کنترل	پذیرش	اعتماد	تصور	منع تغییر
۰.۴۷۱**	۰.۴۲۶**	۰.۵۲۶**	-۰.۱۷۲	۰.۳۵۶**	۰.۳۶۷**	۰.۳۳۸**	۰.۳۶۹**	ضریب همبستگی
-	-	-	-	-	-	-	-	خودکشی
۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۸۸	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	سطح معناداری
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	تعداد
-	۰.۶۴۹**	۰.۶۱۰**	۰.۳۰۳**	۰.۵۰۵**	۰.۵۴۴**	۰.۳۹۷**	۰.۴۵۳**	ضریب همبستگی
								سلامت اجتماعی

**6<sup>TH</sup> International conference ON  
PSYCHOLOGY  
OF EDUCATION SCIENCES AND  
LIFESTYLE**

Tbilisi - Georgia

September 2020



ی								
سطح معناداری	-	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱
تعداد	-	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
ضریب همبستگی	-	-	۰.۶۴۹**	** ۰.۲۸۴	۰.۴۶۴**	۰.۴۷۹**	۰.۳۵۹**	۰.۴۱۰**
ی								
سطح معناداری	-	-	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱
تعداد	-	-	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
ضریب همبستگی	-	-	-	** ۰.۳۲۰	۰.۵۳۲**	۰.۵۶۳**	۰.۴۵۰**	۰.۵۳۴**
ی								
سطح معناداری	-	-	-	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱
تعداد	-	-	-	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
ضریب همبستگی	-	-	-	-	۰.۳۲۴**	۰.۵۴۱**	۰.۴۶۵**	۰.۳۹۸**
ی								
سطح معناداری	-	-	-	-	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱
تعداد	-	-	-	-	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
ضریب همبستگی	-	-	-	-	-	۰.۶۹۵**	۰.۶۲۳**	۰.۶۴۱**
ی								
سطح معناداری	-	-	-	-	-	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱
تعداد	-	-	-	-	-	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

سلامت  
روانی

سلامت  
هیجانی

معنوی

کنترل



						۰.۶۸۲**	۰.۶۵۲**	ضریب همبستگی	
								ی	پذیرش
						۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	سطح معناداری	
						۱۰۰	۱۰۰	تعداد	
								ضریب همبستگی	اعتماد
							۰.۶۹۲**	ی	
							۰.۰۰۱	سطح معناداری	
							۱۰۰	تعداد	

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد ضرایب همبستگی محاسبه شده بین نمرات بیش‌تر از ۰/۷۵ نیست. بنابراین می‌توان دریافت بین نمرات متغیرهای تحقیق هم‌خطی چندگانه مشاهده نمی‌شود.

## ۷. بررسی فرضیه‌های پژوهش

### فرضیه اصلی

بین افکار خودکشی، تاب‌آوری و سلامت روان زنان در آستانه طلاق و زنان عادی شهر نهاوند تفاوت معناداری وجود دارد

### نتایج آزمون‌های چندمتغیره

جدول ۴-۴: نتایج آزمون ام باکس

آماره	ام	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۲۳.۲۹	۱.۴۹	۴۵	۳۱۵۵۰.۸۹	۰.۱۰۸	

بر اساس اطلاعات جدول ۴-۶ ماتریس واریانس کواریانس همگن است. برای بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین متغیرهای افکار خودکشی، تاب‌آوری و سلامت روان زنان آماره چند متغیره لامبدای ویلکز<sup>۱</sup> مورد بررسی قرار می‌گیرد. لامبدای ویلکز

۱. Wilks' Lambda



در کنار پیلایی<sup>۱</sup> و هوتلینگ<sup>۲</sup> یکی از آزمون‌های چند متغیره است که نشان می‌دهد آیا از نظر آماری تفاوت معنی داری در بین گروه‌ها در ترکیب خطی خرده مقیاس‌های مورد نظر وجود دارد یا نه (تباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷). نتیجه این آزمون در جدول ۴-۶ آمده است

جدول ۴-۵- نتایج آزمون‌های چند متغیره افکار خودکشی، تاب‌آوری و سلامت روان

آزمون	مقدار	F	d.f فرضیه	Df خطا	P	$\eta$
پیلایی	۰.۴۵۶**	۶.۹۶۵	۱۱	۸۸	۰.۰۰۱	۰.۴۶۵
لامبدای ویلکز	۰.۵۳۵**	۶.۹۶۵	۱۱	۸۸	۰.۰۰۱	۰.۴۶۵
هوتلینگ	۰.۸۷۱**	۶.۹۶۵	۱۱	۸۸	۰.۰۰۱	۰.۴۶۵
بزرگترین ریشه روی	۰.۸۷۱**	۶.۹۶۵	۱۱	۸۸	۰.۰۰۱	۰.۴۶۵

با توجه به اطلاعات جدول فوق مشاهده می‌شود که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۵۳۵ و مقدار F بدست آمده در این آماره ۱۷۴/۸۷۱ است. سطح معنی داری این مقدار با درجه آزادی ۱۱ و ۸۸ کمتر از ۰/۰۱ است ( $P < ۰/۰۱$ ). این امر نشان می‌دهد که بین افکار خودکشی، تاب‌آوری و سلامت روان زنان در آستانه طلاق و زنان عادی شهر نهند تفاوت معناداری وجود دارد ( $p = ۰/۰۱$ ). در ادامه به بررسی تفاوت‌ها به صورت جداگانه پرداخته می‌شود.

### فرضیه فرعی اول:

بین افکار خودکشی زنان در آستانه طلاق و زنان عادی شهر نهند تفاوت وجود دارد. برای بررسی این فرضیه، نیز از تحلیل واریانس چند متغیره بررسی می‌شود. فرضیه‌های فرعی با استفاده از آزمون تحلیل واریانس تک متغیره در متن تحلیل واریانس چندمتغیره تحلیل شده است. یکی از پیش فرض‌های این آزمون همگنی واریانس‌ها بین گروه‌های مورد آزمون است. در این بخش با استفاده از آزمون لون<sup>۳</sup> همگونی واریانس‌ها در گروه‌ها بررسی شد.

جدول ۴-۶- آزمون همگنی واریانس‌ها

منبع تغییر	F	df <sup>۱</sup>	df <sup>۲</sup>	.Sig
افکار خودکشی	۱.۸۸۹	۱	۹۸	۰.۱۷۱
تصور از شایستگی	۱.۰۷۳	۱	۹۸	۰.۳۰۳
اعتماد به خرایز	۰.۱۷۴	۱	۹۸	۰.۶۷۷

۲. Pillai's Trace

۳. Hotelling's Trace

۱. Leven



فردی				
پذیرش مثبت و روابط ایمن	۰.۴۳۳	۱	۹۸	۰.۵۱۲
کنترل	۰.۰۱۱	۱	۹۸	۰.۹۱۶
تأثیرات معنوی	۲.۰۸۹	۱	۹۸	۰.۱۵۰
تاب‌آوری	۰.۷۷۳	۱	۹۸	۰.۳۸۱
بهزیستی هیجانی	۳.۷۹۷	۱	۹۸	۰.۰۵۴
بهزیستی روانی	۳.۳۸۴	۱	۹۸	۰.۰۶۹
سلامت اجتماعی	۰.۱۹۱	۱	۹۸	۰.۶۶۳
سلامت روان	۰.۰۹۸	۱	۹۸	۰.۷۵۵

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل آزمون لون واریانس‌ها همگن می باشند ( $p > 0.05$ ).

جدول ۴-۷: نتایج تحلیل آنوا برای بررسی تفاوت نمرات افکار خودکشی

منبع متغیر	SS	Df	MS	F	Sig.	ضریب اتا
گروه	۱۲۰۴.۰۹۰	۱	۱۲۰۴.۰۹۰	۲۷.۵۱۹	۰.۰۰۰	۰.۲۱۹
خطا	۴۲۸۸.۰۲۰	۹۸	۴۳.۷۵۵	-	-	-
کل اصلاح شده	۵۴۹۲.۱۱۰	۹۹	-	-	-	-

نتایج تحلیل در جدول بالا نشان می‌دهد، مقدار  $F$  بدست آمده برای تفاوت میانگین افکار خودکشی برابر با ۲۷.۵۱۹ ( $F_{(1, 98)} = 27.519$ ) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۰۱ ( $\alpha = 0.001$ ) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۱ کمتر است ( $p < \alpha$ ). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت بین افکار خودکشی زنان در آستانه طلاق و زنان عادی شهر نهاوند تفاوت وجود دارد ( $p = 0.001$ ). با توجه به میانگین‌های گزارش شده در جدول ۴-۱ می‌توان گفت افکار خودکشی زنان در آستانه طلاق به طور معناداری بیشتر از زنان عادی است.

### فرضیه فرعی دوم

بین تاب‌آوری زنان در آستانه طلاق و زنان عادی شهر نهاوند تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی این فرضیه، نیز از تحلیل واریانس چندمتغیری بررسی می‌شود.

جدول ۴-۸: نتایج تحلیل آنوا برای بررسی تفاوت نمرات تاب‌آوری

منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig.	ضریب
------------	----	----	----	---	------	------





۰.۱۷۸	۰.۰۰۰	۲۱.۱۵۶	۱۰۱۱.۲۴۰	۱	۱۰۱۱.۲۴۰	گروه		
-	-	-	۴۷.۸۰۰	۹۸	۴۶۸۴.۴۰۰	خطا	از	تصور
-	-	-	-	۹۹	۵۶۹۵.۶۴۰	کل اصلاح شده		شایستگی
۰.۰۹۰	۰.۰۰۲	۹.۷۴۵	۲۷۵.۵۶۰	۱	۲۷۵.۵۶۰	گروه		
-	-	-	۲۸.۲۷۸	۹۸	۲۷۷۱.۲۸۰	خطا	به	اعتماد
-	-	-	-	۹۹	۳۰۴۶.۸۴۰	کل اصلاح شده		غرایز فردی
۰.۱۶۳	۰.۰۰۰	۱۹.۰۲۹	۳۴۵.۹۶۰	۱	۳۴۵.۹۶۰	گروه		
-	-	-	۱۸.۱۸۰	۹۸	۱۷۸۱.۶۸۰	خطا		پذیرش
-	-	-	-	۹۹	۲۱۲۷.۶۴۰	کل اصلاح شده		مثبت و روابط ایمن
۰.۱۴۸	۰.۰۰۰	۱۷.۰۳۸	۱۶۹.۰۰۰	۱	۱۶۹.۰۰۰	گروه		
-	-	-	۹.۹۱۹	۹۸	۹۷۲.۰۴۰	خطا		کنترل
-	-	-	-	۹۹	۱۱۴۱.۰۴۰	کل اصلاح شده		
۰.۰۸۸	۰.۰۰۳	۹.۳۹۷	۳۲.۴۹۰	۱	۳۲.۴۹۰	گروه		
-	-	-	۳.۴۵۷	۹۸	۳۳۸.۸۲۰	خطا		تأثیرات
-	-	-	-	۹۹	۳۷۱.۳۱۰	کل اصلاح شده		معنوی

نتایج تحلیل در جدول بالا نشان می‌دهد، مقدار  $F$  بدست آمده برای تفاوت میانگین تصور از شایستگی برابر با ۲۱.۱۵۶ ( $F_{(1, 98)} = 21.156$ ) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۰۱ ( $\alpha = 0/001$ ) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۱ کمتر است ( $p < \alpha$ ). همچنین مقدار  $F$  بدست آمده برای تفاوت میانگین اعتماد به غرایز فردی برابر با ۹.۷۴۵ ( $F_{(1, 98)} = 9.745$ )، برای تفاوت میانگین پذیرش مثبت و روابط ایمن برابر با ۱۹.۰۲۹ ( $F_{(1, 98)} = 19.029$ )، برای تفاوت میانگین کنترل برابر با ۱۷.۰۳۷ ( $F_{(1, 98)} = 17.037$ ) و برای تفاوت میانگین تأثیرات معنوی برابر با ۹.۳۹۷ ( $F_{(1, 98)} = 9.397$ )



$(F_{(1, 98)} = 0.001)$  محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با  $0.001$  ( $\alpha = 0.001$ ) آمده است و این سطح از مقدار مفروض  $0.01$  کمتر است ( $p < \alpha$ ). بنابراین، می توان نتیجه گرفت بین تاب آوری زنان در آستانه طلاق و زنان عادی شهر نهاوند تفاوت معنادار وجود دارد ( $p = 0.01$ ). و تاب آوری زنان در آستانه طلاق به طور معناداری پایین تر از زنان عادی است ( $p = 0.01$ ).

### فرضیه فرعی سوم

بین سلامت روان زنان در آستانه طلاق و عادی شهر نهاوند تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی این فرضیه، نیز از تحلیل واریانس چندمتغیری بررسی می شود.

جدول ۴-۹- نتایج تحلیل آنوا برای بررسی تفاوت نمرات سلامت روان

منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig.	ضریب اتا
گروه	۷۸۹.۶۱۰	۱	۷۸۹.۶۱۰	۴۶.۴۱۶	۰.۰۰۰	۰.۳۲۱
بهبودی	۱۶۶۷.۱۴۰	۹۸	۱۷.۰۱۲	-	-	-
هنجاری	۲۴۵۶.۷۵۰	۹۹	-	-	-	-
کل اصلاح شده						
گروه	۸۳۵.۲۱۰	۱	۸۳۵.۲۱۰	۱۶.۳۰۷	۰.۰۰۰	۰.۱۴۳
بهبودی	۵۰۱۹.۳۰۰	۹۸	۵۱.۲۱۷	-	-	-
روانی	۵۸۵۴.۵۱۰	۹۹	-	-	-	-
کل اصلاح شده						
گروه	۶۵۵.۳۶۰	۱	۶۵۵.۳۶۰	۱۸.۰۲۲	۰.۰۰۰	۰.۱۵۵
بهبودی	۳۵۶۳.۶۴۰	۹۸	۳۶.۳۶۴	-	-	-
اجتماعی	۴۲۱۹.۰۰۰	۹۹	-	-	-	-
کل اصلاح شده						

نتایج تحلیل در جدول بالا نشان می دهد، مقدار  $F$  بدست آمده برای تفاوت میانگین بهزیستی هنجاری برابر با  $۴۶.۴۱۶$  ( $F_{(1, 98)} = ۴۶.۴۱۶$ ) محاسبه شده است. این مقدار برای بهزیستی روانی برابر با  $۱۶.۳۰۷$  ( $F_{(1, 98)} = ۱۶.۳۰۷$ ) و برای بهزیستی اجتماعی برابر با  $۱۸.۰۲۲$  ( $F_{(1, 98)} = ۱۸.۰۲۲$ ) است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با  $0.001$  ( $\alpha = 0.001$ ) آمده است و این سطح از مقدار مفروض  $0.01$  کمتر است ( $p < \alpha$ ). بنابراین، می توان نتیجه گرفت بین سلامت روان زنان در آستانه طلاق و عادی شهر نهاوند تفاوت معنادار وجود دارد ( $p = 0.01$ ).



با توجه به اطلاعات جدول فوق، میانگین تعدیل شده نمرات بهزیستی هنجاری به میزان ۵.۶۲، بهزیستی روانی به میزان ۵.۷۸ و بهزیستی اجتماعی به میزان ۵.۱۲ در گروه عادی بیشتر از نمرات گروه در شرف طلاق است. بنابراین، می‌توان گفت سلامت روان زنان در آستانه طلاق به طور معناداری پایین‌تر از زنان عادی است ( $p = ۰/۰۱$ ). و سلامت روان زنان در آستانه طلاق به طور معناداری پایین‌تر از زنان عادی است.

### ۸. بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اصلی: بین افکارخودکشی، تاب‌آوری و سلامت روان زنان در آستانه طلاق و عادی شهر نهاوند تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج فصل ۴ نشان داد، زنان در آستانه طلاق از افکارخودکشی بیشتر، تاب‌آوری و سلامت روان پایین‌تر برخوردار می‌باشند.

نتیجه این فرضیه با نتایج پژوهش باترهام و همکاران (۲۰۱۴)، سابارا (۲۰۱۵)، دومنیک کازان (۲۰۱۸)، یامائوچی و همکاران (۲۰۱۳)، کیگلت گلاس (۲۰۱۸)، هیویت و تورل (۲۰۱۱)، هیمیت و همکاران (۲۰۱۲)، شیرگیب و همکاران (۲۰۱۱)، ویدرووارد و همکاران (۲۰۰۹)، کپسوا (۲۰۰۰)، ماسکو و همکاران (۲۰۰۸)، ترنس و همکاران (۲۰۰۴)، جرال و همکاران (۱۹۷۸)، را ماچان دراپا و همکاران (۲۰۱۶)، مک سلدا و همکاران (۲۰۱۲)، آراکاس ریچاردز و همکاران (۱۹۹۷) همسو می‌باشد و در پژوهش‌های داخل کشور با نتایج پژوهش‌های عباسپور و همکاران (۱۳۹۷)، ولی زاده و همکاران (۱۳۹۴)، شفیع زاده ماهانی (۱۳۹۴)، بشیری (۱۳۹۳)، دادکمالی (۱۳۹۵)، زمانیان رحمتی و همکاران (۱۳۹۶)، اصغری و همکاران (۱۳۹۴)، اسدی و همکاران (۱۳۹۴)، هاشمی و همکاران (۱۳۹۳)، افشار (۱۳۹۶)، آسنجری و همکاران (۱۳۹۵) همسو می‌باشد که البته دوتا از پژوهش‌ها با نتایج پژوهش ما همسو نبود برنان (۲۰۰۰) و والدرون و همکاران (۱۹۹۷) که رویداد پر استرس طلاق با سلامت روان ارتباط نداشت.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت افکارخودکشی طی ناملایمات زندگی بروز پیدا می‌کند و طلاق یکی از آنهاست زنی که با هزار امید و آرزو به خانه همسر رفته اکنون همه چیزش را از دست داده و از حمایت‌های اجتماعی، خانوادگی و دوستان کمتری برخوردار می‌باشد و نمی‌تواند راجب نگرانی‌ها و چالش‌هایش با کسی صحبت کند و از مشورت و همدلی آنها بهره‌بردار و راه‌حل‌های جدید را کشف کند برای فرار از این موقعیت به خودکشی فکر می‌کنند، اشخاص تاب‌آور مشکلات را بهتر از دیگران مدیریت می‌کنند و برای فائق آمدن بر مشکلات به توسعه نقاط قوت خود می‌پردازند. فرد تاب‌آور نگرش متفاوتی به وقایع دارد و به جای فاجعه‌سازی به خود و توانایی‌هایش توجه بیشتری می‌کند که در نتیجه احساس ارزشمندی و احترام‌قائل شدن برای خود و توانایی‌هایش می‌کند و این باعث کاهش احساس درماندگی، ناامیدی، تنهایی می‌شود و ثبات و آزادی بیشتری را تجربه می‌کند و احتمال افسردگی، ابتلاء به اختلالات روانی و فکری و عملکردی پایین می‌آید در نتیجه از سلامت روان بیشتری برخوردار می‌باشد و همین باعث می‌شود که به خودکشی کمتر فکر کند و سریعاً خود را با شرایط



جدید سازگار می کند. که در زنان در آستانه طلاق به خاطر عدم حمایت، انعطاف پذیری پایین است و سلامت فکر و روان فرد را تحت تأثیر قرار می دهد و نمی تواند با شرایط پرتنش سازگار شود و احتمال فکر کردن به خودکشی در آنان بیشتر از زنان متأهلی است که از حمایت های همسر، فرزندان، خانواده و اجتماع برخوردار می باشد. در نتیجه زنان در آستانه طلاق از افکار خودکشی بیشتر، تاب آوری کمتر و سلامت روان کمتری برخوردار می باشند.

فرضیه اول: بین افکار خودکشی زنان در آستانه طلاق و زنان عادی شهر نهاوند تفاوت وجود دارد. نتایج فصل ۴ نشان داد، افکار خودکشی در زنان در آستانه طلاق بیشتر از زنان متأهل عادی می باشد.

که نتایج این فرضیه با نتایج دومنیک کازان در سال (۲۰۱۸)، باترهام و همکاران (۲۰۱۴)، یامائوچی و همکاران (۲۰۱۳)، شیرگیب و همکاران (۲۰۱۱)، ویدر و وارد و همکاران (۲۰۰۹)، کپسووارد (۲۰۰۰)، ماسکو و همکاران (۲۰۰۸)، جرال و جاکوبسون (۱۹۷۸) همسو بوده و در پژوهش های داخلی عباسپور و همکاران (۱۳۹۷) و هاشمی (۱۳۹۳) همسو بود.

در تبیین این فرضیه می توان گفت با توجه به اینکه اکثر خودکشی ها پس از یک رویداد مهم بسیار استرس زای زندگی روی می دهد (گنجی، ۱۳۹۵) که طلاق یکی از این رویداد های پر استرس است.

نابسامانی های اجتماعی، ناملازمات زندگی و عدم توانایی یا عدم آموزش مقابله با مشکلات این افراد را در معرض بسیاری از آسیب ها قرار می دهد.

به نظر فروید فرد خودکش نوعی احساس دوسوگرایانه که درباره فرد از دست رفته داشته و این احساس درون فکنی نیز شده است، پر خاشگری متوجه درون می شود و اگر این احساس به اندازه کافی قوی باشد خودکشی رخ می دهد (شعاع کاظمی و مومنی جاوید، ۱۳۹۳).

وجود احساس گناه و مقصر دانستن خود، و گاهی برای انتقام و گاهی برای فرار از این شرایط پر استرس و نامساعد زندگی و این درد روانی و اینکه شخص اعتماد بنفس خود را از دست می دهد و احساس ناامیدی می کند و راه حل دیگری برای حل مسائل به نظرش نمی رسد و فکر می کنند با خودکشی تمام مشکلاتش حل می شود به نشان اعتراض از این وضعیت به خودکشی فکر می کند، فردی که فکر خودکشی را دارد احتمال رفتار خودکشی در او بسیار است. خودکشی در زنان ۳ برابر مردان است و مردان ۴ برابر موفق ترند و این بخاطر روشی که استفاده می کنند است. در زن متأهل به خاطر حمایت های اجتماعی بیشتر و حمایت از سوی همسر و شرایط زندگی پایدارتر و احساس امید به آینده ای بهتر نسبت به زنان در آستانه طلاق از افکار خودکشی کمتری برخوردار می باشند.

فرضیه دوم: بین تاب آوری زنان در آستانه طلاق و عادی شهر نهاوند تفاوت معنادار وجود دارد، نتایج فصل ۴ نشان داد، تاب آوری در زنان در آستانه طلاق کمتر از زنان متأهل عادی می باشد.

و نتایج این فرضیه با تحقیق ولی زاده و همکاران (۱۳۹۴)، دادکمالی (۱۳۹۵)، اسدی سرشت (۱۳۹۴) مریم افشار (۱۳۹۶) و آسنجری و همکاران (۱۳۹۵) همسو بود و پژوهش خارجی مرتبط با این فرضیه یافت نشد.



در تبیین این فرضیه می‌توان گفت: پژوهشگران تاب‌آوری را با توجه به ارتباطش با ویژگی‌های شخصیتی و محیط اجتماعی و با ترکیبی از شخص و محیط توصیف می‌کنند (احمدی، ۱۳۹۵).

یکی از شاخصه‌های مهم تاب‌آوری اعتماد بنفس است که در شرایط پراسترس طلاق بسیار پایین است. شخص خود پنداره مثبت نسبت به خود و مهارت حل مسئله را ندارند و به خاطر شرایطشان از سلامت روان پایین‌تری برخوردارند. شرایط پراسترس خود عامل کاهش تاب‌آوری فرد می‌باشد تاب‌آوری حاصل تجربیات محیط و خانواده و اطرافیان می‌باشد حمایت‌های خانواده موجب برگشتن فرد به حالت قبل از درگیری و حمایت‌های اجتماعی مانند موسسه‌هایی که بر فرد تاثیر می‌گذارد مثل مدرسه مراکز مذهبی و.. موجب تقویت تاب‌آوری در فرد می‌شود این تجارب تاثیر شرایط پر استرس زندگی مانند طلاق را کاهش می‌دهد و موجب توانایی فرد برای فائق آمدن در شرایط استرس‌زا است. افراد در برخورد با وقایع متفاوت عمل می‌کنند، عده‌ای خشمگین شده و به دیگران آسیب می‌زنند عده‌ای مسائل و مشکلات را درون خود ریخته و احساس درماندگی و ضعف می‌کنند و به خود آسیب می‌زنند و برخی خود را مانند قربانی تصور می‌کنند و دیگران را سرزنش می‌کنند و عده‌ای دیگر انعطاف پذیرند و به سرعت با شرایط جدید کنار می‌آیند. که در این پژوهش مشخص شد که تاب‌آوری زنان در آستانه طلاق کمتر از زنان متأهل است و این تاثیر حمایت‌هایی است که یک زن متأهل دارد و تجربه‌ها و مهارت‌هایی که باعث تاب‌آوری بیشتر می‌شود.

فرضیه سوم: بین سلامت روان زنان در آستانه طلاق و عادی شهر نهایند تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج فصل ۴ نشان داد، سلامت روان در زنان در آستانه طلاق کمتر از زنان متأهل عادی می‌باشد.

نتایج این تحقیق با تحقیق دومنیک کازان (۲۰۱۸)، کیگلگت گلاسر (۲۰۱۸)، هیویت و همکاران (۲۰۱۱)، هیمیت و همکاران (۲۰۱۲)، شیرگیب و همکاران (۲۰۱۱)، راماپان و همکاران (۲۰۱۶)، ترنس و همکاران (۲۰۰۴)، مک سلدا و همکاران (۲۰۱۲)، آراکاس و همکاران (۱۹۹۷)، سابارا (۲۰۱۵) و در پژوهش‌های ایرانی عباسپور و همکاران (۱۳۹۷)، ولی زاده و همکاران (۱۳۹۴) شفیع زاده ماهانی (۱۳۹۴)، بشیری (۱۳۹۳)، زمانیان و همکاران (۱۳۹۶) واصغری و همکاران (۱۳۹۴) همسو بوده است. که البته پژوهش برنان (۲۰۰۰) و والدرون و همکاران (۱۹۹۷) با این نتیجه همسو نبود.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت: طلاق یکی از پراسترس‌ترین وقایع زندگی می‌باشد، افراد در این شرایط دچار درماندگی و ناامیدی می‌شوند. زنان بخاطر روحیه حساسشان و به خاطر اینکه سرمایه‌گذاری بیشتری برای ازدواج می‌کنند در صورت طلاق احساس شکست و افسردگی بیشتری می‌کنند، و با نوعی احساس فقدان مواجه می‌شوند که سلامت جسمی و روانی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. با توجه به اینکه کاهش ارتباط با دوستان سببی و همسایگان و دوستان متأهل از عواقب طلاق می‌باشد، احساس تنهایی و افسردگی بیشتری را موجب می‌شود و اینکه حمایت مالی خود را از دست می‌دهد و امکان دارد فرزند خود را نیز از دست بدهد و همچنین دید منفی که جامعه به زنان مطلقه دارد باعث می‌شود بیشتر فرصت‌های شغلی را از دست بدهند و اینکه در جامعه طلاق مرد مورد قبول‌تر از طلاق زن است و مرد حمایت‌های اجتماعی بیشتری را در یافت می‌کند



عدم حمایت از سوی دوستان، خانواده و جامعه این شرایط پراسترس را دو چندان می‌نماید در نتیجه زن در آستانه طلاق از سلامت روان پایین‌تری برخوردار می‌باشد.

### **پیشنهاد های پژوهشی**

- ۱- پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جامعه وسیع‌تر و با حجم نمونه بیشتری انجام شود.
- ۲- پیشنهاد می‌شود مقایسه بر روی جامعه آماری زنان و مردان در آستانه طلاق و عادی و به مقایسه سلامت روان و تاب‌آوری و افکار خودکشی آنها پردازد.
- ۳- بررسی تأثیر متغیرهای سن و جنس و مدت زمانی که از تأهل آنان می‌گذرد بر تقاضای طلاق و سلامت روان و تاب‌آوری و افکار خودکشی مناسب خواهد بود.

### **پیشنهاد های کاربردی**

- ۱- با توجه به نتایج پژوهش حاضر از فرضیه اول، بالا بودن افکار خودکشی زنان در آستانه طلاق، آگاهی از آن برای مشاوران و همچنین آگاه‌سازی زنان، آموزش حل مسئله در زنان آستانه طلاق در جلسات مشاوره قبل طلاق و کاهش اضطراب و همدردی کردن و توصیه به جلسات مشاوره بیشتر مفید می‌باشد.
- ۲- با توجه به نتایج پژوهش حاضر از فرضیه دوم، پایین بودن تاب‌آوری زنان در آستانه طلاق، آگاهی از آن برای مشاوران و دادگاه مفید می‌باشد و بررسی آنها در جلسات مشاوره طلاق آگاه‌سازی زنان برای نحوه برخورد با مسئله طلاق، امید دادن، این مسئله را از دید دیگر نگریستن و توصیه به استفاده از این موقعیت به عنوان یک فرصت توسط مراکز مشاوره می‌شود.
- ۳- با توجه به نتایج پژوهش حاضر از فرضیه سوم آگاه بودن مشاوران از این مسئله و بررسی آن در جلسات مشاوره، برای افزایش سلامت روان زنان در آستانه طلاق آموزش بهداشت روانی نحوه مقابله با شرایط استرس‌زایی مثل طلاق، آموزش رفتارهای سازگارانه و کنترل رفتار خود، بالا بردن حس عزت نفس توسط مراکز توصیه می‌شود و توصیه به جلسات مشاوره بیشتر که مطالعه مطالب این پایان‌نامه می‌تواند برای آگاه‌سازی مشاوران و دادگاه مفید باشد.

### **الف) فهرست منابع فارسی**

- آسنجری، فرامرز، گله دارپور، نسیم، حسنی اسطلخی، فرشته، دلاورنوقابی، محمد، شاهوردی، عباس، رجامند، سولماز. (۱۳۹۵). مقایسه رضایت از زندگی، سبک‌های مقابله با استرس و تاب‌آوری در زنان مطلقه پیشنهاد دهنده طلاق و غیر پیشنهاد دهنده طلاق در شهر اراک، پژوهشی سلامت اجتماعی فصلنامه علمی، ۴، (۱)، ۳۴-۴۱.
- اسدی سرشت، سهیلا، مکوندی، بهنام. (۱۳۹۵). مقایسه تاب‌آوری روانی در بین افراد در آستانه طلاق، مطلقه و افراد عادی شهر اهواز، دومین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران، قم، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی.



- اصغری، فرهاد، رمضان نیا، هاجر. (۱۳۹۴). مقایسه سلامت روان، سبکهای مقابله و حمایت اجتماعی در زنان متقاضی طلاق و عادی در شهر رشت، *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۱۰، ۳۷.
- افشار، مریم. (۱۳۹۶). مقایسه سبک زندگی، کیفیت زندگی، تاب آوری وسخت رویی در متقاضیان طلاق و افراد غیر متقاضی طلاق، *پایان نامه غیر دولتی موسسه های آموزش عالی غیر دولتی - غیر انتفاعی، دانشگاه علم و فرهنگ تهران دانشکده مدیریت، کارشناسی ارشد.*
- بشیری، رقیه. (۱۳۹۳). مقایسه سلامت روان زنان و مردان در معرض طلاق و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در شهر تهران، *پایان نامه وزارت علوم و تحقیقات و فناوری، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده علوم اجتماعی.*
- پناغی، لیلا، غلامرضایی، لیلی. (۱۳۹۰). *ارزیابی و مدیریت خودکشی، نشر دانشگاه تهران.*
- جانقربانی، محسن و بخشی، سیفاله. (۱۳۹۵). ارتباط سلامت روان و افکار خودکشی با کیفیت زندگی وابسته به سلامتی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴، ۴، ۴۴۴-۴۵۴.
- جاهد، لیلا، جانی، ستاره، ساده دل، فرخنده، بهراد، توکل. (۱۳۹۱). مقایسه سلامت روان زنان مجرد، متأهل، و بی همسر، *همایش منطقه ای میانه با عنوان علل و عوامل افزایش ازدواج. دانشگاه پارس آباد.*
- حاتمی کاسوایی، وحید، پارسایان، محمدرضا، بابا رئیسی محمد. (۱۳۹۴). *طلاق و رضایت زناشویی، تهران: لوح محفوظ.*
- حمدیه، مصطفی، شهیدی، شهریار. (۱۳۹۳). *اصول و مبانی بهداشت روانی، تهران: سمت.*
- خدابنده، فرید، نوربالا، احمد علی، کاهانی، صبا، باقری، عباس. (۱۳۹۱). بررسی عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در افراد میانسال و سالمند، *روانشناسی سلامت*، ۱(۱)، ۹۲-۸۱.
- خلعتبری، جواد، بهاری، صونا. (۱۳۸۹). ارتباط بین تاب آوری و رضایت از زندگی، دانشگاه آزاد تنکابن، *مجله روانشناسی تربیتی*، ۱(۲)، ۸۳-۹۴.
- خلیلی ورنکشی، امیر. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی های روانسنجی پرسشنامه سلامت روانی کیز (فرم کوتاه- ۱۴ گویه- ای) و رابطه آن با پرسشنامه شادکامی، *پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.*
- دادکمالی، طاهره. (۱۳۹۵). مقایسه دینداری، تاب آوری و سخت رویی بین زنان مطلقه و عادی شهر اصفهان، دومین *کنگره بین المللی توانمند سازی جامعه در حوزه مشاوره، خانواده و تعلیم و تربیت اسلامی، تهران.*
- رضایی، فاطمه، زیدآبادی، رسول. (۱۳۹۳). مقایسه سلامت روان زنان و مردان ورزشکار و در اماکن روباز و سر پوشیده، *پژوهش نامه مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی*، ۱۹(۲۰)، ۷۷-۸۴.
- زمانیان رحمتی، عصمت، صابری، هایده. (۱۳۹۶). مقایسه واکنش روانی و سلامت روانی در زنان مطلقه و متأهل، *ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران: انجمن روانشناسی ایران.*

# 6<sup>th</sup> International conference ON PSYCHOLOGY OF EDUCATION SCIENCES AND LIFESTYLE

Tbilisi - Georgia

September 2020



- زارع، رقیه، قمری گیوی، حسین، ولیزاده، بهزاد. (۱۳۹۵). مجله پزشکی قانونی، دوره ۲۲، شماره ۲، ۸۴-۸۷.
  - سامانی، س، جوکار، ب، صحراگرد، ن. (۱۳۸۵). تاب آوری و سلامت روان و رضایت از زندگی، مجله روانپزشکی، و روانشناسی بالینی، ۳(۳)، ۲۹۰-۲۹۵.
  - ستوده، هدایت الله. (۱۳۹۲). آسیب شناسی اجتماعی، تهران: آوای نور.
  - شاملو، سعید. (۱۳۹۲). بهداشت روانی، تهران: رشد.
  - شفیعی زاده ماهانی، محبوبه. (۱۳۹۴). مقایسه صمیمیت جنسی، سلامت روان و رضایت زناشویی زوجین در آستانه طلاق و عادی شهر کرمان، سومین کنفرانس سراسری دانش و فناوری علوم تربیتی مطالعات اجتماعی و روانشناسی ایران.
  - شریفی، خدیجه، کاظمی نژاد، انوشیروان، فروغان، مهشید، انوشه، منیژه. (۱۳۹۴). تجارب زنان از عوامل ارتقاء دهنده سلامت روان در دوره میانسالی، آنالیز محتوای کیفی، مجله پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۲(۱۱)، ۱۰۲۸-۳۷.
  - شعاع کاظمی، مهر انگیز. (۱۳۹۲). آسیب های روانی خانواده برگرفته از دیدگاه های روانشناسی، مشاوره و اسلام، تهران: آوای نور.
  - شعاع کاظمی، مهر انگیز، مومنی جاوید، مهر آور. (۱۳۹۳). آسیب های اجتماعی (نویدید) با تاکید بر تئوری های زیر بنایی و راهکارهای مقابله ای، تهران: آوای نور.
  - شیرین زاده دستگیری، صمد، گودرزی، محمد علی، غنی زاده، امید، تقوی، سید محمد رضا. (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۱)، ۵۵-۴۶.
  - صادقی، رویا، زارعی پور، مراد علی، اکبری، حسین، خان بیگی، محمد. (۱۳۹۱). وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی، مجله مراقبت های بهداشتی، ۱۳(۴)، ۹-۱.
  - طرقة، میترا، علی اکبری دهکردی، مهناز، علیپور، احمد. (۱۳۹۴). ارتباط شوخ طبعی با میزان فرسودگی شغلی و تاب آوری پرستاران، فصل نامه دانشکده پرستاری و مامایی، گیلان.
  - عباسپور، زهرا، عالم گیر، علیرضا، هاتف، فاطمه. (۱۳۹۷). مقایسه سلامت روان و گرایش به خودکشی در میان زنان متقاضی طلاق مراجعه کننده به مرکز تخصصی اورژانس اجتماعی بهزیستی شیراز، شهرستان فیروزآباد، فارس، همایش ملی آسیب های اجتماعی و روان شناختی.
- <https://www.civilica.com/paper-SPDCONF۰۱-SPDCONF۰۱-۰۶۲ . htm>
- کاپلان، هرولد، سادوک، بنجامین جیمز. (۲۰۱۵). مترجم، رضاعی، فرزین. (۱۳۹۴). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی. (جلد ۱، ۵- DSM). تهران: کتاب ارجمند.





- کاپلان، هرولد، سادوک، بنجامین جیمز. (۲۰۱۵). مترجم، رضاعی، فرزین. (۱۳۹۴). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. (جلد ۲، ۵-DSM). تهران: کتاب ارجمند.
- کشاورز، سمیه، یوسفی، فریده. (۱۳۹۱). رابطه بین هوش عاطفی، هوش معنوی و تاب آوری، *مجله روانشناسی*، ۳، ۱۶ (پیاپی ۶۳)، ۲۹-۳۱۸.
- گنجی، حمزه. (۱۳۹۶). *بهداشت روانی*، تهران: ارسباران.
- گنجی، مهدی، حمزه، گنجی. (ویراستار). (۱۳۹۵). *آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5*، تهران: ساوالان.
- لطیفی، فاطمه، حسنی، فریبا، کشاورزی ارشدی، فرناز. (۱۳۹۶). رابطه سبک های مقابله ای با افکار خودکشی زنان متقاضی طلاق، *کنفرانس ملی پژوهش های نوین ایران و جهان در روانشناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی*، شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرقان - دانشگاه علمی کاربردی شوشتر.
- مرتضوی، نرگس، یاراللهی، نعمت. (۱۳۹۴). *فرا تحلیل رابطه های تاب آوری و سلامت روان*، *مجله اصول بهداشت روانی*، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان، ۱۷(۳)، ۱۰۳-۸.
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۹۵). *بهداشت روانی*، تهران: قومس.
- ولی زاده، سارا، صالحی، ایرج و شاکری نیا، ایرج. (۱۳۹۴). مقایسه نگرانی، تاب آوری و سلامت روان در زنان مطلقه و زنان متأهل، *سومین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی*.
- <https://www.civilica.com/paper-RAFCONO۳-RAFCONo۳-۱۸۶.htm> I
- هاشمی، فاطمه، صفرزاده، سحر. (۱۳۹۳). مقایسه تفکر خودکشی بین زنان مطلقه، در شرف طلاق و زنان عادی شهرستان ماهشهر، *اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران*، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی، انجمن ملی توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.
- <https://www.civilica.com/paper-PSCONFo۱-PSCONF۰۱-۴۰۵.html>

#### ب) فهرست منابع انگلیسی

- Anderson RN. Deaths: Leading causes for (۲۰۰۰), *Nation vital Statistics Reports*. - ۵(۱۶):۸۱-۵.
- Arcus Richards. M, Hardy. R, Vads Worth. M, (۱۹۹۷), The Effects of Divorce and Separation on Mental Health in a National Birth Cohort, *Psychological Medicine*, ۲۷ (۵), ۱۱۲۱-۱۱۲۸.
- Batterham P. J, Fair weather-schmidt A. K, Butter worth P, calear AL, Mackin non A J, Christensen. H (۲۰۱۴), Temporal effects of Separation on Suicidal Thoughts and Behaviours, *Social science & Medicine*, volume ۱۱۱, ۵۸-۶۳



- Beck: A.T., Steer, R. A. (1991), Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation San Antonio, TX: *Psychological Corporation*.
- Brennan, borellak (2000), Hardines Stress and Perceived Health of Divorced Women, *California State University, long beach*.
- Conner j. R. & Davidson .T, (2003), Development of a new Resilience scale : the (cd-Risc ) *Depression and anxiety*. 11, 76-82.
- Fortinash KM and Holoday Worret PA. (2008), *Psychiatric Mental Health Nursing* 400. 000000:000000 0000000000. 5.2
- Gerald F. Jacobson M. D, Stephan H. Portuges P (1998), Relation of marital Separation and Divorce to Suicide, *A Report suicide and life - threatening Behavior volumB*, Issue , 4.
- Gorgens-Ekerman, G. & Herbert, M. (2013), Psychological capital: In Ternal and External Validity of the Psychological Capital Questionnaire (PCQ) , (24) onasouth African Sample, sa *Journal of Industrial Psychology/ SATydskrif Vir Bedr/ Fsiel kun de*, 39(2), 1-12.
- Hewitt. B, Turrell. G, (2011) , Short-term Functional health and dose initiator Status make a Difference ? *AMJ. Epidemiol*, 1; 173(11) : 1308-1318.  
*Http://www. apa.Org /helpcenter /road - resilience.aspx.*
- Huemitt. B, Turrel. G, Giskes. K, (2012), Marital loss, Mental, Health, and The Role of Perceived Social Support Findings, From six waves of an Australian Population Based panel study. *Epidemiol Community Health* , 66(4) : 308
- Kazan, Dominicque, (2018), The impact of Relation Ship Separation Mental Health, Thesis (Phd), Center for mental Health Reaserch, Reaserch School of Poptation Health, *The Australation National universit*
- Kiecoit - Glaser JK. (2018), Marriage, Divorce and the Immune System. *American Psychologist*, 73(9), 1098-1108.
- Kleiman, E. M, & Nock, M. K. (2018), Real-time Assessment of Suicidal Thoughts and Behaviors. *Current Opinion in Psychology*, 22, 33-37.
- Kposowa A J ,(2000), Marital Status and The Risk of Suiside , *University of California, Usa, J Epidemoiol Community Healt* , 04(4): 204-211
- Law, K. C., Khazem, L. R., & Anestis, M. D. (2010), The Role of Emotin Dysregulation in Suicide as Considered Through the Ideation to Action Framework. *Current Opinion in Psychology*, 3: 30-30
- Lee, J. E., Sudom, K. A., & Zamorski, M. A. (2013). Longitudinal Analysis of Psychological Resilience and Mental Health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(3), 327.



- Mak slda ,Akter & RoQuia, Beglim (۲۰۱۲), Mental health problems of women –  
Under Going Divorce Process, *Dhaka University Journal of Biological Sciences*, ۲۱ (۲),  
۱۹۱-۱۹۶.
- Masocco M, Pompili M, Vichi M, vavacore N (۲۰۰۸), Suicide and Marital Status in –  
Italy, National center For Epidemiology, *Surveillance and Health Promotion (CNESPS)*,  
۸۵-(۲۷۵۴) ۷۹ .
- Pallant, J (۲۰۰۷), Spss Survival Manual : A Step by Step Guide to Data Analysis –  
Using IBM Spss , *Buckingham, Philadelphia : open University Press.*
- Ramachan drappa. S, Vinodh Kumar, Gc. Ravi Kumar. P (۲۰۱۶), Health, Issues –  
Among Seperated Women *Asociological Study , SJcc Management Research Review*,  
۶(۱), ۱-۱۲.
- Roy, A, Sar chiapone, M., Carli, V. (۲۰۰۷), Low Resilience in Suicide Attempters –  
: Relationship to Depressive Symptoms. *Journal of Depression and Anxiety*, ۲۴: ۲۷۳-۲۷۴
- Sbarra.DA (۲۰۱۰), Divorce and Health: Current Trends and Future Directions, –  
*Psychosom med* , ۷۷(۳) : ۲۲۷-۲۶.
- Sheree J Gibb, David M Fergasson, L John Horwood (۲۰۱۱). Relation ship –  
Separation and mental health Problems : Findings From a ۳۰ year Long tudinal Study,  
*Australian, new zealand Journal of psychiatry*, ۴۰(۲), ۱۶۳-۱۶۹.
- Stephen H. Portuges Ph. D, Gerald F. Jacobson M. D.(۱۹۷۸). Relation of Marital –  
Separation and Aivorce to Suicidel: *A report Suicide and Life –Threat Ening Behavior*  
volume ۸, Issue ۴.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S.(۲۰۰۷), Using Multivariate Statistics (۰thed) , *New –*  
*York : Allyn and Bacon.*
- Terrance. J, Wade David J. Pevalin, t. J (۲۰۰۴), Marital Reransitions and Mental –  
Healt, *Journal of Healt and Social Behavior.*
- Waldron Ingrid, Christ Opher, Hughes Mary Elizabeth (۱۹۹۷) , Marital Status –  
Effects on Healt : Are there Differences Between Never Married Women and Divorced  
and Separated Woman ? *Social Science & Medicine*, volume ۴۰, issue (۹), pages ۱۳۸۷-  
۱۳۹۷.
- Werner, E.E.(۱۹۹۷). Vulnerabele But in Vincible: High Risk Children From Birth to –  
Adulthood. *Acta Paediatrica Supplement*, ۴۲۲, ۱۰۳-۱۰۰.
- Wyder, Marianne. Ward, Patrick & Deleo, Dieg (۲۰۰۹), Isolation as a Suicidal Risk –  
Factor, *Jurnal of Affective Disorders*, Science Direct, volum, ۳-۱۱۶, ۲۰۸-۲۱۳.
- Wyder. M, ward. P, Peleo. D. (۲۰۰۹), Saperation as a Suisidel Risk Factor , –  
*Australian in Statute for Suicde* , ۱۱۶(۳): ۲۰۸-۱۳.
- Yamauchi.T, Fujita. T, Tachimori. H, Takeshima. T, Inajaki. M, Sudo. A. (۲۰۱۳), –  
Age-Adjasted Relative Suicide Risk by Marital and Employment Status Over the Past ۲۰  
years in Japan, *Jornal of Public Health*, volume ۳۰, issue ۱, ppage ۴۴-۵۶.



## Comparison of Suicidal Thoughts, Resilience and Mental Health of Women on the Verge of Divorce and Normal Women in the City of Nahavand

Somayeh khazaey<sup>۱</sup>

Iraj safaeirad<sup>۲</sup>

**Abstract**

This research was conducted to make comparison among Suicidal Ideations, Resilience and Mental Health of Nahavand ordinary women and those on the verge of divorce. The statistical population of this research includes all the divorceapplicant women who have been referred to Nahavand counselling centers by Family Court from early Bahman, ۱۳۹۷ to late Ordibehesht, ۱۳۹۸. Also, by applying holistic sampling a group of fifty women on the verge of divorce were given questionnaires to be compared with a group of married ordinary women who were selected conveniently and were homogenized in their level of education and age. The questionnaires results of the former group were analyzed along with the latter. Beck (BSSI), Connor and Davidson (CD-RSE) and Key (GHQ) have been applied to evaluate the testable cases. The hypothetical research of the data was carried out through MANOVA in SPSS<sup>۲۱</sup>. According to the findings of this research, there is a meaningful difference among Suicidal Ideations, Resilience and Mental Health of ordinary women and those on the verge of divorce. We came to realization that ordinary women are afflicted with less suicidal ideations and enjoy in more resilience and mental health.

<sup>۱</sup>. somayeh khazaey,somayehkhazaiy۱۲۳۴@gmail.com

<sup>۲</sup>.iraj safaeirad,department of psychology,Hamedan Branch,islamicazad university

\*correspondina Author,i.safaeirad@iauh.ac.ir

A



Key words: Suicidal Ideations (thoughts), Resilience, Mental health, on the verge of divorce