مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره چهاردهم/ بهار ۱۳۸۸/ ۱۰۰-۹۲

بررسی رابطه بین نگرانی مرضی، شیوه‌های حل مسأله و افکار خودکشی در نمونه غیر بالینی

زهره عدالتی شاطری[۱]، نجمه اشکانی[۲]، دکتر مرتضی مدرس غروی[۳]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران (مؤلف مسؤول)، تلفن تماس: ۰۵۱۱-۳۶۸۱۶۰۴ zohreedalaty@yahoo.com

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۳- استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی یک از علل مرگ در بزرگسالان در جهان است. تحقیقات انجام شده بر روی خودکشی بر ارتباط بین اختلالات خلقی، اختلالات سایکوتیک و برخی اختلالات شخصیت تاکید می‌کنند. ولی ارتباط بین خودکشی و سایر انواع آسیب شناسی روانی از جمله اختلالات اضطرابی توجه کمتری دریافت کرده، و تحقیقات کمی وجود دارد که ارتباط علایم اضطرابی بدون افسردگی را با خودکشی بررسی کنند. هدف این مطالعه شناخت ارتباط بین نگرانی، افکار خودکشی و سبک‌های حل مسأله در نمونه غیر بالینی است.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع همبستگی است. ۶۶ دانشجوی دختر داوطلب با شرط عدم ابتلا به افسردگی انتخاب و سؤالات پیکل برای خودکشی، مقیاس حل مسأله کسیدی و لانگ و مقیاس ارزیابی نگرانی آسیب شناختی را تکمیل نمودند. داده‌ها با کمک آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: افراد دارای افکار خودکشی، دارای برنامه خودکشی و سالم تفاوت معناداری از لحاظ میزان تجربهٔ نگرانی و سبک‌های حل مسأله داشتند ($p<۰/۰۱$). همبستگی معناداری بین نمرات نگرانی آسیب شناختی و سه خرده مقیاس حل مسأله وجود داشت و نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد نمرات نگرانی بر روی برخی از سبک‌های حل مسأله تأثیر گذاشته است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش علاوه بر تایید فرضیهٔ وجود ارتباط بین میزان نگرانی، شیوه‌های حل مسأله و افکار خودکشی، تأثیرگذاری نگرانی بر گرایش به برخی شیوه‌های حل مسأله را نیز تایید می‌کند.

کلید واژه‌ها: خودکشی، نگرانی، حل مساله.

وصول مقاله: ۸۷/۱۰/۲ اصلاح نهایی: ۸۸/۲/۷ پذیرش مقاله: ۸۸/۲/۸

مقدمه

خودکشی یکی از مهمترین عوامل مرگ در جهان است و اقدام به خودکشی در بزرگسالان تبدیل به مسأله سلامت عمومی گردیده. بغرنج بودن این مسأله زمانی برجسته‌تر می‌شود که آمارها حاکی از نرخ فزاینده افکار و تلاشهای ناموفق خودکشی است، و برخی محققین شیوع اقدام به خودکشی در نوجوانان را ۵۰ تا ۱۰۰ بار بیشتر از خودکشی‌های منجر به فوت آنان می‌دانند (۱).

طی چند دهه گذشته تحقیقات بسیاری با محوریت خودکشی انجام شده‌اند که نتایج آنها نشان می‌دهند خودکشی با عوامل خطر چندگانهٔ زیست شناختی، روانشناختی، اجتماعی و خانوادگی مرتبط است (۴-۲). در این میان ابتلا به اختلال روانی عامل پیش‌بینی بسیار قوی برای خودکشی به شمار می‌رود، تا جایی که نتایج

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-11-09]

گلد[1] و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد حداقل ۹۰ درصد افراد خودکشی کننده در زمان مرگ یک یا چند اختلال روانپزشکی داشته‌اند (۲). یافته‌ها نشان می‌دهند مهمترین عوامل روانشناختی زمینه ساز خودکشی شامل اختلالات خلقی، سوء مصرف مواد، ناامیدی، عزت نفس پایین، منبع کنترل بیرونی، وقایع استرس‌زای اخیر، بدکارکردی‌های خانواده و حمایت اجتماعی نامناسب می‌باشند (۱,۳,۵).

در مطالعات انجام شده شواهد بسیاری حاکی از وجود ارتباط قوی بین اختلالات خلقی، سایکوتیک و شخصیت با خودکشی بدست آمده است در حالی که ارتباط بین خودکشی و سایر آسیب‌های روانی از جمله اختلالات اضطرابی توجه کمتری به خود، جلب نموده است. برخی از اشکال اضطراب مانند اضطراب جسمی مزمن، بی‌قراری و هراس به شرطی که با اختلالات خلقی همراه شوند، به عنوان پیش‌بین‌های خودکشی در برخی مدلهای توجیه‌کنندهٔ خودکشی جای داده شده‌اند (۶)، اما مطالعات کمی دربارهٔ نقش علایم اختلالات اضطرابی بدون همراهی با افسردگی در خودکشی انجام شده است. یکی از اختلالات اضطرابی که شواهدی در راستای ارتباط آن با خودکشی وجود دارد اختلال اضطراب منتشر[2] می‌باشد. نتایج مطالعه زیمرمن[3] (۲۰۰۳) حاکی از آن است که بیماران افسرده با ابتلا به اضطراب منتشر افکار خودکشی بالاتری در مقایسه با بیماران صرفاً افسرده داشته‌اند (۶). استراس[4] و همکارن (۲۰۰۰) نیز بیان نمودند شیوع اضطراب منتشر در کودکان دارای افکار خودکشی بیشتر از کودکان عادی است (۶). نتایج مطالعه نورتون و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد ارتباط معناداری بین اختلالات اضطرابی و تمایلات خودکشی وجود دارد (۶). لیکن در هیچ کدام از این مطالعات سهم فاکتورهای مختلف اختلال اضطراب منتشر در رفتارهای خودکشی‌گرا مشخص نشده است. یکی از برجسته‌ترین علایم در اختلال اضطراب منتشر نگرانی است. نگرانی که به صورت زنجیره‌ای از افکار با درون مایهٔ عاطفی منفی نمایان می‌شود یک فعالیت غالباً کلامی است که با هدف مسأله گشایی روی می‌دهد (۷).

برخی شواهدی نشان می‌دهد نگرانی مرضی با اعتماد در حل مسأله و کنترل ادراک شده ضعیف بر فرایند حل مسأله همبستگی بالایی دارد (۸). نقص در فرایند حل مسأله و استفاده از شیوه‌های ناکار آمد یکی از مسایل شناختی مهم در افراد خودکشی کننده است که مطالعات بسیاری تأثیر آن را در افزایش احتمال خودکشی افراد مبتلا به اختلالات خلقی تایید کرده‌اند (۹,۱۰). بیماران افسرده قادر به مسأله گشایی مؤثر نمی‌باشند و این باعث ناامیدی و در نهایت خودکشی در آنان می‌گردد (۱۰). اما آیا نقص در فرایند حل مسأله در غیاب افسردگی نیز با نگرانی آسیب شناختی و افکار خودکشی مرتبط است؟ بر این اساس هدف مطالعهٔ حاضر بررسی ارتباط نگرانی مرضی، افکار خودکشی و شیوه‌های حل مسأله در غیاب افسردگی، در نمونه‌ای از دانشجویان می‌باشد.

روش بررسی

ابزارها: آزمون افسردگی بک[5]: این پرسشنامه را "بک" و همکاران در سال ۱۹۶۱ به منظور تشخیص یک عامل کلی افسردگی معرفی نمودند. مطالعه همسانی درونی

1. Gould
2. Generalized anxiety disorder
3. Zimmerman
4. Strauss
5. Back depression inventory

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-11-09]

نشان داده ضرایب بدست آمده از ۷۳٪ و ۹۲٪ بوده است. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (۱۱). این آزمون برای جمعیت ایرانی ترجمه و هنجاریابی شده است. به عنوان مثال فتی (۱۳۸۲) ضریب آلفا ۰/۹۱ و همبستگی بین دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب ۰/۹۴ را گزارش نمود (۱۲). همچنین فتی (۱۳۷۰) ضریب همبستگی بین آزمون افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون را در آزمودنی‌های ایرانی ۶۶٪ و همبستگی کلی پرسش‌ها را ۳۱ تا ۶۸٪ گزارش نموده است (۱۳). از این آزمون برای انتخاب نمونه استفاده شد.

سؤالات پیکل برای خودکشی[1]: سؤالات پیکل (۱۹۷۴) پنج پرسش مستقیم است که برای مطالعهٔ افکار خودکشی در جمعیت عمومی طرح شده است. این سؤالات بدین شرح‌اند "آیا تا کنون احساس کرده‌اید که زندگی ارزش زیستن ندارد؟ آیا تا کنون آرزو کرده‌اید کاش مرده بودید؟ آیا تاکنون فکر کرده‌اید زندگی خود را تمام کنید هر چند واقعاً این کار را نکرده باشید؟ آیا به جایی رسیده‌اید که واقعاً به تمام کردن زندگی‌تان بیندیشید و حتی به روشی که می‌توانید خودتان را بکشید، فکر کرده باشید؟ آیا اقدام به خودکشی هم کرده‌اید؟ از آنجا که این سؤالات ابزار روانسنجی نیستند، روایی و پایایی آنها نیز مورد محاسبه قرار نگرفته است. این پرسش‌ها تاکنون توسط محققین داخل کشور مورد استفاده قرار نگرفته‌اند، لیکن در چند مطالعهٔ مشابه در خارج از کشور به کار رفته‌اند. به عنوان مثال تیسن و همکاران (۲۰۰۱) بر روی پزشکان جوان نروژی (۱۴)، و رینبرگ[2] و همکاران (۱۹۸۶) بر روی جمعیت عمومی (۱۵) این سؤالات را به کار برده‌اند. به علاوه از این سؤالات در مطالعهٔ گروه سلامت حرفه‌ای انجمن پزشکی سویس، بر روی شرایط کاری روانپزشکان سویسی (۱۹۸۸) نیز استفاده شده است (۱۶). سه سؤال اول اشاره به وجود افکار خودکشی دارد، و پاسخ بلی به آنها، به منزله داشتن افکار خودکشی است. سؤال چهارم برنامه برای خودکشی و سؤال آخر قصد خودکشی را مورد پرسش قرار می‌دهد. سؤالات پیکل به صورت عمومی و نیز در خصوص ۶ ماه یا ۱سال گذشته قابل استفاده است (۱۴). در این تحقیق سؤالات برای پرسش در خصوص یک سال گذشته مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس شیوه‌های حل مسأله کسیدی و لانگ[3]: این مقیاس که توسط کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) طی دو مطالعه ساخته شده شامل ۲۴ سؤال است که آزمودنی به هر کدام پاسخ بلی یا خیر می‌دهد (۹). این سؤالات شش عامل را می‌سنجد که عبارتند از: جهت یابی (احساس بی یاوری و ناتوانی در موقعیت‌های مساله‌زا)، شیوهٔ کنترل در حل مسأله (بعد کنترل بیرونی-درونی)، شیوهٔ خلاقیت (برنامه‌ریزی برای راه حل‌های متنوع)، شیوهٔ اعتماد در حل مسأله (اعتقاد به توانایی فردی برای حل مشکل)، شیوهٔ اجتناب (رد شدن از مشکلات به جای مقابله با آنها) و شیوهٔ تقرب (تمایل به مقابله و حل مشکلات). دامنه نمرات هر آزمودنی در این خرده مقیاس‌ها می‌تواند بین ۰ تا ۴ قرار گیرد که نمره بالاتر نشانگر تمایل بیشتر آزمودنی به کاربرد این شیوه است. علاوه بر روایی و پایایی گزارش شده در دو مطالعهٔ کسیدی (۱۹۹۶)، ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این ابزار بین ۰/۳۷ تا ۰/۷۲ و میانگین همبستگی آنها بین ۰/۲۰ تا ۰/۳۹ برای نمونه ایرانی گزارش شده است (۹).

1. Paykel's instrument for measuring suicitivedal ideation and attempts
2. Renberg
3. Cassidy & long problem solving style

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-11-09]

مقیاس نگرانی آسیب شناختی[1]: یک مقیاس خودسنجی برای ارزیابی صفت نگرانی مرضی عمده است. این پرسشنامه ۱۶ عاملی از تحلیل مواد ۱۶۱ آیتم به وجود آمده و دارای ثبات درونی بالا و پایایی خوبی است. دامنه نمرات از ۱۶ تا ۶۴ است که نمره بیشتر نشانهٔ نگرانی بیشتر است. پایایی این مقیاس در نمونه ایرانی در مطالعهٔ محمدی و همکاران (۱۳۷۷) توسط آلفای کرنباخ ۰/۹۲ و همبستگی درونی آیتم‌ها ۰/۴۲ گزارش شده است (۹). به علاوه شیرین‌زاده دستگیری (۲۰۰۸) پایایی آزمون را به روش همسانی درونی ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی ۰/۷۷ گزارش نمود و روایی همزمان آن را با آزمون اضطراب بک r=۰/۴۹ گزارش نموده است (۱۷).

روش بررسی

مطالعه حاضر، پژوهشی توصیفی- همبستگی می‌باشد. حجم نمونه مورد مطالعه ۶۶ نفر است. این تعداد از میان ۱۵۷ دانشجوی دختر داوطلب برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. نمونه‌گیری به شیوهٔ هدفمند اجرا شد. پس از بررسی افراد داوطلب، با توجه به نمرات آنها در مقیاس افسردگی و پاسخ به سؤالات خودکشی ۶۶ نفر انتخاب و در سه گروه سالم، افراد دارای افکار خودکشی، و افراد دارای افکار و برنامه خودکشی قرار گرفتند. روش کار به این صورت بود که از تعداد ۱۵۷ دانشجوی دختر داوطلب، آزمون افسردگی بک به عمل آمد، گروهی که نمره بالاتر از ۱۰ داشتند (افسردگی متوسط یا وخیم) از نمونه حذف شدند (n=۳۶)، و از گروه باقی مانده خواسته شد به ۵ سؤال مربوط به خودکشی پاسخ دهند. افرادی که تنها به یک سؤال از سه سؤال اول سیاهه پیکل پاسخ بلی داده بودند برای افزایش دقت در نتایج حذف شدند و نیز هیچ کدام این ۱۲۱ نفر به سؤال مربوط به قصد خودکشی پاسخ بلی نداده بودند. در نهایت ۶۶ نفر انتخاب شدند. بر اساس دستورالعمل سؤالات پیکل، ۲۵ نفر که به تمام سؤالات پاسخ خیر داده بودند در گروه سالم، ۲۹ که حداقل به ۲ سوال از سه سؤال اول پاسخ بلی داده بودند در گروه دارای افکار خودکشی و ۱۲ نفر که به جز حداقل ۲ سوال از ۳ سؤال اول به سوال چهارم نیز پاسخ بلی داده بودند در گروه دارای افکار و برنامه برای خودکشی قرار گرفتند و از آنها آزمونهای حل مسأله و نگرانی به عمل آمد.

به منظور تصمیم‌گیری جهت استفاده از آزمونهای آماری، ابتدا همسانی واریانسها با استفاده از آزمون لون، و نرمال بودن توزیع نمرات توسط آزمون کالموگروف- اسمیرنف، برای تمامی متغیرهای کمی بررسی شد. به دلیل همسان نبودن واریانس متغیر جهت یابی در سطوح مختلف متغیر مستقل، و نرمال نبودن توزیع متغیرهای جهت یابی، خلاقیت و تقرب در بعضی از سطوح، برای تحلیل داده‌های این سه متغیر از آزمون ناپارامتری کروسکال- والیس استفاده گردید. سایر متغیرها توسط تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی تحلیل شدند. تأثیرگذاری نگرانی بر روشهای حل مسأله، توسط تحلیل کوواریانس و رابطه میان متغیرها توسط ضریب هبستگی پیرسون بررسی شد.

یافته‌ها

داده‌های توصیفی سه گروه در مقیاس‌های نگرانی آسیب شناختی و شیوه‌های حل مسأله در جدول ۱ ارائه شده است:

1. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-11-09]

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-11-09]

جدول ۱: داده‌های توصیفی

	گروه سالم		گروه دارای افکار و برنامه خودکشی		گروه دارای افکار خودکشی	
	N:۲۵		N:۱۲		N:۲۹	
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
نگرانی مرضی	٤/٧٧	٣٩/٢٤	٥/٣٧	٥٧/٤٢	٦/٩٥	٤٤/٤٨
اجتناب	١/١٩	١/٤٤	٠/٩٨	٢/٢٣	٠/٩٩٨	٢/٠٧
کنترل	١/٢١	١/٨٤	٠/٦٧	١/٥	٠/٨٧	١/٥٥
اعتماد	١/١٢	٢/٦	٠/٩٨	١/١٧	١/٠٥٧	٢/٢٤
خلاقیت	١/٠٤	٣/٢	١/١٦	٢/٠٨	١/١٧	٢/٨٣
تقرب	٠/٧١	٣/٤٤	٠/٩	٢/٩٢	٠/٥٧	٣/٥٥
بی یاوری	٠/٦٥	٠/٥٦	١/١٩	١/٨٣	١/٠٠٢	١/١٧

تحلیل واریانس یک طرفه بر روی نمرات نگرانی تفاوت معنادار بین سه گروه را نشان داد (p<۰/۰۱) این تفاوت بر اساس نتایج آزمون توکی حاصل تفاوت معنادار بین هر سه گروه است.

برای پاسخ به سؤال دوم وجود تفاوت معنادار در نمرات هر ۶ خرده آزمون حل مسأله بین سه گروه بررسی شد. نتایج آزمونها نشان داد، سه گروه در خرده آزمون کنترل تفاوت معناداری ندارند (p>۰/۰۵)، در خرده آزمون اعتماد (p=۰/۰۰۱) تفاوت معنادار بود، که نتایج آزمون توکی نشان داد این تفاوت بین گروه سالم و گروه دارای افکار خودکشی با گروه دارای افکار و برنامه برای خودکشی است (به ترتیب p<۰/۰۰۱ و p<۰/۰۵) و در خرده آزمون اجتناب (p>۰/۰۵) نیز تفاوت معنادار بود که آزمون تعقیبی نشان داد این تفاوت به دلیل تفاوت نزدیک به معنی‌دار گروه دارای افکار خودکشی و دارای افکار و برنامه خودکشی با گروه سالم (به ترتیب p=۰/۰۸۹ , p=۰/۰۵۴) می‌باشد. نتایج آزمون کروسکال- والیس نیز نشان داد تفاوت سه گروه در خرده مقیاس‌های بی‌یاوری و خلاقیت (سطح معناداری به ترتیب ۰/۰۰۳ و ۰/۰۲۴) معنادار لیکن در خرده مقیاس تقرب غیر معنادار است.

برای بررسی هماهنگی تغییرات نمرات نگرانی و شیوه‌های مختلف حل مسأله از آزمون همبستگی پیرسون استفاده نمودیم. نتایج آزمون بیانگر رابطهٔ معنادار بین نگرانی و فقط سه خرده مقیاس بی‌یاوری (r=۰/۴۵۶ , p<۰/۰۰۱)، خلاقیت (r=۰/۰۲۹ , p<۰/۰۰۱) و اعتماد (r=-۰/۳۴۲ , p<۰/۰۱) بود.

نتایج تحلیل کوواریانس به منظور بررسی تأثیرگذاری نمرات نگرانی بر روشهای حل مسأله سه گروه نشان داد؛ حذف تأثیر نمرات نگرانی بر نمرات خرده مقیاس‌های اجتناب، تقرب و کنترل تأثیری نمی‌گذارد. لیکن تفاوت بین سه گروه در نمرات اعتماد، بی‌یاوری و خلاقیت از بین می‌رود.

نتایج تحلیل کوواریانس نگرانی و شیوه‌های حل مسئله در جدول ۲ ارائه شده است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-11-09]

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس نگرانی و شیوه‌های حل مسأله

شیوه حل مسأله	تقرب	خلاقیت	بی یاوری	اجتناب	اعتماد	کنترل
متغیر کنترل	نگرانی	نگرانی	نگرانی	نگرانی	نگرانی	نگرانی
F	۲/۲۵۵	۱/۱۶۲	۱/٤٥۲	٥/٥٧٥	۲/۹۰٦	۱/۳۱۸
سطح معنی داری	۰/۱۱۳	۰/۳۲	۰/۲٤۲	۰/۰۰٦	۰/۰٦۲	۰/۲۷٥

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد، نگرانی در افراد دارای افکار خودکشی به طور معناداری بیشتر از افراد سالم است (p<۰/۰۱). این تفاوت معنادار همچنین بین گروهی که در یک سال گذشته صرفاً افکار خودکشی داشته‌اند و گروهی که به راههای ممکن خودکشی نیز فکر کرده‌اند مشاهده شد (p<۰/۰۰۱). بنابراین افراد دارای اشتغال ذهنی بیشتر با افکار خودکشی، سطوح بالاتری از نگرانی را تجربه می‌کنند (p<۰/۰۰۱). این یافته با نتایج مطالعهٔ سیمون[1] و همکاران (۲۰۰۷) بر روی بیماران دو قطبی همسو است که نشان داد در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نگرانی مستقل از دیگر عوامل تأثیرگذار احتمالی به طور معنی‌داری با افکار خودکشی بالاتر در این بیماران مرتبط است (۱۸).

سه گروه در نمرات چهار روش اجتناب، بی‌یاوری، اعتماد و خلاقیت تفاوت معنادار (اعتماد p<۰/۰۰۱، اجتناب p<۰/۰۳۳، بی‌یاوری p<۰/۰۱ و خلاقیت p=۰/۰۲۴) داشتند. این یافته، در کنار ضرایب همبستگی نگرانی و خرده مقیاس‌های حل مسأله (نگرانی و بی‌یاوری r=۰/۴۵۶، نگرانی و خلاقیت r= -۰/۲۹۰، نگرانی و اعتماد r= -۰/۳۴۲) نشان می‌دهد؛ دو گروه دارای افکار و برنامه خودکشی، در مقایسه با گروه سالم، بیشتر به شیوه‌های اجتناب و بی‌یاوری و کمتر به شیوه‌های اعتماد و خلاقیت گرایش داشتند و میزان گرایش به شیوه‌های بی‌یاوری، خلاقیت و اعتماد با نمرات نگرانی رابطه دارد. در خرده مقیاس اعتماد، تفاوت بین گروه سالم و گروهی که صرفاً افکار خودکشی را تجربه نموده‌اند، معنادار نیست. لیکن گرایش و توانایی افرادی که علاوه بر افکار با روشها و برنامه برای خودکشی اشتغال ذهنی داشته‌اند، در استفاده از این شیوهٔ کارآمد حل مسأله به طور معناداری از گروه سالم و گروه دارای افکار خودکشی کمتر است (به ترتیب p<۰/۰۰۱ و p<۰/۰۱). نتایج آزمونها در خرده مقیاس اجتناب نیز نشان داد، افرادی که به هر نحو با افکار خودکشی اشتغال ذهنی پیدا کرده‌اند، به طور معناداری بیشتر به شیوهٔ اجتناب گرایش دارند (معناداری تفاوت گروه سالم با گروه دارای افکار خودکشی و گروه دارای افکار و برنامه خودکشی به ترتیب p=۰/۰۸۹ و p=۰/۰۵۴).

وجود نقص در فرایند حل مسأله افراد خودکشی کننده، فرضیه‌ایست که شواهد علمی محکمی در تایید آن وجود دارد و مطالعات بسیاری نشان داده‌اند اکثر اقدام‌کنندگان به خودکشی دارای کمبودهایی در مهارتهای مسأله گشایی به خصوص پیرامون برخورد با مشکلات موجود در روابط میان فردی هستند (۲۰-۸,۱۰,۱۹) اما این مسأله هنوز پاسخ روشنی دریافت نکرده است که کمبودهای مساله گشایی پدیدهٔ موقعیتی و وابسته به شرایط خلقی در افسردگی است یا یک خصلت پایدار است و حتی شواهدی وجود دارد حاکی

1. Simon

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-11-09]

از این امر که تفاوتهای موجود بین افراد سالم و افراد خودکشی‌گرا بیشتر با وضعیت خلقی اقدام‌کنندگان ارتباط دارد (۸). در پاسخ به این ابهام نتایج مطالعه ما با این دیدگاه که مشکلات حل مسأله صرفاً ناشی از شرایط خلقی افراد دارای افکار خودکشی می‌باشد در تعارض است و پیشنهاد می‌شود اگرچه محتمل است که ناتوانی و گرایش به شیوه‌های ناکارآمد حل مسأله همراه و مؤثر در اختلالات خلقی باشد و احتمال اقدام به خودکشی این بیماران را افزایش دهد، لیکن این نقص می‌تواند مستقل از افسردگی و در شرایط وجود نگرانی مرضی نیز دیده شود و احتمال اشتغال ذهنی فرد با افکار خودکشی را افزایش دهد. در همین راستا یک مطالعه بر روی توانایی‌های حل مساله افراد افسرده نشان داد تغییر در توانایی بازخوانی از حافظهٔ سرگذشتی که در فرایند حل مسأله دخیل است قبل و بعد از تغییرات خلقی در بیماران افسرده دارای افکار خودکشی به طور معنی‌داری بیشتر از افراد افسرده بدون سابقه افکار و اقدام به خودکشی است و محققین پیشنهاد کردند اختلال در حل مساله است که بر آسیب پذیری فرد در مقابل تغییرات خلقی تأثیر می‌گذارد (۲۲).

ضرایب همبستگی پیرسون وجود رابطه بین نگرانی و شیوه‌های بی‌یاوری (r=۰/۴۵۶)، خلاقیت (r=-۰/۲۹۰)، و اعتماد (r=-۰/۳۴۲)، را تایید می‌کند. میانگین سه نمونه مورد مطالعه، در این خرده مقیاسها تفاوت معنی‌داری دارند (به ترتیب p<۰/۰۰۳، p<۰/۰۲ و p<۰/۰۰۱)، که با حذف تأثیر نگرانی در تحلیل کوواریانس، این تفاوت از بین رفت. این نتایج، مؤید تأثیر نگرانی بر گرایش افراد دو گروه دارای افکار خودکشی به شیوه‌های خاص حل مسأله می‌باشد. همسو با این یافته‌ها، تالیس و همکاران (۱۹۹۱) دریافتند که افراد نگران، انتظار شواهد غیر واقعی بالایی دارند یعنی نیاز به شواهد بیشتری برای تصمیم‌گیری دارند و در نتیجه در تصمیم‌گیری برای مشکلات در مقایسه با افراد غیر نگران دچار تأخیر می‌شوند و این عملکرد حل مسألهٔ آنها را تضعیف می‌کند (۹). به علاوه دیوی[1] (۱۹۹۴) بیان کرد که نگرانی با کفایت کم در حل مسأله و کنترل کمتر بر فرایند حل مسأله مرتبط است (۲۱)، نتایج مطالعات داگاس[2] و همکاران (۱۹۹۵) و لاچنس[3] و همکاران (۱۹۹۵) نشان دادند که نگرانی با جهت‌گیری ضعیف در حل مسأله مرتبط است (۲۳) و پژوهش بیلزر[4] (۲۰۰۱) نیز نشان داد نگران بودن با افکار منفی در رابطه با مشکلات زندگی و نقص در توانایی حل مسأله مرتبط است (۲۴).

با توجه به تمامی این یافته‌ها و نتایج تحقیق حاضر می‌توان گفت اختلال در حل مسأله نقصی است، که مستقل از شرایط خلقی فرد می‌تواند وجود داشته باشد و خطر اقدام به خودکشی را در افراد افزایش دهد. این نقص به جز افسردگی در شرایط وجود نگرانی آسیب شناختی نیز دیده می‌شود و نگرانی به تنهایی و بدون همراهی با افسردگی می‌تواند منجر به گرایش بیشتر افراد دارای اشتغال ذهنی با خودکشی به شیوه‌های حل مسأله معیوبی مانند احساس بی‌یاوری، عدم اعتماد به توانایی‌های خود در حل مشکلات و ناتوانی در کاربرد شیوه‌های خلاق و اجتناب در مواجهه با مشکلات شود.

تشکر و قدردانی

در انتها از همکاری صمیمانه دانشجویان دانشکده روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد که در این اجرای این طرح مشارکت نمودند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

1. Davey
2. Dugas
3. Lachance
4. Belzer

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-11-09]

References

1. Wild LG, Flisherc AJ, Lombard C. Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem. Journal of Adolescence 2004; 27: 611-624.
2. Liu X, Tein J. Life events, psychopathology, and suicidal behavior in Chinese adolescents. Affective Disorders 2005; 86: 195-203.
3. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychsovial risk factors for adolescent suicide attempts. Consulting and clinical psychology 1994; 62: 297-305.
4. Khazaee H, Parvezi fard A. sociological characteristics and psychological state in adolescent with suicide history. Behbod 1382; 3: 42-51.51
5. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. Journal of Clinical Psychiatry 1992; 60: 70-74.71
6. Norton PJ, Temple SR, Pettit JW. Suicidal ideation and anxiety disorders: Elevated risk or artifact of comorbid depression?. J Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2008; 39: 515-25.
7. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. First ed. Tehran: Shahr ab, 1383: 184.
8. Mohamadi F. Problem solving in depressed patients and normal people. Thesis for Master clinical Psychology degree, Mashhad, Ferdowsi university, 1377: pages: 53-57.
9. Clark DM, Fairburn C, Gelder M. The Science and practice of cognitive behaviour therapy. First ed. Tehran: Mehr Kavian, 1386: pages: 423-424.
10. Kaviani H, Rahemi P. Problem solving in depressed patients with suicide history. Andeshi va Raftar 1381; 4: 25-30.
11. Groth-Marnat G. Handbook of psychological assessment. 4nd ed. Tehran: Roshd, 1382: 225.
12. Motabi F. The schemas related with relapse in depressed patients. Thesis for PhD clinical Psychology degree, Tehran, Olom Bahzesti Tavanbakhshi, 1384. 62.
13. Fata L. Research about efficacy of three method in treat obsessive compulsive disorder: encountering, Clomipramine, and both of them. Thesis for Master clinical Psychology degree, Tehran, psychiatry Institute, 1370. 78.
14. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. Affective Disorders 2001; Pages: 64, 69-79.
15. Renberg E, Jacobsson L, Tungstrom S. 32 percent consider suicide at some point in their life (In Swedish). Lakartidningen 1986; 83: 2460-2462.
16. Sveriges lakarforbund,. Lakares arbetsmiljo-en rapport fran Lakarforbundets arbetsmiljogrupp. Physicians' working conditions-a report from the occupational health group of the Swedish Medical Association. Stockholm: Sveriges Lakar-forbund, 1988: 86.
17. Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi MA, Ghanizadeh A, Naghavi SMR. Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008; 14: 46-55.
18. Simon NM, Pollack MH, Ostacher MJ, Zalta AK, Chow CW, Fischmann D, Demopulos CM, Nierenberg A, Otto MW. Understanding the link between anxiety symptoms and suicidal ideation and behaviors in outpatients with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders 2007; 97: 91-99.
19. McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Perry I J. Risk of Suicide Ideation Associated with Problem-Solving Ability and Attitudes Toward Suicidal Behavior in University Students. Crisis Intervention and Suicide Prevention 2003; 24: 160-167.
20. Lubell KM, Vetter JB. Suicide and youth violence prevention: The promise of an integrated approach. Aggression and Violent Behavior 2006; 11: 167- 175.
21. Arie M, Apter A, Orbach I, Yefetc Y, Zalzman G. Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behavior in adolescent inpatients. Comprehensive Psychiatry 2008; 49: 22-29.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-11-09]

22. Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Beck AT. Problem Solving Deteriorates Following Mood Challenge in Formerly Depressed Patients With a History of Suicidal Ideation. Abnormal Psychology 2005; 114: 421-431.
23. Ladouceur R, Blais F, Freeston m, Dugas M. Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. Anxiety disorder 1998; 12: 139-152.
24. Belzer KD, Dzurillab TJ, Maydeu-Olivaresb A. Social problem solving and trait anxiety as predictors of worry in a college student population. Personality and Individual Differences 2002, 33, 573-585.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2025-11-09]