

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



مقاله نویسی علوم انسانی

مقاله نویسی علوم انسانی



اصول تنظیم قراردادها

اصول تنظیم قراردادها



آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقاله

آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقاله

تاثیر آمیگدال و هوش هیجانی بر زنانی که اقدام به مسمومیت می کنند

سید سعید موسوی

مدرس جهاد دانشگاهی کاشمر
Mosavi35@yahoo.com

افسانه رشنو

مدرس دانشگاه آزاد کرج
a.rashno@gmail.com

حامد حیدری

مدرس دانشگاه آزاد کاشمر
hamed.heydari2@gmail.com

علیرضا برمکی

مدرس دانشگاه آزاد کاشمر
sadaf8013046@yahoo.com

حسن صداقتی

مدرس دانشگاه آزاد کاشمر
sedaghati64@yahoo.com

حسن سروری

مدرس دانشگاه آزاد کاشمر
hassan.sarvari@gmail.com

سید احسان موسوی

مدرس جهاد دانشگاهی کاشمر
Hnk1398@gmail.com

چکیده

هدف: اقدام به مسمومیت در جوانان و زنان بیش از سایر گروه ها است مسایلی مانند اختلافات زناشویی، درگیری با بستگان، اختلال های روانی و بیکاری از دلایل مهم اقدام گزارش شده اند. این پژوهش، با هدف ارتباط آمیگدال و هوش هیجانی با توانایی حل مساله در زنان اقدام کننده به روش مسمومیت تهیه شده. **روش:** در یک طرح پژوهشی پس رویدادی (علی- مقایسه ای) و شبیه آزمایشی ۸۰ نفر از زنان اقدام کننده به خودکشی به روش نمونه گیری در دسترس از میان مراجعه کنندگان به اورژانس مسمومین بیمارستان امدادی مشهد به عنوان گروه آزمایشی و ۸۰ نفر از زنان عادی از میان ملاقات کنندگان بیماران بخش داخلی بیمارستان، به عنوان گروه گواه به روش تصادفی انتخاب و به کمک پرسش نامه هوش هیجانی بار- آن بررسی شدند برای تحلیل داده ها، روش تحلیلی واریانس، چند متغیره و روش تحلیل تمایزات به کار برده شد. **یافته ها:** متغیرها نشان می دهد که نمره کل هوش هیجانی و زیر مقیاس های آن دو گروه خودکشی کنندگان در مقایسه با گروه گواه به شکل معنی داری پایین تر بوده است ($P \leq 0.0001$) همچنین بر پایه نتایج تحلیل تمایزات، همراه با نقطه برش ۲۵۳/۸۶ برای تفکیک دو گروه اقدام کننده به خودکشی و سالم حساسیت و ویژگی هر دو به طور جداگانه برابر با ۱۰۰٪ محاسبه گردید. **نتیجه گیری:** هوش هیجانی در زنان اقدام کننده به خودکشی پایین تر از زنان عادی است. پایین بودن هوش هیجانی می تواند به عنوان یک عامل خطر اقدام به خودکشی در نظر گرفته شود.

کلید واژه: هوش هیجانی، اقدام به مسمومیت، زنان.

مقدمه

هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و هیجانی به هم پیوسته است (کیاروچی، فورگاس، ومیر، ۲۰۰۱) که به فرد کمک می‌کند تا بادیاریافت، ارزیابی و بیان دقیق هیجان‌ها، از احساساتی که از افکار را تسهیل می‌نمایند آگاهی یابد (مایروکاروسو، ۱۹۹۹؛ مایر، سالووی و کارسو، ۲۰۰۱) و با برقراری توازن میان افکار و هیجان‌های خود، تصمیم‌گیری‌های عاقلانه و رفتاری مسئولانه داشته باشد (اکرامی، ۱۳۸۰) بار-ان (۲۰۰۷) هوش هیجانی را یک رشته توانمندی‌ها و مهارت‌های غیر شناختی می‌داند که توانایی‌های فرد را در برخورد با فشارهای محیطی افزایش می‌دهند و آن را در پنج مقوله کلی بهره‌هایجانی درون شخصی و بین شخصی، توانمندی‌های سازش‌یافتگی، مدیریت تنیدگی و خلق عمومی تعریف می‌کند. (بار-ان و پارکر، ۲۰۰۰) سالوی (۱۹۹۰) هوش هیجانی را با سلامت روان در ارتباط می‌داند. وی دریافت که افراد دارای هوش هیجانی بالا، توانایی بهتری برای مقابله با استرس دارند. از سوی دیگر افراد دارای هوش هیجانی پایین، پیوسته احساس پوچی و فروپاشی نموده، واکنش‌های عاطفی نامناسب نشان می‌دهند. از این رو هوش هیجانی پایین می‌تواند از عوامل خطر ساز در ابتلا به بیماری‌های روانی و ایجاد مشکلات در سازگاری افراد با محیط به شمار آید (تیلر، پارکر و بگی، ۱۹۹۹) در افراد با هوش هیجانی پایین، توانایی حل مساله به میزان چشم‌گیری پایین‌تر است و این افراد در بهره‌گیری از مهارت‌های مقابله‌ای در رویایی با فشارهای روانی زندگی، توانایی زیادی ندارند (بار-ان و پارکر، ۲۰۰۰) پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که توانایی ایجاد سازگاری لازم را در زندگی خود دارند افراد بهنجار در برخورد با مشکلات مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد را به کار می‌گیرند که می‌توان آنها را به دو دسته کلی مهارت‌های مقابله‌ای متمرکز بر مساله و مهارت‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجان تقسیم نمود (نوروزی، ۱۳۷۳)

از سوی دیگر در زمینه روان‌شناسی شناختی بر نقش مساله‌گشایی نارسا در ساختار شناختی مبتلایان به افسردگی تاکید شده (پیکل، پروسوف و مه‌یر، ۱۹۷۵) و نقش کمبود مهارت‌های مساله‌گشایی در افراد افسرده دارای انگاره پردازشی خودکشی مورد توجه قرار گرفته است (کاوینی، رحیمی درآباد و نقوی، ۱۳۷۸) هرچند خودکشی و اقدام به آن از نشانه‌های افسردگی است، اما افسردگی تنها علت خودکشی نیست و دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های روانی هم چون اضطراب، خودبیمار انگاری و گرایش‌های ضد اجتماعی، هیستر یایی و پارا نویدی در بروز خودکشی موثرند. (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳)

مقوله خودکشی می‌تواند از نظر شدت، دامنه گسترده‌ای داشته باشد که در یک سر آن تنها افکار وانگاره‌هایی در زمینه خودکشی وجود دارد و در انتهای دیگر آن، رفتارهایی به شکل اقدام با احتمال بسیار زیاد مرگ (لویسنسون، روهد و سیلی، ۱۹۹۶؛ ماسکیکی، اکارول و لاک، ۱۹۸۹) شیوع اقدام به خودکشی در فرهنگ‌های گوناگون، متفاوت است برای نمونه میزان خودکشی در نیجریه چهارمورد ۱۰۰۰۰۰ نفر در سوئیس ۲۲۷ مورد در ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد. (نوسا و اودسانمی، ۲۰۰۱؛ لاهارپ، ۱۹۹۵).

از دیدگاه بهداشت روان، اقدام به خودکشی دارای پیامدهای فردی، اجتماعی، روان‌شناختی، فرهنگی و اقتصادی است. (گیلدر، مه‌یور و کات، ۱۳۶۹، کلیتون و بارسل، ۱۹۹۹) در آمریکا سالانه ۳۰۰ هزار نفر خودکشی می‌کنند و برآورد می‌شود که ۲۵٪ بیماران افسرده، دست کم یک بار در طول زندگی خود اقدام به خودکشی می‌کنند. (مالون، سزانتو، کوربیت و مان، ۱۹۹۵) در ایران نیز هرچند در مقایسه با کشورهای پیشرفته صنعتی، میزان خودکشی کمتر است اما بررسی‌های انجام شده در دو دهه

اخیر نشان داده اند که خود کشی اقدام به آن در ایران روبه افزایش است (جانقربانی، ۲۰۰۵؛ محسنی، ۱۳۶۶) اقدام به خودکشی در جوانان و زنان بیش از سایر گروه ها است مسایلی مانند اختلافات زناشویی، درگیری با بستگان، اختلال های روانی و بیکاری از دلایل مهم اقدام به خود کشی گزارش شده اند.

(جانقربانی، ۲۰۰۵، آزاد، ۱۳۷۲، پورمند و داویدیان، ۱۳۶۹؛ جلالی و ترابی، ۱۳۷۳؛ رنجبر، ۱۳۶۷، محسنی، ۱۳۶۶، حسن زاده ورجالی، ۱۳۶۳)

بررسی ها نشان می دهند تنها گروه کوچکی از اقدام کنندگان به خود کشی قصد از بین بردن خود رداشته و بیشتر آنها انگیزه های دیگری برای این عمل خود عنوان می نمایند. خودکشی با نیازهای برآورده نشده، احساس یاس و درماندگی، کشمکش ها و فشارهای روانی شدید، محدود بودن گزینه ها از دیدگاه شخص و نیاز به فرار از مشکلات ارتباط دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳) کیاروچی و همکاران (۲۰۰۱) براین باور است که برخی از مولفه های هوش هیجانی، افراد را در برابر فشارهای روانی حفظ می کنند، هم چنین افرادی که در تنظیم عواطف، مهارت دارند از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند و همین حمایت اجتماعی، شخص را از ابتلا به افسردگی و اندیشه خود کشی دور می کند به بیان دیگر کسی که اقدام به خودکشی می کند در آن شرایط مرگ را بهترین راه حل مساله خود میداند، حال آنکه بیشتر افراد جامعه تصویری برخلاف او دارند (مدرسی و مسعود زاده، ۱۳۷۲) نقش موثر هوش هیجانی در اقدام کنندگان به خودکشی، به عنوان عامل موثر در توانمندی افراد در زمینه شناخت هیجان های خود و دیگران و مدیریت افکار و عمل نشان داده شده است. (کلینیکا^۱، ۲۰۰۴). همچنین کیاروچی، دیان آواندرسون^۲ (۲۰۰۲) دریافتند که هوش هیجانی سهم منحصر به فردی در درک رابطه میان استرس ها و سه مولفه سلامت روان: افسردگی، ناکامی و افکار خودکشی دارد.

از آن جا که بررسی نشان داده اند که توانایی حل مساله، افزون بر هوشیهر با مقوله ای به نام (هوش هیجانی) نیز در ارتباط است. (بار-ان، ۲۰۰۰) به نظر می رسد که بررسی هوش هیجانی در اقدام کنندگان به خودکشی و مقایسه آن با افراد عادی تفاوت های رانشان دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه ویژگی های هوش هیجانی در زنان عادی و زنان اقدام کننده به خودکشی انجام شد.

روش

این پژوهش پس رویدادی (علی - مقایسه ای) است. آزمودنی ها ۸۰ نفر بودند. گروه آزمایش به روش نمونه گیری در دسترس از میان زنانی که به دلیل اقدام به خودکشی با خوردن دارو، مواد مخدر، سفیدکننده ها یا سموم آفت کش طی شهریور و مهر ۱۳۹۰ در اورژانس مسمومین بیمارستان امدادی مشهد پذیرش شده بودند انتخاب گردیدند. از میان ۱۱۳ نفر از زنان بستری شده طی مدت یاد شده، هشتاد و پنج نفر که وضعیت هوشیاری مناسبی برای پرسش گری و تمایل به همکاری داشتند، به

^۱ - klinika

^۲ - dean

^۳ - anderson

بررسی وارد شدند. هشتاد نفر افراد گروه گواه نیز به روش نمونه گیری تصادفی از میان زنان ملاقات کننده بیماران بخش داخلی بیمارستان که هرگز افکار خودکشی نداشتند، بارعایت همگن سازی از نظر سن، وضعیت تاهل، اشتغال و داشتن مدرک تحصیلی دیپلم انتخاب شدند.

ابزار سنجش به کاربرده شده در این پژوهش، پرسش نامه هوش هیجانی بار- ان ۱۹۹۷ بود که در آخرین تجدید چاپ با ۹۰ پرسش منتشر شد این پرسش نامه دارای ۱۵ زیر مقیاس است. بار- ان همان جا این پرسش نامه را هنجاریابی و روایی و پایایی آن را مورد تایید قرار داده است. در پژوهش حاضر، فرم کوتاه این پرسش نامه به کاربرده شد. سموعی ۱۳۸۱ پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ به دست آورد و روایی محتوایی آن را برپایه نظر پنج تن از متخصصان روان شناسی تایید نمود. پرسش نامه این پرسش نامه دارای پنج گزینه، کاملاً موافقم (نمره پنج) تا کاملاً مخالفم (نمره یک) می باشد نمره پرسشی عبارت از نمره هرگزینه انتخاب شده و نمره کل آزمون برابر با مجموع نمره های پرسش نامه می باشد در برخی از پرسش ها نیز گزینه کاملاً موافقم دارای امتیاز یک و گزینه کاملاً مخالفم دارای امتیاز پنج است.

گردآوری داده ها در گروه آزمایش پس از تثبیت وضعیت پژوهشی ایشان انجام شد برای کم اثر کردن مقاومت پاسخ گویان در پاسخ گویی به پرسش نامه با توجه به ویژگی های خاص آنان پس از خودکشی، پس از جلب اطمینان آزمودنی ها و پیش از تکمیل پرسش نامه هدف از اجرای پژوهش برای پاسخ گویان توضیح داده می شد و به آنها گفته می شد که برای نوشتن نام خود بروی پرسش نامه آزاد هستند و اطلاعات گردآوری شده محرمانه تلقی می شود. همچنین از ایشان رضایت کتبی آگاهانه گرفته شد.

در راستای این هدف، تفاوت میان نمره کل هوش هیجانی وزیر مقیاس های ان دو گروه بهنجار و اقدام کننده به خودکشی بررسی و نقطه برش و توانایی تشخیصی حساسیت و ویژگی پرسش نامه هوش هیجانی بار- ان ۱۹۹۷ برای تشخیص و احتمال اقدام به خودکشی تعیین گردید.

برای مقایسه به دو گروه افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد عادی با توجه به ۱۵ زیر مقیاس پرسش نامه از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره مانووا و برای تعیین نقطه برش و حساسیت پرسش نامه، تحلیل تمایزات به کار برده شد.

یافته ها

میانگین سنی گروه اقدام کننده به خودکشی ۲۵/۴ سال (انحراف معیار ۷/۶۴) و گروه گواه ۲۸/۱ سال انحراف معیار ۸/۴۶ بود. در گروه اقدام کننده ۴۵ نفر ۵۶/۳٪ متاهل ۳۱ نفر ۳۸/۸٪ مجرد، سه نفر ۳/۸٪ مطلقه و یک نفر ۱/۳٪ مجرد، چهار نفر ۵٪ مطلقه و یک نفر ۱/۳٪ بیوه بودند.

جدول یک- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل پرسشنامه هوش هیجانی بار- ان وزیر مقیاس آن در دو گروه اقدام کننده به خودکشی (n=۸۰) و بهنجار (n=80)

میانگین (انحراف معیار)

بهنجار	اقدام کننده به خودکشی	
(۱۰/۲۵)۳۵۶/۱۴	(۱۵/۹۴)۱۵۴/۱۲	نمره کل
(۱/۷۳)۲۴/۵۸	(۲/۱۹)۹/۲۰	حل مساله
(۱/۵۴)۲۳/۹۴	(۰/۸۴)۶/۴۳	خوشبختی
(۱/۵۳)۲۳/۶۴	(۲/۷۶)۱۲/۰۸	استقلال
(۱/۵۰)۲۳/۸۸	(۲/۲۲)۹/۰۰	تحمل فشار روانی
(۱/۶۱)۲۳/۷۶	(۲/۳۱)۱۱/۱۸	خود شکوفایی
(۱/۶۶)۲۳/۷۸	(۲/۶۴)۱۰/۷۸	خودآگاهی هیجانی
(۱/۸۷)۲۳/۵۵	(۲/۰۴)۸/۳۸	واقع گرایی
(۱/۵۵)۲۳/۶۱	(۲/۹۸)۱۲/۵۳	روابط بین فردی
(۱/۹۵)۲۳/۷۳	(۲/۶۶)۹/۰۸	خوش بینی
(۱/۷۲)۲۳/۷۵	(۲/۷۴)۱۱/۴۹	عزت نفس
(۱/۸۵)۲۳/۹۲	(۲/۳۴)۸/۷۲	کنترل تکانش
(۱/۹۲)۲۳/۶۷	(۲/۱۵)۸/۳۱	انعطاف پذیری
(۱/۸۵)۲۳/۱۳	(۳/۲۲)۱۲/۳۸	مسئولیت پذیری
(۱/۸۱)۲۳/۲۷	(۳/۰۲)۱۲/۷۳	همدلی
(۱/۹۱)۲۳/۶۵	(۴/۳۱)۱۱/۷۸	خود ابرازی

جدول ۲- تحلیل روایی سوالات ونمره کل پرسش نامه هوش هیجانی بار- ان دردوگروه بهنچار (n=80)واقدم کننده به

خودکشی (n=۸۰)

میزان تفاوت	ضریب f	مجموع مجذورات**	شماره پرسش
۰/۹۳۹	*۲۵۰۶/۴۸۵	۹۸۰۸/۲۸۹	حل مساله
۰/۹۸۰	*۸۲۴۱/۴۱۴	۱۲۷۱۸/۱۲۷	خوشبختی
۰/۸۷۱	*۱۱۰۸/۶۳۶	۵۵۴۰/۲۴۷	استقلال
۰/۹۴۰	*۲۵۵۰/۵۴۳	۹۱۸۸/۱۰۲	تحمل فشارروانی
۰/۹۰۹	*۱۶۴۷/۸۲۵	۶۵۶۵/۸۸۰	خودشکوفایی
۰/۸۹۸	*۱۴۴۱/۰۲۳	۷۰۱۳/۵۰۰	خودآگاهی هیجانی
۰/۹۳۸	*۲۴۸۵/۰۲۳	۹۵۴۸/۶۸۱	واقع گرایی
۰/۸۴۶	*۹۰۰/۷۵۳	۵۰۹۸/۷۹۵	روابط بین فردی
۰/۹۰۹	*۱۶۲۹/۳۵۱	۸۹۰۷/۵۶۶	خوش بینی
۰/۸۷۹	*۱۱۸۷/۸۴۷	۶۲۴۲/۹۱۶	عزت نفس
۰/۹۲۹	*۲۱۴۳/۱۱۰	۹۵۹۴/۲۴۱	کنترل تکانش

۰/۹۳۵	*۲۳۴۰/۹۱۸	۹۷۹۲/۹۲۲	انعطاف پذیری
۰/۸۰۸	*۶۹۱/۲۳۷	۴۷۹۳/۱۵۷	مسئولیت پذیری
۰/۸۱۹	*۷۴۲/۴۴۶	۴۶۱۲/۱۹۹	همدلی
۰/۷۶۲	*۵۲۴/۶۶۰	۵۸۴۴/۷۲۹	خودابرازی
۰/۹۸۳	*۹۴۳۳/۱۴۱	۱۶۹۳۷۷۰	نمره کل

سیزده نفر (۱۶/۳٪) از زنان در گروه بیماران و ۱۷ نفر (۱۲/۳٪) در گروه گواه شاغل بودند. جدول یک- همان گونه که جدول یک نشان می دهد میانگین نمره کل هوش هیجانی وزیر مقیاس های آن در گروه گواه بالاتر از گروه آزمایشی است.

مقایسه نمرات کل وزیر مقیاس های هوش هیجانی دو گروه به روش تحلیل واریانس چند متغییره محاسبه شد. ضریب همبستگی چندگانه (کانونی) و بین نمره کل پرسش نامه هوش هیجانی دو گروه بهنجار و اقدام کننده خود کشی ۰/۹۹۱ به دست آمد که از نظر آماری معنی دار بود ($p \leq 0/001$) و میزان واریانس را تبیین می کند. نتایج تحلیل روایی تشخیصی پرسش ها و نمره کل پرسشنامه هوش هیجانی بار- ان در دو گروه بهنجار و اقدام کننده به خودکشی در جدول دو ارایه شده است.

همچنان که جدول دو نشان می دهد تفاوت میان هوش هیجانی در دو گروه بهنجار و اقدام کننده در کلیه زیر مقیاس ها و هم چنین نمره کل معنی دار است ($p \leq 0/001$) همچنین بین جدول سه میزان حساسیت و ویژگی تشخیصی پرسش نامه هوش هیجانی بار- ان در دو گروه بهنجار ($n=80$) و اقدام کننده خودکشی ($n=80$)

گروه عضویت پیش بینی شده					
فراوانی		بیمار		بهنجار	
روایی	فراوانی	بیمار	۸۰	۰	۸۰
تشخیصی		بهنجار	۰	۸۰	۸۰
درصد		بیمار	۱۰۰/۰	۰	۱۰۰
فراوانی		بهنجار	۰	۱۰۰/۰	۱۰۰

۷۶ تا ۹۸ درصد واریانس هر یک از زیر مقیاس ها مربوط به میزان روایی تشخیصی آن زیر مقیاس مجذور ضریب همبستگی بین نمرات کل هر زیر مقیاس و عضویت گروهی بوده است. روایی تشخیص نمرات کل نیز برابر با ۰/۹۸۸ بود. تعیین نمره برش و میزان توانایی تشخیصی حساسیت و ویژگی پرسش نامه هوش هیجانی بار- ان به روش تحلیل تمایزات به شرح زیر انجام شد.

$$19/040 = \text{ضریب } a \text{ (عدد ثابت در معادله)}$$

$$0/075 = \text{ضریب } b \text{ (شیب خط رگرسیون)}$$

$$19/040 - (\text{نمره کل مقیاس}) \times 0/075 = Y$$

در صورتی که نقطه برش استاندارد صفر در معادله بالا قرار داده شود ($\gamma=0$) نقطه برش پرسش نامه هوش هیجانی بار-ان برای پیش بینی احتمال اقدام به خودکشی $253/86$ به دست می آید. بنابراین اگر نمره فردی پایین تر از این مقدار باشد در معرض اقدام به خودکشی قرار دارد.

میزان حساسیت و ویژگی تشخیصی پرسش نامه هوش هیجانی بار-ان در جدول ۳ ارائه شده است. هم چنان که جدول سه نشان می دهد میزان حساسیت پرسش نامه هوش هیجانی بار-ان 100% بوده است یعنی این پرسش نامه 100% بیماران رادرست تشخیص داده است به بیان دیگر 80 فرد اقدام کننده مورد بررسی بیمار تشخیص داده شده اند. هم چنین ویژگی مقیاس نیز برابر با 100% به دست آمد بر پایه نقطه برش $253/86$.

بحث

باتوجه به تفاوت معنی دار میان نمره کل هوش هیجانی وزیر مقیاس های آن در دو گروه می توان گفت که هوش هیجانی زنان اقدام کننده به خودکشی پایین تر از زنان سالم است. همچنان که گفته شد هوش هیجانی توانایی فرد در شناسایی و کنترل هیجان ها، برقراری تعادل میان عقل و احساس در برابر خود انگیزی و توانایی حل مساله است از این رو افراد با هوش هیجان پایین تر با توجه به وجود راهکارهای مقابله ای ضعیف تر، در رویایی با کشمکش های زندگی بیشتر دست به خودکشی می زنند. این یافته ها با یافته های کاویانی و همکاران 1378 که در خودکشی کنندگان راه حل های کمتر و بی ربط تری نسبت به افراد عادی گزارش نمود هماهنگ است یافته های پژوهش حاضر هم چنین هم سو با یافته های کیاروچی و همکاران 2002 مبنی بر تاثیر هوش هیجانی بر رابطه میان استرس ها، افسردگی، ناکامی و افکار خودکشی است از سوی دیگر وجود تفاوت معنی دار میان زیر مقیاس ها در دو گروه هماهنگ با پژوهش کیاروچی و همکاران 2001 مبتنی بر نقش موثر مولفه های هوش هیجانی در سازگاری بهتر افراد در رویارویی با استرس است و می تواند به عنوان عامل حفاظت کننده از بروز مشکلات و پیامدهای جبران ناپذیر هم چون اقدام به خودکشی پیش گیری کند.

با توجه به اهمیت توان تشخیصی این پرسش نامه و نقطه برش آنها می توان پیش بینی نمود که افراد با هوش هیجانی پایین تر از $253/86$ در صورت برخورد با استرس شدید در معرض خطر اقدام به خودکشی قرار دارند. از آن جا که حساسیت و ویژگی به دست آمده برای آزمون بار-ان بسیار بالاست به نظر می رسد که توانایی تشخیصی این پرسشنامه در جدا کردن افراد سالم از اقدام کنندگان به خودکشی بسیار بالا می باشد.

در این پژوهش به دلیل همکاری نکردن مردان اقدام کننده به خودکشی تنها زنان اقدام کننده بررسی شدند دومین محدودیت پژوهش آن است که با وجود شمار زیاد زیر مقیاس های هوش هیجانی آزمون های مکمل به کار برده نشده است البته با توجه به وضعیت پزشکی بیماران و لزوم رعایت حال ایشان امکان پرسش گری طولانی مدت وجود نداشت. با این همه بهره گیری از دیگر آزمون های هوش هیجانی و اجرای پرسش نامه هایی در راستای بررسی متغیرهایی هم چون وضعیت خلقی و عاطفی و سلامت روان و هم چنین پی گیری بیشتر ویژگی های جمعیتی شناختی به منظور تشخیص عوامل خطر ساز و محافظت کننده پیشنهاد میگردد. از آن جا که هوش هیجانی برخلاف هوشبهر، پدیده ای پویا و سیال است بهتر بود که گروه اقدام کننده به خودکشی مدتی پس از دور شدن از شرایط پرفشار که اقدام به خودکشی رادر پی داشته است دوباره ارزیابی می

شدند تا بتوان یافته‌های به دست آمده را با یافته‌های پیشین خود و گروه بهنجار مقایسه نمود. از آنجا که بررسی صرفاً بر روی اقدام کنندگان به خودکشی به روش مسمومیت انجام شده است به نظر می‌رسد اجرای پژوهشی بر روی اقدام کنندگان به خودکشی با سایر روش‌ها سودمند باشد.

منابع:

- ۱- آزاد، حسین ۱۳۷۲، آسیب شناسی روانی، تهران، انتشارات بعثت.
- ۲- اکرامی، یاسمن، ۱۳۸۰، آیا می‌دانید هوش هیجانی یا بهره هیجانی چیست؟ نشریه موفقیت، شماره ۲۹، ۳۸-۲۶.
- ۳- پورمند، دیبا، داویدیان، لئون، ۱۳۶۹، صدمورد اقدام به خودکشی با مواد سمی، مجله دانشکده پزشکی شهید بهشتی، شال چهارم، شماره ۱ و ۲، ۳۳-۲۷.
- ۴- جلالی، مهدی، ترابی، نیره ۱۳۷۳، بررسی علل روانی واجتماعی موارد اقدام به خودکشی با مواد دارویی وسمی، مقاله ارایه شده در دومین کنگره روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۲۷-۲۵ آذر.
- ۵- حسن زاده، سید مهدی، رجالی، علی ۱۳۶۳، بررسی دویست مورد خودکشی، مجله دانشکده پزشکی اصفهان، شماره ۴۳، ۲۲-۳۸.
- ۶- رنجبر، فرخ دست ۱۳۶۷، مشخصات افراد اقدام کننده به خود کشی در یکی از بیمارستان های آموزشی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ۷- سموعی، راحله ۱۳۸۱، آزمون هوش- هیجانی اصفهان، روان تجهیز سینا.
- ۸- کاویانی، حسین، رحیمی درآباد، مهدی، نقوی، حمیدرضا ۱۳۷۸، نقش حافظه سر گذشتی و مساله گشایی در افسردگی وانگاره پردازشی خودکشی، فصلنامه تازه های علوم شناختی، شماره ۴۷۶
- ۹- گیلدر، مایکل، مه یور، ریچارد، کاث، دنیس، ۱۳۶۹، روان پزشکی اکسفورد، ترجمه نصرت الله پورافکاری، تبریز، انتشارات ذوقی.
- ۱۰- محسنی، منوچهر ۱۳۶۶، انحرافات اجتماعی، تهران، انتشارات مروی.
- ۱۱- مدرسی، محمد، مسعود زاده، علی ۱۳۷۲، بررسی مواردی از اقدام به خودکشی در بخش مسمومین بیمارستان نور اصفهان، پایان نامه دکترای حرفه ای، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- ۱۲- نوروزی، سعید، ۱۳۷۳، بررسی نقایسه ای مهارتهای اقدام کنندگان به خودکشی و افراد بهنجار در مواجهه با شرایط استرس زا، پایان نامه کارشناسی ارشد وان شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۱۳- هومن، حیدر علی ۱۳۶۶، اندازه گیری های روانی و تربیتی و فن تهیه تست با تجدیدنظر کلی و افزوده ها، تهران، انتشارات سلسله.

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



مقاله نویسی علوم انسانی



اصول تنظیم قراردادها



آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقاله