

## هوش هیجانی در زنانی که به روش مسمومیت اقدام به خودکشی کرده‌اند

دکتر مجید برکتین\*، ماهگل توکلی\*\*، دکتر حمید طاهر نشاط‌دوست\*\*\*

### چکیده

**هدف:** نظر به ارتباط هوش هیجانی با توانایی حل مسأله و انتخاب خودکشی به‌عنوان یک روش انطباق با مشکلات، این پژوهش، با هدف بررسی هوش هیجانی در زنان اقدام‌کننده به خودکشی به روش مسمومیت انجام شده است.

**روش:** در یک طرح پژوهشی پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) و شبه‌آزمایشی ۸۰ نفر از زنان اقدام‌کننده به خودکشی به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعه‌کنندگان به اورژانس مسمومین بیمارستان نور اصفهان به‌عنوان گروه آزمایشی و ۸۰ نفر از زنان عادی از میان ملاقات‌کنندگان بیماران بخش داخلی بیمارستان نور اصفهان، به‌عنوان گروه گواه به روش تصادفی انتخاب و به‌کمک پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-ان بررسی شدند. برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل واریانس چندمتغیره و روش تحلیل تمایزات به کار برده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که نمره کل هوش هیجانی و زیرمقیاس‌های آن در گروه خودکشی‌کنندگان در مقایسه با گروه گواه به شکل معنی‌داری پایین‌تر بوده است ( $p < 0/001$ ). هم‌چنین بر پایه نتایج تحلیل تمایزات، همراه با نقطه برش ۲۵۳/۸۶ برای تفکیک دو گروه اقدام‌کننده به خودکشی و سالم، حساسیت و ویژگی هر دو به‌طور جداگانه برابر با ۱۰۰٪ محاسبه گردید.

**نتیجه‌گیری:** هوش هیجانی در زنان اقدام‌کننده به خودکشی پایین‌تر از زنان عادی است. پایین بودن هوش هیجانی می‌تواند به‌عنوان یک عامل خطر اقدام به خودکشی در نظر گرفته شود.

**کلیدواژه:** هوش هیجانی، اقدام به خودکشی، مسمومیت

\* روانپزشک، استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، خیابان استانداری، بیمارستان نور. دورنگار: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۱۳۵

E-mail: barekatin@med.mui.ac.ir

(نویسنده مسئول)

\*\* دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه اصفهان.

\*\*\* دکترای تخصصی روانشناسی، دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان.

## مقدمه

هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و هیجانی به هم پیوسته است (کیاروچی<sup>۱</sup>، فورگاس<sup>۲</sup> و میر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱) که به فرد کمک می‌کند تا با دریافت، ارزیابی و بیان دقیق هیجان‌ها، از احساساتی که افکار را تسهیل می‌نمایند آگاهی یابد (مایر<sup>۴</sup> و کاروسو<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹؛ مایر، سالووی<sup>۶</sup> و کاروسو، ۲۰۰۱) و با برقراری توازن میان افکار و هیجان‌های خود، تصمیم‌گیری‌های عاقلانه و رفتاری مسئولانه داشته باشد (اکرامی، ۱۳۸۰). بار-ان<sup>۷</sup> (۲۰۰۷) هوش هیجانی را یک رشته توانمندی‌ها و مهارت‌های غیرشناختی می‌داند که توانایی‌های فرد را در برخورد با فشارهای محیطی افزایش می‌دهند و آن را در پنج مقوله کلی بهره‌هیجانی درون‌شخصی و بین‌شخصی، 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<sup>۸</sup>، پارکر و بگی<sup>۹</sup>، ۱۹۹۹). در افراد با هوش هیجانی پایین، توانایی حل مسأله به میزان چشم‌گیری پایین‌تر است و این افراد در بهره‌گیری از مهارت‌های مقابله‌ای در رویارویی 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 مسأله» و «مهارت‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجان» تقسیم نمود (نوروزی، ۱۳۷۳).

از سوی دیگر، در زمینه روانشناسی شناختی بر نقش «مسأله‌گشایی نارسا» در ساختارشناختی مبتلایان به افسردگی تأکید شده (پیکل<sup>۱۰</sup>، پروسوف<sup>۱۱</sup> و مه‌یر<sup>۱۲</sup>، ۱۹۷۵) و نقش کمبود مهارت‌های «مسأله‌گشایی» در افراد افسرده دارای انگاره‌پردازی خودکشی مورد توجه قرار گرفته است (کاوایانی، رحیمی در آباد و نقوی، ۱۳۷۸). هر چند خودکشی

و اقدام به آن از نشانه‌های افسردگی است، اما افسردگی تنها علت خودکشی نیست. دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های روانی هم‌چون اضطراب، خود بیمار انگاری و گرایش‌های ضد اجتماعی، هیستریایی و پارانوئیدی در بروز خودکشی مؤثرند (سادوک<sup>۱۳</sup> و سادوک، ۲۰۰۳).

مقوله خودکشی می‌تواند از نظر شدت، دامنه گسترده‌ای داشته باشد که در یک سر آن تنها افکار و انگاره‌هایی در زمینه خودکشی وجود دارد و در انتهای دیگر آن، رفتارهایی به شکل اقدام قاطع با احتمال بسیار زیاد مرگ (لویسون<sup>۱۴</sup>، روهده<sup>۱۵</sup> و سیلی<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۶؛ ماسکیکی<sup>۱۷</sup>، آکارول<sup>۱۸</sup> و لاک<sup>۱۹</sup>، ۱۹۸۹). شیوع اقدام به خودکشی در فرهنگ‌های گوناگون، متفاوت است. برای نمونه میزان خودکشی در نیجریه چهار مورد در ۱۰۰۰۰۰ نفر و در سوییس ۲۲۷ مورد در ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد (نوسا<sup>۲۰</sup> و اودسانمی<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۱؛ لاهارپ<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۵).

از دیدگاه بهداشت روان، «اقدام به خودکشی» دارای پیامدهای فردی، اجتماعی، روان‌شناختی، فرهنگی و اقتصادی است (گیلدر<sup>۲۳</sup>، مه‌یور و کاث<sup>۲۴</sup>، ۱۳۶۹؛ کلیتون<sup>۲۵</sup> و بارسل<sup>۲۶</sup>، 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<sup>۲۷</sup>، سزانتو<sup>۲۸</sup>، کوریبت<sup>۲۹</sup> و مان<sup>۳۰</sup>، ۱۹۹۵). در ایران نیز هر چند در مقایسه با کشورهای پیشرفته صنعتی، میزان خودکشی کمتر است، اما بررسی‌های انجام‌شده در دو دهه اخیر نشان داده‌اند که خودکشی و اقدام به آن در ایران رو به افزایش است (جانقریبانی، ۲۰۰۵؛ محسنی، ۱۳۶۶)؛ اقدام به خودکشی در جوانان و زنان بیش از سایر گروه‌ها است و مسایلی مانند اختلافات زناشویی، درگیری با بستگان، اختلال‌های روانی و بی‌کاری از دلایل مهم اقدام به خودکشی گزارش شده‌اند

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1- Ciarrochi | 2- Forgas     |
| 3- Myer      | 4- Mayer      |
| 5- Caruso    | 6- Salovey    |
| 7- Bar-on    | 8- Taylor     |
| 9- Bagby     | 10- Paykel    |
| 11- Prusoff  | 12- Myers     |
| 13- Sadock   | 14- Lewinsohn |
| 15- Rohde    | 16- Seeley    |
| 17- Moscicki | 18- O'Carroll |
| 19- Locke    | 20- Nwosa     |
| 21- Odesanmi | 22- La Harpe  |
| 23- Gilder   | 24- Clayton   |
| 25- Barcel   | 26- Malon     |
| 27- Szanto   | 28- Corbitt   |
| 29- Mann     |               |

(جانقریبانی، ۲۰۰۵؛ آزاد، ۱۳۷۲؛ پورمند و داویدیان، ۱۳۶۹؛ جلالی و ترابی، ۱۳۷۳؛ رنجبیر، ۱۳۶۷؛ محسنی، ۱۳۶۶؛ حسن‌زاده و رجالی، ۱۳۶۳).

بررسی‌ها نشان می‌دهند تنها گروه کوچکی از اقدام‌کنندگان به خودکشی قصد از بین بردن خود را داشته و بیشتر آنها انگیزه‌های دیگری برای این عمل خود عنوان می‌نمایند. خودکشی با نیازهای برآورده‌نشده، احساس یأس و درماندگی، کشمکش‌ها و فشارهای روانی شدید، محدودبودن گزینه‌ها از دیدگاه شخص و نیاز به فرار از مشکلات ارتباط دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). کیاروچی و همکاران (۲۰۰۱) بر این باور است که برخی از مؤلفه‌های هوش هیجانی، افراد را در برابر فشارهای روانی حفظ می‌کنند؛ هم‌چنین افرادی که در تنظیم عواطف، مهارت دارند، از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند و همین حمایت اجتماعی، شخص را از ابتلا به افسردگی و اندیشه خودکشی دور می‌کند. به بیان دیگر کسی که اقدام به خودکشی می‌کند در آن شرایط، مرگ را بهترین راه حل مسأله خود می‌داند، حال آن‌که بیشتر افراد جامعه تصویری بر خلاف او دارند (مدرسی و مسعودزاده، ۱۳۷۲). نقش مؤثر هوش هیجانی در اقدام‌کنندگان به خودکشی، به‌عنوان عامل مؤثر در توانمندی افراد در زمینه شناخت هیجان‌های خود و دیگران و مدیریت افکار و عمل نشان داده شده است (کلینیکا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). هم‌چنین کیاروچی، دیان<sup>۲</sup> و اندرسون<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) دریافتند که هوش هیجانی سهم منحصر به فردی در درک رابطه میان استرس‌ها و سه مؤلفه سلامت روان: افسردگی، ناکامی و افکار خودکشی دارد.

از آن‌جا که بررسی‌ها نشان داده‌اند که توانایی حل مسأله، افزون بر هوشبهر با مقوله‌ای به نام «هوش هیجانی» نیز در ارتباط است (بار-ان، ۲۰۰۰)، به نظر می‌رسد که بررسی هوش هیجانی در اقدام‌کنندگان به خودکشی و مقایسه آن با افراد عادی تفاوت‌هایی را نشان دهد.

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه ویژگی‌های هوش هیجانی در «زنان عادی» و «زنان اقدام‌کننده به خودکشی» انجام شد.

## روش

این پژوهش پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) است. آزمودنی‌ها ۸۰ نفر بودند. گروه آزمایش به روش

نمونه‌گیری در دسترس از میان زنانی که به دلیل اقدام به خودکشی با خوردن دارو، مواد مخدر، سفیدکننده‌ها یا سموم آفت‌کش طی شهریور و مهر ۱۳۸۳ در اورژانس مسمومین بیمارستان نور اصفهان پذیرش شده بودند، انتخاب گردیدند. از میان ۱۱۳ نفر از زنان بستری شده طی مدت یادشده، هشتاد و پنج نفر که وضعیت هوشیاری مناسبی برای پرسش‌گری و تمایل به همکاری داشتند، به بررسی وارد شدند. بنا کنار گذاشتن پنج پرسش‌نامه ناقص و مخدوش، داده‌های هشتاد پرسش‌نامه تحلیل شدند. هشتاد نفر افراد گروه گواه نیز به روش نمونه‌گیری تصادفی از میان زنان ملاقات‌کننده بیماران بخش داخلی بیمارستان نور اصفهان که هرگز افکار خودکشی نداشتند، با رعایت همگن‌سازی از نظر سن، وضعیت تأهل، اشتغال و داشتن مدرک تحصیلی دیپلم انتخاب شدند.

ابزار سنجش به کار برده شده در این پژوهش، پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-ان (۱۹۹۷) بود که در آخرین تجدید چاپ با ۹۰ پرسش منتشر شد. این پرسش‌نامه دارای ۱۵ زیرمقیاس است. بار-ان (همان‌جا) این پرسش‌نامه را هنجاریابی و روایی و پایایی آن را مورد تأیید قرار داده است. در پژوهش حاضر، فرم کوتاه این پرسش‌نامه به کار برده شد. سموعی (۱۳۸۱) پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ به دست آورد و روایی محتوایی آن را بر پایه نظر پنج تن از متخصصان روانشناسی تأیید نمود. پرسش‌های این پرسش‌نامه دارای پنج گزینه، کاملاً موافقم (نمره پنج) تا کاملاً مخالفم (نمره یک) می‌باشد. نمره هر پرسش عبارت از نمره هر گزینه انتخاب‌شده و نمره کل آزمون برابر با مجموع نمره‌های پرسش‌ها می‌باشد (در برخی پرسش‌ها نیز گزینه کاملاً موافقم دارای امتیاز یک و گزینه کاملاً مخالفم دارای امتیاز پنج است) (همان‌جا).

گردآوری داده‌ها در گروه آزمایش پس از تثبیت وضعیت پزشکی ایشان انجام شد. برای کم‌اثرکردن مقاومت پاسخ‌گویان در پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه با توجه به ویژگی‌های خاص آنان پس از خودکشی، پس از جلب اطمینان آزمودنی‌ها و پیش از تکمیل پرسش‌نامه، هدف از اجرای پژوهش برای پاسخ‌گویان توضیح داده می‌شد و به آنها گفته می‌شد که برای نوشتن نام خود بر روی پرسش‌نامه آزاد هستند و اطلاعات گردآوری‌شده محرمانه تلقی می‌شود. هم‌چنین از ایشان رضایت کتبی آگاهانه گرفته شد.

**جدول ۲- تحلیل روایی سوالات و نمره کل پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-ان در دو گروه بهنجار (n=۸۰) و اقدام‌کننده به خودکشی (n=۸۰)**

میزان تفاوت	ضریب F	مجموع مجدورات**	شماره پرسش
۰/۹۳۹	*۲۵۰۶/۴۸۵	۹۸۰۸/۲۸۹	حل مسأله
۰/۹۸۰	*۸۲۴۱/۴۱۴	۱۲۷۱۸/۱۲۷	خوشبختی
۰/۸۷۱	*۱۱۰۸/۶۳۶	۵۵۴۰/۲۴۷	استقلال
۰/۹۴۰	*۲۵۵۰/۵۴۳	۹۱۸۸/۱۰۲	تحمل فشار روانی
۰/۹۰۹	*۱۶۴۷/۸۲۵	۶۵۶۵/۸۸۰	خودشکوفایی
۰/۸۹۸	*۱۴۴۱/۰۲۳	۷۰۱۳/۵۰۰	خودآگاهی هیجانی
۰/۹۳۸	*۲۴۸۵/۰۲۳	۹۵۴۸/۶۸۱	واقع‌گرایی
۰/۸۴۶	*۹۰۰/۷۵۳	۵۰۹۸/۷۹۵	روابط بین فردی
۰/۹۰۹	*۱۶۲۹/۳۵۱	۸۹۰۷/۵۶۶	خوش‌بینی
۰/۸۷۹	*۱۱۸۷/۸۴۷	۶۲۴۲/۹۱۶	عزت‌نفس
۰/۹۲۹	*۲۱۴۳/۱۱۰	۹۵۹۴/۲۴۱	کنترل تکانش
۰/۹۳۵	*۲۳۴۰/۹۱۸	۹۷۹۲/۹۲۲	انعطاف‌پذیری
۰/۸۰۸	*۶۹۱/۲۳۷	۴۷۹۳/۱۵۷	مسئولیت‌پذیری
۰/۸۱۹	*۷۴۲/۴۴۶	۴۶۱۲/۱۹۹	همدلی
۰/۷۶۲	*۵۲۴/۶۶۰	۵۸۴۴/۷۲۹	خودابرازی
۰/۹۸۳	*۹۴۳۳/۱۴۱	۱۶۹۳۷۷۰	نمره کل

\*p<۰/۰۰۱; \*\*df=۱

سیزده نفر (۱۶/۳٪) از زنان در گروه بیماران و ۱۷ نفر (۲۱/۳٪) در گروه گواه شاغل بودند (جدول ۱). همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمره کل هوش هیجانی و زیرمقیاس‌های آن در گروه گواه بالاتر از گروه آزمایشی است.

مقایسه نمرات کل و زیرمقیاس‌های هوش هیجانی دو گروه به روش تحلیل واریانس چندمتغیره محاسبه شد. ضریب همبستگی چندگانه (کانونی) بین نمره کل پرسش‌نامه هوش هیجانی دو گروه بهنجار و اقدام‌کننده خودکشی ۰/۹۹۱ به‌دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود (p<۰/۰۰۱) و ۰/۹۸۳ میزان واریانس را تبیین می‌کند. نتایج تحلیل روایی تشخیصی پرسش‌ها و نمره کل پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-ان در دو گروه بهنجار و اقدام‌کننده به خودکشی در جدول ۲ ارایه شده است.

هم‌چنان‌که جدول ۲ نشان می‌دهد تفاوت میان هوش هیجانی در دو گروه بهنجار و اقدام‌کننده در کلیه زیرمقیاس‌ها و هم‌چنین نمره کل، معنی‌دار است (p<۰/۰۰۱). هم‌چنین بین

در راستای این هدف، تفاوت میان نمره کل هوش هیجانی و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه بهنجار و اقدام‌کننده به خودکشی بررسی و نقطه برش و توانایی تشخیصی (حساسیت و ویژگی) پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-ان (۱۹۹۷) برای تشخیص و احتمال اقدام به خودکشی تعیین گردید.

برای مقایسه دو گروه افراد اقدام‌کننده به خودکشی و افراد عادی با توجه به ۱۵ زیرمقیاس پرسش‌نامه، از آزمون آماری تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) و برای تعیین نقطه برش و حساسیت پرسش‌نامه، تحلیل تمایزات به کار برده شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی گروه اقدام‌کننده به خودکشی ۲۵/۴ سال (انحراف معیار ۷/۶۴) و گروه گواه ۲۸/۱ سال (انحراف معیار ۸/۴۶) بود. در گروه اقدام‌کننده ۴۵ نفر (۵۶/۳٪) متأهل، ۳۱ نفر (۳۸/۸٪) مجرد، ۳ نفر (۳/۸٪) مطلقه و یک نفر (۱/۳٪) بیوه و در گروه گواه ۴۴ نفر (۵۵٪) متأهل، ۳۱ نفر (۳۸/۸٪) مجرد، چهار نفر (۵٪) مطلقه و یک نفر (۱/۳٪) بیوه بودند.

**جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-ان و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه اقدام‌کننده به خودکشی (n=۸۰) و بهنجار (n=۸۰)**

	میانگین (انحراف معیار)	
	بهنجار	اقدام‌کننده به خودکشی
نمره کل	۱۵۴/۱۲ (۱۵/۹۴)	۱۲۵/۱۴ (۱۰/۲۵)
حل مسأله	۹/۲۰ (۲/۱۹)	۲۴/۵۸ (۱/۷۳)
خوشبختی	۶/۴۳ (۰/۸۴)	۲۳/۹۴ (۱/۵۴)
استقلال	۱۲/۰۸ (۲/۷۶)	۲۳/۶۴ (۱/۵۳)
تحمل فشار روانی	۹/۰۰ (۲/۲۲)	۲۳/۸۸ (۱/۵۰)
خودشکوفایی	۱۱/۱۸ (۲/۳۱)	۲۳/۷۶ (۱/۶۱)
خودآگاهی هیجانی	۱۰/۷۸ (۲/۶۴)	۲۳/۷۸ (۱/۶۶)
واقع‌گرایی	۸/۳۸ (۲/۰۴)	۲۳/۵۵ (۱/۸۷)
روابط بین فردی	۱۲/۵۳ (۲/۹۸)	۲۳/۶۱ (۱/۵۵)
خوش‌بینی	۹/۰۸ (۲/۶۶)	۲۳/۷۳ (۱/۹۵)
عزت‌نفس	۱۱/۴۹ (۲/۷۴)	۲۳/۷۵ (۱/۷۲)
کنترل تکانش	۸/۷۲ (۲/۳۴)	۲۳/۹۲ (۱/۸۵)
انعطاف‌پذیری	۸/۳۱ (۲/۱۵)	۲۳/۶۷ (۱/۹۲)
مسئولیت‌پذیری	۱۲/۳۸ (۳/۲۲)	۲۳/۱۳ (۱/۸۵)
همدلی	۱۲/۷۳ (۳/۰۲)	۲۳/۲۷ (۱/۸۱)
خودابرازی	۱۱/۷۸ (۴/۳۱)	۲۳/۶۵ (۱/۹۱)

جدول ۳- میزان حساسیت و ویژگی تشخیصی پرسش‌نامه هوش هیجانی بار- ان در دو گروه بهنجار ( $n=80$ ) و اقدام‌کننده خودکشی ( $n=80$ )

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

۷۶ تا ۹۸ درصد واریانس هر یک از زیرمقیاس‌ها مربوط به میزان روایی تشخیصی آن زیرمقیاس (مجذور ضریب همبستگی بین نمرات کل هر زیرمقیاس و عضویت گروهی) بوده است. روایی تشخیصی نمرات کل نیز برابر با ۰/۹۸ بود.

تعیین نمره برش و میزان توانایی تشخیصی (حساسیت و ویژگی) پرسش‌نامه هوش هیجانی بار- ان به روش تحلیل تمایزات به شرح زیر انجام شد.

$$۱۹/۰۴۰ - \text{ضریب } a = (\text{عدد ثابت در معادله})$$

$$۰/۰۷۵ = \text{ضریب } b \text{ (شیب خط رگرسیون)}$$

$$۱۹/۰۴۰ - (\text{نمره کل مقیاس}) = y'$$

در صورتی که نقطه برش استاندارد صفر در معادله بالا قرار داده شود ( $y'=0$ )، نقطه برش پرسش‌نامه هوش هیجانی بار- ان برای پیش‌بینی احتمال اقدام به خودکشی ۲۵۳/۸۶ به‌دست می‌آید. بنابراین اگر نمره فردی پایین‌تر از این مقدار باشد، در معرض اقدام به خودکشی قرار دارد.

میزان حساسیت و ویژگی تشخیصی پرسش‌نامه هوش هیجانی بار- ان در جدول ۳ ارائه شده است. هم‌چنان که جدول ۳ نشان می‌دهد میزان حساسیت پرسش‌نامه هوش هیجانی بار- ان ۱۰۰٪ بوده است. یعنی این پرسش‌نامه ۱۰۰٪ بیماران را درست تشخیص داده است. به بیان دیگر ۸۰ فرد اقدام‌کننده مورد بررسی، بیمار تشخیص داده شده‌اند. هم‌چنین ویژگی مقیاس نیز برابر با ۱۰۰٪ به‌دست آمد (بر پایه نقطه برش ۲۵۳/۸۶).

## بحث

با توجه به تفاوت معنی‌دار میان نمره کل هوش هیجانی و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه، می‌توان گفت که هوش هیجانی زنان اقدام‌کننده به خودکشی پایین‌تر از زنان سالم

است. هم‌چنان که گفته شد هوش هیجانی توانایی فرد در شناسایی و کنترل هیجان‌ها، برقراری تعادل میان عقل و احساس در برابر خودانگیزی و توانایی حل مسأله است. از این رو افراد با هوش هیجانی پایین‌تر با توجه به وجود راهکارهای مقابله‌ای ضعیف‌تر، در رویارویی با کشمکش‌های زندگی بیشتر دست به خودکشی می‌زنند. این یافته‌های کاویانی و همکاران (۱۳۷۸) که در خودکشی‌کنندگان راه‌حل‌های کمتر و بی‌ربط‌تری نسبت به افراد عادی گزارش نمود، هماهنگ است. یافته‌های پژوهش حاضر هم‌چنین هم‌سو با یافته‌های کیاروچی و همکاران (۲۰۰۲) مبتنی بر تأثیر هوش هیجانی بر رابطه میان استرس‌ها، افسردگی، ناکامی و افکار خودکشی است. از سوی دیگر، وجود تفاوت معنی‌دار میان زیرمقیاس‌ها در دو گروه، هماهنگ با پژوهش کیاروچی و همکاران (۲۰۰۱) مبتنی بر نقش مؤثر مؤلفه‌های هوش هیجانی در سازگاری بهتر افراد در رویارویی با استرس می‌باشد و می‌تواند به‌عنوان عامل حفاظت‌کننده، از بروز مشکلات و پیامدهای جبران‌ناپذیر هم‌چون اقدام به خودکشی پیش‌گیری کند.

با توجه به اهمیت توان تشخیصی این پرسش‌نامه و نقطه برش آن، می‌توان پیش‌بینی نمود که افراد با هوش هیجانی پایین‌تر از ۲۵۳/۸۶، در صورت برخورد با استرس شدید، در معرض خطر اقدام به خودکشی قرار دارند. از آن‌جا که حساسیت و ویژگی به‌دست آمده برای آزمون بار- ان بسیار بالا است، به‌نظر می‌رسد که توانایی تشخیصی این پرسش‌نامه در جداکردن افراد سالم از اقدام‌کنندگان به خودکشی بسیار بالا می‌باشد.

در این پژوهش به‌دلیل همکاری نکردن مردان اقدام‌کننده به خودکشی، تنها زنان اقدام‌کننده بررسی شدند. دومین محدودیت پژوهش، آن است که با وجود شمار زیاد زیرمقیاس‌های هوش هیجانی، آزمون‌های مکمل به کار برده نشده است. البته با توجه به وضعیت پزشکی بیماران و لزوم رعایت حال ایشان امکان پرسش‌گری طولانی‌مدت وجود نداشت. با این همه، بهره‌گیری از دیگر آزمون‌های هوش هیجانی و اجرای پرسش‌نامه‌هایی در راستای بررسی متغیرهایی هم‌چون وضعیت خلقی و عاطفی و سلامت روان و هم‌چنین پی‌گیری بیشتر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به‌منظور تشخیص عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده پیشنهاد می‌گردد. از آن‌جا که هوش هیجانی بر خلاف هوش‌شهر، پدیده‌ای پویا و سیال

- Bar-on, R. (1997). *Bar-on Emotional Quotient Inventory: Technical manual*. Toronto: Multi-Health System.
- Bar-on, R. (2007). The Bar-on model of emotional intelligence: A valid, robust and applicable EL model. *Organizations & People, 14*, 27-34.
- Bar-on, R., & Parker, J. D. A. (2000). *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Willey Company.
- Ciarrochi, J., Dean, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences, 32*, 197-209.
- Ciarrochi, J., Forgas, J. P., & Myer, J. D. (2001). *Emotional intelligence in everyday life*. London: Psychology Press.
- Clayton, D., & Barcel, A. (1999). The cost of suicide mortality in New Brunswick. *Chronic diseases in Canada, 20*, 89-90.
- Janghorbani, M., & Sharifirad, G. (2005). Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995-2002): Incidence and associated factors. *Archives of Iranian Medicine, 8*, 119-126.
- Klinika, T. (2004). Connection between personality and emotional intelligence in groups of patients after suicidal attempts and ethanol dependent persons. *Przegadl Lekarski, 61*, 287-291.
- Krausz, M., & Degkwitz, P. (1996). Opioid addiction and suicidality. *Crisis, 14*, 175-181.
- La Harpe, R. (1995). Suicide in the Geneva canton (1971-1990). An analysis of forensic medicine autopsy sample. *Archives of Criminology, 195*, 65-74.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicide ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implication. *Clinical Psychology Science Practice, 3*, 25-46.
- Malone, K. M., Szanto, K., Corbitt, E. M., & Mann, J. (1995). Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1601-1607.
- Mayer, J. D., & Caruso, D. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an Intelligence. *Journal of Intelligence, 27*, 267-298.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion, 1*, 232-242.
- Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America, 20*, 499-517.

است، بهتر بود که گروه اقدام کننده به خودکشی مدتی پس از دور شدن از شرایط پرفشار که اقدام به خودکشی را در 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 می رسد اجرای پژوهشی بر روی اقدام کنندگان به خودکشی با سایر روش‌ها، سودمند باشد.

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۲/۲۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۶/۵/۱۴؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۵/۳۱

## منابع

- آزاد، حسین (۱۳۷۲). *آسیب شناسی روانی*. تهران: انتشارات بعثت.
- اکرامی، یاسمن (۱۳۸۰). آیا می دانید هوش هیجانی یا بهره هیجانی چیست؟ *نشریه موفقیت*، شماره ۳۸، ۲۹-۲۶.
- پورمند، دیبا؛ داویدیان، لئون (۱۳۶۹). صد مورد اقدام به خودکشی با مواد سمی. *مجله دانشکده پزشکی شهید بهشتی*، سال چهارم، شماره ۱ و ۲، ۲۷-۳۳.
- جلالی، مهدی؛ ترابی، نیره (۱۳۷۳). *بررسی علل روانی و اجتماعی موارد اقدام به خودکشی با مواد دارویی و سمی*. مقاله ارائه شده در دومین کنگره روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۷-۲۵ آذر.
- حسن زاده، سیدمهدی؛ رجالی، علی (۱۳۶۳). بررسی دویست مورد خودکشی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، شماره ۲۲، ۴۳-۳۸.
- رنجبر، فرخ دست (۱۳۶۷). *مشخصات افراد اقدام کننده به خودکشی در یکی از بیمارستان‌های آموزشی تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- سموعی، راحله (۱۳۸۱). *آزمون هوش-هیجانی*. اصفهان: روان تجهیز سینا.
- کاوایانی، حسین؛ رحیمی درآباد، مهدی؛ نقوی، حمیدرضا (۱۳۷۸). نقش حافظه سرگذشتی و مسأله گشایی در افسردگی و انگاره پردازی خودکشی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، شماره ۴، ۱۶-۸.
- گیلدر، مایکل؛ مه‌یور، ریچارد؛ کاث، دنیس (۱۳۶۹). *روانپزشکی اکسفورد*. ترجمه نصرت... پورافکاری. تبریز: انتشارات ذوقی.
- محسنی، منوچهر (۱۳۶۶). *انحرافات اجتماعی*. تهران: انتشارات مروی.
- مدرسی، محمد؛ مسعودزاده، علی (۱۳۷۲). *بررسی مواردی از اقدام به خودکشی در بخش مسمومین بیمارستان نور اصفهان*. پایان نامه دکترای حرفه‌ای. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- نوروزی، سعید (۱۳۷۳). *بررسی مقایسه‌ای مهارت‌های اقدام کنندگان به خودکشی و افراد بهنجار در مواجهه با شرایط استرس‌زا*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه علامه طباطبائی.
- هومن، حیدر علی (۱۳۶۶). *اندازه‌گیری‌های روانی و تربیتی و فن تهیه تست با تجدیدنظر کلی و افزوده‌ها*. تهران: انتشارات سلسله.

- Moscicki, E. K., O'Carroll, P. W., & Locke, B. Z. (1989). *Suicide ideation and attempt*. Washington DC: US Government Printing Office.
- Nwosa, S. O., & Odesanmi, W. O. (2001). Pattern of suicide in Ile-Ife, Nigeria. *West Africa Journal of Medicine*, 20, 259-262.
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A., & Myers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events: A controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32, 327-333.
- Sadock, B., & Sadock, V. A. (2003). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (8th ed.). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Solvey, P. (1990). Emotional intelligence imagination. *Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Bagby, R. M. (1999). Emotional intelligence and the emotional brain: Points of convergence and implications for psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 27, 339-354.

## Emotional Quotient in Women who had Attempted Suicide by Poisoning

Barekatin, M., Tavakoli, M., & Taher Neshatdoost, H. (2008). Emotional quotient in women who had attempted suicide by poisoning. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14, 169-175.

### Abstract

**Objectives:** Considering the relation of emotional quotient (EQ) with problem solving and choosing suicide as a method of solving problems, this study was carried out with the aim of evaluating emotional quotient in women who had attempted suicide using poisoning.

**Method:** In a retrospective (causal-comparative), semi-experimental study, 80 women who had attempted suicide by poisoning were selected using convenience sampling from among patients presenting to the emergency department of Noor Hospital in Isfahan (Iran), as the experimental group. Also, 80 normal women were randomly selected from among the visitors of the Internal Medicine Ward of same Hospital. Both groups were examined using Bar-on Emotional Quotient Questionnaire. Data were analyzed using multivariate analysis of variance and analysis of differences.

**Results:** Results of multivariate data analysis showed that total EQ score and its sub-scales were significantly lower in the suicidal group in comparison with the control group ( $p < 0.001$ ). Also, according to the results of analysis of difference, along with the cut-off point of 253.86, for separating the normal and suicidal groups, both the specificity and sensitivity of Bar-on Emotional Quotient Questionnaire were calculated to be 100%.

**Conclusion:** EQ is lower in women attempting suicide than normal women. Low EQ can be considered as a risk factor for suicide.

**Key words:** emotional quotient, attempted suicide, poisoning

*Majid Barekatin\**, *Mahgol Tavakoli<sup>a</sup>*,  
*Hamid Taher Neshatdoost<sup>b</sup>*

\* Corresponding author: Psychiatrist, Assistant Prof. of Isfahan University of Medical Sciences. Noor Hospital, Ostandari Ave., Isfahan, Iran, IR.

Fax: +98311-2222135

E-mail: barekatin@med.mui.ac.ir

<sup>a</sup> Postgraduate student of General Psychology, Isfahan University; <sup>b</sup> PhD. in Psychology, Associate Prof. of Isfahan University.