

مقایسه مکانیسم‌های تطابقی در بیماران با مسمومیت‌های عمدی با گروه کنترل

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۸

خلاصه

مقدمه: خودکشی در جوامع بشری به عنوان یک معضل عمده بهداشت عمومی بشمار می‌رود و به نظر می‌رسد روابط اجتماعی، استرس‌های محیطی و نحوه برخورد با این عوامل توسط فرد، در بروز خودکشی نقش مهمی دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی مکانیسم‌های تطابقی مختلف و ارتباط آنها با اقدام به خودکشی انجام شده است.

روش کار: این مطالعه به صورت مورد-شاهدی و بر روی افراد مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) در شهر مشهد انجام شده است. برای انجام این مطالعه ۴۰ نفر از افرادی که بدلیل اقدام به خودکشی به بخش مسمومین بیمارستان مراجعه کرده بودند، با نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. از طرفی، از میان بیمارانی که به دلایل دیگر بجز خودکشی به بیمارستان مراجعه کرده بودند نیز ۴۰ نفر که از جهات مختلف، مشابه گروه مورد بودند انتخاب شده و وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از چک لیستی شامل اطلاعات دموگرافیک و روش و نحوه اقدام به خودکشی انجام شد. همچنین برای بررسی مکانیسم‌های مقابله‌ای از پرسشنامه مبنی بر تئوری لازاروس استفاده شده است.

نتایج: از میان مکانیسم‌های تطابقی، امتیاز مربوط به مکانیسم‌های بازآورد مثبت، خویشتن‌داری و جستجوی حمایت اجتماعی بصورت معنی‌داری در گروه مورد کمتر بوده است (به ترتیب $P=0,020$ ، $P=0,016$ ، $P=0,040$). مکانیسم‌های گریز و اجتناب و رویاگونه در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بوده است، با اینحال این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار گزارش نشده است (به ترتیب $P=0,10$ ، $P=0,65$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که مکانیسم‌های تطابقی با توجه به کارآمدی یا ناکارآمدی بودن می‌توانند باعث کاهش یا افزایش خطر اقدام به خودکشی شوند. با اینحال انجام مطالعات بیشتر برای اثبات این رابطه ضروری می‌باشد.

کلمات کلیدی: خودکشی، مکانیسم تطابقی، مسمومیت

بی‌نوشته: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

کوروش پرهیزگار^۱

بیتا دادپور^۲

مجید خادم رضاییان^{۳،۴}

^۱ دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ استاد، گروه سم‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات سم‌شناسی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۴ مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Email: KhademRM@mums.ac.ir

مقدمه

خودکشی یک مشکل جدی بهداشتی در سراسر دنیا می باشد. سالانه حدود ۳۷ هزار نفر در ایالات متحده و یک میلیون در سراسر دنیا بعلت خودکشی جان خود را از دست می دهند. همچنین سالانه ۶۵۰ هزار نفر در ایالات متحده پس از اقدام به خودکشی تحت درمان اورژانسی قرار می گیرند (۱). سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که هر سه ثانیه یک تلاش برای خودکشی اتفاق می افتد و هر یک دقیقه یک خودکشی موفق رخ می دهد. این بدین معنی است که افرادی که به دلیل خودکشی می میرند، بیش از افرادی هستند که به دلیل جنگ های نظامی از بین می روند؛ در نتیجه کاهش خودکشی یک هدف مهم بین المللی محسوب می گردد (۲). از میان ۲۴۰ دلیل مختلف برای وقوع مرگ، خودکشی و آسیب به خود چهاردهمین علت شایع برای از دست رفتن سال های زندگی می باشد، گرچه در کشورهایمانند استرالیا، ژاپن و ایالات متحده خودکشی به ترتیب چهارمین، پنجمین و هفتمین علت شایع برای از دست رفتن سال های زندگی می باشد. علاوه بر این، مطالعات اپیدمیولوژیک انجام در ایالات متحده نشان می دهد که شیوع خودکشی بین افراد ۳۵ تا ۶۴ سال بین سالهای ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۰ حدود ۲۸٪ افزایش یافته و از ۱۴ نفر در ۱۰۰ هزار نفر به ۱۸ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر رسیده است (۳). بررسی های انجام شده دو دهه اخیر در زمینه اپیدمیولوژی خودکشی در ایران نشان می دهد که شیوع خودکشی و اقدام به آن در بیشتر استان های کشور به ویژه در میان نوجوانان و جوانان رو به افزایش است. رضائیان بر اساس داده های سازمان بهداشت جهانی میزان خودکشی برای گروه سنی ۱۴ تا ۵ سال را ۰/۸ برای جنس مذکر و ۰/۲ برای جنس مؤنث، برای گروه سنی ۲۹ تا ۱۵ سال ۷/۶ برای جنس مذکر و ۸/۶ برای جنس مؤنث، برای گروه سنی ۴۴ تا ۳۰ سال ۷/۶ برای جنس مؤنث و ۶/۲ برای جنس مذکر، برای گروه سنی ۵۹ تا ۴۵ سال ۸/۵ برای جنس مذکر و ۴/۴ برای جنس مؤنث و برای گروه سنی بالای ۶۰ سال ۱۰/۸ برای جنس مذکر و ۷ برای جنس مؤنث در ۱۰۰۰۰۰ نفر

گزارش کرده است که نشان دهنده مقادیر متفاوت برای گروه های سنی مختلف در ناحیه مدیترانه شرقی می باشد (۴). عوامل متعددی بعنوان عوامل خطر اقدام به خودکشی معرفی شده است که از این میان وجود شرح حال قبلی خودکشی قوی ترین فاکتور پیش بینی کننده خودکشی در آینده می باشد. یکی از هر ۱۰۰ بازمانده اقدام به خودکشی در عرض یک سال از زمان تلاش برای خودکشی، جان خود را از دست خواهد داد، خطری که تقریباً ۱۰۰ برابر جمعیت عمومی است (۵). پس از یک اقدام به خودکشی، خطر خودکشی موفق بعدی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، افسردگی عمده تک قطبی، و اختلال دوقطبی بیشترین مقدار است. اینگونه تخمین زده می شود که حدود ۱۰ تا ۴۰ اقدام ناموفق به خودکشی قبل از هر اقدام موفق رخ می دهد. در درجه بعد، سابقه بیماری روانپزشکی نیز یک پیش بینی کننده قوی خودکشی محسوب می شود (۶). مطالعات نشان می دهند که بیش از ۹۰ درصد بیمارانی که اقدام به خودکشی می کنند یک اختلال روانپزشکی دارند و همچنین ۹۵ درصد بیمارانی که با موفقیت خودکشی می کنند تشخیص اختلال روانپزشکی قبلی دارند (۲). شدت بیماری روانی با خطر خودکشی ارتباط دارد. به عنوان مثال، یک مطالعه متا آنالیز نشان داد که خطر اقدام به خودکشی در بیمارانی که در بخش روانپزشکی بستری شده اند ۸٫۶٪، در بیمارانی که به صورت سرپایی تحت درمان قرار گرفته اند ۲٫۲٪ و در جمعیت عمومی کمتر از ۰٫۵٪ می باشد (۷). خودکشی ممکن است در روزها و هفته های پس از بستری شدن در بخش روانپزشکی بیشتر باشد. در یک بررسی سیستماتیک، ۴۱ درصد از کسانی که خودکشی کرده اند، ظرف یک سال قبل در بخش روان بستری بوده اند و همچنین ۹ درصد از خودکشی ها در عرض یک روز پس از ترخیص رخ داده است (۸). اختلالات روانی که بیشتر با خودکشی همراه است شامل افسردگی، اختلال دوقطبی، اعتیاد به الکل یا سایر مواد، اسکیزوفرنی، اختلالات شخصیتی، اختلالات اضطرابی، اختلالات استرس پس از سانحه^۱

^۱ PTSD

می‌شود، بلکه راه و روشی که بوسیله آن اشخاص به عوامل استرس زا پاسخ می‌دهند نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. لینهام و همکاران بیان کردند که افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، نسبت به سایر افراد با مشکلات بیشتری در زمینه حل و فصل مشکلات بین فردی مواجه هستند (۱۵). مطالعات نشان می‌دهند افرادی که دست به خودکشی می‌زنند دارای توانایی کمتر در زمینه در نظر گرفتن راهکارهای مختلف هستند (۱۶)، تفکر انعطاف پذیری ندارند (۱۷، ۱۸) و در پشت سر گذاشتن سختی‌ها و استرس‌ها دچار مشکل هستند (۱۹).

بطور کلی میتوان مکانیسم‌های مقابله‌ای را به دو دسته کارآمد یا سازگارانه و ناکارآمد یا ناسازگارانه تقسیم نمود. مکانیسم‌های سازگارانه مانند رویکرد "حل مسئله" و "جستجوی حمایت اجتماعی" با تقابل منطقی با منشا استرس‌ها و عواطف منفی و در نتیجه کنترل آنها همراه است. در حالیکه مکانیسم‌های ناسازگارانه مانند "دوری جویی"، "تفکر رویاگونه"، "خویش‌داری" و "گریز و اجتناب" منجر به عدم کنترل مناسب استرس و در نتیجه تصمیمات اشتباه، کاهش سلامت جسمانی و افزایش مصرف مواد مخدر می‌شود (۲۰). مهدی زادگان و همکاران (۲۱) در سال ۲۰۱۶ میلادی و در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به بررسی انواع مکانیسم‌های مقابله‌ای پرداختند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که ارتباط معنی داری میان مکانیسم‌های مقابله‌ای و بروز افسردگی وجود دارد، بطوریکه مکانیسم‌های دوری جویانه مانند گریز و اجتناب و دوری جویی باعث افزایش بروز افسردگی در افراد می‌شود. علاوه بر این بهزاری پور و همکاران در مطالعه‌ای که در تهران و بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد نشان دادند که بیماران مبتلا به سرطان نسبت به جمعیت عمومی در مقابله با افراد سالم، در مقابله با رویدادهای فشارزای زندگی بیشتر از مکانیسم‌های هیجان مدار استفاده می‌کنند. مکانیسم‌های مساله محور مناسب‌ترین شیوه کنترل استرس محسوب شده و استفاده از آن با سلامتی روان ارتباط مستقیم دارد. از طرفی شیوه‌های

و هذیان^۱ می‌باشد (۹). در میان اختلالات روانی، ناامیدی^۲ به شدت با خودکشی همراهی دارد. به عنوان مثال، در یک مدل چند متغیره، ناامیدی ۱۰۳ برابر مهم تر از افسردگی در توضیح ایده سازی خودکشی بود. نکته قابل توجه این است که ناامیدی ممکن است حتی پس از برطرف شدن علائم افسردگی باقی بماند (۱۰). بر اساس تئوری شناختی، تلاش برای خودکشی ناشی از عدم توانایی شخصی برای تشخیص و حل مشکل در زمان مواجه با مشکل می‌باشد (۱۱). بررسی‌های انجام شده در زمینه ویژگی‌های شخصیتی و شیوه رویارویی با مشکلات در افرادی که اقدام به خودکشی نموده‌اند نشان می‌دهد که درصد بالایی از این افراد با مشکلات و یا اختلالات شخصیتی روبرو هستند. بیشتر آنها پیش از اقدام به خودکشی استرس‌های روانی-اجتماعی بیشتری را در مقایسه با گروه شاهد تجربه نموده‌اند و البته در هنگام مقابله با این مشکلات، شیوه‌های مقابله هیجان مدار را انتخاب نموده‌اند. برخی از پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان داده‌اند که عوامل فشارزای زندگی به تنهایی نمی‌توانند وضعیت سلامت افراد را پیشینی کنند و لازم است متغیرهای دیگری مانند مهارت‌های مقابله‌ای و شبکه حمایت اجتماعی نیز در نظر گرفته شوند (۱۲). مهارت‌های مقابله‌ای روشهایی هستند که برای هر اقدامی در دسترس فرد قرار دارند. داشتن مجموعه‌ای کارآمد از مهارت‌های مقابله‌ای احساس خود کنترلی و خودهدایتی را در فرد بیشتر می‌کند، ولی وقتی آسیب پذیری فرد زیاد باشد فرد در برابر فشار روانی خفیف نیز رفتار غیرانطباقی نشان می‌دهد. از طرفی هر چه منابع افراد برای مقابله بهتر باشد کمتر احتمال دارد گرفتار موقعیت‌هایی شوند که در برابر آنها آسیب پذیرند (۱۳).

مکانیسم‌های مقابله‌ای به عنوان یک عامل درونی، واکنش فرد به استرس‌های درونی یا بیرونی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مطالعات متعددی نقش مکانیسم‌های مقابله‌ای را بعنوان یک بافر در مقابل ایجاد اختلالات روانپزشکی در اثرات عوامل استرس زای مختلف نشان داده‌اند (۱۴). به نظر می‌رسد که تنها این عامل استرس زا نیست که منجر به تصمیمات و عواقب خطرناک

² Hopelessness

¹ Delirium

جز اقدام به خودکشی بستری شده بودند نیز به همین صورت نمونه گیری صورت گرفت (افراد گروه کنترل نیز - به جز مسمومیت عمدی - شرایطی را که به عنوان معیارهای ورود ذکر شده اند را شامل می شوند). در نهایت نمونه گیری در هر دو گروه تا تکمیل حجم نمونه ادامه یافت. جمع آوری اطلاعات با استفاده از چک لیستی شامل اطلاعات دموگرافیک و سابقه خودکشی، سابقه مصرف مواد مخدر و داروی روانپزشکی صورت گرفت. برای بررسی مکانیسم های مقابله ای از پرسشنامه لازاروس که روایی و پایایی نسخه فارسی آن در مطالعات متعدد نشان داده شده است (۲۴، ۲۵) استفاده شد.

این پرسشنامه بر مبنای نظریه لازاروس - فولکمن و مشتمل بر ۶۶ گویه طراحی شده و شامل ۸ مقیاس است: ۱- مقابله رویا رویگری: توصیف کننده تلاشهای پرخاشگرانه جهت تغییر موقعیت بود و درجاتی از خصومت و خطر طلبی را ارائه می دهد. ۲- دوری جویی: توصیف کننده تلاشهای شناختی برای جدا کردن خویش و به حداقل رسانیدن اهمیت موقعیت است. ۳- خویشتن داری: توصیف کننده تلاشهایی است که احساسات و اعمال فرد را تنظیم میکند. ۴- جستجوی حمایت اجتماعی: توصیف کننده تلاشهایی که در جستجوی حمایت اطلاعاتی و هیجانی هستند. ۵- مسئولیت پذیری: توصیف کننده پذیرش نقش خویش در مشکل است که همواره با تلاش در جهت قرارداد هر چیزی بجای درست همراه است. ۶- گریز و اجتناب: توصیف کننده تفکر آرزویی و تلاشهای رفتاری جهت گریز و اجتناب از مشکل است. ۷- حل مدیرانه مساله: توصیف کننده تلاشهای اندیشمندانه مشکل مدار جهت تغییر موقعیت است. ۸- باز برآورد مثبت: توصیف کننده تلاش هایی است که با تمرکز بر رشد شخصی معنای مثبت می آفریند، این مقیاس معنای مذهبی دارد. نمرات حاصل توصیف کننده تلاش مقابله ای برای هر یک از هشت نوع مقابله است و مجموع پاسخهای آزمودنی به مواد تشکیل دهنده مقیاس می باشد. افراد به هر ماده روی یک مقیاس چهار گزینه ای لیکرت پاسخ می دهند که بسامد هر راهبرد را به این شکل نشان می دهد: صفر نشانگر "بکار نبردم"، یک نشانگر "خیلی کم بکار بردم"، دو نشانگر "تا حدی بکار بردم"

هیجان مدار میتواند باعث کاهش تلاش فرد جهت حل مشکل شوند و به این ترتیب مشکل فرد به صورت مزمن در می آید (۲۲). با اینحال تا کنون مطالعه ای در ایران در جهت بررسی ارتباط میان مکانیسم های مقابله ای و اقدام به خودکشی انجام نشده است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی مکانیسم های مقابله ای در افرادی است که اقدام به خودکشی نموده اند طراحی شده است. انتظار می رود شناخت این مکانیسم ها و آموزش صحیح با محوریت اصلاح مکانیسم های مقابله ای که به صورت نادرست توسط افراد استفاده می شود و در نتیجه فرد دست به خودکشی می زند، بتواند وقوع خودکشی را در جامعه کاهش دهد.

روش کار

این مطالعه به صورت مورد شاهدی پس از تصویب طرح، در بخش مسمومین بیمارستان امام رضا (ع) و با نمونه گیری به صورت در دسترس اجرا شد. این پژوهش در کمیته اخلاق سازمانی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد (شماره IR.MUMS.MEDICAL.REC.1398.919) مصوب گردیده است. در مطالعه شاکری و همکاران (۲۳) نمره استفاده از شیوه مقابله ای متمرکز بر هیجان در گروه مورد و شاهد به ترتیب معادل $13/9 \pm 4/7$ و $10/4 \pm 4/7$ گزارش گردیده است. همچنین نمره شیوه مقابله ای متمرکز بر حل مساله در دو گروه فوق به ترتیب معادل $6/1 \pm 4/6$ و $5/3 \pm 12/9$ گزارش شده است. با استفاده از فرمول مقایسه یک صفت کمی در دو گروه، با در نظر گرفتن خطای الفای ۵ درصد و توان ۸۰ درصد، با استناد به شاخص متمرکز بر هیجان در هر گروه حداقل ۲۹ نفر و با استناد به شاخص متمرکز بر حل مساله در هر گروه حداقل ۹ نفر نیاز می باشد. حجم نمونه بزرگتر مدنظر قرار گرفته و با احتساب ۲۵ درصد ریزش در نهایت ۸۰ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از مسمومیت عمدی، رضایت به شرکت در مطالعه، سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال و معیارهای خروج از مطالعه عبارت بود از سابقه اختلال روانپزشکی، وضعیت نامناسب پزشکی که مانع پاسخ به سوالات شود. برای جمع آوری گروه شاهد، از سایر بیماران بستری شده در بخش که به دلیلی به

نتایج

در مجموع ۸۰ نفر وارد مطالعه شدند که ۴۰ نفر در گروه مورد و ۴۰ نفر در گروه شاهد بودند. همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است سن افراد حاضر در گروه مرد به طور معنی داری پایین تر از افراد گروه شاهد بود. همچنین اغلب افراد حاضر در گروه مورد را زنان و اغلب افراد حاضر در گروه شاه را مردان تشکیل می دادند که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود. در خصوص سابقه اقدام قبلی به خودکشی، مصرف موارد مخدر و مصرف داروی روانپزشکی نیز تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه مورد و شاهد وجود داشت.

و سه نشانگر "به مقدار زیاد بکار بردم" است. در نهایت این ۸ زیر مقیاس در قالب دو زیر مقیاس کلی راهبرد هیجان محور و راهبرد مسأله محور خلاصه می شوند.

داده ها پس از استخراج از پرسشنامه وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ شد. توصیف جامعه توسط آنالیزهای توصیفی از جمله فراوانی و درصد فراوانی برای متغیرهای کیفی و میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی انجام شد. برای مقایسه های داده های کمی در دو گروه در صورت توزیع نرمال داده ها از آزمون Student-t استفاده شد. برای بررسی متغیرهای کیفی با مقیاس اسمی از آزمون Exact Fisher استفاده شد. تمامی آزمون ها دو طرفه و در تمامی محاسبات سطح معنی داری $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. مقایسه مشخصات پایه در دو گروه مورد و شاهد

سطح معنی داری	گروه شاهد (۴۰ نفر)	گروه مورد (۴۰ نفر)		
۰/۰۱*	۳۰/۳ ± ۱۲/۹	۲۴/۳ ± ۷/۳	سن (سال)	
<۰/۰۰۱**	۳۰ (۷۵٪)	۱۱ (۲۷/۵٪)	مرد	
	۱۰ (۲۵٪)	۲۹ (۷۲/۵٪)	زن	
<۰/۰۰۱**	۲ (۵٪)	۲۷ (۶۷/۵٪)	سابقه قبلی اقدام به خودکشی	
<۰/۰۰۱**	۲۷ (۶۷/۵٪)	۲ (۵٪)	مصرف مواد مخدر	
<۰/۰۰۱**	۵ (۱۲/۵٪)	۲۱ (۵۲/۵٪)	دریافت داروی روانپزشکی	

*آزمون Student-t

**آزمون Fisher Exact

مربوط به مکانیسم "رویاگونه" و "گریز و اجتناب" در گروه اقدام کنندگان به خودکشی بیشتر بوده که البته این تفاوت معنی دار نبوده است. لازم به ذکر است که دو مکانیسم "هیجان محور" و "دوری جویی" تقریباً امتیاز برابری در دو گروه تحت مطالعه کسب نموده اند. (جدول ۲)

همانطور که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، امتیاز مربوط به مکانیسم های "خویشتن داری"، "جستجوی حمایت اجتماعی"، "بازبرآورد مثبت"، "مساله محور"، "حل مدبرانه مسائل" و "مسئولیت پذیری" در گروه اقدام کنندگان به خودکشی کمتر از گروه شاهد می باشد؛ با اینحال فقط در سه مورد اول این تفاوت معنی دار بوده است. از طرف مقابل، امتیاز

جدول ۲. مقایسه انواع مکانیسم های مقابله ای در میان گروه مورد و شاهد

سطح معنی داری*	گروه شاهد (۴۰ نفر)	گروه مورد (۴۰ نفر)	مکانیسم های مقابله ای
۰/۱	۷/۵۷ ± ۲/۲۹	۸/۶۵ ± ۳/۴۰	رویاگونه
۰/۶۳	۶/۸۲ ± ۳/۵۰	۶/۴۵ ± ۳/۶۲	دوری جویی
۰/۰۱	۱۰/۶۵ ± ۳/۳۱	۸/۷۲ ± ۳/۶۷	خویشتن داری
۰/۰۴	۸/۳۰ ± ۳/۵۴	۶/۶۲ ± ۳/۶۱	جست و جو حمایت اجتماعی
۰/۲۸	۶/۳۲ ± ۲/۲۴	۵/۷۷ ± ۲/۳۴	مسئولیت پذیری
۰/۶۵	۱۰/۲۵ ± ۴/۲۴	۱۰/۶۷ ± ۴/۰۹	گریز و اجتناب
۰/۱۷	۸/۳۲ ± ۲/۷۳	۷/۴۷ ± ۲/۷۸	حل مدبرانه مساله
۰/۰۲	۱۱/۶۷ ± ۴/۱۴	۹/۶۰ ± ۳/۶۹	بازبرآورد مثبت
۰/۱۴	۳۴/۶۲ ± ۹/۳۵	۲۹/۴۷ ± ۸/۸۸	مسأله محور
۰/۶۸	۳۵/۳۰ ± ۷/۹۶	۳۴/۵۰ ± ۹/۶۴	هیجان محور

Student-t آزمون**

داری (P=0.03) بیشتر از این مکانیسم استفاده کرده اند، این در حالیست که در جمعیت مردان، استفاده از این مکانیسم در گروه شاهد بیشتر بوده است. (البته تفاوت آن از نظر آماری معنی دار نبوده است).

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، در امتیاز مربوط به مکانیسم های مختلف میان دو جنس تفاوت هایی وجود دارد که از این بین برجسته ترین آن در مورد مکانیسم گریز و اجتناب وجود دارد. در جمعیت زنان گروه مورد به صورت معنی

جدول ۳. مقایسه انواع مکانیسم های دفاعی در گروه مورد و شاهد به تفکیک جنسیت

سطح معنی داری*	گروه شاهد (۴۰ نفر)	گروه مورد (۴۰ نفر)	مکانیسم های مقابله ای
۰/۶۱	۶/۷۰ ± ۲/۱۱	۸/۴۱ ± ۳/۱۶	زنان رویاگونه
۰/۶۹	۵/۹۰ ± ۲/۶۸	۶/۳۱ ± ۳/۱۲	دوری جویی
۰/۲۰	۱۰/۳۰ ± ۳/۳۰	۸/۶۶ ± ۳/۵۳	خویشتن داری
۰/۹۲	۶/۳۰ ± ۳/۴۶	۶/۴۱ ± ۳/۶۱	جست و جو حمایت اجتماعی
۰/۷۳	۶/۰۰ ± ۲/۱۶	۵/۷۲ ± ۲/۳۴	مسئولیت پذیری
۰/۰۳	۸/۸۰ ± ۲/۴۴	۱۱/۰۶ ± ۳/۶۶	گریز و اجتناب
۰/۸۴	۷/۴۰ ± ۱/۷۱	۷/۵۵ ± ۳/۰۳	حل مدبرانه مساله
۰/۲۳	۱۱/۴۰ ± ۳/۸۳	۹/۶۸ ± ۳/۳۳	بازبرآورد مثبت
۰/۵۳	۳۱/۱۰ ± ۶/۸۷	۲۹/۳۷ ± ۹/۱۴	مسأله محور
۰/۲۹	۳۱/۷۰ ± ۶/۱۶	۳۴/۴۴ ± ۹/۰۱	هیجان محور
۰/۳۰	۷/۸۶ ± ۲/۳۱	۹/۲۷ ± ۴/۰۷	مردان رویاگونه

۰/۸۴	$۷/۱۳ \pm ۳/۷۲$	$۶/۸۱ \pm ۴/۸۵$	دوری جویی
۰/۲۰	$۱۰/۷۶ \pm ۳/۳۷$	$۸/۹۰ \pm ۴/۲۰$	خویشتن داری
۰/۱۸	$۸/۹۶ \pm ۳/۳۶$	$۷/۱۸ \pm ۳/۷۶$	جست و جو حمایت اجتماعی
۰/۵۴	$۶/۶۳ \pm ۲/۲۹$	$۵/۹۰ \pm ۲/۴۶$	مسئولیت پذیری
۰/۵۴	$۱۰/۷۳ \pm ۴/۶۲$	$۹/۶۳ \pm ۵/۱۰$	گریز و اجتناب
۰/۱۱	$۸/۶۳ \pm ۲/۹۶$	$۷/۲۷ \pm ۲/۱۰$	حل مدبرانه مساله
۰/۱۵	$۱۱/۷۶ \pm ۴/۲۹$	$۹/۳۶ \pm ۴/۶۷$	بازبرآورد مثبت
۰/۰۶	$۳۵/۸۰ \pm ۹/۸۶$	$۲۹/۷۲ \pm ۸/۵۹$	مسأله محور
۰/۶۳	$۳۶/۵۰ \pm ۸/۲۲$	$۳۴/۶۳ \pm ۱۱/۶۷$	هیجان محور

*آزمون Student-t

بحث

ریسک فاکتورهای خودکشی می باشند، تمایل به خودکشی در آنها مشاهده نمی شود. بنابراین این افراد دارای توانایی هایی هستند که افراد اقدام کننده به خودکشی فاقد آن هستند. مشاهدات نشان می دهد که ممکن است فاکتورهای حمایتی در این افراد وجود داشته باشد که تأثیرات عوامل خطر را در این افراد کاهش می دهد. از جمله این توانایی ها استفاده از مهارت های مقابله می باشد (۱۳). مقابله به روش مواجهه با دشواریها و کوشش برای غلبه بر آنها اشاره دارد. مهارت های مقابله ای روش هایی هستند که برای هر اقدامی در دسترس فرد قرار دارند. داشتن مجموعه ای کارآمد از مهارت های مقابله ای احساس خود کنترلی و خودهدایتی را در فرد بیشتر می کند، ولی وقتی آسیب پذیری فرد زیاد باشد فرد در برابر فشار روانی خفیف نیز رفتار غیرانطباقی نشان می دهد از طرفی هر چه منابع افراد برای مقابله بهتر باشد کمتر احتمال دارد گرفتار موقعیت هایی شوند که در برابر آنها آسیب پذیرند (۲۷).

یک مطالعه که توسط ووتا و همکاران در سال ۲۰۰۳ و بر روی افراد جوان و بی خانمان انجام شد (۲۰)، نشان داد که میان استفاده از مکانیسم های ناسازگار یا ناکارآمد، شامل "دوری جویی"، "تفکر رویاگونه"، "خویشتن داری" و "گریز و اجتناب" با افکار خودکشی، سابقه قبلی خودکشی، علائم افسردگی و اختلالات رفتاری ارتباط مستقیم وجود دارد؛ علت

طراحی این مطالعه جهت بررسی رابطه میان مکانیسم های مقابله ای مختلف با اقدام به خودکشی انجام شده است تا بتوان با شناخت این ارتباط در پیشگیری و کاهش اقدام به خودکشی اقدام کرد. در این مطالعه نشان داده شد که مکانیسم های "خویشتن داری"، "جستجوی حمایت اجتماعی"، "بازبرآورد مثبت"، "مساله محور"، "حل مدبرانه مسائل" و "مسئولیت پذیری" در گروه اقدام کنندگان به خودکشی کمتر از گروه شاهد می باشد؛ به این معنی که وجود این مکانیسم های مقابله ای در افراد می تواند فرد را از اقدام به خودکشی بازدارد. لازم به ذکر است که این تفاوت تنها در سه مکانیسم اول، یعنی "خویشتن داری"، "جستجوی حمایت اجتماعی" و "بازبرآورد مثبت" از نظر آماری معنی دار بوده است. از طرفی امتیاز مربوط به مکانیسم "رویاگونه" و "گریز و اجتناب" در گروه اقدام کنندگان به خودکشی بیشتر بوده که به معنی وجود ارتباط مثبت میان این دو مکانیسم و اقدام به خودکشی می باشد. البته این ارتباط در مطالعه حاضر معنی دار نبوده است. دو مکانیسم "هیجان محور" و "دوری جویی" نیز در دو گروه امتیاز تقریباً برابری کسب نموده اند.

بر اساس تئوری شناختی، تلاش برای خودکشی ناشی از عدم توانایی شخصی برای تشخیص و حل مشکل در زمان مواجهه با مشکل می باشد (۲۶). مطالعات زیادی عوامل خطر خودکشی را مورد بررسی قرار داده اند ولی بسیاری از افرادی که در معرض

خودکشی در آنها افزایش بیشتری می‌یابد. یافته‌های مطالعه حاضر نیز در راستای این داده‌ها می‌باشد. همانطور که گفته شد، در مطالعه ما نیز مکانیسم گریز و فرار در کنار مکانیسم رویاگونه با افزایش اقدام به خودکشی همراه بوده است.

ژیا و همکاران (۳۱) در مطالعه‌ای به بررسی ارتباط میان سلامت روان، مکانیسم‌های مقابله‌ای و اقدام به خودکشی پرداختند. در این مطالعه بیش از ۳۰۰۰ کارگر چینی تحت مشاوره قرار گرفتند و از نظر خطر خودکشی، مکانیسم‌های تطابقی و سلامت روان (افسردگی، استرس و اختلالات اضطرابی) ارزیابی شدند. تئوری مطرح شده در این مقاله بیان می‌کند که مکانیسم‌های مقابله‌ای در واقع یک عامل تعدیل کننده میان استرس‌های محیطی و افکار خودکشی هستند که بسته به نوع مکانیسم دفاعی، می‌توانند باعث تشدید یا کنترل افکار و رفتار مربوط به خودکشی شوند. نکته جالب توجه در مورد نتایج این مطالعه این است که نه تنها سلامت روان مختل و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد و منفی به صورت غیر وابسته باعث افزایش احتمال خودکشی در افراد می‌شود، بلکه سلامت ضعیف روان (اضطراب و افسردگی) باعث افزایش استفاده از مکانیسم‌های تطابقی ناکارآمد شده و در نتیجه به صورت غیر مستقیم نیز باعث افزایش احتمال خودکشی می‌شود. علاوه بر این مطالعه دیگری که در ایالات متحده و در سال ۲۰۰۳ انجام شد نیز ارتباط میان افسردگی و استفاده از مکانیسم‌های تطابقی منفی و ناسازگار را اثبات کرده است (۳۲). در دو مطالعه در ایران بر روی ۷۰۲ اقدام کننده به خودکشی (۳۳)، و ۴۴ بیمار اقدام کننده به خودسوزی (۳۴)، شایع ترین مکانیسم مقابله‌ای استفاده شده رویکرد هیجانی بوده است. کاینه و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که میزان استفاده از مکانیسم‌های تطابقی رویاگونه و دوری جویی در میان بیماران مبتلا به افسردگی بیشتر از گروه شاهد می‌باشد (۳۵). در مطالعه ما شیوع استفاده از داروهای روانپزشکی میان گروه اقدام کنندگان به خودکشی به صورت معنی داری بیشتر از گروه شاهد بوده است که این به معنی وجود اختلالات روانپزشکی بیشتر در این افراد می‌باشد. با این حال با توجه به مقطعی بودن مطالعه ما، نمی‌توان وجود رابطه علیتی و

ناکارآمدی این مکانیسم‌ها این موضوع است که تلاش برای سرکوب یا گریز می‌تواند تخریب کننده باشد و منجر به افزایش اضطراب و افکار مضطربانه و تلاش برای گریز و سرکوب مجدد آن شود که این موارد در نهایت باعث مدیریت نامناسب استرس‌ها و موقعیت‌های دردناک شده و با تصمیمات تکانه‌ای و خطرناک همراه است. نویسندگان این مطالعه بیان می‌کنند که وجود مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد گرچه به تنهایی پیش بینی کننده اقدام به خودکشی نمی‌باشند، ولی در صورت همراهی با سایر عوامل خطر مانند افسردگی، باعث افزایش خطر اقدام به خودکشی می‌شوند. بنابراین با توجه به شیوع بالای افسردگی در ایران (۲۸) و نیز به طور مشخص شیوع اختلالات خلقی در بین بستری شدگان در بیمارستان روانپزشکی مشهد (۵۱٪ از زنان و ۳۷٪ از مردان) (۲۹)، به نظر می‌رسد توجه به سایر عوامل خطر مانند مکانیسم‌های تطابقی ناسازگارانه، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. یافته‌های مطالعه ما نیز در راستای یافته‌های فوق می‌باشد؛ در مطالعه ما مکانیسم‌های تفکر رویاگونه و گریز و اجتناب در گروه اقدام کنندگان به خودکشی بیشتر دیده شده است؛ با اینحال این تفاوت در مطالعه ما معنی دار نبوده است که می‌تواند بعلت جامعه آماری نسبتاً کوچک باشد.

علاوه بر این، شارون و همکاران (۳۰) با طراحی یک مطالعه بر روی ۷۱ بیمار که بدنبال اقدام به خودکشی به بیمارستان مراجعه کرده بودند و مقایسه آنها با سایر بیمارانی که بدلائل دیگری بجز خودکشی بستری شده بودند، به بررسی ارتباط میان مکانیسم‌های تطابقی، تنش‌های بین فردی و اقدام به خودکشی پرداختند. در این مطالعه نشان داده شد که گرچه تنش‌های بین فردی در روابط اجتماعی فرد، یک عامل خطر مجزا و معنی دار برای اقدام به خودکشی است، با اینحال مکانیسم تطابقی گریز و فرار نیز باعث افزایش احتمال اقدام به خودکشی می‌شود. مکانیسم گریز و فرار بر پایه ترس از مشکلات ایجاد می‌شود و با دوری جستن از استرس تظاهر می‌یابد. مثال‌هایی از این مکانیسم عبارتند از: "من از موقعیت‌های ناخوشایند دوری می‌کنم" یا "من به مراسمات خاکسپاری نمی‌آیم". یافته‌های مطالعه فوق نشان داد که هرچه افراد بیشتر از مکانیسم گریز و فرار استفاده می‌کنند، خطر اقدام به

تاخر و تاقدم میان اختلالات روانپزشکی و استفاده از مکانیسم‌های تطابقی ناکارآمد را اثبات نمود.

از دیگر یافته‌های مطالعه، بیشتر بودن جمعیت زنان در گروه اقدام کنندگان به خودکشی می‌باشد. مطالعات گذشته نیز نشان می‌دهند که زنان تقریباً دو برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند (۳۶)، اما مردان سه برابر بیشتر خودکشی کامل و موفق انجام می‌دهند (۳۷) که به نظر می‌رسد این تفاوت در درجه اول مربوط به کشنده تر بودن روش انتخاب شده (به عنوان مثال، سلاح گرم، حلق آویز کردن، یا سقوط) توسط مردان باشد (۳۸)، که علت آن احتمالاً میل بیشتر به خودکشی، آگاهی بیشتر از انواع آلات خودکشی، اهمیت کمتر به آسیب‌های ظاهری وارد شده به خود پس از اقدام به خودکشی و یا وجود خشم بیشتر در آنها می‌باشد. آسیب به خود در خانم‌ها عمدتاً بعنوان ابزاری برای بروز وضعیت آشفته ذهنی و یا تغییر رفتار و عکس‌العمل اطرافیان مورد استفاده قرار می‌گیرد. درحالی‌که در آقایان آسیب به خود عمدتاً به قصد خودکشی انجام می‌شود (۳۹، ۴۰). علاوه بر این مطالعات ثابت کرده اند که عمده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که دست به خودکشی می‌زنند مردان می‌باشند (۴۱) و استفاده از مواد مخدر عمدتاً در مردانی که اقدام به خودکشی می‌کنند دیده می‌شود (۴۱). در مطالعه ای که توسط خادم رضاییان و همکاران در استان خراسان رضوی انجام شد، بروز خودکشی ۲۱ در هر صد هزار نفر جمعیت برآورد شد و ۷۶٪ از اقدام کنندگان به خودکشی را زنان تشکیل می‌دادند. همچنین شایعترین روش اقدام به خودکشی مسمویت دارویی (۸۱٪) و شایعترین دلیل اقدام به خودکشی تعارضات خانوادگی (۴۷٪) بود (۴۲).

مطالعه ما نشان داد که سابقه اقدام به خودکشی در افرادی که با شکایت اقدام به خودکشی در بیمارستان بستری شده بودند (۶۷/۵٪) به صورت معنی داری بیشتر از گروه شاهد (۵٪) بوده است که این یافته در راستای نتایج مطالعات پیشین نشان می‌دهد که سابقه اقدام قبلی، یک ریسک فاکتور برای اقدام به خودکشی در آینده به شمار می‌رود. یک مطالعه مرور سیستماتیک که توسط

ماسانگو و همکاران و در افریقا جنوبی انجام شد نشان داد که حدود ۵۰٪ از کسانی که به دلیل خودکشی جان خود را از دست داده اند، قبلاً حداقل یکبار اقدام به خودکشی ناموفق داشته اند. همچنین نتایج مطالعه فوق نشان می‌دهد که احتمال اقدام به خودکشی در آینده با تعداد دفعاتی که فرد در گذشته اقدام به خودکشی نموده است رابطه مستقیم دارد (۴۳). با اینحال در مطالعه ای که در هرمزگان و توسط یوسفی و همکاران انجام شد (۴۴)، تنها ۱۱/۵٪ از افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند شرح حال اقدام قبلی را ذکر می‌کردند. این تفاوت (میان مشهد و هرمزگان) شاید به دلیل این باشد که در منطقه کنونی اقدام کنندگان به خودکشی به دنبال اقدام به خودکشی به پاسخ مطلوب و مورد نظر خود دست نمی‌یابند و لذا تصمیم به تکرار آن می‌گیرند، و یا در هنگام مصاحبه و گرفتن شرح حال در ارائه این قسمت بزرگنمایی می‌کنند. البته باید توجه داشت که در مطالعه ای که در مشهد و بر روی اقدام کنندگان به خودکشی انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که هرچند تفکر درباره خودکشی پیشگویی کننده قوی تری برای اقدام خودکشی نسبت به برنامه ریزی برای خودکشی می‌باشد، اما سهم قابل توجهی از افراد طیف خودکشی (تفکر، برنامه ریزی، اقدام) را به طور کامل طی نکرده و بدون تفکر و برنامه ریزی، دست به اقدام به خودکشی می‌زنند (۴۵).

بطور کلی ۹۰٪ از کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، یک اختلال ذهنی^۱ قابل تشخیص دارند (۴۶) و حدود یک چهارم از افرادی که دست به خودکشی می‌زنند، در یک سال پیش از خودکشی توسط یک روانشناس یا روانپزشک معاینه شده اند (۴۷). افسردگی شایع ترین اختلال روانپزشکی در اقدام کنندگان به خودکشی می‌باشد. برآوردها نشان می‌دهد که از هر صد هزار بیمار مرد مبتلا به افسردگی ۴۰۰ نفر و از هر صد هزار بیمار زن مبتلا به افسردگی ۱۸۰ نفر اقدام به خودکشی می‌کنند (۴۸)، (۴۹). احتمال اقدام به خودکشی در این بیماران معمولاً همزمان با بروز علائم بهبودی افزایش می‌یابد (۵۰). مطالعات انجام شده بر

¹ Mental disorder

مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر می باشد. بنابراین پیشنهاد می شود که یک پژوهش دیگر با تمرکز بر روی مکانیسم های تطابقی ناسازگار در جمعیت اقدام کنندگان به خودکشی انجام شود تا بتواند در کنار نتایج حاصل از این مطالعه، پایه قابل اعتمادی برای انجام اقدامات درمانی در جامعه هدف، یعنی افرادی که اقدام به خودکشی نموده اند، شود.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که علاوه بر ریسک فاکتورهای شناخته شده برای خودکشی از جمله استرس های محیطی و بین فردی، مکانیسم های تطابقی بعنوان یک عامل تعدیل کننده میان وقوع استرس و اقدام به خودکشی عمل می کنند؛ به این صورت که استفاده از مکانیسم های تطابقی ناکارآمد و ناسازگار مانند گریز و اجتناب، می تواند باعث افزایش، و استفاده از مکانیسم های تطابقی سازگار مانند خویش شدن، جستجوی حمایت اجتماعی و بازآورد مثبت باعث کاهش ریسک اقدام به خودکشی شود. بنابراین تلاش در جهت اصلاح مکانیسم تطابقی غلط، می تواند منجر به جلوگیری از خودکشی و در نتیجه کاهش شیوع آن در جامعه شود.

حمایت کنندگان

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بخش مسمومین بیمارستان امام رضا (ع) مشهد و مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی بابت حمایت ها و مساعدت هایشان سپاسگزاری می نمایم. این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه با کد ۹۸۰۸۰۸ بوده و به عنوان پایان نامه مقطع دکترای حرفه ای نویسنده اول انجام گردید.

تضاد منافع

هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

روس دانشجویان نیز نشان دهنده این است که باورهای غیرمنطقی و نشخوار فکری در زمره متغیرهای مرتبط با افکار خودکشی دانشجویان بوده و توانایی پیش بینی آن را دارند (۵۱). در مطالعه حاضر میزان استفاده از داروهای روانپزشکی به صورت معنی داری در افراد اقدام کننده به خودکشی بیشتر بوده است که این تایید کننده یافته های حاصل از سایر مطالعات، یعنی بیشتر بودن اختلالات ذهنی و روانپزشکی در این افراد می باشد. با اینحال در مطالعه ما اختلالات روانپزشکی و انواع آن به تفکیک مورد بررسی قرار نگرفته و تمرکز اصلی بر روی مکانیسم های تطابقی گذاشته شده است.

نتایج حاصل از این مطالعه به روانشناسان و روانپزشکان این قدرت را می دهد تا برنامه ریزی دقیق تر و هدفمندتری در برخورد با افرادی که اقدام به خودکشی نموده اند داشته باشند و از این طریق از وقوع مجدد این اتفاق جلوگیری کنند. به نظر می رسد مشاوره شناختی-رفتاری با هدف تغییر مکانیسم های تطابقی ناسازگار و جایگزین کردن آنها با مکانیسم های کارآمد، می تواند باعث مدیریت بهتر مشکلات و تقویت توان حل مساله در افراد شود. بنابراین برگزاری منظم جلسات مشاوره هدفمند می تواند گام موثری در جهت کاهش شیوع خودکشی در جوامع باشد.

از جمله محدودیت های مطالعه که ممکن است باعث کاهش دقت نتایج بدست آمده شده باشد، می توان به گذشته نگر بودن مطالعه و کم بودن جامعه آماری آن اشاره نمود. از جمله نقاط قوت این مطالعه آن است که با توجه به اینکه بخش مسمومین بیمارستان امام رضا (ع) یکی از بزرگترین و شناخته شده ترین مراکز در مشهد و همچنین در استان خراسان رضوی می باشد، لذا جامعه آماری استخراج شده از بیماران مراجعه کننده به آن مربوط به یک قشر خاص جامعه نمی باشد و قابلیت تأمیم پذیری بالایی دارد.

با توجه به کوچک بودن جامعه آماری ما، تعداد بسیاری از تفاوت های یافت شده میان گروه مورد و شاهد از نظر آماری معنی دار گزارش نشده است که این برخلاف نتایج حاصل از سایر

References

1. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1459-544.
2. Borges G, Nock MK, Abad JMH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010;71(12):21777.
3. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current psychiatry reports*. 2017;19(3):20.
4. Rezaeian M. Age and sex suicide rates in the Eastern Mediterranean Region based on global burden of disease estimates for 2000. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 13 (4), 953-960, 2007. 2007.
5. Oquendo MA, Volkow ND. Suicide: A Silent Contributor to Opioid-Overdose Deaths. *The New England journal of medicine*. 2018;378(17):1567-9.
6. Ivey-Stephenson AZ, Crosby AE, Jack SPD, Haileyesus T, Kresnow-Sedacca MJ. Suicide Trends Among and Within Urbanization Levels by Sex, Race/Ethnicity, Age Group, and Mechanism of Death - United States, 2001-2015. *Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries (Washington, DC : 2002)*. 2017;66(18):1-16.
7. Han B, Kott PS, Hughes A, McKeon R, Blanco C, Compton WM. Estimating the rates of deaths by suicide among adults who attempt suicide in the United States. *Journal of psychiatric research*. 2016;77:125-33.
8. Phillips JA, Hempstead K. Differences in U.S. Suicide Rates by Educational Attainment, 2000-2014. *American journal of preventive medicine*. 2017;53(4):e123-e30.
9. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *The New England journal of medicine*. 1997;337(13):910-5.
10. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *The American journal of psychiatry*. 2000;157(12):1925-32.
11. Fortinash KM, Worret PAH. *Psychiatric mental health nursing: Elsevier Health Sciences*; 2014.
12. Spann M, Molock SD, Barksdale C, Matlin S, Puri R. Suicide and African American teenagers: Risk factors and coping mechanisms. *Suicide and Life- Threatening Behavior*. 2006;36(5):553-68.
13. Sarason IG, Sarason BR. *Abnormal psychology: The problem of maladaptive behavior: Prentice-Hall, Inc*; 1987.
14. Cohen F, Lazarus RS. Coping with the stresses of illness. *health psychol ogy/F Cohen, R Lazarus*. 1979.
15. Linehan MM, Chiles JA, Egan KJ, Devine RH, Laffaw JA. Presenting problems of parasuicides versus suicide ideators and nonsuicidal psychiatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1986;54(6):880.

16. Rydin E, Åsberg M, Edman G, Schalling D. Violent and nonviolent suicide attempts—a controlled Rorschach study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1990;82(1):30-9.
17. Patsiokas AT, Clum GA, Luscomb RL. Cognitive characteristics of suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979;47(3):478.
18. Schotte DE, Clum GA. Suicide ideation in a college population: a test of a model. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1982;50(5):690.
19. Levenson M, Neuringer C. Problem-solving behavior in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1971;37(3):433.
20. Votta E, Manion I. Suicide, high-risk behaviors, and coping style in homeless adolescent males' adjustment. *Journal of adolescent health*. 2004;34(3):237-43.
21. Mehdizadegan I, Raeesi N. Relationship Of Religious Beliefs, Identity Styles And Personality Traits With Depression Among Female Students. *Scientific Research Quarterly of Woman and Culture*. 2016;7(26):33-54.
22. Behzadipur S, SepahMansour M, KeshavarziArshad F, Farzad V, Naziri G, Zamanian S. Effectiveness of Stress Management Based on Cognitive-Behavioral Intervention on Quality of Life and Coping Styles for Female with Breast Cancer. *Psychological Methods and Models*, 2013; 3(12): 29-46.
23. Shakeri J, Parvizifard A A, Sadeghi K, Moradi R. Personality Traits, Stress, Coping and Religious Attitudes among Individuals Attempting Suicide. *IJPCP* 2006; 12 (3) :244-250
24. Lim J, Bogossian F, Ahern K. Stress and coping in Singaporean nurses: a literature review. *Nursing & Health Sciences*. 2010;12(2):251-8.
25. Phillips JK. Exploring student nurse anesthetist stressors and coping using grounded theory methodology. *AANA journal*. 2010;78(6):474.
26. Beautrais A. Suicide in New Zealand II: A review of risk factors and prevention. *NZ Med J*. 2003;116(1175):U461.
27. F. Jahangir, M.R. Bazrafshan, A.R. Zangoee, T. Raeisi, (2009). Comparison of coping mechanisms used by suicidal attempt patients, and those without suicidal history, *Hormozgan Medical Journal*, 13(2), 109-113.
28. Montazeri A, Mousavi SJ, Omidvari S, Tavousi M, Hashemi A, Rostami T. Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010), *Payesh* 2013, 12(6), 567-594.
29. Khatibi Moghaddam H, Moharreri F, Rahmani Fard A, Khadem Rezaiyan M. Epidemiology of psychiatric disorders: The situation of Mashhad city during 2010-2016. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2017 Nov-Dec; 19(6): 451-60.
30. Josepho SA, Plutchik R. Stress, coping, and suicide risk in psychiatric inpatients. *Suicide and Life- Threatening Behavior*. 1994;24(1):48-57.
31. Xiao H, Li X, Zhou Z, Liu H, Hu C, Liu T, et al. Negative coping style mediates the relationship between negative mental and suicide risk among migrant workers in China. *Scientific Reports*. 2022;12(1):305.
32. Control CfD, Prevention. Mental health in the United States: health risk behaviors and conditions among persons with depression--new Mexico, 2003. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2005;54(39):989-91.

33. Khajedalui M, Khatibi Moghadam H, Goldani F, Nojar A, Khadem-Rezaiyan M . Coping strategies in suicide attempters *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2021 Sep-Oct; 23(5): 317-322.
34. Ahmadzade AM, Ahmadabadi A, Tavousi SH, Khadem-Rezaiyan M. Main Coping Style of Self-Immolation Patients. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*. 2024 Mar 15;30(4):225-32.
35. Coyne JC, Aldwin C, Lazarus RS. Depression and coping in stressful episodes. *Journal of abnormal psychology*. 1981;90(5):439.
36. Bolton JM, Belik SL, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(7):1139-49.
37. Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, Enns MW, Bienvenu OJ, Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depression and anxiety*. 2008;25(6):477-81.
38. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2018;212(5):279-86.
39. Hawton K, Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *The British Journal of Psychiatry*. 1988;152(3):359-66.
40. Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hulten A, Bille-Brahe U, Bjerke T, et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1998;52(3):191-4.
41. Hawton K, Van Heeringen K. *The international handbook of suicide and attempted suicide*: John Wiley & Sons; 2000.
42. Rezaiyan MK, Jarahi L, Moharreri F, Afshari R, Motamedalshariati SM, Okhravi N, Khajedaluae M. Epidemiology of suicide attempts in Khorasan Razavi Province, 2014-2015. *Iranian journal of epidemiology*. 2017;13(2): 128-135.
43. Masango S, Rataemane S, Motojesi A. Suicide and suicide risk factors: A literature review. *South African Family Practice*. 2008;50(6):25-9.
44. Hashemi fard, A., Saffari, S. E., Ghasemi Hosseinabadi, A., Hashemifard, H., Hashemifard, M. Adetermination of the effective factors on Suicide attempt among patients of Vasei Hospital of Sabzevar in 2013. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 2015; 22(1): 84-92.
45. Khajedaluae M, Khadem-Rezaiyan M, Jarahi L, Khatibi-Moghadam H, Faridpak A. Suicidal continuum (ideation, planning, attempting) in an Islamic country; which should be focused on?. *Journal of injury and violence research*. 2021 Jan;13(1):47-54.
46. McKeown RE, Cuffe SP, Schulz RM. US suicide rates by age group, 1970–2002: an examination of recent trends. *American journal of public health*. 2006;96(10):1744-51.
47. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *Bmj*. 1999;318(7193):1235-9.

48. Qin P, Agerbo E, Westergård-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British journal of psychiatry*. 2000;177(6):546-50.
49. Agerbo E, Gunnell D, Mortensen P, Eriksson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Risk of suicide in relation to income level in people admitted to hospital with mental illness: nested case-control study. *Commentary: Suicide and income—is the risk greater in rich people who develop serious mental illness? Bmj*. 2001;322(7282):334-5.
50. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, et al. Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *APA Practice Guidelines*. 2010;1:183.
51. Mohseni S, Mirgol A, Moradi J. Predicting suicidal ideation based on irrational beliefs and rumination of students (psychology and educational sciences) *Payame Noor. Horizon of Medical Education Development*, 2023; 14(2): 77-65. doi: 10.22038/hmed.2022.58230.1156

Original Article

Comparison of coping mechanisms in patients with intentional poisoning with the control group

Received: 26/03/2023 - Accepted: 17/02/2024

Koroosh Parhizgar¹
Bita Dadpour²
Majid Khadem-Rezaiyan^{3,4*}

¹ Medical Student, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences

² Professor, Department of Clinical Toxicology, Medical Toxicology Research Center, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Medical Sciences Education Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Email: KhademRM@mums.ac.ir

Abstract

Introduction and purpose: Suicide is considered a major public health problem in human societies, and it seems that social relations, environmental stress and the way an individual deals with these factors play an important role in the occurrence of suicide. The aim of the present study was to investigate various coping mechanisms and their relationship with suicide attempts.

Methodology: This case-control study was performed on patients referred to Imam Reza Hospital (AS) in Mashhad, Iran. Forty patients who had referred to the poisoning department of the hospital due to suicide attempts were included in the study with convenient sampling method. On the other hand, 40 patients who were similar to the case group in various aspects were selected and included in the study. Data collection was done using a checklist including demographic information and the method and manner of committing suicide. Also, a questionnaire based on the Lazarus theory has been used to investigate coping mechanisms.

Findings: Among the coping mechanisms, the score related to the mechanisms of positive feedback, self-control, and seeking social support was significantly lower in the case group ($P=0.020$, $P=0.016$, $P=0.040$, respectively). Avoidance and dreamlike mechanisms were more common in the case group than in the control group, however, this difference was not statistically significant ($P=0.65$ and $P=0.10$, respectively).

Conclusion: The results of this study showed that coping mechanisms can reduce or increase the risk of suicide, depending on whether they are efficient or ineffective. However, more studies are necessary to prove this relationship.

Key words: suicide, coping mechanism, poisoning

Acknowledgement: There is no conflict of interest