

February-March 2023, Volume 17, Issue 6

Comparison of the Effectiveness of the Suicide Prevention Training Program on Cognitive Reactivity, Suicidal Thoughts and Social Health in Repeat Suicide Attempters

Narmin Bromand¹, Ghasem Naziryy^{2*}, Azam Davoodi², Najmeh Fath²

1- PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

2- Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

Corresponding Author: Ghasem Naziryy, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

Email: naziryy@yahoo.com

Received: 19 July 2022

Accepted: 7 Feb 2023

Abstract

Introduction: In response to the ever-increasing rate of suicide and repeated attempts to commit suicide in the world, which has significant statistics; Attention and focus on the development and implementation of suicide prevention interventions has increased. The aim of the present study was to determine the effectiveness of suicide prevention training on cognitive reactivity, suicidal thoughts and social health in repeat suicide attempters..

Methods: This research was conducted as a semi-experimental pre-test and post-test type with a control group. The statistical population of the current research was all the treatment seekers who attempted suicide again in 1400 in Mahabad city, in the age range of 20 to 34 years, from which 40 people were selected based on the available sampling method and in accordance with the entry and exit criteria. Two intervention groups, experimental and control, each group consisted of 20 people. To collect data, Keyes' Social Health Questionnaire (2004), Beck's Suicidal Thoughts Scale (1976) and Cognitive Responsiveness Questionnaire of van der Dues and Williams (2003) were used. Data analysis was done with the statistical method of multivariate covariance analysis.

Results: The results of the research showed that the suicide prevention training program has an effect on cognitive reactivity, suicidal thoughts and social health in repeat suicide attempters ($P < 0.05$). In fact, the suicide prevention training program reduces cognitive reactivity and suicidal thoughts and increases social health in them.

Conclusions: Therefore, the suicide prevention training program is suggested as a treatment method to reduce suicide and improve the social health of these people.

Keywords: Suicidal Thoughts, social health, cognitive reactivity, Prevention..

اثربخشی آموزش پیشگیری از خودکشی بر واکنش پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی در اقدام کنندگان مجدد به خودکشی

نرمین برومند^۱، قاسم نظیری^{۲*}، اعظم داودی^۲، نجمه فتح^۲

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
۲- گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

نویسنده مسئول: قاسم نظیری، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
ایمیل: naziryy@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۲۸

چکیده

مقدمه: در پاسخ به افزایش روزافزون میزان خودکشی و اقدام مجدد به خودکشی در جهان که از آمار قابل توجهی برخوردار است؛ توجه و تمرکز روی توسعه و اجرا مداخلات پیشگیری کننده از خودکشی افزایش یافته است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش پیشگیری از خودکشی بر واکنش پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی در اقدام کنندگان مجدد به خودکشی بود.

روش کار: این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه درمانجویان اقدام کننده مجدد به خودکشی در سال ۱۴۰۰ در شهرستان مهاباد در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۴ سال بودند که از این جامعه تعداد ۴۰ نفر بر اساس روش نمونه گیری دردسترس و منطبق با معیارهای ورود و خروج انتخاب شده و در دو گروه مداخله و کنترل هر گروه ۲۰ نفر جایگزین شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسنامه سلامت اجتماعی کییز (۲۰۰۴)، مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۷۶) و پرسشنامه واکنش پذیری شناختی ون در دوئز و ویلیامز (۲۰۰۳) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی بر واکنش پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی در اقدام کنندگان مجدد به خودکشی تأثیر دارد ($P < 0/05$). در واقع برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی باعث کاهش واکنش پذیری شناختی و افکار خودکشی و افزایش سلامت اجتماعی در آنها می شود.

نتیجه گیری: بنابراین برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی به عنوان روش درمانی در کاهش خودکشی و بهبود سلامت اجتماعی این افراد پیشنهاد می گردد.

کلیدواژه ها: افکار خودکشی، سلامت اجتماعی، واکنش پذیری شناختی، پیشگیری.

مقدمه

آسیا در حدود ۶۰ درصد آمار خودکشی را به خود اختصاص داده است و این در حالی است که کشورهای چین، هند و ژاپن به تنهایی ۴۰ درصد آمار اقدامات به خودکشی را در دنیا به خود اختصاص داده اند و سومین علت منجر به مرگ در سنین ۱۵ تا ۳۴ سالگی است (۳). در ایران نیز میزان بروز خودکشی ۶/۲ در صد هزار نفر است که نسبت به کشورهای غربی پایین تر است؛ اما بالاتر از

خودکشی از پیچیدهترین رفتارهای انسان است که در آن، فرد از روی عمد به زندگی خود خاتمه می دهد. بر اساس آمار گزارش شده توسط سازمان بهداشت جهانی سالانه بیش از ۸۰۰ هزار نفر از مردم کره زمین خود را می کشند (۱). به ازاء هر مورد خودکشی نیز، تخمین زده شده است که بیست مورد اقدام به خودکشی رخ می دهد (۲). قاره ی

نرمین برومند و همکاران

گذاشته است. افکار خودکشی قوی ترین پیش بینی کننده برای رفتارهای خودآسیب رسان است و افرادی که افکار خودکشی دارند، در زندگی خود تلاش هدفمند ندارند (۱۱). افکار خودکشی به ایده ی آسیب زدن به خود یا کشتن خود اشاره دارد که می تواند از ایده های مبهم تا برنامه خودکشی را شامل شود (۱۲). خودکشی پدیده چندعلیتی بالینی با عوامل خطر پیچیده زیستی، اجتماعی و روانشناختی است که برای پایان دادن به درد و رنج تحمل ناپذیر و طاقت فرسای زندگی که از افسردگی نیز خطرناک تر است رخ می دهد (۱۳). نتایج یافته های یانگ و همکاران (۱۴) نشان دادند، اشخاص دارای افکار خودکشی، نرخ بیشتری از مشکلاتی مانند افسردگی دارند و اقدام مجدد به خودکشی در آنها بیشتر شود. بنابراین افکار خودکشی شامل اشتغالات ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن می باشد که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است و خود یک عامل خطر برای خودکشی محسوب می شود (۱۵).

بر اساس نظریه های روانشناختی، خودکشی و اقدام مجدد به خودکشی به عنوان نمونه ای از رفتار حل مسئله و جنبه شناختی مطرح است. واکنش پذیری شناختی به میزان برانگیخته شدن افکار و نگرش های ناکارآمد در قبال ایجاد یک خلق منفی و افسرده وار اطلاق می شود. در واقع باور بر این است که در اولین دوره های افسردگی، ارتباطی میان الگوهای تفکر منفی و خلق غمگین برقرار می شود که حالات خلقی منفی بعدی می تواند از طریق فعال کردن این ارتباط، شبکه ای از افکار منفی را برانگیزد که در دوام و تشدید حالات خلقی منفی و خودکشی و اقدام مجدد به خودکشی نقش داشته باشد (۱۶). از آنجایی که سابقه اقدام به خودکشی احتمالاً خودکشی مجدد را تا ۴۰ برابر افزایش می دهد، لذا کاهش نشانه ها و علائم افسردگی و اقدام به خودکشی با توجه به ماهیت تکرارپذیر و عودکننده آن، مستلزم به کارگیری مداخلاتی است که ویژگیها و خصوصیات اقدام کنندگان به خودکشی از قبیل کنترل عاطفی و هیجانی، واکنش پذیری شناختی، سلامت اجتماعی و... در این بیماران را هدف قرار دهد، تا مثرثمر واقع شوند (۱۷).

یکی از مداخلات در زمینه کاهش خودکشی و اقدام مجدد به خودکشی، برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی است. این برنامه آموزشی توسط کنراد در سال ۲۰۱۵ برای کسانی که با افراد اقدام کننده به خودکشی کار درمانی می کنند،

سایر کشورهای خاورمیانه است (۴).

شواهد پژوهشی نشان می دهد که اقدام کنندگان مجدد به خودکشی متناسب با ویژگیهایی که دارند، در زمینه های فردی، خانوادگی و اجتماعی از مشکلات عدیده ای رنج می برند (۵). یکی از ویژگیهای اقدام کنندگان به خودکشی، سلامت اجتماعی است. امروزه سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده ای یافته است. به گونه ای که دیگر، سلامتی فقط عاری بودن از بیماری های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می رود (۶). سلامت اجتماعی در برگیرنده ی سطوح مهارتهای اجتماعی و عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه ی بزرگتر است. از این نظر، هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو جامعه ای بزرگتر محسوب می شود. در سنجش سلامت اجتماعی، به نحوه ی ارتباط شخص در شبکه ی روابط اجتماعی توجه می شود (۷). کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالشهای اجتماعی را نیز در بر می گیرد و لذا با توجه به این عامل، سلامت اجتماعی در افراد اقدام کننده به خودکشی نیز تحت تأثیر قرار می گیرد. به طوری که بی توجهی به سلامت اجتماعی زمینه افزایش آسیبهای روانی و اجتماعی در جامعه از جمله خودکشی را فراهم می کند. سلامت اجتماعی ارزش گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه که این بازتابی از سلامت اجتماعی مثبت است، تعریف می شود و نشانگر این حقیقت است که سلامت اجتماعی بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی است. در واقع سلامت اجتماعی همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است (۸). بر اساس نتایج مطالعات مختلف سلامت اجتماعی بالا در کاهش افسردگی و افکار خودکشی، بهبود بهزیستی و سلامت روانی و کاهش رفتارهای پرخطر نقش دارد (۹، ۱۰).

همچنین بر طبق پژوهش های انجام گرفته افزایش قابل توجهی در درصد رفتارهای خودکشی گرایانه، افکار خودکشی و تلاش های منجر به مرگ و میر در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در ده سال گذشته رو به افزایش

دهند؛ از این رو برای جلوگیری از خودکشی، افراد به مهارت‌هایی در زمینه تشخیص مشکل و حل مسئله نیاز دارند. بر اساس شواهد مختلف، اجرای برنامه‌های پیشگیری، درمان و بازتوانی برای افراد با افکار خودکشی از اولویت‌های مهم نظام سلامت کشورهای مختلف است. با توجه به دانش نظری اندک در حوزه مداخلات برنامه‌پیشگیری از خودکشی در کار با افراد دارای افکار خودکشی و لزوم توجه نکردن صرف بر خود فرد با افکار خودکشی و توجه به ابعاد فردی و اجتماعی مسئله، ضرورت انجام پژوهش و مداخله در زمینه خودکشی احساس می‌شود. از سویی تاکنون مطالعات زیادی به بررسی عوامل مؤثر بر خودکشی، شیوع، آمار و روند آن پرداخته‌اند؛ اما پژوهش‌های اندکی با رویکرد پیشگیرانه به خودکشی در داخل کشور انجام شده است که در پژوهش حاضر به این امر پرداخته شده است. بنابراین با توجه به این مبانی نظری، فرض پژوهش حاضر این است که برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی بر واکنش‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی در اقدام‌کنندگان مجدد به خودکشی تأثیر دارد و لذا این مطالعه به منظور تعیین میزان اثربخشی آموزش پیشگیری از خودکشی بر واکنش‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی اقدام‌کنندگان مجدد به خودکشی انجام شده است.

روش کار

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نظر طرح پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه درمانجویان اقدام‌کننده مجدد به خودکشی در سال ۱۴۰۰ در شهرستان مهاباد در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۴ سال بودند که از این جامعه تعداد ۴۰ نفر بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس منطبق با معیارهای ورود و خروج انتخاب شده انتخاب شده و سپس به شیوه تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل هر گروه ۲۰ نفر جایگزین شدند. به طوری که گروه آزمایشی برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی را به صورت حضوری و به مدت ۸ جلسه دو ساعته، با فاصله زمانی دو بار در هفته دریافت کردند؛ در حالی که گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل حداقل تحصیلات راهنمایی، دامنه سنی ۲۰ تا ۳۴ سال، حداقل یک بار اقدام به خودکشی در گذشته و مصرف نکردن داروها

تدوین شده است. درگیرشدن در فرایند درمان به صورت متعهد ماندن به درمان و مشارکت فعال در رابطه‌ی توأم با همکاری بین بیمار و درمانگر توصیف می‌شود (۱۸). در این روش درمانی، به خودکشی به عنوان جایگزینی برای اهداف مهم در زندگی نگریسته می‌شود؛ یعنی اهداف کوتاه مدتی که به روزهای فرد ساختار می‌دهد. به طوری که اهداف بلندمدت و میان مدت که به مسائل مربوط به هویت و مسائل زندگی ارتباط دارد و نقش مهمی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی دارد. (۱۹). در این راستا وزارت بهداشت و آموزش پزشکی کشور پروژه پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی را در مراکز درمانی به کار گرفته است و تحقیقات در این زمینه نشان داده است که آموزش برنامه پیشگیری از خودکشی می‌تواند بر افکار خودکشی و کاهش مشکلات اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی مؤثر باشد (۲۰). همچنین در مطالعه‌ای دیگر گیسین-مایارت و همکاران (۲۱) به این نتیجه دست یافتند که برنامه آسیب به عنوان یک برنامه پیشگیری از خودکشی در کاهش مشکلات شناختی و هیجانی اقدام‌کنندگان مجدد به خودکشی تأثیر دارد و باعث کاهش اقدام مجدد به خودکشی می‌شود. از سویی در این راستا با توجه به جدید بودن برنامه پیشگیری از خودکشی، تحقیقی یافت نشد که به بررسی و مقایسه برنامه پیشگیری از خودکشیی آسیب بر واکنش‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی اقدام‌کنندگان مجدد به خودکشی پرداخته باشد. در واقع برنامه پیشگیری از خودکشی آسیب به عنوان یک روش آموزش کاهش پیشگیری بر روی واکنش‌پذیری و سلامت اجتماعی صورت نگرفته بود و تحقیقات انجام شده نیز بیشتر مربوط به سایر برنامه‌های پیشگیری بوده و در افراد دارای افکار خودکشی انجام شده و در اقدام‌کنندگان مجدد به خودکشی نبوده است که هدف برنامه آسیب

لازم به ذکر است در زمینه درمان اختلالات و پیشگیری از اقدام به خودکشی، به رغم پیشرفت‌های شایان توجهی که در مداخلات درمانی صورت گرفته است، همچنان با شیوع بالا، عود مکرر دوره‌ها و مزمن شدن اختلال افسردگی و اقدام مجدد خودکشی مواجه هستیم. ایده‌های خودکشی معمولاً تدریجی و مداوم هستند و روند تکاملی دارند و این فرایند با شروع از افکار به برنامه‌ها و اقدام به خودکشی می‌رسند و بیماری‌هایی که به خودشان آسیب می‌رسانند این کار را در اثر فشارهای روانی و اجتماعی انجام می‌

نرمین برومند و همکاران

پایایی آن را مورد سنجش قرار داد که روایی سازه پرسشنامه تأیید شد و پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ $0/80$ به دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح $0/87$ معنادار به دست آمد.

پرسشنامه افکار خودکشی: برای سنجش این متغیر از پرسشنامه افکار خودکشی بک (۲۳) استفاده شد. این مقیاس بر اساس ۳ درجه ای نقطه ای از صفر تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود و دامنه نمره از صفر تا ۳۸ است. نمره بالاتر نشان دهنده افکار خودکشی بیشتر است. سؤالات این پرسشنامه در مورد فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر نافع، مدت و تمایل به خودکشی به صورت فعال و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس افکار خودکشی بک شامل سه مؤلفه تمایل به مرگ (شامل ۵ سؤال)، آمادگی بر خودکشی (شامل ۷ سؤال) و تمایل به خودکشی واقعی (شامل ۴ سؤال) است. روایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش بک (۲۳) بر اساس آلفای کرونباخ $0/89$ گزارش شده است. پرسشنامه افکار خودکشی توسط انیسی و همکاران (۲۴) ترجمه و هنجاریابی شده است و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ $0/86$ به دست آمده است. همچنین در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح $0/91$ معنادار به دست آمد.

پرسشنامه واکنش پذیری شناختی: این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که به منظور ارزیابی سطح واکنش پذیری شناختی طراحی شده است. شاخص واکنش پذیری شناختی توسط ون در دوئز و ویلیامز (۲۵) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۴ سوال خود گزارش دهی برای اندازه گیری ۶ خرده مقیاس نامیدی / خودکشی (ماده های ۵، ۹، ۱۷، ۳۰ و ۳۴)، پذیرش / مقابله (ماده های ۴، ۱۰، ۱۵، ۲۴ و ۲۸)، پرخاشگری / خصومت (ماده های ۷، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۶ و ۲۹)، کنترل / کمال گرایی (ماده های ۳، ۸، ۱۲، ۱۶ و ۱۹)، اجتناب از خطر (ماده های ۱، ۲، ۶، ۱۱، ۱۴ و ۲۳) و نشخوار فکری (ماده های ۱۳، ۲۰، ۲۵، ۲۷، ۳۲ و ۳۳) است. این شاخص، حساسیت به افسردگی را به واسطه پرسش های شرطی می‌سنجد. آزمودنی ها به این پرسش ها بدین نحو پاسخ

روانشناختی بود. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: ۱- افراد تمایلی به شرکت در جلسات نداشته باشند-۲ فرد متقاضی دریافت کمک های دیگری همچون خدمات مددکاری اجتماعی باشد و یا همزمان در برنامه های درمانی دیگر شرکت داشته باشد.۳- بیماری با علایم روانپزشکی (توهم و هذیان) که سابقه مانیا یا عقب ماندگی ذهنی داشته باشند و افراد اقدام کننده به خودکشی که مداخلات روان درمانی سه جلسه ای از مراکز بهداشتی درمانی پس از ترخیص از بیمارستان دریافت کرده بودند، از مطالعه خارج شدند. در پایان پژوهش گروه کنترل نیز مداخله آموزشی پیشگیری از خودکشی را دریافت کردند. لازم به ذکر است کلیه افراد اقدام کننده به خودکشی از شبکه بهداشت و درمان و بیمارستان شهرستان مهاباد انتخاب شدند که بعد از هماهنگی های اولیه، در زمان تعیین شده به اتاق آموزشی مرکز جامع خدمات بهداشت مراجعه کردند که بعد توضیح کلی اهداف پژوهش و ضمن تاکید بر رعایت اصول اخلاقی از قبیل حق آزادی، انتخاب، رازداری و... فرم رضایت آگاهانه طراحی شده در طرح پیشگیری از اقدام مجدد به (خودکشی) در اختیار آزمودنی ها قرار داد شد که با رضایت شخصی آن را تکمیل و امضاء نمودند.

در پژوهش حاضر برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

فرم مشخصات فردی: فرم مشخصات فردی شامل سن، وضعیت تحصیلی، وضعیت تاهل و علل اقدام به خودکشی در شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل بررسی شد و همگنی بودن دو گروه در متغیرها تأیید شد که در قسمت یافته ها اشاره شده است.

پرسشنامه سلامت اجتماعی: این پرسشنامه توسط کیز (۸) ساخته شده و شامل ۲۰ سؤال بوده و هدف آن بررسی میزان سلامت اجتماعی است. این پرسشنامه شامل مؤلفه های (شکوفایی) (شامل سؤالات ۱-۴)، همبستگی (شامل سؤالات ۵-۷)، انسجام اجتماعی (شامل سؤالات ۸-۱۰)، پذیرش اجتماعی (شامل سؤالات ۱۱-۱۵) و مشارکت اجتماعی شامل سؤالات ۱۶-۲۰) است. طیف پاسخگویی آن به صورت لیکرت بوده که کاملاً مخالفم ۱ و کاملاً موافقم نمره ۵ است. نمره گذاری سؤالات ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ به صورت معکوس است. حدقل و حداکثر نمره به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده سلامت اجتماعی بهتر است. در پژوهشی اهری (۲۲) روایی سازه و

می دهند که در زمان تجربه خلق پایین چگونه احساس می نمایند و فکر می کنند. همچنین آزمودنی ها باید در دامنه صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) به سؤال های این مقیاس پاسخ دهند. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۲۴ و ۹۶ است و نمره بالاتر نشان دهنده واکنش پذیری بیشتر است. روایی پرسشنامه تأیید شده است. ضریب پایایی پرسشنامه نیز به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است (۲۵). در پژوهشی بگیان کوله و همکاران (۲۶) ضریب پایایی این پرسشنامه را تأیید کردند. همچنین در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح ۰/۹۳ معنادار به دست آمد.

برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی: منظور از آموزش برنامه پیشگیری از خودکشی در این پژوهش ۸ جلسه دو ساعته، با فاصله زمانی دو بار در هفته بود که بر اساس نظریه گیسین-مایارت و میچل (۲۱) برای کاهش اقدام مجدد به خودکشی طراحی شده و برای گروه مداخله اجرا شد. برای بسته آموزش پیشگیری از خودکشی قبل از اجرای پژوهش یک مطالعه راهنما انجام گردید. به گونه ای که بر روی چند نفر آموزش هایی اعمال گردید و ایرادها و نقائص و مشکلات کار مشخص شد و بر اساس این مطالعه راهنما و نظرات اساتید راهنما و مشاور، پروتکل نهایی برای این رویکرد تدوین گردید.

محتوای جلسات به شرح زیر بود:

جلسه اول: برقراری مهارت حرفه ای و گوش دادن فعال: در این مرحله واقعیت هایی که شخص می گوید گوش داده و به احساساتی که ورای آن نهفته است نیز توجه می شود. نیاز به این است که اوضاع را از دیدگاه مددجو درک کنیم نه خودمان. مددجویان محیط امنی می خواهند که ترس ها و اضطرابهایشان را بیان کنند و خود خودشان باشند. محیط امن یعنی یک نفر مانند فرد بیمار را آن طور که هست قبول کند و به وی احترام بگذارد. بیمار انتظار ندارد که واکنشی مانند اعضاء خانواده خود از سوی مشاور شاهد باشد.

جلسه دوم: شناسایی عواطف و آموزش شناختی هیجانات: کمک کردن به فرد تا عواطفی که حس می کند نام گذاری کند، همچنین به او کمک می کند کنترلی بر روی این عواطف پیدا کند. اسم گذاری روی عواطف همچنین به فرد این فرصت را می دهد که درک او از خدمات مداخله در بحران را روشن سازی و اصلاح کند. بحران ها در نتیجه از

دست دادن ها، واقعی یا خیالی در زندگی فرد رخ می دهند. در این مرحله مراجع به شناخت عواطف خود پرداخته و سعی می کند با کمک درمانگر آن را اصلاح و کاهش دهد.

جلسه سوم: اعتباردهی یا دادن اعتبار به مراجع: اعتبار دادن، انتقال دادن این موضوع است که خوب است بدانیم مراجع چه احساسی دارد و اینکه بداند او تنها نیست. یعنی در همچو شرایطی دیگران هم ممکن است همین احساس را داشته باشند. با ارزش بودن آنها و تلاش هایشان برای کنار آمدن با آن شرایط را تأیید کنیم. بحران ها معمولاً احساس بی کفایتی را در فرد به وجود می آورند. لذا به آنها اطمینان دهید که می توانند از این شرایط بحرانی بگذرند و زمانی که اوضاع غیر قابل تحمل است، سزاوار کمک گرفتن هستند البته نه به شکل نصیحت و سخنرانی. در واقع با ارائه جملاتی اگر برای هرکسی این اتفاق می افتاد، او هم احتمالاً همین قدر عصبانی می شد. با این همه اتفاقی که برای شما رخ داده البته که باید احساس کنید برایتان غیرقابل تحمل بوده. فکر کنم هر کس که جای شما بود همین طور بود. جلسه چهارم: اطمینان دهی: اطمینان دهی، عبارت های ساده و مستقیمی هستند که مسیرشان به سمت القای اعتماد، امید و اطمینان است. برای نمونه: خوشحالم که تصمیم گرفته اید با من صحبت کنید. به نظر می آید آدم (دلسوز، حساسی) هستید؛ شما حس شوخ طبعی خوبی دارید، این راه خوبی برای کنار آمدن با بعضی چیزهاست. این خیلی مهم است که چیزی نگویید که واقعیت نداشته باشد. اگر بگویید که آن شخص به نظر می آید آدم حساسی است ولی آن را قبول نداشته باشید ممکن است احساس کند که زیاد راستگو نیستید.

جلسه پنجم: توجه به جنبه های مثبت افکار و احساسات مثبت: با ایجاد تغییرات مثبت محیطی و کسب انرژی و پاسخ های مثبت از محیط احساس مثبت ایجاد می شود و افسردگی کمتر می گردد. در این روش به افراد کمک می شود تا فعال تر شوند مطابق با ارزش های خود زندگی کنند و از زندگی شان لذت ببرند. منطق درمان را به صورت زیر به بیمار آموزش دهید: برای اینکه افکار مثبت و احساسات خوب و مثبتی پیدا نمایید ابتدا باید روز به روز فعالتر شوید و خود را در موقعیت مثبت و خوشایند قرار دهید. هر چند انجام اینکار در حال حاضر برای شما دشوار است لیکن قدم به قدم با شروع درمان وضعیت بهتری پیدا خواهید نمود. شروع درمان برای شما ممکن

نرمین برومند و همکاران

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از روش آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته ها

نشان دادند که میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی های گروه آزمایش اول (برنامه پیشگیری از خودکشی) و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲۵/۸۰ و ۲۶/۰۱ بود. همچنین بر اساس وضعیت تحصیلی، در گروه آزمایش (برنامه پیشگیری از خودکشی)، ۲۰٪ زیر دیپلم، ۴۵٪ دیپلم، ۲۰٪ کارشناسی و ۱۵٪ دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد بودند. در گروه کنترل نیز ۲۰٪ زیر دیپلم، ۴۵٪ دیپلم، ۲۰٪ کارشناسی و ۱۵٪ دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد بودند. در گروه آزمایش دوم (برنامه پیشگیری از خودکشی)، تعداد ۸ نفر (۴۰٪) مشکلات اقتصادی و مالی، ۶ نفر (۳۰٪) مشکلات خانواده و همسر، ۲ نفر (۱۰٪) مشکلات روانشناختی و ۴ نفر (۲۰٪) اعتیاد را علت اقدام به خودکشی ذکر کرده بودند. همچنین در گروه کنترل نیز تعداد ۶ نفر (۳۰٪) مشکلات اقتصادی و مالی، ۷ نفر (۳۵٪) مشکلات خانواده و همسر، ۴ نفر (۲۰٪) مشکلات روانشناختی و ۳ نفر (۱۵٪) اعتیاد را علت اقدام به خودکشی ذکر کرده بودند. شاخص های پراکندگی و تمایل مرکزی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و نوع آزمون در جداول ذیل نشان داده شده است.

است مشکل جلوه کند ولی ما در کنار شما هستیم و به شما کمک خواهیم نمود تا قدم های درمان را راحتتر بردارید. جلسه ششم: شناسایی فعالیت های آرمبخش و لذت بخش: هدف از شناسایی فعالیت های آرامش بخش / لذت بخش افزایش سطح فعالیت به قصد کسب لذت است. اجراء فعالیت های لذت بخش و انجام آن ها از میزان افکار منفی بیمار می کاهد و به کاهش هیجان های منفی و تقویت هیجان های مثبت منجر می شود. در اولین گام از بیماران پرسید که در حال حاضر از چه فعالیت هایی راضی و خشنود می شوید. برخی بیماران در پاسخ به این سوال فعالیت هایی را نام می برند که نوشتن و یادداشت آنها در این زمینه می تواند کمک کننده باشد. جلسه هفتم: شناسایی ارزش ها: مفهوم ارزش ها را برای بیماران توضیح دهید. آنها باید بدانند که ارزش ها مفهومی شخصی هستند و ما را هدایت می کنند. یک زندگی فاقد ارزش یا ناهمسو با ارزش کسل کننده و افسرده ساز است. شادی، کمک به دیگران، ادامه تحصیل، کار کردن، و... همگی ارزش محسوب می شوند. در مورد ارزش ها مثال بزنید از بیماران بخواهید ارزش های خود را نام ببرند. بررسی کنید افسردگی تا چه اندازه ارزش های بیماران را تحت تاثیر قرار داده است. برای آسان سازی کار حیطه های ارزش بیماران را شناسایی کنید. از افراد مختلف مثال بزنید و به کمک هم ارزش های بیمار را شناسایی کنید و سپس با هم بررسی کنید تا چه اندازه زندگی بیمار همسو با ارزش هایش است. جلسه هشتم: جمع بندی و گرفتن پس آزمون.

جدول ۱: آماره های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون گروه ها

گروه	برنامه پیشگیری از خودکشی	گروه کنترل	متغیرها	مرحله
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)		
	۱۰/۵۰ (۱/۳۵)	۱۰/۲۵ (۱/۲۹)	نامیدی/خودکشی	پیش آزمون
	۷/۷۰ (۲/۲۷)	۱۰/۴۵ (۱/۵۰)		پس آزمون
	۱۰/۲۵ (۱/۴۰)	۹/۸۵ (۱/۲۶)	پذیرش/مقابله	پیش آزمون
	۷/۶۵ (۱/۶۶)	۱۰/۰۱ (۱/۲۱)		پس آزمون
	۱۲/۷۰ (۱/۲۶)	۱۲/۵۵ (۱/۴۳)	پرخاشگری	پیش آزمون
	۸/۵۰ (۱/۷۰)	۱۱/۹۰ (۱/۷۷)		پس آزمون
	۱۲/۱۵ (۱/۵۳)	۱۱/۷۵ (۱/۰۱)	کنترل/کمالگرایی	پیش آزمون
	۹/۳۰ (۱/۵۲)	۱۱/۹۰ (۱/۰۷)		پس آزمون
	۱۳/۸۰ (۱/۶۷)	۱۴/۶۰ (۱/۸۱)	اجتناب از خطر	پیش آزمون
	۹/۸۵ (۱/۳۸)	۱۲/۹۵ (۱/۳۶)		پس آزمون

۱۲/۳۰ (۱/۰۸)	۱۲/۱۵ (۱/۰۸)	پیش آزمون	نشخوار فکری
۱۲/۱۰ (۱/۰۷)	۹/۳۰ (۲/۲۹)	پس آزمون	
۵/۷۰ (۱/۲۱)	۴/۸۰ (۱/۲۳)	پیش آزمون	تمایل به مرگ
۵/۵۰ (۱/۲۳)	۲/۲۵ (۰/۷۸)	پس آزمون	
۱۰/۰۵ (۱/۴۳)	۱۰/۱۰ (۱/۷۴)	پیش آزمون	آمدگی برای خودکشی
۱۰/۰۵ (۱/۴۳)	۷/۸۵ (۱/۸۷)	پس آزمون	
۵/۲۵ (۱/۱۱)	۵/۷۰ (۰/۹۷)	پیش آزمون	تمایل به خودکشی واقعی
۵/۶۰ (۰/۷۵)	۲/۸۵ (۱/۲۲)	پس آزمون	
۱۳/۴۵ (۲/۷۰)	۱۳/۸۵ (۳/۱۶)	پیش آزمون	شکوفایی
۱۴/۲۰ (۱/۷۰)	۱۵/۵۰ (۱/۷۰)	پس آزمون	
۸/۶۰ (۳/۰۳)	۹/۶۰ (۲/۴۵)	پیش آزمون	همبستگی
۸/۹۰ (۱/۶۸)	۱۰/۲۵ (۱/۵۸)	پس آزمون	
۹/۷۰ (۱/۷۵)	۱۰/۳۵ (۱/۴۹)	پیش آزمون	انسجام اجتماعی
۹/۸۵ (۱/۱۸)	۱۱/۳۰ (۱/۶۵)	پس آزمون	
۹/۵۵ (۱/۷۶)	۱۰/۹۵ (۲/۲۸)	پیش آزمون	پذیرش اجتماعی
۹/۳۰ (۱/۱۷)	۱۱/۷۵ (۱/۸۰)	پس آزمون	
۱۶/۳۰ (۲/۷۱)	۱۷/۲۰ (۳/۵۷)	پیش آزمون	مشارکت اجتماعی
۱۵/۵۰ (۲/۵۴)	۱۸/۵۰ (۲/۹۴)	پس آزمون	

ماتریس ها و آزمون لوین برای یکسانی واریانس ها به عمل آمد. بر اساس آزمون لوین نشان داد که متغیرهای واکنش پذیری شناختی، افکار خودکشی و سلامت اجتماعی معنی دار نیستند و لذا یکسانی واریانس ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف نشان داد که داده ها نرمال هستند؛ بنابراین بر اساس این مفروضه ها و پیش شرط های آزمون تحلیل کواریانس که محقق شده اند، برای تحلیل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

مندرجات جدول ۱ نشان می دهد که در پس آزمون میانگین نمرات واکنش پذیری و افکار خودکشی در گروه آزمایش (برنامه پیشگیری از خودکشی) کاهش یافته؛ اما در گروه کنترل تغییر زیادی ایجاد نشده است. همچنین میانگین سلامت اجتماعی و مؤلفه های آن در گروه آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیکی) افزایش یافته؛ اما در گروه کنترل تغییر زیادی ایجاد نشده است. قبل از آزمون تحلیل کواریانس، جهت رعایت پیش فرض های تحلیل کواریانس آزمون باکس برای همگنی

جدول ۲: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر میانگین نمره های پس آزمون در گروه آزمایشی آموزش پیشگیری از خود بر واکنش پذیری شناختی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
نامیدی/خودکشی	۵۷/۴۹	۱	۵۷/۴۹	۱۴/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱
پذیرش / مقابله	۵۴/۱۲	۱	۵۴/۱۲	۲۴/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳
پرخاشگری	۱۰۷/۸۲	۱	۱۰۷/۸۲	۳۳/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱
کنترل / کمال گرایی	۶۶/۷۰	۱	۶۶/۷۰	۳۷/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴
اجتناب از خطر	۸۳/۶۱	۱	۸۳/۶۱	۴۴/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸
نشخوار فکری	۶۶/۷۵	۱	۶۶/۷۵	۲۰/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹

گروه آزمایش، بعد از کنترل اثر پیش آزمون که در معرض آموزش پیشگیری از خودکشی قرار گرفته اند، به طور چشمگیری کاهش داشته است. از این رو می توان

بر اساس مندرجات جدول ۲، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی داری در عامل بین آزمودنی های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می دهد میانگین

نرمین برومند و همکاران

نشخوار فکری) تأثیر دارد و واکنش پذیری شناختی را به طور معناداری کاهش می دهد.

نتیجه گرفت که آموزش پیشگیری از خودکشی بر واکنش پذیری شناختی و مؤلفه های (ناامیدی/ خودکشی، پذیرش/ مقابله، پرخاشگری، کنترل/ کمال گرایی، اجتناب از خطر و

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر میانگین نمره های پس آزمون در گروه آزمایشی آموزش پیشگیری از خود بر افکار خودکشی

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
تمایل به مرگ	۷۹/۲۴	۱	۷۹/۲۴	۷۷/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸
آمادگی برای خودکشی	۴۵/۹۶	۱	۴۵/۹۶	۱۵/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱
تمایل به خودکشی واقعی	۶۵/۲۹	۱	۶۵/۲۹	۶۴/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴

طور چشمگیری کاهش داشته است. از این رو می توان نتیجه گرفت که آموزش پیشگیری از خودکشی بر افکار خودکشی و مؤلفه های (تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی و تمایل به خودکشی واقعی) تأثیر دارد و افکار خودکشی را به طور معناداری کاهش می دهد.

بر اساس مندرجات جدول ۳، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی داری در عامل بین آزمودنی های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می دهد میانگین گروه آزمایش، بعد از کنترل اثر پیش آزمون که در معرض آموزش پیشگیری از خودکشی قرار گرفته اند، به

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر میانگین نمره های پس آزمون در گروه آزمایشی آموزش پیشگیری از خود بر سلامت اجتماعی

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
شکوفایی اجتماعی	۱۲/۷۷	۱	۱۲/۷۷	۴/۲۵	۰/۰۴	۰/۱۱
همبستگی اجتماعی	۱۷/۸۳	۱	۱۷/۸۳	۶/۳۳	۰/۰۱	۰/۱۶
انسجام اجتماعی	۱۱/۱۲	۱	۱۱/۱۲	۶/۱۱	۰/۰۲	۰/۱۵
پذیرش اجتماعی	۴۸/۹۶	۱	۴۸/۹۶	۱۸/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵
مشارکت اجتماعی	۳۸/۳۱	۱	۳۸/۳۱	۵/۳۲	۰/۰۲	۰/۱۴

را به طور معناداری کاهش می دهد. این یافته با نتایج پژوهش های گیسین-مایارت و همکاران (۲۱) و ملکوتی (۲۰) مطابقت دارد. استراتژی اختصاصی یا انتخابی پیشگیری از خودکشی نیز شامل اجرای برنامه های پیشگیرانه در زیرگروه های در معرض خطر است، که باید بر اساس آگاهی دقیق از عوامل خطر محیطی، اجتماعی و بیولوژیکی مانند بیکاری، طلاق، سنین در معرض خطر، درآمد پایین و سوء استفاده جنسی صورت پذیرد. این استراتژی مشتمل بر مداخلات رویداد محور است که بر حوادث ناگوار زندگی افراد مانند از دست دادن عزیزان، آسیب های جسمی، تجاوز به عنف، جنگ، قحطی و آوارگی تأکید نموده و افراد آسیب دیده از این مصائب را از جهت اجرای مداخلات پیشگیرانه در زمینه خودکشی هدف قرار می دهد. این مرحله از پیشگیری، به دو دلیل تأثیر سایر اقدامات پیش گیرانه را تقویت می نماید: ۱- بالا بودن نسبت افراد اقدام کننده به خودکشی در گروه های در معرض خطر، ۲- هدف گرا

بر اساس مندرجات جدول ۴ پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی داری در عامل بین آزمودنی های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می دهد میانگین گروه آزمایش، بعد از کنترل اثر پیش آزمون که در معرض آموزش پیشگیری از خودکشی قرار گرفته اند، به طور چشمگیری افزایش داشته است. از این رو می توان نتیجه گرفت که آموزش پیشگیری از خودکشی بر سلامت اجتماعی و مؤلفه های (شکوفایی، همبستگی، انسجام، پذیرش و مشارکت اجتماعی) تأثیر دارد و سلامت اجتماعی را به طور معناداری افزایش می دهد.

بحث

یافته پژوهش نشان داد که آموزش پیشگیری از خودکشی بر واکنش پذیری شناختی و مؤلفه های (ناامیدی/ خودکشی، پذیرش/ مقابله، پرخاشگری، کنترل/ کمال گرایی، اجتناب از خطر و نشخوار فکری) تأثیر دارد و واکنش پذیری شناختی

بودن برنامه ها و تلاش های پیش گیری اختصاصی. به عنوان مثال اجرای برنامه های مداخله ای برای کودکان دارای والدین مبتلا به افسردگی تأثیر اقدامات پیش گیرانه را دوچندان می کند و لذا آموزش برنامه های پیشگیری از خودکشی می تواند نقش مهمی در کاهش واکنش پذیری و حساسیت به افسردگی در افرادی که اقدام به خودکشی می کنند؛ داشته باشد (۲۱).

هدف برنامه های پیشگیری از خودکشی شامل کاهش شیوع افکار خودکشی، کاهش اقدام به خودکشی و بالتبع کاهش مرگ در اثر خودکشی هستند. در بسیاری از کشورها از آموزش های مربوط به ارتقاء سلامت به عنوان شیوه های مهم در پیشگیری از خودکشی استفاده می کنند. رویکرد و انتظار این برنامه های آموزشی روانشناختی در ایجاد شناخت و افزایش شناخت نشانه های خودکشی در فرد (خودش) و در دیگری (دوست و همتایانش)، آن است که نگرش های انطباقی نسبت به افسردگی و خودکشی به کاهش رفتارهای خودکشی گرایانه منجر خواهد شد. شرکت در برنامه آموزش پیشگیری (ASSIP) با تغییرات مثبت در افزایش دانش نسبت به خودکشی و کاهش افسردگی همبسته و همراه است؛ آموزش های روانشناختی با کمک به فهم و شناخت علایم خودکشی در فرد و دیگران و با افزایش نگرش های انطباقی نسبت به خودکشی و افسردگی به کاهش رفتار خودکشی منجر می گردد. این برنامه به شرکتکنندگان کمک می کند علائم افسردگی و خطر خودکشی و نحوه پاسخگویی را بفهمند و میزان حساسیت افراد به افسردگی را کاهش می دهند (۱۹).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش پیشگیری از خودکشی بر افکار خودکشی و مؤلفه های (تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی و تمایل به خودکشی واقعی) تأثیر دارد و افکار خودکشی را به طور معناداری کاهش می دهد. این یافته با نتایج پژوهش های ساین و تورین (۲۷) و گیسن-مایارت و همکاران (۱۹) مطابقت دارد. به طوری که ساین و تورین (۲۷) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که برنامه پیشگیری از خودکشی (ASSIP) در کاهش افکار خودکشی در اقدام کنندگان مجدد به خودکشی تأثیر دارد و میزان افکار خودکشی مجدد را در آن ها کاهش می دهد. بنابراین توجه به این برنامه پیشگیری از خودکشی نقش مهمی در این زمینه دارد.

برنامه آموزش پیشگیری از خودکشی بر افسردگی و

پرخاشگری و بی تعادلی هیجانی و مصرف دارو به عنوان متغیرهای واسطه ای منفی که باید تضعیف شوند و بر عملکرد و تعامل در زندگی و به تبع آن افزایش شبکه های اجتماعی و تعامل حمایتی خانواده به عنوان متغیرهای واسطه ای مثبت که باید تقویت شوند، متمرکز است. پژوهشگران با اعمال این برنامه در یافتند عوامل خطر خودکشی مثل خشم، افسردگی، و ناامیدی کاهش یافته و عزت نفس و حمایت اجتماعی افزایش می یابد. این برنامه برای هدف قراردادن علایم مربوط به افسردگی و خودکشی نوجوانان به طور همزمان و متناسب با سن طراحی شده است. این برنامه از یک رویکرد جهانی برای کمک به شناسایی نوجوانان در معرض خطر بهره برده و می تواند موجب بهبود در دانش و نگرش های سازگارانه در مورد خطر خودکشی و افسردگی و نیز کاهش اقدام های خودکشی شود (۱۹).

افکار منفی فرد افسرده درباره تجربه، شامل تعبیرهای او از اتفاقاتی است که برای وی رخ می دهد و موانع منفی را به صورت موانع غیرقابل گذر تعبیر می کند، حتی زمانی که دیدگاه های مثبت معقول تری درباره تجربه او وجود دارد. او به منفی ترین تعبیر ممکن درباره آنچه برای او رخ داده است، گرایش دارد. در نهایت، نگرش منفی فرد افسرده در مورد آینده نگرش درماندگی است. زمانی که او به آینده فکر می کند، باور دارد وقایع منفی که اکنون برای او رخ می دهند به دلیل نقایص شخصی او در آینده هم ادامه خواهند یافت و در نتیجه باعث ناامیدی در فرد می شود و در این زمینه برنامه آموزش پیشگیری (ASSIP) با ترسیم مسیری هموار در مقابل بشر و نشان دادن مقصد و هدف این حرکت، او را از بی هدفی رها می سازد و از آنجا که این هدف آنقدر برای جوانان مهم و جذاب است، وی را وادار به حرکت به سمت برنامه ریزی بهتر برای رسیدن به هدفش می کند (۲۷).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش پیشگیری از خودکشی بر سلامت اجتماعی و مؤلفه های (شکوفایی، همبستگی، انسجام، پذیرش و مشارکت اجتماعی) تأثیر دارد و سلامت اجتماعی را به طور معناداری افزایش می دهد. این یافته با نتایج پژوهش های گیسین-مایارت و همکاران (۲۱) و ملکوتی (۲۰) مطابقت دارد. ملکوتی (۲۰) در مطالعه خود نشان دادند که آموزش برنامه پیشگیری از خودکشی می تواند بر افکار خودکشی و کاهش مشکلات اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی مؤثر باشد. در واقع برنامه

نرمین برومند و همکاران

پیشگیری از خودکشی باعث ارتقاء سلامت اجتماعی و کاهش افکار خودکشی و واکنش پذیری در مراجعہ کنندگان مجدد به خودکشی گردید که در مراکز مشاوره و درمانی می توانند در برنامه ریزی جهت کاهش اقدام مجدد به خودکشی از این برنامه آموزشی استفاده کنند. این پژوهش با محدودیت هایی مواجه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه درمانجویان اقدام کننده مجدد به خودکشی بود که تعمیم یافته برای سایر مددجویان را با مشکل مواجه می سازد. با توجه به اینکه نمونه آماری کلیه درمانجویان شهرستان مهاباد در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۴ سال بودند؛ تعمیم نتایج را می توانند تحت تأثیر قرار دهد. خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش حاضر به عنوان محدودیت در پژوهش حاضر مطرح است و باعث سوگیری های بیشتر در این زمینه می شود. همچنین با توجه به بیماری کووید-۱۹ انجام پژوهش را در اجرای آن با محدودیت هایی مواجه کرده بود.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، نکات اخلاقی طبق پروتکل های اخلاقی کدهای اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی رعایت و کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز به شماره IR.IAU.SHIRAZ.REC.1400.036 انجام شد. همچنین، فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش توسط همه شرکت کننده ها امضا شد.

سیاسگزاری

این مقاله حاصل رساله دانشجویی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز می باشد و بدین گونه مراتب تقدیر و تشکر از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز به عمل می آید. همچنین از کلیه افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند نهایت قدردانی به عمل می آید.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان اعلام می نمایند که هیچ گونه تعارض منافی ندارد.

آموزش پیشگیری نقش مهمی در اقدام به خودکشی دارد. بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند، احساس شرمندگی می کنند و معتقدند که هیچ کس نمی تواند آنها را درک کند و دلیل رفتارشان را بفهمد و بسیاری دیگر، حتی خودشان نیز علت رفتار خودکشی خود را درک نمی کنند. افرادی که در معرض خطر اقدام به خودکشی هستند نیاز به شیوه ارتباطی خاص و فرصتی ویژه دارند تا بتوانند درباره احساسات، افکار، و پیشینه بحران خودکشی خود صحبت کنند. انگیزه آنها برای شرکت در جلسات درمانی تا حد زیادی به اعتمادشان نسبت به متخصص ارائه دهنده خدمات درمانی بستگی دارد. آنچه این بیماران نیاز دارند پذیرش غیرمشروط، درک همدلانه و یک مدل درمانی است که به آنها کمک کند مکانیسم های بحران خودکشی را بشناسند و راهبردهای مواجهه با لحظات بحرانی زندگی را در خود پرورش دهند و از این طریق میزان سلامت اجتماعی خود را افزایش دهند. در این مدل، فرض اصلی بر این است که افراد اعمالشان را در قالب داستان توصیف می کنند و درمانگر باید بدون قضاوت و نتیجه گیری شتابزده داستان بیمار را بشنود؛ چرا که بیمار خود خبره داستان خویش است. در بافت مدل مبتنی بر نظریه آموزش پیشگیری از خودکشی، داستان ها به ما نشان می دهند که چگونه خودکشی، هنگامی که مسائل مهم زندگی و مسائل هویتی مورد تهدید قرار می گیرند و هیچ راهبرد عملی یا مقابله ای دیگری در دسترس نیست، می تواند به هدف تبدیل شود. به عبارت دیگر، در شرایط روانی حاد که مملو از درد، رنج، ناامیدی، یأس و درماندگی است، خودکشی می تواند به راه حلی تبدیل شود که به شرایط روانی غیرقابل تحمل پایان می بخشد و لذا آموزش برنامه های پیشگیری از سوی وزارت بهداشت می تواند میزان سلامت اجتماعی و ارتباط فرد با جامعه را افزایش داده و اقدام مجدد به خودکشی را کاهش دهد (۲۰).

نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که اجرای برنامه

References

1. Rezaeian M. A Narrative Review on Religion Epidemiology with Emphasis on Suicide Behavior. *JRUMS* 2018; 16(9): 869-82. <http://journal.rums.ac.ir/article-1-4152-en.html>
2. Rezaeian M. A Critical Look at the World Health Organization Report for Suicide Prevention. *JRUMS* 2018; 16(12): 1169-74. <http://journal.rums.ac.ir/article-1-4226-en.html>
3. Kumar U Handbook of Suicidal Behaviour. Singapore: Springer; 2017 <https://www.amazon.sg/Handbook-Suicidal-Behaviour-Updesh-Kumar/dp/9811048150> <https://doi.org/10.1007/978-981-10-4816-6>
4. Zarani F, Ahmadi Z. Suicide in Iranian culture: A systematic review study. *Rooyesh*. 2021; 10 (9): 205-216.
5. World Health Organization. World health statistics 2018: Monitoring health for the SDGs(sustainabledevelopment goals). Geneva; 2018. World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/.
6. Sam Aram A. Investigation of the relationship between social health and social security with emphasis on community-based policing approach. *Entezam-E-Ejtemaei*. 2010; 1: 9-29. http://gsj.uma.ac.ir/article_652_425823272167e0a4c9e1b9af93f20ac4.pdf
7. Brown CR, Hambleton IR, Sobers-Grannum N, Hercules SM, Unwin N. Social determinants of depression and suicidal behaviour in the Caribbean: a systematic review. *BMC Public Health*. 2017; 17: 577. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4371-z>
8. Keyes CLM. Complete mental health: an agenda for the 21 century Washington; 2004 https://www.researchgate.net/profile/Corey-Keyes-2/publication/259344979_Complete_Mental_Health_An_Agenda_for_the_21st_Century/links/02e7e52b1fbf5eecd1000000/Complete-Mental-Health-An-Agenda-for-the-21st-Century.pdf
9. Brown SJ, Yelland JS, Sutherland GA, Baghurst PA, Robinson JS. Stressful life events, social health issues and low birthweight in an Australian population-based birth cohort: challenges and opportunities in antenatal care. *BMC public health*. 2011; 11(1): 196. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-196>
10. Arabiat DH, Shaheen A, Nassar O, Saleh M, Mansour A. Social and Health Determinants of Adolescents' Wellbeing in Jordan: Implications for Policy and Practice. *The Journal of Pediatric Nursing*. 2018; 39: 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.03.015>
11. Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, O'Connor RC, Tilling K, Gunnell D. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry* 2019; 6(4): 327-337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
12. Gliatto MF, Rai AK. Evaluation and Treatment of Patients with Suicidal Ideation. *AFP*. 1999; 59(6): 1500-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10193592/>
13. Rizvi S, Iskric A, Calati R, Courtet P. Psychological and physical pain as predictors of suicide risk: Evidence from clinical and neuroimaging findings. *Current Opinion in Psychiatry*. 2017; 30(2): 159-67. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000314>
14. Yang S-J, Kim J-M, Kim S-W, Shin I-S, Yoon J-S. Bullying and victimization behaviors in boys and girls at South Korean primary schools. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45(1): 69-77. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000186401.05465.2c>
15. Fortinash KM, Holodayworret PA. *Psychiatric mental health nursing*. 5th ed. New York Mosby Publication; 2008 P.236. <https://www.elsevier.com/books/psychiatric-mental-health-nursing/fortinash/978-0-323-07572-5>
16. Sher CD, Ingram RE, Segal ZV. Cognitive reactivity and vulnerability: empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*. 2005; 25: 487-510. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.01.005>
17. Abramson LY, Metalsky GL, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*. 1989; 96: 358-372. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
18. Michel K, Gysin-Maillart A. *Attempted Suicide Short Intervention Program-ASSIP. A manual for clinicians*. Göttingen: Hogrefe; 2015. <https://doi.org/10.1027/00476-000>
19. Gysin-Maillart A, Soravia L, Schwab S. *Attempted*

- suicide short intervention program influences coping among patients with a history of attempted suicide. *Journal Affect Disord.* 2019; 23: 56-67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.059>
20. Malakoti, S. Project to prevent re-attempted suicide by telephone follow-up. Research project of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Mental Health and Addiction Management, Office of Mental Health; 2016.
 21. Gysin-Maillart A, Soravia, LM, Gemperli A, Michel K. Suicide Ideation is Related to Therapeutic Alliance in a Brief Therapy for Attempted Suicide. *Archives of Suicide Research.* 2016; 21(1):113-126. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1162242>
 22. Ahari M. Investigating the level of social health among Azad and Payam Noor Ahar University students, Department of Social Sciences, Payam Noor University, expert thesis; 2012.
 23. Beck AT. *Cognitive therapy and emotional disorders.* New York: international university Press; 1976. <https://psycnet.apa.org/record/1976-28303-000>
 24. Anisi J, Fathiashtiani A, Salimi S, Ahmadi KH. Assessing the reliability and validity of the Beck Suicidal Ideation Scale (BSSI) in soldiers. *J Mil Med.* 2005; 7(1): 33-37.
 25. Van der Does AJW, Williams JMG. Liden Index of Depression Sensitivity Revised (LEIDS-R). Available from: http://www.doua.nl/Publication_depression.html; 2003.
 26. Bagiankolemarz M, Karami J, Momeni Kh, Elahi A. The role of childhood trauma experience, cognitive reactivity and mental pain in suicide attempters and normal people. *Thought & Behavior in Clinical Psychology.* 2019; 14(53): 77-89. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1570_1384669cb4bb72a6ea442d4fdb263e52.pdf?lang=en
 27. Singh SH, Turin T. Short therapy programmes may reduce the risk of suicide reattempts. *Nursing.* 2019; 34: 54-65. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103257>