

بررسی اثربخشی درمان گروهی آموزشی مهارت‌های حل مسأله بر برخی ویژگی‌های شناختی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی

دکتر عبدالله شفیع آبادی

عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

ثریا شمس

کارشناس ارشد مشاوره

چکیده

تحقیق حاضر، اثربخشی درمان گروهی آموزشی مهارت‌های حل مسأله را بر میل خودکشی، ناامیدی، سبک اسنادی و خودپنداره نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی بررسی می‌کند. پانزده دختر که بعلت اقدام به خودکشی به بیمارستان لقمان تهران ارجاع داده شده بودند، در این تحقیق شرکت نمودند. این تقیق شبه تجربی بود و آزمودنیها بطرو تصادفی در دو گروه با شرایط درمان ۱۰ جلسه‌ای آموزش مهارت‌های حل مسأله (۷ نفر) و گروه کنترل در انتظار درمان (۸ نفر) قرار گرفتند. تحلیل و مقایسه اطلاعات بدست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه نشان داد که برنامه درمانی توانسته است میل خودکشی، ناامیدی، سبک اسناد منفی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی را بطور معنی‌داری کاهش دهد اما بر خود پنداره آنان تأثیر معنی‌داری نداشت. این تحقیق نمونه‌ای از برنامه درمانی منظم برای نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی را ارائه می‌دهد.

مقدمه

در سالهای اخیر، خودکشی‌گرایی در نوجوانان، به میزان هشدار دهنده‌ای بالا رفته و تقریباً به حد یک اپیدمی رسیده است (باتلر^۱ و همکاران، ۱۹۹۴، لویسنسون^۲ و همکاران، ۱۹۹۴؛ سادوک^۳ و سادوک^۴؛ مورتسنس^۵ و همکاران ۲۰۰۰) تحقیقات نشان می‌دهد که خودکشی هشتمین دلیل مرگ در کل افراد و دومین دلیل مرگ در نوجوانان ۱۹-۱۵ ساله می‌باشد (روزنبرگ^۶، ۱۹۹۹؛ روترام بروس^۷ و همکاران، ۱۹۹۴؛ کیمل^۸ و واپتر^۹، ۱۹۹۵؛ اورهولسر^{۱۰} و همکاران^{۱۱}، ۱۹۹۵؛ برنت^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۴). طبیعتاً اقدام به خودکشی بیش از خودکشی موفق شایع می‌باشد. در مقابل هر خودکشی موفق، ۵۰ تا ۲۰۰ مورد اقدام به خودکشی وجود دارد (روتراام بروس و همکاران، ۱۹۹۴؛ زیمرمن^{۱۳} و آسنیس^{۱۴}، ۱۹۹۵). فکر و اقدام به خودکشی از مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های خودکشی می‌باشند. روترام بروس و همکاران (۱۹۹۴) گزارش می‌دهند که ۱۰ تا ۵۰ درصد کسانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، دوباره اقدام می‌کنند و نهایتاً ۱۱ درصد از آنها، بدین علت خواهند مرد.

مطالعات نشان می‌دهد که مداخله‌های درمانی مناسب می‌تواند به میزان بسیار بالایی، خطر خودکشی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی را قبل و بعد از اقدام به خودکشی کاهش دهد. با این حال هنوز درصد کمی از این افراد تحت درمان قرار می‌گیرند و همچنین به دلیل ماهیت خطرناک بودن درمان این افراد، تحقیقات کمی در مورد درمانهای مناسب و مدون با چارچوب‌های کنترل شده برای کاهش خطر خودکشی در افراد خودکشی‌گرا، انجام شده است (راد^{۱۵} و همکاران، ۱۹۹۹). جهت تدوین درمانهای مناسب، بررسیهای زیادی در مورد شناخت ویژگیهای شخصیتی و شناختی

- | | | |
|------------------------|-----------------|-----------------|
| 1. Butler, J | 2. Lewinsohn, p | 3. Sadock, -B |
| 4. Sadock, V | 5. Mortensen, P | 6. Rosenberg, J |
| 7. Rotheram - Bdrus, M | 8. Kimmel, D | 9. Weinter, I |
| 10. Overholser, J | 11. Lihnert, K | 12. Brent, P |
| 13. Zimmerman, J | 14. Asnis, G | 15. Rudd, M |

افراد خودکشی‌گرا و نیز عوامل خطر ساز محیطی انجام شده است. در بیشتر این مطالعات مشخص شده است که افراد خودکشی‌گرا به ویژه خصوصیات شناختی دارند که می‌تواند عامل خطر ساز مهمی برای خودکشی آنان باشد. از جمله این خصوصیات می‌توان از عدم مهارت‌های حل مسأله مناسب، تحجر شناختی، ناامیدی، سبک اسنادی منفی، خود انتقادگری و نظر منفی نسبت به خود و محیط را نام برد (نورینگر^۱، ۱۹۷۱؛ اورهولسرو و همکاران، ۱۹۹۵؛ الیس^۲ و راتلیف^۳، ۱۹۸۶؛ اورباخ^۴، ۱۹۹۹؛ جوینر^۵ و متالسکی^۶، ۱۹۹۹a؛ ریکلمن^۷ و هوفک^۸، ۱۹۹۵). اسکات^۹ و کلام^{۱۰} (۱۹۸۷) معتقدند این خصوصیات باعث می‌شوند فردی که نظر منفی نسبت به خود دارد، بعلت تحجر فکری که بدان دچار است، نتواند راه‌حل‌های جانشینی مناسب برای حل مشکلات خود پیدا کند، مشکل را غیر قابل حل می‌داند، هیچ روزنه امید بر آینده نمی‌بیند و نهایتاً به این نتیجه می‌رسد که خودکشی مناسب‌ترین راه‌حل برای این مشکلات می‌باشد و از آنجا که معمولاً حوادث استرس‌زا و مشکلات زیادی در زندگی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی وجود دارد (جوینر و همکاران، ۱۹۹۹b؛ زیمرمن و آسنیش، ۱۹۹۵؛ شافر^{۱۱} و کرافت^{۱۲}، ۱۹۹۹)، مطالعات مختلف پیشنهاد کرده‌اند که درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر حل مسأله می‌تواند برای این نوجوانان مفید باشد (ریکسون^{۱۳} و اروین^{۱۴}، ۱۹۹۹؛ لرنر و کلام^{۱۵}، ۱۹۹۰؛ سالکوسکیس^{۱۶}، آتا^{۱۷} و استورد^{۱۸}، ۱۹۹۰؛ راد، جوینر و رجب^{۱۹}، ۱۹۹۶).

مراجعات از طریق درمان آموزش مهارت‌های حل مسأله می‌آموزند چگونه با

- | | | |
|--------------------|----------------|----------------|
| 1. Nouringer, -C | 2. Ellis, - T | 3. Ratlif, K |
| 4. Orbach | 5. Joiner, T | 6. Metalsky, G |
| 7. Rickelman, B | 8. Houfek, J | 9. Schotte, D |
| 10. Clum, G | 11. Shaffer, D | 12. Craft, L |
| 13. Rixon, R | 14. Erwin, R | 15. Lerner, M |
| 16. Salkowskis, PM | 17. Atha, C | 18. Storer, D |
| 19. Rajab, M | | |

مشکلات فعلی که آنها را احاطه نموده مقابله کنند. آنها می‌توانند با ارائه راه‌حلهای جانشینی برای مشکلات به ظاهر غیرقابل حلشان به آن نوع امیدواری برسند که لازمه درمان و بهبودی است. کلارک^۱ و همکاران (۱۹۹۶) درمان حل مسأله را بدین دلیل که کوتاه مدت و مؤثر بوده و مراجع می‌تواند به راحتی آن را فراگیرد و نیز بدین دلیل که عوارض سوء ندارد و مستقیماً متوجه مشکلات بیمار می‌شود، توصیه می‌کنند. همچنین در درمان نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی، درمان گروهی بعنوان درمانی که با ارائه باز خورد و حمایت همسالان می‌تواند بیش از درمان فردی مؤثر باشد، پیشنهاد شده است (سامرویل^۲ و همکاران، ۱۹۹۴؛ آسموس^۳، ۱۹۷۹؛ کومستوک^۴، ۱۹۷۵).

پژوهش حاضر بر آن است تا اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری آموزش مهارت‌های حل مسأله را بر برخی ویژگیهای نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی، بررسی کند.

فرضیه‌های تحقیق:

- ۱- درمان گروهی شناختی - رفتاری آموزش مهارت‌های حل مسأله، میزان فکر خودکشی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی را کاهش می‌دهد.
- ۲- درمان گروهی شناختی - رفتاری آموزش مهارت‌های حل مسأله، میزان ناامیدی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی را کاهش می‌دهد.
- ۳- درمان گروهی شناختی - رفتاری آموزش مهارت‌های حل مسأله، میزان خودپنداره منفی نوجوانان اقدام‌کننده را کاهش می‌دهد.
- ۴- درمان گروهی شناختی - رفتاری آموزش مهارت‌های حل مسأله، میزان سبک اسناد منفی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی را کاهش می‌دهد.

1. Clark, D
4. Comstock, B

2. Summerville, M

3. Asmos

روش

نمونه تحقیق:

جهت نمونه‌گیری این پژوهش، ابتدا یک ارزیابی مقدماتی از دختران ۱۹-۱۴ ساله که به علت اقدام به خودکشی به بخش مسمومیت بیمارستان لقمان مراجعه کرده بود، به عمل آمد که در این ارزیابی متغیرهایی از قبیل سن، تحصیلات (حداقل سوم راهنمایی)، محل زندگی جهت حذف آزمودنیهای ساکن خارج از تهران، کنترل شدند. سپس در ارزیابی روانپزشکی این مراجعه‌کنندگان که توسط روانپزشک و با حضور محقق انجام شد، یکسری عوامل دیگر از جمله بیماری روانی حاد که نیاز به بستری شدن دارد و تکرار اقدام به خودکشی بیش از ۳ بار، حذف شدند. برای تک تک این افراد و خانواده‌های آنان توضیحاتی در مورد جلسات درمانی ارائه شد و با تشویق آنان، در نهایت تعداد ۶۰ نفر تمایل خود را به شرکت در جلسات درمان اعلام نمودند. همانطور که انتظار می‌رفت، در پی دعوت از آنان برای شروع جلسات درمانی، تنها ۱۹ نفر از آنها حاضر به شرکت در برنامه درمانی بودند. از این عده بطور تصادفی، ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۹ نفر به عنوان گروه کنترل و در انتظار درمان در نظر گرفته شدند و در گروه آزمایش، پس از شروع درمان در جلسه اول و دوم ۳ نفر از آزمودنیها، از ادامه درمان خودداری کردند و از گروه کنترل نیز یک نفر نتوانست در جلسه ارزیابی پس از آزمون شرکت کند. بدین ترتیب گروه آزمایش به تعداد ۷ نفر و گروه کنترل با ۸ نفر کار پژوهشی را ادامه دادند.

ابزار تحقیق

۱- مقیاس فکر خودکشی^۱: این مقیاس توسط بک، کواکس و وایسمن (۱۹۷۹) جهت

1. Suicide Ideation Questionnaire

اندازه گیری شدت افکار خود آگاهانه خودکشی طراحی شده و دارای ۱۹ سوال صحیح - غلط می باشد. هر سوال سه گزینه دارد که نمره های ۰-۲ را در برمی گیرد. نمره کل با جمع بندی ۱۹ سوال بدست می آید و می تواند در دامنه ۰-۳۸ تغییر کند. (بک، کوآکس^۱ و وایسمن^۲ (۱۹۷۹) همسانی درونی این مقیاس را بر روی ۹۰ بیمار که فکر خودکشی داشتند، اندازه گیری نمودند، همبستگی هر ماده با کل مجموع نمرات موارد، محاسبه شد و نتایج نشان دهنده همبستگی مثبت تمامی آنها با کل نمرات مقیاس بود. همچنین از طریق ضریب آلفای کرونباخ بر روی این ۹۰ بیمار، ضریب پایایی ۸۹٪ بدست آمد.

۲- مقیاس ناامیدی^۳: این مقیاس توسط بک و همکاران (۱۹۷۴) طراحی شده و دارای ۲۰ عبارت است که آزمودنی ها باید پاسخ صحیح - غلط به آن بدهند و میزان انتظارات منفی در مورد آینده را اندازه گیری می کند. نمره کل با استفاده از کلید، جمع بسته می شود و دامنه نمرات از ۰-۲۰ تغییر می کند.

شواهدی دال بر پایایی و اعتبار مناسب آن گزارش شده است. همچنین به عنوان ابزار مناسبی برای پیش بینی احتمال خودکشی در افراد شناخته شده است (بک و همکاران ۱۹۷۴).

۳- تست خود پنداره^۴: این مقیاس که برای بررسی خود پنداره فرد بکار می رود، اولین بار توسط بک (۱۹۷۶) مطرح شد. این مقیاس وسیله ای برای ارزیابی نگرشهای منفی شخص از خودش می باشد و دارای ۲۵ سوال که جنبه های مختلف خود پنداره را مورد سنجش قرار می دهد. سوالات این مقیاس از ۱-۵ درجه بندی شده اند و نمره کل از ۵ تا ۱۲۵ می تواند تغییر کند. آزمون طوری طراحی شده که نمرات بالاتر نشان دهنده خود پنداره مثبت می باشد. بک و همکاران (۱۹۹۰) در بررسی این مقیاس، ضریب

1. Kovacs, M

2. Weissman, A

3. Hopelessness scale

4. Self-Concept Test

آلفای برابر با $0/82$ را بدست آورده‌اند. ضریب پایایی نیز از طریق آزمایش - آزمایش مجدد با فاصله زمانی یک هفته $0/88$ و با فاصله زمانی سه ماه $0/65$ بود.

۴- پرسشنامه سبک اسنادی کودکان و نوجوانان^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۴ توسط پیترسون^۲، سلیگمن^۳ برای سنجش نوع سبک اسنادی کودکان و نوجوانان تهیه شده است. سبک اسنادی فرآیندی است که فرد از طریق آن حوادث مثبت و یا منفی زندگی را بصورت کلی / اختصاصی، پایدار / ناپایدار و درونی / بیرونی تفسیر می‌کند. نوجوانان خودکشی‌گرا، معمولاً سبک اسنادی کلی، پایدار و درونی برای حوادث منفی دارند. این پرسشنامه در فرم اولیه اش ۴۸ سوال داشت که با حذف برخی سوالات وابسته به فرهنگ که توسط هیئت الهی (۱۳۷۴) انجام شد، به ۳۶ سؤال تقلیل یافت. این پرسشنامه را هم بصورت جزئی در شش بعد و هم بصورت کلی در دو بعد مثبت و منفی می‌توان نمره گذاری کرد. که در پژوهش حاضر تنها بعد منفی آن بصورت کلی سنجیده شده است. در موارد روایی و پایایی این آزمون نیز مطالعاتی انجام شده که نتایج آن نشان‌دهنده روایی و پایایی پرسشنامه می‌باشد (پیترسون و سلیگمن، ۱۹۴).

روش اجرا

تعداد کل آزمودنی‌های این پژوهش، در مرحله پیش آزمون پرسشنامه‌ای ناامیدی، خودپنداره و سبک اسنادی را انجام دادند و پرسشنامه فکر خودکشی نیز توسط محقق انجام شد. برنامه درمان گروهی آموزش مهارت‌های حل مسئله برای گروه آزمایش آغاز شد و پس از طی این دوره مجدداً پرسشنامه‌های فوق‌الذکر در مرحله پس آزمون بکار گرفته شده و نتایج این دو مرحله با هم مقایسه شده و تجزیه و تحلیل شدند.

1. Children Attributional Questionnaire
3. Seligman, M

2. Peterson, C

متغیر مستقل

برای اجرای برنامه درمانی، راهنمای مفصل و مشروح آموزش گروهی مهارت‌های حل مسئله که توسط دزوریلا و نزو^۲ (۱۹۹۵) برای محقق فرستاده شد، اساس کار قرار گرفت. همچنین از فنون گروه درمانی شناختی رفتاری شلدون رز (۱۹۹۹) که برای نوجوانان طراحی گردیده است، استفاده شد. به منظور انجام برنامه درمانی، مراحل حل مسئله آن گونه که دزوریلا و نزو (۱۹۹۹) مطرح نموده‌اند بدین ترتیب اجرا شد: ۱- سازمان‌بندی اولیه ۲- جهت‌یابی نسبت به مسئله ۳- کنترل هیجانات در حل مسئله ۴- تعریف و فرمول‌بندی مسئله ۵- خلق راه‌حلهای جانشینی ۶- تصمیم‌گیری ۷- بکارگیری و بررسی راه‌حلهای ۸- حفظ و تعمیم آموخته‌ها در محیط زندگی واقعی. این برنامه درمانی به مدت ۱۰ جلسه ۱/۵ تا ۲ ساعته به طول انجامید. فنون اصلی بکار گرفته شده عبارت بودند از: فنون آموزشی، الگوسازی، ایفای نقش، بحث فعال، ارائه بازخورد، حل مسئله‌های فرضی یا واقعی و تکالیف خانگی. تمرکز اصلی درمان مخصوصاً در جلسات اولیه، بر آموزش شیوه حل مسئله بطور کلی و نه اختصاصاً حل مشکلات فعلی که باعث اقدام به خودکشی آنان شده بود، قرار گرفت. گروه کنترل در این مدت، درمان گروهی آموزش مهارت‌های حل مسئله، دریافت نمود و در انتظار درمان باقی ماند. رهبری گروه را در این پژوهش، محقق همراه با روانپزشک مرکز که دارای تجربه کافی در کار با این جمعیت خاص بود، به عهده گرفتند. برخی محققین از جمله دزوریلا و نزو (۱۹۹۹) و رز^۳ (۱۹۹۹) معتقدند اداره گروه با دو رهبر (مخصوصاً ترکیب یک زن و مرد)، رسیدن به اهداف درمانی را تسهیل می‌کند.

نتایج

بر اساس آزمونهای آماری ۱ مستقل و t وابسته، تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش

1. D'Zurilla, T

2. Nezu, A

3. Rose, Sh.

و کنترل در دو مرحله پیش از آزمون در سطح معناداری ۵٪ محاسبه شد. فرضیه اول: درمان گروهی شناختی - رفتاری آموزش مهارت‌های حل مسأله، میزان فکر خودکشی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی را کاهش می‌دهد.

جدول شماره ۱. مقایسه نمرات فکر خودکشی گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروه‌ها	کنترل		آزمایش		آزمون آماری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t مستقل	جدول (α=۰/۰۵)
پیش آزمون	۲۹	۵/۱۴۳	۳۰/۱۴	۱۰/۱۴	۰/۸۱	d.f(۱۳) و t=۱/۷۷
پس آزمون	۲۶	۸	۱۱/۵۷	۴/۲۹	۱۱/۱۳	
t وابسته	۹/۱		۱۷/۴۲			
جدول (α=۰/۰۵)	d.f(۷) و t=۱/۸۹		d.f(۶) و t=۱/۹۴			

همانگونه که از جدول شماره (۱) استنباط می‌شود، دو گروه در مرحله پیش آزمون با هم متفاوت نبودند. اما در مرحله پس آزمون، نتایج محاسبه t وابسته نشان داد که در هر دو گروه میزان فکر خودکشی کاهش یافته است. با این حال در مقایسه نمرات پس آزمون، مشخص شد که گروه آزمایش بیش از گروه کنترل در زمینه فکر خودکشی کاهش نشان داده است. همچنین در مورد تکرار اقدام به خودکشی در گروه آزمایش اقدام به خودکشی گزارش نشد. اما در گروه کنترل ۲ مورد تکرار اقدام به خودکشی وجود داشت که ۲۵ درصد آزمودنی‌های این گروه را شامل می‌شود. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که فرضیه اول پژوهش تایید می‌گردد یعنی گروهی که درمان دریافت کرده بود کاهش میل خودکشی بیشتری نشان داد.

فرضیه دوم: درمان گروهی شناختی - رفتاری آموزش مهارت‌های حل مسأله، میزان ناامیدی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی را کاهش می‌دهد.

جدول شماره ۲. مقایسه میانگین نمرات ناامیدی گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروه‌ها	کنترل		آزمایش		آزمون آماری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t مستقل	t جدول ($\alpha=0/05$)
پیش آزمون	۱۵/۲۵	۷/۹۳	۱۵/۷۱	۵/۹۱	۰/۳۴	d.f(۱۳) و t=۱/۷۷
پس آزمون	۱۶/۶۳	۲/۵۵	۶	۲	۱۵/۴۱	
آزمون وابسته	t=۰/۹۲		۱۴/۲۸			
t جدول ($\alpha=0/05$)	d.f(۷) و t=۱/۸۹		d.f(۶) و t=۱/۹۴			

در مورد فرضیه دوم، یعنی تاثیر درمان بر میزان ناامیدی، همچنان که از جدول شماره (۲) استنباط می‌شود دو گروه در مرحله پیش آزمون با هم متفاوت نبودند اما در مرحله پس آزمون دو گروه با هم تفاوت معنی دار داشتند یعنی t مشاهده شده (۱۵/۴۱) از t جدول (۱/۷۷) بزرگتر بود. همچنین جهت بررسی میزان تغییر ناامیدی در داخل هر گروه با استفاده از آزمون t وابسته، این نتایج بدست آمده که در گروه کنترل، تفاوت معناداری بین مرحله پیش آزمون و پس آزمون دیده نشد، اما در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون میزان ناامیدی کاهش چشمگیری داشت و می‌توان با اطمینان ۹۵ درصد، این نتیجه گیری را بیان نمود که درمان توانسته است میزان ناامیدی گروه آزمایش را بطور معناداری بیش از گروه کنترل کاهش دهد و بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز تایید گردید.

فرضیه سوم: درمان گروهی شناختی - رفتاری آموزش مهارت‌های حل مسأله، میزان خودپنداره منفی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی را کاهش می‌دهد.

جدول شماره (۳) مقایسه میانگین نمرات خودپنداره گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروهها	کنترل		آزمایش		آزمون آماری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t مستقل	t جدول ($\alpha=0/05$)
پیش آزمون	۵۴/۵	۶۸/۸۵	۵۶/۲۸	۷۷/۲۳	۰/۴	df(۱۳) و t=۱/۷۷
پس آزمون	۵۶	۵۶/۸۵	۵۹/۸۵	۴۸/۸۰	۱/۰۲	
آزمون وابسته	-۲/۰۴۹		-۱/۹۸			
t جدول ($\alpha=0/05$)	d.f(۷) و t=-۱/۸۹		d.f(۶) و t=-۱/۹۴			

همچنین، جهت آزمون فرضیه سوم نتایج جدول شماره (۳) نشان می‌دهد که این دو گروه در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری نداشتند و در مرحله پس آزمون نیز مشاهده شده (۱/۰۲) از t جدول (۱/۷۷) کوچکتر بود و از این رو، این نتیجه بدست آمد که این دو گروه از نظر خودپنداره در هر دو مرحله با هم تفاوت نداشتند. همچنین در زمینه تغییرات ایجاد شده در هر دو گروه آزمایش و کنترل تغییری در میزان خودپنداره آزمودنی‌ها بوجود نیامد، یعنی اینکه درمان نتوانست در میزان خودپنداره نوجوانان خودکشی‌گرا، تغییری ایجاد کند و بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد فرضیه سوم تحقیق رد شد.

فرضیه چهارم: درمان گروهی شناختی - رفتاری آموزش مهارت‌های حل مسأله، میزان سبک اسنادی منفی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی را کاهش می‌دهد.

جدول شماره (۴) مقایسه میانگین نمرات سبک اسنادی برای حوادث منفی گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروهها	کنترل		آزمایش		آزمون آماری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t مستقل	t جدول (α=۰/۰۵)
پیش آزمون	۱۳/۲۵	۱/۹۳	۱۳/۴۳	۱/۶۲	۰/۲۶	d.f(۱۳) و t=-۱/۷۷
پس آزمون	۱۴	۰/۸۵	۷/۷۱	۰/۵۴	-۱۴/۴	
آزمون وابسته	-۱/۰۷		۱۲/۰۶			
t جدول (α=۰/۰۵)	d.f(۷) و t=-۱/۸۹		d.f(۶) و t=-۱/۹۴			

همچنان که نتایج جدول شماره (۴) در مورد فرضیه چهارم نشان می‌دهد، دو گروه در مرحله پیش آزمون متفاوت نبودند اما در مرحله پس آزمون، t مشاهده شده (۱۴/۴-) از t جدول (۱/۷۷-) بزرگتر بود و بنابراین دو گروه تفاوت معنادار نشان دادند. در بررسی میزان تغییر سبک اسنادی برای حوادث منفی در داخل هر گروه این نتیجه بدست آمد که در گروه کنترل تغییر معناداری بین مرحله پیش آزمون و پس آزمون وجود نداشت. اما در گروه آزمایش تفاوت چشمگیری در این زمینه مشاهده شد. بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان این نتیجه‌گیری را بیان کرد که درمان توانسته است سبک اسنادی منفی آزمودنی‌های گروه آزمایش را کاهش دهد. بنابراین فرضیه چهارم نیز تایید گردید.

بحث و نتیجه گیری

بطور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد که درمان گروهی شناختی - رفتاری آموزش مهارت‌های حل مسأله تأثیر مثبتی بر ویژگیهای شناختی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی دارد. جهت بدست آوردن این نتیجه گیری برخی صفات مشخصه این افراد بررسی شده که مطالعات مختلف مؤید وجود آنها در نوجوانان اقدام کننده به خودکشی می باشد. یکی از این مشخصه‌ها، فکر خودکشی بود و برنامه درمانی توانست کاهش چشمگیری در این زمینه در گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل، بوجود آورد. این یافته همچنین با مطالعات لینهان^۱ و همکاران (۱۹۹۴)، لرنر و کلام (۱۹۹۰) و راد جوینر و رجب (۱۹۹۶) در این مورد که درمان شناختی - رفتاری آموزش مهارت‌های حل مسأله بر کاهش فکر خودکشی موثر است، همخوانی دارد. صفت دیگری که به اعتقاد بک (۱۹۷۶) بیش از افسردگی مشخصه افراد خودکشی گراست، ناامیدی می باشد. فرد ناامید و ضعیف خود را به یک شکل ناامیدانه، و غیر قابل حل آنان می باشد. در پژوهش حاضر، ناامیدی در گروهی که درمان دریافت کرده بود به میزان قابل توجهی کاهش یافت. این یافته با مطالعات محققین مختلفی از جمله لرنر و کلام (۱۹۹۰)، راش^۲ و همکاران (۱۹۸۲) مکلوود^۳ و همکاران (۱۹۹۸) و دالسگارد^۴ و همکاران (۱۹۹۸) در مورد اثربخشی درمان حل مسأله بر کاهش ناامیدی همخوانی دارد. ویژگی که در این پژوهش بررسی شد خودپنداره منفی نوجوان اقدام کننده به خودکشی می باشد. ارزیابی منفی از خود باعث می شود، نوجوانان، زندگی را بی ارزش ببیند و هر استرس معمولی زندگی او را از پا درآورد و به فکر خودکشی بیفتند. علیرغم اهمیت این ویژگی در نوجوانان خودکشی گرا، برنامه درمانی نتوانست خودپنداره منفی آنها را تغییر دهد. این امر ممکن است بدین دلیل باشد که خودپنداره تمام ابعاد جسمی، روانی، فردی و

1. Linehan, M

2. Rush, L

3. Macleode, AK

4. Dalsgarad, K

اجتماعی فرد را دربرمی‌گیرد و به اعتقاد راجرز، الگوی سازمان یافته و پایداری از ادراکات می‌باشد که تقریباً همیشه ثابت می‌ماند (پروین، ترجمه جوادی و کدیور، ۱۳۷۳)، بنابراین به نظر می‌رسد جهت بهبود خودپنداره منفی نوجوانان خودکشی‌گرا، تعداد جلسات درمانی افزایش یابد تا بتواند تغییرات دیرپاتری را در خودپنداره فرد ایجاد کند. همچنین عدم شرکت دادن خانواده‌ها در درمان که بدلیل محدودیتهای پژوهش انجام شده ممکن است با توجه به نقش مهم خانواده در شکل‌گیری و تداوم خودپنداره نوجوانان، باعث شده باشد که خانواده با حفظ همان نگرش سابق نسبت به نوجوانان، بر نگرش اصلاح شده نوجوان که در پی درمان بوجود می‌آید، تأثیر منفی بگذارد و باعث تداوم همان خودپنداره قبلی نوجوان بشود. در نهایت، ویژگی سبک اسنادی منفی این نوجوانان بررسی شد. آبرامسون و همکاران (۱۹۹۸) معتقدند افراد افسرده و خودکشی‌گرا، به دلیل تجربه شکستهای مکرر، نسبت به تواناییهای خود، شک نموده و در مقابل حوادث ناخوشایند به نوعی درماندگی رسیده‌اند. این افراد به نوعی تبیین منفی رسیده‌اند که به نحو پایداری در تمام زندگی آنها رسوخ می‌کند. تبیینی که شکستها را به عوامل پایداری، درونی و کلی نسبت می‌دهد، الیس و راتلیف (۱۹۸۶) طی مطالعه‌ای نشان دادند که افراد خودکشی‌گرا، اعتقاد دارند ناخشنودی آنها به دلایل درونی، کلی و پایدار می‌باشد، بنابراین آنها پیشنهاد می‌کنند که درمانهای شناختی می‌تواند در مورد این افراد در بازسازی شناختی و در نتیجه بازآموزی اسنادی مفید باشد.

بنابر مطالب بالا، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان گروهی آموزش مهارتهای حل مسأله می‌تواند با تأثیرگذاردن بر برخی ویژگیهای شناختی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی، خطر خودکشی آنان را کاهش دهد. در پژوهش حاضر، درمان توانست فکر خودکشی، ناامیدی و سبک اسناد منفی آنها را کاهش دهد اما بر خودپنداره آنان تأثیر نگذاشت. این پژوهش دارای یکسری محدودیتهای بود که از آن جمله می‌توان عدم رغبت آزمودنیها و خانواده‌های آنان را به شرکت در جلسات درمانی نام برد. گزینش داوطلبانه آزمودنیها نیز محدودیتی بود که باعث می‌شود تعمیم نتایج به کل نوجوانان

خودکشی‌گرا، با احتیاط انجام شود. همچنین با توجه به اینکه تعداد نمونه‌ها کم بود و محدود به دختران و یک گروه سنی شده بود، در تفسیر نتایج این پژوهش به جامعه‌های متفاوت و بزرگتر باید احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی مداخله‌ای درمانی آزمودنی‌ها، همراه والدینشان انجام شود تا تأثیر درمانی بیشتر شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تعداد جلسات درمانی افزایش یابد تا تغییرات دیرپاتری در نوجوانان بوجود آید و خوبست که مطالعات پیگیری نیز برای بررسی تأثیر طولانی مدت درمان انجام شود. کاربرد این پژوهش، به صورت یک طرح پژوهشی می‌تواند در مراکزی که مواجه با نوجوانان خودکشی‌گرا و در حال بحران هستند، بکار گرفته شود.

منابع

پروین ال. ای. (۱۳۷۳). روانشناس شخصیت. ترجمه م. ج. جوادی و پ. کدیور، تهران: انتشارات دُرسا.

هیبت الهی، م. (۱۳۷۳). بررسی سبک اسناد دانش‌آموزان با توجه به موفقیت و شکست تحصیلی و جنسیت براساس اسناد و درماندگی آموخته شده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه تربیت معلم.

- Abramson, L.Y.; Metalsky, G. & Alloy, L. (1995), The Hopelessness theory of depression: Dose it test the theory? In L. Abramson, (Ed). *Social cognition and clinical psychology: A synthesis*. New York: Guilford Press.
- Asimos, C. (1979). Dynamic problem-solving in a group for suicidal persons. *International Journal of Group Psychotherapy*, 29 (1), 109-114.
- Beck, A.T.; Weissman, A.; Léster, D. & Texler, L. (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Beck, A. T.; Brown, G.; Berchick, R.; Stewart, J.; Bonnie, L. & Steer, R. A. (1990). *Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A Replication with psychiatry*, 147 (2), 190-195.

- Beck, A. T.; Kovacs, M. W.; Arlene. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicidal ideation. *Journal of Consultin and Clinical Psychology*, 74(2), 343-352.
- Beck, A.T. & Lester, D. (1976). Component of suicidal Intent in Completed and Attempted Suicide. *Journal of Psychology*, 91, 35-38.
- Brent, D. A.; Perper, J. A.; Moritz, G.; Liotus, L.; Schweer, J. Balach, L. & Roth, C. (1994). Familial risk factors for adolescent suicide: A case-control Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 52-58.
- Bulter, J. W.; Nwv, D.; Kagan, N. & Gates, G. (1994). An investigation of diffrences in attitudes between suicidal & nonsuicidal student ideators. *Adolescence*, 29(115), 623 - 638.
- Comstock, B. & McDermott, M. (1975). Group Therapy for patients who attempt suicide: Intervention strategies for patients who attempt suicide. *Internationa Journal of Group Psychotherapy*, 25(1), 44-49.
- D'Zurilla, T. & Nezu, A. (1999). *Problem solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd ed.). New York: Apringer.
- D'Zurilla, T. J.; Chang, E. C.; Nottingham, E. J. & Faccini, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression and suicidal risk in college student and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 54(8), 1091-1107.
- Dahlsgaard, K. K.; Beck, A. T. & Brown, G. K. (1998). Inadcuete response to therapy as a predictor of suicide. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 28(2), 197-204.
- Ellis, T. E. & Ratliff, K. G. (1986). Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Cognitive Therapy & Research*, 10(6), 625-634.
- Joiner, T. E. & Metalsky, G. (1999a). Factorial construct validity of the extended attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy & Research*, 23(1), 105-113.
- Joiner, T. E.; Walker, W. R. L.; Rudd, M. D.; & Jobes, D. A. (1999 b). Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient

- practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(5), 447-453.
- Kimmel, D. C. & Weiner, I. B. (1995). *Adolescence: A developmental transition* (2nd ed.). Canada: John Wiley & Sons.
- Lerner, M. S. & Clum, G. A. (1990). Treatment of suicide eedeators: A problem-solving approach. *Behavior Therapy*, 21, 403-411.
- Lewinson, P. M.; Rohd, P. & Seeley, J. R. (1994), Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297-305.
- Linehan, M. M.; Tutek, D. A.; Heard, H. L. & Armstrong, H. E. (1994) Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal bordarline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151 (12), 1771-1776.
- Macleod, A.K.; Tata, P.; Evans, K.; Tyrer, P.; Schmidt, V. Davidson, K. Thornton, S. & Catalan, J. (1998) Recovery of positive future thinking within a high risk parasuicide group: Result form a pilot randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 37(4), 371-379.
- Mortensen, P.B.; Agerbo, E.; Erikson, T.; Qin, P. & Westergard, N.ilsen, N.(2000). *Psychiatric J. Itness and Risk Factors for Suicide in Denemark. Lancet*, 335, 1-10.
- Neuringer, C.; Lettieri, D. J. (1971). Cognition, attitude and affect in suicidal individuals. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 1, 106-124.
- Orbach - I, Mikulincer - M, Blumenson - R, Mester - R & Stein - D(1999). The subjective experience of problem irresolvability and suicidal behavior: Dynamics and measurment. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 29(2), 150-164
- Overholser, J. C.; Adams, D. M.; Lehnert, K. L. & Brinkman, D. C. (1995). Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34(7), 919-928.
- Peterson, C. & Seligman, M. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory & evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Rickelman, B. L. & Houfek, J. F. (1995). Toward an interacional model of

- suicidal behaviors, cognitive rigidity, attributional style, stress, hopelessness and depression, *Aechives of Psychiatric Nursing*, IX (3), 158-168.
- Rixon, R. & Erwins, P. G. (1999). Measures of effectiveness in a short term interpersonal cognitive problem solving programme. *Counselling Psychology Quarterly*, 12(1), 87-93.
- Rose, S. D. (1998). *Group therapy with troubled youth: A cognitive - behavioral Interactive Approach*. London: Sage.
- Rosenberg, J. L. (1999). Suicide prevention: An integrated using affective and action based intergrated using affective and action based intervention. *Professional Psychology: Research & Practice*, 30 (1), 83-87.
- Rotheram, B.; Mary, J. P. J.; Miller, S.; Graae, F. & Castro, B. D. (1994). Briel cognitive - behavioral treatment for adolescent suicide attempers & their families. *J. A. Acad. child Adolescs. Psychiatry*, 33(4), 508-517.
- Rudd, D. M.; Joiner, T. E.; Jobes, D. A. & king, C. A. (1999). The outpatient treatment of suicidality: An integration of science and recognition of itslimitation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(5), 437-446.
- Rudd, M. D.; Rajab, M. H.; Orman, D. T.; Joiner, T.; Stulman, D. A. & Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(1), 179-90.
- Rush, J. A.; Beck, A. T.; Kovacs, M. & Weissenburger, J. (1982). Comparison of the effect of cognitive therapy and pharmacotherapy on hopelssness and self-concept. *American Journal of Psychiatry*, 139 (7), 362-866.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, (7th ed.) New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salkovskis, P. M.; Atha, C. & Storer, D. (1990), Cognitive problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: A controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 157, 871-876.
- Schotte, D. E. & Clum, G. A. (1987). Problem solving skills in suicidal sychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 49-54.

- Shaffer, D. & Craft, L. (1999). Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (Supple 2), 70-74.
- Summerville, M. B.; Kaslow, N. J.; Abbate, M. F. & Cronan, S. (1994). Psychopathology, family functioning and cognitive style in urban adolescent with suicide attempts, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(2), 222-232.
- Zimmerman, J. K. & Asnis, G. M. (1995). *Treatment approaches with suicidal adolescents*. New York: John Wiley & Sons.