

چگونه دانش آموزی که افکار و تمایل به خودکشی داشت را به زندگی امیدوار کردیم؟

زهره ارخودی قلعه نوئی^۱

^۱ کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد. مشاور مقطع متوسطه اول

چکیده

نوجوانی مرحله مهمی از رشد است که ممکن است با اختلالات روان شناختی از جمله افسردگی و خودکشی به ویژه در دختران نوجوان همراه شود (ایزانلو و همکاران، ۱۴۰۲). شیوع افکار خودکشی در طول دوره نوجوانی بین ۱۲/۱ تا ۲۹/۹ تخمین زده می شود. افکار خودکشی گرایانه پیش بینی کننده ی موثری برای اقدام به خودکشی است و معمولاً با احساساتی نظیر ناامیدی و بیچارگی همراه است (رشیدی، چوب فروش زاده و متقی، ۱۴۰۱). هدف پژوهش حاضر که به روش توصیفی از نوع اقدام پژوهی انجام شده است، کاهش خطر اقدام به خودکشی و مهار افکار خودکشی دانش آموزی است که با واقعه سوگ مادر مواجه شده است. در این پژوهش با مطالعه پیشینه و تحقیقات مرتبط و بهره گیری از ابزارهای پرسشنامه و مصاحبه، دلایل تمایل به خودکشی و راهکارهای پیشگیری آن مورد بررسی قرار گرفت. بهترین راهکارهای قابل اجرا با توجه به بیشترین تأثیری که در بهبود وضعیت داشت (مشاوره سوگ، ایجاد شبکه حمایتی و درمان شناختی رفتاری مختصر) انتخاب و اجرا گردید. نتایج نشان داد که راه حل های انتخابی اثربخش بوده و توانسته است به طور معناداری افکار و تمایل به خودکشی دانش آموز مورد نظر را کاهش دهد. به طوریکه این میزان از ۶۰ درصد به ۱۰ درصد کاهش یافت.

واژه های کلیدی: نوجوانی، خودکشی، سوگ، اقدام پژوهی

مقدمه

دوره‌ی نوجوانی مرحله‌ی گذار رشد فیزیکی و روانی انسان است که بین کودکی و بزرگسالی روی می‌دهد. نوجوانی دوره‌ای حساس و پرتنش است که افراد با ورود به آن دست به کارهای بزرگ و عجیبی می‌زنند. این افراد با نگاهی دیگر به جهان اطراف نگریسته و همیشه احساس می‌کنند که با دیگران متفاوت هستند (رشیدی، چوب فروش زاده و متقی، ۱۴۰۱). در این دوره‌ی پر کشمکش و دشوار زندگی، فشار و نگرانی زیاد است، چراکه نوجوان با تغییرات جسمی، روانی، شناختی و هیجانی زیادی روبرو شده و نسبت به این تغییر و تحولات طبیعی از خود واکنش نشان می‌دهد و در امور روانی، رفتاری، تحصیلی و خانوادگی با نوعی تعارض و مشکل همراه می‌شود (آگاروال^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). هنگامی که نوجوانان نمی‌توانند به طور موفقیت آمیز بر بحران‌ها و چالش‌های تحولی غلبه کنند، پریشانی‌های روانی را تجربه خواهند کرد و اختلال قابل ملاحظه‌ای در جریان بهنجار زندگی روزمره و جنبه‌های عاطفی، اجتماعی و شناختی بروز خواهد کرد که به دنبال آن شخصیت آنها دچار نابسامانی خواهد شد. در این میان دختران نوجوان با توجه به روحیه لطیفشان نسبت به پسران در برابر مسائل و مشکلات اجتماعی آسیب پذیرتر هستند و فشار روحی عمیقی را تحمل می‌کنند (اسپوزیتو^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). از جمله آسیب‌هایی که نوجوانان را در معرض خطر قرار می‌دهد، افکار خودکشی^۴ و تهدید یا اقدام به خودکشی است.

افکار خودکشی یک اصطلاح پزشکی است که در رابطه با اشتغال ذهنی شدید فرد در حول وحوش خودکشی به کار برده می‌شود. این افکار و تصورات انواع گوناگونی را شامل می‌شود. برخی از این افکار ممکن است در حد تصور و خیال پردازی بوده و آنچنان جدی نباشد اما برخی دیگر ممکن است کاملاً جدی و به قصد نابودی فرد در ذهن وی جریان داشته باشند (رستمی، آزاد و رحمتی، ۱۴۰۰). خودکشی عبارت است از هر نوع مرگی که نتیجه مستقیم یا غیرمستقیم کردار منفی یا مثبت قربانی کردن خویش است به گونه‌ای که قربانی خود می‌داند آن عمل این نتیجه را به بار خواهد آورد (سالارزاده، ۱۳۹۳). با توجه به اینکه دختران نسبت به پسران از اعتماد به نفس کمتری برخوردارند و در امور شخصی و روابط خود با دیگران عواطف بیشتری صرف می‌کنند، همین امر موجب وابستگی بیشتر آنها به دیگران شده که در صورت شکست در روابط عاطفی شان کارهای خطرناکی چون خودکشی و خودزنی انجام می‌دهند (پارسا و همکاران، ۱۴۰۲). شیوع افکار خودکشی در دوره نوجوانی ۱۲/۱-۲۹/۹ درصد تخمین زده می‌شود. افکار خودکشی گرایانه پیش‌بینی کننده‌ی موثری برای اقدام به خودکشی است و معمولاً با احساساتی نظیر ناامیدی و بیچارگی همراه است (آگاروال و همکاران، ۲۰۲۱). عوامل بسیاری می‌توانند باعث افزایش خطر اقدام به خودکشی در میان نوجوانان گردند، عوامل فردی، خانوادگی، عوامل محیطی اجتماعی و استرس‌های روزانه از جمله آنها هستند (رشیدی، چوب فروش زاده و متقی، ۱۴۰۱). یک بحران خودکشی معمولاً توسط یک تجربه آسیب زا و یا مجموعه‌ای از تجارب که احساس ارزشمندی شخص را پایمال می‌کنند، ایجاد می‌شود. این تجارب شامل یک فقدان اساسی، ناکامی در نیل به اهداف شخصی و یا مشکلات شخصی درازمدت می‌باشند. زمانی که نظام مقابله‌ای شخص قادر به رویارویی با تجارب منفی

^۱. Adolescence^۲. Aggarwal^۳. Esposito^۴. Suicide

نباشد، افسردگی و یاس ناشی از آن می تواند شخص را به افکار خودکشی، آسیب پذیر نماید (بابایی و همکاران، ۱۴۰۰). افرادی که تمایل به خودکشی دارند ممکن است احساساتی مانند ترس، ناامیدی، ناتوانی، سردرگمی و افسردگی داشته باشند. این قبیل افراد بیشتر می خواهند از رنجی که گرفتار آن هستند رهایی یابند، نه اینکه واقعا قصد خودکشی داشته باشند. اما در چنین شرایطی خودکشی از نظر آنها تنها راه نجات است (آل سعدی ثانی، ۱۴۰۰). امروزه فکر خودکشی در بین نوجوانان به عنوان یک مشکل جهانی سلامت عمومی مطرح شده و به یک نگرانی بین المللی تبدیل شده است (فورت^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). از آنجایی که دانش آموزان آینده سازان جامعه هستند، حفظ سلامتی آنها مهم است. افکار خودکشی و اقدام به خودکشی دانش آموزان یکی از مسائل مهمی است که در صورت شناسایی به موقع و کمک حرفه ای می توان از بروز اتفاقات تلخ جلوگیری کرد. لذا شناسایی و به کارگیری مداخلات روانشناختی موثر جهت کاهش افکار خودکشی و پیشگیری از مشکلات روانشناختی بیشتر ضروری به نظر می رسد.

توصیف وضع موجود

این پژوهش در یکی از دبیرستان های دخترانه متوسطه اول یکی از روستاهای شهرستان باخرز انجام شد. این مدرسه در یک شیفت دخترانه که دارای ۴۷ دانش آموز است فعالیت می کند. ۲۰ دانش آموز پایه هفتم ۱۰ پایه هشتم و ۱۷ پایه نهم می باشند. ۸ دبیر ۱ مدیر و ۱ مشاور دارد. بنده به عنوان مشاور و دبیر درس تفکر و سبک زندگی به مدت ۶ ساعت در هفته در این مدرسه فعالیت دارم. از نظرامکانات این مدرسه در وضعیت مطلوبی قرار ندارد. ساختمان قدیمی و دارای حیاط کوچکی بوده که از نظر فضای سبز نیز بسیار ضعیف است. مردم این روستا اغلب کارگر و کشاورز هستند و از نظر وضعیت اقتصادی در حد پایین تر از متوسط می باشند. به اقتضای حرفه خود از ابتدای سال تحصیلی که وارد این مدرسه شدم سعی کردم با دانش آموزان ارتباط خوبی برقرار کنم و شرایط موجود در مدرسه را از دبیرانی که سالهای قبل در این مدرسه فعالیت داشتند و مدیر مدرسه جویا شوم. از آنجایی که در هفته چهار ساعت درس تفکر و سبک زندگی را تدریس می نمایم در کلاسها با دانش آموزان ارتباط خوبی برقرار کرده بودم و با روحیات دانش آموزان آشنا شده بودم. اواخر مهرماه بود که از طریق مدیرمدرسه مطلع شدم که مادر یکی از دانش آموزان به نام فرزانه، فوت شده است. فرزانه دختری مودب، اجتماعی و بسیار فعال در بحث های کلاسی بود. پس از گذشت چند روز از فوت مادرش زمانی که فرزانه به مدرسه آمد در کلاس متوجه تغییرات اساسی در رفتار و حالات او شدم. فرزانه مثل همیشه در بحث ها مشارکت نمی کرد و تمایلی به برقراری ارتباط نداشت. از طریق دوستان او متوجه شدم که فرزانه بعد از فوت مادرش بسیار غمگین و گوشه گیر شده، مکررا به دوستانش می گوید که از زندگی ناامید شده و قصد خودکشی دارد. فرزانه با پدر و مادرش در روستا زندگی می کرد. او خواهر یا برادری ندارد. پدر او فردی مسن است که چندین ازدواج داشته، همسر اول او با فرزندانش به خارج از کشور مهاجرت نموده اند، همسر دوم وی نیز با فرزندانش در شهر دیگری زندگی می کنند. با فوت مادر، فرزانه بسیار تنها شده بود و هیچ بستگانی در این روستا نداشت تا جویای احوال او باشند. او نتوانسته بود با سوگ مادرش کنار بیاید، از طرفی در خانه بسیار تنها بود و گاهی احساس ترس می کرد. چون فاصله سنی فرزانه با پدرش زیاد است گاهی اوقات تعارضاتی بین آنها پیش می آید و پدرش فرزانه را به خوبی درک نمی کند و نمی تواند

^۵: Forte

مرهمی برای دردهای او باشد. تنهایی، از دست دادن مادر، نداشتن منبع حمایتی در خانواده، همه ی این عوامل دست به دست هم داده اند تا فرزانه برای تسکین ناراحتی ها و رهایی از رنج ها به خودکشی فکر کند.

هدف اصلی:

هدف اصلی پژوهش، کاهش خطر اقدام به خودکشی و مهار افکار خودکشی دانش آموز و امیدوار کردن او به زندگی

اهداف فرعی:

کنار آمدن دانش آموز با مسئله ی سوگ مادر

ایجاد منبع حمایتی در خانواده

ایجاد منبع حمایتی در گروه دوستان

حل تعارضات دانش آموز با پدر

افزایش امید به زندگی در دانش آموز

گردآوری شواهد ۱

گردآوری اطلاعات و شواهد در پیمایش مرحله ای بسیار مهم است. در این راستا و به منظور بررسی علمی خودکشی و راهکارهای پیشگیری از این مسئله، جمع آوری اطلاعات به دو روش زیر صورت پذیرفت:

(۱) یافته های محیطی (۲) جمع آوری یافته های علمی و تبیین مبانی نظری مسئله

یافته های محیطی

الف) مصاحبه

یکی از راه های جمع آوری اطلاعات مصاحبه با افراد مطلع و استفاده از نظرات و راهکارهای آنها جهت بررسی موضوع پژوهش ضروری است. در همین راستا مصاحبه ای با دانش آموز مورد نظر، دوستان او، معلمان سال قبل، مدیر مدرسه و پدر دانش آموز به شرح زیر صورت گرفت.

نظر دوستان:

ابتدا با دو تا از دوستان فرزانه که ارتباط نزدیکی با او داشتند، صحبت کردم. آنها اظهار داشتند که بعد از فوت مادرش فرزانه بسیار گوشه گیر و افسرده شده، با دوستانش ارتباط برقرار نمی کند، دائم گریه می کند. او بارها به دوستانش گفته بود که از زندگی ناامید شده و قصد دارد خودش را بکشد. دوستان فرزانه برای او بسیار نگران بودند و بیان می کردند که بارها سعی کرده اند خودشان را به او نزدیک کنند تا با او همدلی نمایند و حامی و پشتیبان او باشند تا اینکه او را از خودکشی منصرف کنند، اما عمق درد و رنج او بسیار بیشتر از این بوده و فرزانه همچنان افکار خودکشی داشته از تصمیمش برای خودکشی صحبت می کند.

صحبت های دانش آموز:

در مصاحبه ای که با دانش آموز مورد نظر صورت گرفت، وی اظهار داشت که بعد از فوت مادرش در خانه احساس تنهایی و ناراحتی شدیدی را تجربه می کند، با دیدن وسایل مادرش غمگین می شود و حتی از رفتن به اتاق مادرش احساس ترس به او دست می دهد. احساس عذاب وجدان دارد و فکر می کند مادرش از او ناراضی بوده و خود را به گونه ای مقصر فوت مادرش می دانست. از طرفی بستگان مادرش هیچکدام در این روستا نبوده و به دلیل اختلافاتی که در گذشته با پدرش داشته اند، ارتباطشان را قطع کرده اند و فقط با خاله اش تماس تلفنی برقرار می کند. پدرش فرد مسنی است که فرزانه نمی تواند با او درد دل کند و گاهی اوقات بر سر مسائل جزئی بین او و پدرش بگو مگویی رخ می دهد. تنها عمه ی او که گاهی اوقات به روستا می آید رابطه ی خوبی با فرزانه دارد و او می تواند درد و رنج هایش را با عمه اش در میان بگذارد. فرزانه اظهار داشت گاهی اوقات که احساس دلتنگی برای مادرش می کند با خود فکر می کند که اگر خودش را بکشد می رود پیش مادرش و از درد و رنج رهایی می یابد. همچنین او بیان کرد که در چند روز اخیر اشتهايش را از دست داده و نمی تواند غذا بخورد، همچنین خوابش نیز دچار مشکل شده است و شبها تا دیر وقت بیدار است و به مادرش فکر می کند و برای او گریه می کند. فرزانه در حین صحبت هایش به ناعادلانه بودن این اتفاق شکایت می کرد و می گفت چرا باید این اتفاق برای من رخ دهد. سوگ مادر برای او خیلی دردناک و سخت بود و او می گفت نمی توانم به هیچ وجه با مساله کنار بیایم، امیدم به زندگی را ازدست داده ام، نمی توانم بر روی تکالیف درسی ام تمرکز کنم، احساس بی کسی و درماندگی دارم، تا به حال به راه های مختلفی که خودم را از بین ببرم فکر کرده ام. اگر خودم را بکشم از این همه درد و رنج خلاص می شوم و می روم پیش مادرم.

نظر معلمان سال های قبل:

با یکی از معلمان سال قبل فرزانه که اهل همان روستا بود مصاحبه ای انجام دادم. ایشان اظهار داشتند که در طول یکی دو سال اخیر مادر فرزانه بسیار مریض بوده، طوری که روزهای متمادی فرزانه در بیمارستان مراقبت از مادرش را به عهده داشته و با توجه به سن و سال او برایش کار دشواری بوده، هیچ یک از اقوام آنها در مراقبت از مادرش به او کمکی نمی کردند و حتی اختلافاتی با اقوام مادری اش داشته اند و ارتباطات خود را قطع نموده اند. پدرش نیز به خاطر سن بالا توانایی مراقبت از مادر را نداشته است. ایشان بیان کردند که از طرفی تنها بودن و عدم حمایت اقوام، نداشتن خواهر یا برادر از طرف دیگر سن کم این دانش آموز و همچنین فوت مادر پیش چشمان او، همه ی این عوامل سبب ایجاد شرایط بحرانی شده و فرزانه نیاز به کمک و حمایت فوری دارد.

نظر مدیر مدرسه:

مساله را با مدیر مدرسه در میان گذاشتم ایشان اظهار داشتند که بعد از فوت مادر دانش آموز، رفتارهای او تغییر کرده و تکالیف مدرسه را به درستی انجام نمی دهد، از نظر درسی افت شدیدی داشته و گاهی اوقات از قوانین مدرسه سرپیچی می کند. بنابراین کمیته فوریت های روانی اجتماعی را درمدرسه تشکیل دادیم و با حفظ اصول رازداری شرایط دانش آموز را بررسی نمودیم. ، پرونده تحصیلی او نشان داد از نظر تحصیلی دانش آموز بالاتر از متوسط بوده، مادرش سال و تحصیلات ابتدایی داشته، پدرش ۷۵ سال و تحصیلات خواندن و نوشتن داشت. پدرش کشاورز بوده و از نظر اقتصادی ضعیف هستند. فرزانه خواهر یا برادر تنی ندارد. در کمیته فوریت ها تصمیماتی جهت بهبود شرایط دانش آموز گرفته شد. نشانه های رفتاری دانش آموز در سامانه نماد نیز ثبت شد.

نظر پدر دانش آموز:

در مصاحبه ای که با پدر دانش آموز صورت گرفت، ایشان اظهار داشتند که بعد از فوت مادر، فرزانه بسیار حساس و زودرنج شده و بر سر مسائل جزئی و پیش پا افتاده گریه می کند و گاهی پیش می آید که ساعت ها گریه می کند. ایشان بیان نمودند که شرایط او را درک می کنند و تمام تلاش خود را می کنند تا با فرزانه ارتباط خوبی برقرار کنند، اما فرزانه مسائل و مشکلاتش را با ایشان در میان نمی گذارد. بیشتر اوقات در تنهایی خودش فرو می رود و صحبت نمی کند، غذا نمی خورد و این روزها وضعیت جسمی او مساعد نیست. ایشان از افکار خودکشی او اطلاعی نداشتند.

ب) پرسشنامه

در این پژوهش به منظور دستیابی به داده های کمی و قابل اعتماد، از پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI) استفاده شد که توسط دانش آموز مورد نظر تکمیل گردید. این مقیاس دارای ۱۹ ماده می باشد. سوالات این مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال یا نفعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد بررسی قرار می دهد. این مقیاس بر اساس ۳ درجه نقطه ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. پاسخگو می بایست پاسخ خود را با تعیین یکی از این سه گزاره تعیین نماید (رشیدی، چوب فروش زاده و متقی، ۱۴۰۱). نمره هر سوال به ترتیب زیر محاسبه می گردد:

گزینه اول: ۰ نمره گزینه دوم: ۱ نمره گزینه سوم: ۲ نمره

جدول (۱): زیر مقیاس های پرسشنامه افکار خودکشی بک

نمره	تفسیر
تمایل به مرگ	شامل ۵ سوال اول
آمادگی برای خودکشی	شامل سوالات ۶ تا ۱۲
تمایل به خودکشی واقعی	شامل سوالات ۱۳ تا ۱۷

نمره کلی فرد براساس جمع نمرات محاسبه می شود که بین ۰ تا ۳۸ قرار دارد. نمره بین ۰ تا ۵ به معنی داشتن افکار خودکشی، ۶ تا ۱۹ آمادگی جهت خودکشی و نمره بین ۲۰ تا ۳۸ قصد اقدام به خودکشی را نشان می دهد.

پرسشنامه فوق توسط دانش آموز تکمیل گردید، نتایج در جدول ۲ ارائه گردید.

جدول (۲): پرسشنامه افکار خودکشی یک قبل از مداخله

۱	۰- به زندگی خود بسیار علاقمند هستم ۱-علاقه من به زندگی کم است ۲-علاقه‌ای به زندگی ندارم
۲	۰- دوست دارم زنده باشم ۱- کمی میل به مردن دارم ۳- دوست دارم بمیرم.
۳	۰- اصرار من برای زندگی کردن بیشتر از مردن است ۱- برای من مردن و زندگی کردن تقریباً یکسان است ۲ - اصرار من برای مردن بیشتر از زندگی کردن است.
۴	۰- هنگامی که در شرایط دشوار و خطرناک قرار می‌گیرم سعی میکنم جان خود را حفظ کنم ۱- هنگامی که در شرایط دشوار باشم برایم مهم نیست که زنده بمانم یا بمیرم ۲- هنگامی که در شرایط دشوار باشم برای حفظ جانم هیچ کوششی نمی‌کنم.
۵	۰- هیچ میلی به خودکشی ندارم ۱- کمی تمایل به خودکشی دارم ۲- میل شدیدی به خودکشی دارم.
۶	۰- زمان کوتاهی به فکر خودکشی می‌افتم که به سرعت از ذهنم می‌گذرد ۱- گاهی کم و بیش به فکر خودکشی می‌افتم ۲- مدتهای طولانی فکر خودکشی را در ذهنم دارم.
۷	۰- به ندرت درباره خودکشی فکر می‌کنم ۱- گهگاهی درباره خودکشی فکر میکنم ۲- تقریباً همیشه درباره خودکشی فکر می‌کنم.
۸	۰- فکر درباره خودکشی را قبول ندارم ۱- فکر درباره خودکشی را نه قبول دارم و نه رد می‌کنم ۲- فکر درباره خودکشی را قبول دارم.
۹	۰- اگر قصد خودکشی داشته باشم قادر به کنترل خودم هستم ۱- مطمئن نیستم که بتوانم خودم را از ارتکاب به خودکشی کنترل کنم ۲- اگر قصد خودکشی داشته باشم قادر به کنترل خودم نیستم.
۱۰	۰- به خاطر خانواده، دوستان، مذهب و مجروحیت ناشی از خودکشی ناموفق قصد خودکشی ندارم ۱- به خاطر خانواده، دوستان، مذهب و مجروحیت ناشی از خودکشی ناموفق نسبت به اقدام خودکشی تا اندازه ای نگران هستم . ۲- نسبت به اقدام به خودکشی نگران خانواده، دوستان، مذهب و مجروحیت ناشی از خودکشی ناموفق نیستم.
۱۱	۰- دلیل اصلی من از اقدام به خودکشی تاثیر گذاشتن بر دیگران است به طوری که به من توجه شود ۱- منظور من از اقدام به خودکشی فقط تاثیر گذاشتن بر افراد نیست، بلکه راه حلی برای حل مشکلاتم می‌باشد ۲- منظور اصلی من از اقدام به خودکشی فرار کردن از مشکلات است.
۱۲	۰- طرح و برنامه خاصی برای اینکه چطور خودکشی کنم ندارم ۱- راه های خودکشی را بررسی کرده ام، اما روی جزئیات آن فکر نکرده ام ۲- طرح و برنامه خاصی برای اینکه چطور خودکشی کنم در ذهنم دارم.
۱۳	۰- به یک روش و یا یک فرصت مناسبی که خودکشی کنم دسترسی ندارم ۱- روشی را که قصد دارم برای خودکشی به کار ببرم وقت زیادی می‌خواهد و من فرصت بکارگیری این روش را ندارم ۲- روشی را برای خودکشی انتخاب کرده ام و برای عملی کردن آن منتظر فرصت مناسب هستم.
۱۴	۰- جرات یا توانایی اقدام به خودکشی را ندارم ۱- مطمئن نیستم که جرات و توانایی ارتکاب به خودکشی را داشته باشم ۲- جرات یا توانایی اقدام به خودکشی را دارم.
۱۵	۰- گمان نمی‌کنم که قصد خودکشی داشته باشم ۱- مطمئن نیستم که بخواهم خودکشی کنم ۲- مطمئنم که خودکشی خواهم کرد.
۱۶	۰- هیچ وسیله ای برای اقدام به خودکشی آماده نکرده ام ۱- اندکی وسایل برای اقدام به خودکشی آماده کرده ام ۲- تقریباً برای اقدام به خودکشی وسایل لازم را آماده کرده ام.

۱۷	۰- درباره خودکشی ام تاکنون مطلبی ننوشته ام ۱- درباره یادداشت خودکشی ام فکر کرده و یا شروع به نوشتن آن کرده ام، اما کامل نیست ۲- یادداشت خودکشی ام را کامل کرده ام.
۱۸	۰- در مورد حوادث و مسائل پس از خودکشی هیچ برنامه مشخصی ندارم ۱- در مورد حوادث و مسائل پس از خودکشی تا حدودی برنامه ها را مشخص کرده ام- ۲. در مورد حوادث و مسائل پس از خودکشی به طور دقیق برنامه ریزی کرده ام.
۱۹	۰- دیگران از قصد خودکشی من آگاه هستند ۱- در مورد قصد خودکشی خود به دیگران چیزی نگفته ام ۲- دیگران از قصد خودکشی من آگاه نیستند.

نمره دانش آموز در این پرسشنامه ۲۳ می باشد که طبق تفسیر، نشانگر قصد اقدام به خودکشی می باشد. نمره فرد در زیر مقیاس تمایل به مرگ ۵، آمادگی برای خودکشی ۱۳ و در زیر مقیاس تمایل به خودکشی واقعی ۵ می باشد. طبق نتایج این پرسشنامه احتمال اقدام به خودکشی در این دانش آموز بالا است.

پیشینه نظری و عملی

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، خودکشی عبارت است از عملی که در آن شخص به صورت عمدی و بدون مداخله دیگران، رفتار غیرعادی مثل آسیب زدن به خود یا خوردن ماده های بیشتر از مقدار تجویز شده برای درمان را انجام می دهد و هدف شخص تغییرات مورد انتظار خود فرد می باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). خودکشی در همه طبقات اجتماع و مراحل رشدی رخ می دهد اما مطالعات بر دو مرحله حساس تاکید دارند: یکی دوران عبور از اواخر کودکی به نوجوانی و دیگری مرحله عبور از اواخر نوجوانی به اوایل بزرگسالی است. بنابراین در این دو مرحله نرخ خودکشی افزایش آشکاری از خود نشان می دهد (دنیت، ۲۰۱۱). نرخ شیوع جهانی خودکشی در نوجوانان زیر ۱۴ سال، ۰/۶ در هر صد نفر است، درحالی که در نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله به ۷/۴ در هر صد هزار نفر افزایش می یابد و در اواسط دوران نوجوانی نرخ اقدامات خودکشی به بیشترین میزان می رسد (سیمبر و همکاران، ۱۳۹۶). مطالعات صورت گرفته در ایران نیز، نشان می دهد که بیشترین نرخ خودکشی در گروه سنی ۱۰ الی ۲۰ سال اتفاق می افتد (شوشتری و خانی پور، ۱۳۹۳). خودکشی یک رفتار چندبعدی است که در نتیجه ی عوامل مختلف از جمله اختلالات روانی به ویژه اختلال افسردگی اساسی است. پیشینه خانوادگی، سو مصرف مواد، ناامیدی، عوامل زیست- عصبی و زندگی پر استرس بروز پیدا می کند و به شکل رفتاری عامدانه و از روی قصد برای خاتمه دادن به زندگی خود تعریف می شود. سه نوع دیگر از افکار و اعمال خودکشی غیر کشنده وجود دارد که در پیش بینی متعاقب رفتار خودکشی مهمترین نقش را دارند که شامل افکار خودکشی (داشتن تفکراتی مستمر و جدی مبنی بر کشتن خود)، برنامه ی خودکشی (فرمول بندی شیوه و سبک خودکشی) و تلاش برای خودکشی (رفتارهای خود آسیب زننده به نیت مرگ) است (شوشتری و خانی پور، ۱۳۹۳).

بر اساس فرضیه های تئوریک، پنج عامل با اندیشه و اقدام به خودکشی در نوجوانان و جوانان ارتباط دارد که عبارتند از ناامیدی، اعتماد به نفس پایین، ناتوانی جهت کنار آمدن با احساسات، گوشه گیری و انزوای اجتماعی (سراج خرمی و صفرزاده،

(۱۳۹۱). میزان شیوع افسردگی و خودکشی در دوران بلوغ به شدت افزایش می یابد. برخی مطالعات گزارش داده اند که تقریباً یک سوم نوجوانان دچار حالات افسردگی می شوند و یک سوم تا یک دوم این افراد در طول دوران نوجوانی براساس معیارهای تشخیصی دچار اختلال عمده افسردگی اند. افکار خودکشی در میان نوجوانان در مقایسه با جوانان معمول تر است. بین یک سوم تا یک دوم نوجوانان در نمونه های جامعه گزارش هایی حاکی از داشتن افکار خودکشی داده اند و بین ۶ درصد تا ۱۳ درصد از نوجوانان گزارش داده اند که دست کم یکبار در طول زندگی شان دست به خودکشی زده اند و میزان خودکشی در میان نوجوانان در مقایسه با کل جمعیت بسیار بیشتر است. برخی از محققان معتقدند که نوجوانان مستعد افسردگی اند و علت آن تغییرات رشدی است که در طول این دوران در زندگی رخ می دهد (پروین، ۱۴۰۱). تغییرات فیزیکی که با بلوغ همراه است، سبب می شود که بعضی از نوجوانان به خصوص دختران در مورد ظاهرشان احساس خوبی نداشته باشند. توانایی تفکر انتزاعی سبب می شود که نوجوانان به نحوی درباره خودشان فکر کنند که قبلاً میسر نبوده است و به همین علت بیشتر به فکر فرو می روند و خود را تحقیر می کنند. اختلاف خانوادگی که عامل اصلی افسردگی نوجوانان است، در دوران نوجوانی معمول تر است. افزایش فشارهای اجتماعی برای استقلال، نوجوانان را در جهت نقش هایی تحت فشار می گذارد که برای آن آماده نیستند و در عین حال آنان را از والدین و سایر بزرگسالان حامی جدا می کند (کشاورزی، ۱۳۹۴).

متغیرهای تشدید کننده خطر خودکشی در نوجوانان

عوامل مرتبط با خودکشی نوجوانان در سه دسته، (۱) عوامل دموگرافیک که شامل: سن، جنسیت، گرایش جنسی، و نژاد و قومیت؛ (۲) عوامل محیطی شامل: عدم حمایت خانوادگی و حمایتی، زندانی شدن، مهارتهای ضعیف زندگی، سابقه خانوادگی خودکشی، اینترنت و رسانه های گروهی و (۳) عوامل روانی: شامل اختلالات روانی تشخیص داده شده، حوادث ناگوار زندگی و سابقه سوءاستفاده در دوران کودکی، استرس تحصیلی، استفاده از مواد مخدر و الکل طبقه بندی شدند. نوجوانانی که یک یا بیشتر از عوامل خطر را دارند، با احتمال بیشتر در معرض درگیر شدن در رفتارهای مرتبط با خودکشی هستند (سیمبر و همکاران، ۱۳۹۶). یافته های راتوس، میلر و لینهان (۲۰۰۷) نشان می دهد که عوامل متعددی در بروز خودکشی موثر است از جمله سن نوجوانی و پیری، گرایش دو جنسی یا همجنس گرایی، تایید فرهنگی خودکشی، از دست دادن والدین یا جدایی از آنها در اوایل زندگی، سابقه خانوادگی خودکشی، نومییدی، تکانشگری، افزایش سراسیمگی، افزایش استرس، اقدام به خودکشی قبلی، زندگی در تنهایی، عزت نفس پایین، آسیب خانوادگی شدید، بیماری روانی شدید، سوء رفتار جنسی، علائم حاکی از نیت مردن، همه گیری خودکشی، بیکاری، اختلالات روانی و اختلالات شخصیت می باشد.

رویکردهای درمانی برای پیشگیری از خودکشی

رویکرد روان پویایی

دیدگاه های فروید همچنان بر کاربست امروزی درمان و پیشگیری از خودکشی تاثیر دارد. غریزه مرگ در نظریه فروید عبارت از آن است که ما به چیزی نیاز پیدا می کنیم که در مورد آن هیچ نمی دانیم و به سمت چیزی گرایش می یابیم که از آن منع شده ایم. این که ما لزوماً به خودکشی واکنش کنجکاوانه نشان می دهیم به دلیل افسردگی نیست، بلکه به دلیل طبیعت ما و میل ما به مردن است. دیدگاه های روان پویایی در مورد خودکشی پذیرفته اند که احتمالاً خودکشی با وضعیت افسردگی ارتباط دارد و شامل احساس غم و اندوه است و جنبه های خودشیفتگی اقدام به خودکشی را نیز در نظر گرفته اند. این دیدگاه بیان می کند که اقدام به خودکشی در حقیقت هدایت مجدد خشم و آرزوها و ایده آل های از دست رفته به سمت فرد دیگری در درون خود است. دیدگاه روان پویایی در حالی که علل تمایل به خودکشی را مطرح می کند، سوالات بسیاری را بی پاسخ رها می سازد، چرا که برخی تفکرات روان پویایی باور دارند که تمایل به مرگ و نابودی خود ممکن است بخش اساسی زندگی باشد (دیدیس و بورتون^۸، ۱۹۹۶ به نقل از محمودی، ۱۴۰۰).

رفتار درمانی عقلانی - هیجانی

رفتار درمانی عقلانی - هیجانی آلبرت الیس، با درمان هایی که به شناخت و رفتار گرایش دارند، ویژگی های مشترک زیادی دارد، طوری که این درمان به تفکر، قضاوت، تصمیم گیری، تحلیل کردن و عمل کردن تاکید می کند. فرض اساسی رفتار درمانی عقلانی - هیجانی این است که شناخت ها، هیجانات و رفتارها به طور چشم گیری بر یکدیگر تاثیر می گذارند و رابطه دوسویه علت و معلولی دارند. طبق این رویکرد تفکر خودکشی از گرایش ها و باورهای ناسالم معینی ناشی می شود. براساس درمان آلیس دو عامل رایج وجود دارند که ممکن است منجر به رفتارها و احساسات آشفته شوند: تنفر از خود و توان کم در تحمل ناراحتی ها (الیس^۹، ۲۰۱۳). خودپریشی در برگرفته ی یک پریشانی و آشفتگی در تصور از خود است که از توقعات فرد نسبت به آن چیزی که باید باشد و یا آنچه باید رفتار کند، ناشی می شود. افکار خود آسیمی معمولاً با صحبت با خود مشخص می گردد. صحبت هایی چون "هیچکس به من توجه ندارد" که نشان می دهد فرد بر این باور است که "من خوب نیستم" "من به درد نخور و لایق مردن هستم" (الیس، ۲۰۱۳). رنج پریشی در برگرفته ی برداشت از تهدیدآمیز بودن برای مسائلی چون امنیت وی، کیفیت زندگی او، درد جسمی یا عاطفی و غیره است که با ارزیابی های افراطی از بد بودن رویدادها یا وضعیت منفی و نیاز به رخ ندادن آنها همراه است. افکار صدمه به خود با انواعی از صحبت با خود چون موارد ذیل همراه است: "زندگی من بد است/ حس افسردگی زیادی دارم/ تاب این درد را ندارم" و در نهایت منجر به این باور می شود که "در نتیجه باید خودم را نابود کنم" (الیس، ۲۰۱۳).

^۸ Didis & Burton^۹ Ellis

درمان شناختی رفتاری

شناخت درمانی توسط آرون . تی بک به عنوان درمانی ساختار یافته، کوتاه مدت و متمرکز بر حل مشکلات جاری و تغییر تفکر و رفتار ناکارآمد در دانشگاه پنسیلوانیا در اوایل دهه ۱۹۶۰ شکل گرفت. بطور خلاصه مدل شناختی می گوید که تفکر تحریف شده یا ناکارآمد (که روی رفتار و خلق بیمار تاثیر می گذارد). وجه مشترک تمامی آشفتگی های روان شناختی است. ارزشیابی واقع بینانه و تغییر واقع گرایانه تفکر منجر به بهبود خلق و رفتار می شود. بهبود پایدار با تغییر باورهای ناکارآمد زیربنایی بیمار حاصل می شود (ناطق و سهرابی، ۱۳۹۶). در تمامی انواع شناخت درمانی مشتق از مدل بک، درمان بر دو اساس انجام می شود، یکی ضابطه مندی شناختی یک اختلال و دیگری کاربرد این ضابطه بندی در مفهوم پردازی یا فهم هر بیمار خاص است. درمانگر به شیوه های گوناگون در پی ایجاد تغییر شناختی است، یعنی تغییر در تفکر بیمار و نظام باورهای وی، تا به این ترتیب تغییر شناختی منجر به تغییر پایدار در هیجان و رفتار بیمار گردد (بابایی و همکاران، ۱۴۰۰).

پیامدهای درمان شناختی - رفتاری از شخصی به شخص دیگر متفاوت است. اما، در مجموع دو شاخص عمده برای تغییرات وجود دارد یکی تغییر در شناخت هاست و دیگری تغییر در رفتار است. سه نکته مشترک در کانون درمانگری های شناختی، عبارتند از : فعالیت شناختی بر رفتار تاثیر دارد ، فعالیت شناختی می تواند مورد نظارت قرار گیرد و تغییر داده شود . تغییر مطلوب رفتاری می تواند به واسطه تغییر شناختی صورت پذیرد (پروین، ۱۴۰۱).

سه مولفه مهم در شناخت درمانی: مولفه نخست، که بر نقش میانجی شناخت ها تاکید دارد بیانگر این است که ارزیابی شناختی از رویدادها می تواند بر پاسخ به آنها موثر باشد، ارزش بالینی نیز در تغییر این ارزیابی هاست . مولفه دوم درمان شناختی - رفتاری، بیانگر این است که اگر چه دسترسی به شناختها و فعالیتهای شناختی امکان پذیر است، اما شواهدی وجود دارد که دست یابی به فرایندهای شناختی ممکن است کامل نباشد و افراد مختلف احتمال دارد که فرایندهای شناختی را به واسطه سوگیری مبنی بر احتمال اتفاق افتادن آنها گزارش دهند نه آنکه واقعا اتفاق افتاده باشند. به عبارت دیگر، هرچند که گزارش های مربوط به شناخت ها، به نوعی طرح شده و ارزش اسمی دارند، اما مواردی نیز وجود دارند که دارای سوگیری هستند. طبق مولفه سوم، هر چند که درمانگران شناختی رفتاری بر این باورند که تقویت می تواند موجب تغییر رفتار شود اما روش جایگزین دیگری که برای تغییر رفتار وجود دارد ، به طور خاص تغییر در شناخت است (کشاورزی، ۱۳۹۴). چهار نوع تفکر وجود دارد که به طور بالقوه زیربنای هر پریشانی و آشفتگی است. اصلی ترین این تفکرات، کمال طلبی است: فرد بر این باور است که او و یا جهان باید به شکلی خاص باشد. سه نوع دیگر که از کمال طلبی نشات می گیرد عبارتند از: فاجعه سازی (این عقیده که چیزی یا رویدادی، فاجعه آمیز و وحشتناک است، چرا که به شکلی که باید نیست). تحمل بسیار پایین یا انعطاف ناپذیری (برخی چیزها را تحمل ناپذیر دانستن) و خودسنجی (خود یا دیگران را کاملا بد، احمق یا نالایق دیدن) (ایزانلو و همکاران، ۱۴۰۲). در ادامه چند نمونه از پژوهش هایی که در زمینه درمان شناختی رفتاری انجام شده است، بیان می شود.

ایزانلو و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر تکانشگری و ناامیدی نوجوانان دختر افسرده اقدام کننده به خودکشی به این نتیجه رسیدند که هر دو مداخله می توانند با شیوه های متفاوتی اما بدون برتری، ناامیدی و ابعاد تکانشگری را کاهش دهند. بنابراین استفاده از این دو مداخله را در زمان افسردگی و در دوره بحران خودکشی پیشنهاد می کنند.

در پژوهشی که پروین (۱۴۰۱) با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تروما بر افکار خودکشی و تحریف های شناختی افراد با سابقه خودکشی انجام داد، به این نتیجه رسید که برای درمان جوانان با سابقه خودکشی، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر تروما می تواند مفید واقع شود.

همچنین پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری مختصر بر افسردگی، افکار خودکشی و تنظیم شناختی هیجان در زنان اقدام کننده به خودکشی توسط کیان زاد و همکاران (۱۴۰۰) انجام شد، نتایج پژوهش حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری مختصر می تواند افسردگی، افکار خودکشی و راهبردهای سازش نایافته در تنظیم شناختی هیجان را در افراد اقدام کننده به خودکشی کاهش دهد.

رستمی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افکار خودکشی سربازان وظیفه، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افکار خودکشی سربازان موثر است.

در پژوهشی که توسط بابایی و همکاران (۱۴۰۰) با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی و افکار خودکشی در نوجوانان دارای افکار خودکشی انجام شد، نتایج نشان داد می توان برای بهبود افکار خودکشی و افزایش تحمل پریشانی نوجوان دارای افکار خودکشی از درمان شناختی رفتاری و ذهن آگاهی سود جست.

ناطق و سهرابی (۱۳۹۶) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری، تکانشگری و افکار خودکشی نوجوانان دارای اعتیاد را به طور معناداری کاهش می دهد.

راه حل های پیشنهادی

با توجه به شناخت خودم از دانش آموز و مطالعاتی که در زمینه مشکل مطرح شده انجام دادم، مواردی که بیشترین تاثیر را در کاهش افکار خودکشی دانش آموز و افزایش سازگاری او بررسی نموده و پیشنهادات زیر را جهت کاهش یا حذف افکار خودکشی و افزایش امید به زندگی انتخاب و به مرحله اجرا گذاشتم.

(۱) مشاوره سوگ

(۲) ایجاد شبکه حمایتی در مدرسه و خانواده

(۳) اجرای پروتکل درمان شناختی رفتاری مختصر برایان و راد (۲۰۱۸)

اجرای راه حل اول: مشاوره سوگ

از دست دادن یکی از والدین از بزرگ ترین ضربه هایی است که به نوجوانان وارد می شود، زیرا فقدان واقعی والد به تغییرات بسیاری منجر می شود که ابعاد زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. سوگ یکی از واکنش های انسانی در پاسخ به مرگ یک

عزیز است که در همه فرهنگ‌ها و گروه‌های سنی اتفاق می‌افتد. پدیده سوگ از این نظر حائز اهمیت است که واکنش‌های روانی پیچیده‌ای را پس از مرگ عزیزان ایجاد می‌کند. روند سازگاری با فقدان می‌تواند زندگی آینده فرد را تحت تاثیر قرار دهد. زمانی از سوگ به عنوان اختلال روانی یاد می‌شود که عوارضی مانند افسردگی شدید، بی‌خوابی، کاهش وزن، بی‌اشتهایی و نظایر آن ایجاد کند. سادوک و سادوک (۲۰۰۷) بر این باور است که واکنش به داغ‌دیدگی شامل سه مرحله است که مجزا یا با هم همپوشانی دارند: ۱) شوک، ناباوری و انکار اولیه؛ ۲) دوره میانی ناراحتی حاد و کناره‌گیری اجتماعی و ۳) دوره نهایی بازگشت و سازماندهی مجدد (شریعتمدار، تقدیسی و فرحبخش، ۱۴۰۲). اگر فردی قادر به تطبیق با مراحل سوگ نباشد، احتمالا در گردابی از ناامیدی و یاس گرفتار می‌شود و دستخوش ناراحتی عصبی می‌شود و عمیقا ناامید می‌گردد و ممکن است به تمایلات خودکشی گرایانه روی آورد. راهکارهای ذیل در جهت تسکین سوگ دانش آموز به کار برده شد:

تغییر نگرش

یکی از عواملی که در ایجاد سازگاری دختران نوجوان نسبت به سوگ مادر نقش داشته، تغییر نگرش است که باعث می‌شود مستقلانه فکر کنند و منطقی تصمیم بگیرند. این راهبردها همراه با سازگاری باعث رشد شخصی آنها می‌شود. این مقوله اصلی از سه مقوله فرعی «تفکر منطقی و پذیرش شرایط»، «پرورش اعتماد به نفس و نگرش امیدوارانه» و «مقایسه خود با افراد دارای شرایط سخت‌تر» تشکیل شده است (روبن زاده و عابدین، ۱۳۹۴).

تفکر منطقی و پذیرش شرایط: فکر کردن به اینکه مادرت از رنج بیماری راحت شده است و تو با شرایط جدیدی در زندگی روبه رو شده‌ای که با پذیرش آن، از بار احساسات منفی‌ات کاسته می‌شود.

پرورش اعتماد به نفس و نگرش امیدوارانه: تو با توجه به شرایطی که در آن قرار داشتی و تجربیاتی که کسب کردی بیشتر از سنت درک و فهم داری و نقش‌ت تغییر کرده است.

مقایسه خود با افراد دارای شرایط سخت‌تر: خودت را با بچه‌های بی‌سرپرست یا کسانی که در شرایط بدتری نسبت به خودت قرار دارند مقایسه کن.

رابطه قوی با خدا

تعالیم دینی از طریق منابعی مانند داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبعی والا، امید به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های روانی- اجتماعی و... به افراد کمک می‌کند تا با کنترل فشارهای هیجانی در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند. لذا احساس حضور خداوند در زندگی، صبر در برابر مصائب، توکل، دعا و ذکر خدا برای معنا دهی به زندگی و تحمل دشواری‌ها و مصیبت‌ها در کاهش احساسات منفی و سازگاری با فقدان بسیار تاثیرگذار است (ملکی و سرداری، ۱۳۹۹).

اجرای راه حل دوم: ایجاد شبکه حمایتی

ابتدا با پدر فرزانه صحبت کردم و از ایشان خواستم تا در خانه حواسشان به فرزانه باشد، تا حد امکان نیازهای او را برطرف نمایند و سعی کنند با او ارتباط بیشتری برقرار کنند، در مورد مشکلات با او صحبت نمایند، احساسات او را درک کنند و با او همدلی کنند.

با دوستان فرزانه نیز به صورت جداگانه صحبت کردم، قرار شد هر کدام به تناوب با اجازه خانواده به ملاقات او بروند و با او همدلی کنند، همچنین در انجام تکالیف مدرسه نیز او را یاری نمایند.

در جلسه کمیته فوریت های روانی اجتماعی که در مدرسه برگزار کردم مشکل فرزانه را مطرح کرده و از مدیر و معلمان خواستم تا در مدرسه حمایت های خود را از فرزانه دریغ نکنند و متوجه مشکل او باشند.

همچنین با عمه فرزانه تماس تلفنی برقرار کردم و از ایشان درخواست کردم تا در صورت امکان وقت بیشتری برای فرزانه بگذارند، با او تماس تلفنی برقرار کنند و جویای احوال او باشند. زمانی که به روستا می آیند وقت بیشتری با فرزانه بگذرانند، رابطه صمیمانه ای برقرار کنند و با ترسها و احساسات درماندگی و ناامیدی او همدلی نمایند.

اجرای راه حل سوم: اجرای درمان شناختی رفتاری مختصر برایان و راد (۲۰۱۸)

جلسه اول: آشنایی، توضیح ساختار درمانی و تعهد درمانی: در ابتدا به ارزیابی اولیه وضعیت دانش آموز پرداختم و خطر خودکشی را بررسی نمودم. سپس روند جلسات را برایش توضیح دادم و تعهدی مبنی بر اینکه تا زمانی که تحت درمان هست، هیچ اقدامی برای خودکشی انجام ندهد از او اخذ کردم.

جلسه دوم: تنظیم هیجانات، غیر فعال کردن حالت خودکشی و مدیریت بحران: در این جلسه به کمک خود دانش آموز علائم هشداردهنده ای که باعث می شد افکار خودکشی سراغش بیاید را شناسایی کردیم. استراتژی های خودمدیریتی در مواقع بحرانی آموزش داده شد، اینکه در مواقع بحرانی که افکار خودکشی سراغش می آید با دوستان یا اعضای خانواده ارتباط برقرار کند و یا با مشاور مدرسه تماس بگیرد. یک برنامه ایمنی شخصی طراحی شد و وسایل کشنده از دسترس فرد دور شد.

جلسه سوم: تنظیم هیجانات، انعطاف شناختی و مدیریت بحران: روش های آرام سازی از جمله آرام سازی پیشرونده عضلات و تنفس دیافراگمی آموزش داده شد. برنامه ریزی در خصوص تنظیم خواب و انجام روزه تمرین های آرام سازی انجام شد. همچنین چند راهکار برای بهبود تمرکز حواس به او آموزش دادم تا روزه تمرین کند.

جلسه چهارم: تضعیف سیستم اعتقاد به خودکشی: از دانش آموز خواستم تا لیست دلایل زندگی را بنویسد. بعد با کمک او فهرستی از فعالیت های لذت بخش را تهیه نمودیم و قرار شد که هر روز دلایل زندگی را مرور کند و از بین فعالیت های لذت بخش نیز چند مورد انتخاب کرده و انجام دهد.

جلسه پنجم: تضعیف سیستم اعتقاد به خودکشی و انعطاف پذیری شناختی: آموزش برای شناسایی افکار منفی خودکار از طریق مدل ABC به این صورت: A به معنی اتفاق ناراحت کننده یا ناخوشایند و بدقابالی است. B به معنی باورها و تفسیرهای درونی فرد از واقعه ناگوار است. C به پیامدها اشاره دارد. یعنی اینکه بعد از یک رویداد ناگوار چه احساسی پیدا کردی و چه رفتاری در پیش گرفتی. به زبان ساده همراه با مثال برای دانش آموز توضیح دادم که احساسات او به طور قطع از یک رویداد ناراحت کننده ناشی نمی شود بلکه گفتار درونی فراخوان چنین احساسی است.

جلسه ششم: تضعیف سیستم اعتقاد به خودکشی: معرفی تحریف های شناختی همچون: فاجعه سازی باور تو این است که آنچه که اتفاق افتاده آنچنان دردناک و غیرقابل تحمل است که به هیچ وجه نمی توانی آن را تحمل کنی. شخصی سازی: به خاطر این اتفاق ناخوشایند منفی، تقصیر زیادی را به صورت غیر منصفانه به خودت نسبت می دهی و خودت را به خاطر فوت مادر و سرزنش می کنی. استدلال هیجانی: اجازه می دهی احساسات تو را در تفسیر واقعیت راهنمایی کند. احساس می کنم افسرده ام پس هیچ راهی جز نابود کردن خودم ندارم. در ادامه نحوه شناسایی و برچسب گذاری انواع مختلف تحریفات شناختی آموزش داده شد.

جلسه هفتم: تضعیف سیستم اعتقاد به خودکشی: در این جلسه مفهوم برنامه ریزی آموزش داده شد و با همراهی دانش آموز برنامه ی روزانه برای او طراحی شد و همچنین کارت های مقابله ای تهیه شد که در آنها فعالیت های لذت بخش نوشته شده بود. کارت های مقابله برای افزایش درگیر شدن فرد در فعالیت های لذت بخش و معنادار در برنامه روزانه گنجانده شد.

جلسه هشتم: پیشگیری از عود: راهبردهای آموخته شده در طی جلسات قبلی مرور شد و درخصوص نقاط ضعف آموزش مجدد انجام گرفت و به مرور و ادغام کلی مطالب پرداخته شد.

گردآوری شواهد ۲

پس از اجرای راه حل های مطرح شده، رفتار فرزانه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفت.

الف) مصاحبه

به منظور سنجش رفتار فرزانه مصاحبه ای با او ترتیب دادم. همچنین نظر دوستان، پدر و مدیر مدرسه را نیز جویا شدم. نظرات آنها به شرح ذیل بیان می گردد.

مصاحبه با دانش آموز

پس از طی جلسات مشاوره و اجرای پروتکل درمانی، مصاحبه ای با فرزانه انجام دادم تا وضعیت او را بررسی نمایم. فرزانه نسبت به قبل خلقتش بهتر شده بود، بیشتر ارتباط می گرفت و صحبت می کرد. به زندگی امیدوار شده بود و برای خودش فعالیت های لذت بخش ترتیب داده بود. او مانند گذشته در مورد فوت مادرش عذاب وجدان نداشت و خودش را مقصر نمی دید و تا حدودی با تقدیر الهی کنار آمده بود. فرزانه اظهار می داشت که رابطه اش با پدرش بهتر شده، احساس غمگینی اش کمتر شده و دیگر به خودکشی فکر نمی کند. در مقابل به دنبال هدف و برنامه برای زندگی است. از وضعیت خواب و اشتهاش جویا

شدم، گفت که در حال حاضر در وضعیت نسبتاً خوبی قرار دارد و نسبت به قبل خیلی بهتر شده است. همچنین نسبت به قبل بیشتر پیگیر مسائل درسی اش بود.

نظر دوستان

در مصاحبه ای که با دوستان فرزانه داشتم، آنها اظهار داشتند که شرایط فرزانه نسبت به قبل بهتر شده و بیشتر با دوستانش ارتباط برقرار می کند، در فعالیت های گروهی شرکت می کند و روحیه اش نسبت به قبل بهتر شده است.

نظر پدر

پدر فرزانه اظهار داشتند که شرایط فرزانه رو به بهبود است. او نسبت به قبل کمتر گریه می کند، بیشتر با من حرف می زند و درد دل می کند. در کارهای خانه با من مشارکت می کند و از اینکه فرزانه از نظر خلقی و رفتاری بهتر شده بود اظهار خوشحالی کردند.

نظر مدیر مدرسه

مدیر مدرسه نیز بیان نمودند که فرزانه نسبت به قبل تغییر کرده و دیگر گوشه گیری نمی کند، در فعالیت های مدرسه مشارکت می کند و وضعیت درسی او نیز کمی بهتر شده است.

(ب) پرسشنامه

پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI) مجدداً توسط دانش آموز مورد نظر تکمیل گردید. نتایج در جدول ۳ ارائه می گردد.

جدول (۳): پرسشنامه افکار خودکشی بک پس از مداخله

۱	۰- به زندگی خود بسیار علاقمند هستم ۱- علاقه من به زندگی کم است ۲- علاقه ای به زندگی ندارم
۲	۰- دوست دارم زنده باشم ۱- کمی میل به مردن دارم ۳- دوست دارم بمیرم.
۳	۰- اصرار من برای زندگی کردن بیشتر از مردن است ۱- برای من مردن و زندگی کردن تقریباً یکسان است ۲ - اصرار من برای مردن بیشتر از زندگی کردن است.
۴	۰- هنگامی که در شرایط دشوار و خطرناک قرار می گیرم سعی میکنم جان خود را حفظ کنم ۱- هنگامی که در شرایط دشوار باشم برایم مهم نیست که زنده بمانم یا بمیرم ۲- هنگامی که در شرایط دشوار باشم برای حفظ جانم هیچ کوششی نمی کنم.
۵	۰- هیچ میلی به خودکشی ندارم ۱- کمی تمایل به خودکشی دارم ۲- میل شدیدی به خودکشی دارم.
۶	۰- زمان کوتاهی به فکر خودکشی می افتم که به سرعت از ذهنم می گذرد ۱- گاهی کم و بیش به فکر خودکشی می افتم ۲- مدتهای طولانی فکر خودکشی را در ذهنم دارم.
۷	۰- به ندرت درباره خودکشی فکر می کنم ۱- گهگاهی درباره خودکشی فکر میکنم ۲- تقریباً همیشه درباره خودکشی فکر می کنم.
۸	۰- فکر درباره خودکشی را قبول ندارم ۱- فکر درباره خودکشی را نه قبول دارم و نه رد می کنم ۲- فکر درباره خودکشی را قبول دارم.

۹	۰- اگر قصد خودکشی داشته باشم قادر به کنترل خودم هستم ۱- مطمئن نیستم که بتوانم خودم را از ارتکاب به خودکشی کنترل کنم ۲- اگر قصد خودکشی داشته باشم قادر به کنترل خودم نیستم.
۱۰	۰- به خاطر خانواده، دوستان، مذهب و مجروحیت ناشی از خودکشی ناموفق قصد خودکشی ندارم ۱- به خاطر خانواده، دوستان، مذهب و مجروحیت ناشی از خودکشی ناموفق نسبت به اقدام خودکشی تا اندازه ای نگران هستم . ۲- نسبت به اقدام به خودکشی نگران خانواده، دوستان، مذهب و مجروحیت ناشی از خودکشی ناموفق نیستم.
۱۱	۰- دلیل اصلی من از اقدام به خودکشی تاثیر گذاشتن بر دیگران است به طوری که به من توجه شود ۱- منظور من از اقدام به خودکشی فقط تاثیر گذاشتن بر افراد نیست، بلکه راه حلی برای حل مشکلاتم می باشد ۲- منظور اصلی من از اقدام به خودکشی فرار کردن از مشکلات است.
۱۲	۰- طرح و برنامه خاصی برای اینکه چطور خودکشی کنم ندارم ۱- راه های خودکشی را بررسی کرده ام، اما روی جزئیات آن فکر نکرده ام ۲- طرح و برنامه خاصی برای اینکه چطور خودکشی کنم در ذهنم دارم.
۱۳	۰- به یک روش و یا یک فرصت مناسبی که خودکشی کنم دسترسی ندارم ۱- روشی را که قصد دارم برای خودکشی به کار ببرم وقت زیادی می خواهد و من فرصت بکارگیری این روش را ندارم ۲- روشی را برای خودکشی انتخاب کرده ام و برای عملی کردن آن منتظر فرصت مناسب هستم.
۱۴	۰- جرات یا توانایی اقدام به خودکشی را ندارم ۱- مطمئن نیستم که جرات و توانایی ارتکاب به خودکشی را داشته باشم ۲- جرات یا توانایی اقدام به خودکشی را دارم.
۱۵	۰- گمان نمی کنم که قصد خودکشی داشته باشم ۱- مطمئن نیستم که بخواهم خودکشی کنم ۲- مطمئنم که خودکشی خواهم کرد.
۱۶	۰- هیچ وسیله ای برای اقدام به خودکشی آماده نکرده ام ۱- اندکی وسایل برای اقدام به خودکشی آماده کرده ام ۲- تقریباً برای اقدام به خودکشی وسایل لازم را آماده کرده ام.
۱۷	۰- درباره خودکشی ام تاکنون مطلبی ننوشته ام ۱- درباره یادداشت خودکشی ام فکر کرده و یا شروع به نوشتن آن کرده ام، اما کامل نیست ۲- یادداشت خودکشی ام را کامل کرده ام.
۱۸	۰- در مورد حوادث و مسائل پس از خودکشی هیچ برنامه مشخصی ندارم ۱- در مورد حوادث و مسائل پس از خودکشی تا حدودی برنامه ها را مشخص کرده ام ۲- در مورد حوادث و مسائل پس از خودکشی به طور دقیق برنامه ریزی کرده ام.
۱۹	۰- دیگران از قصد خودکشی من آگاه هستند ۱- در مورد قصد خودکشی خود به دیگران چیزی نگفته ام ۲- دیگران از قصد خودکشی من آگاه نیستند.

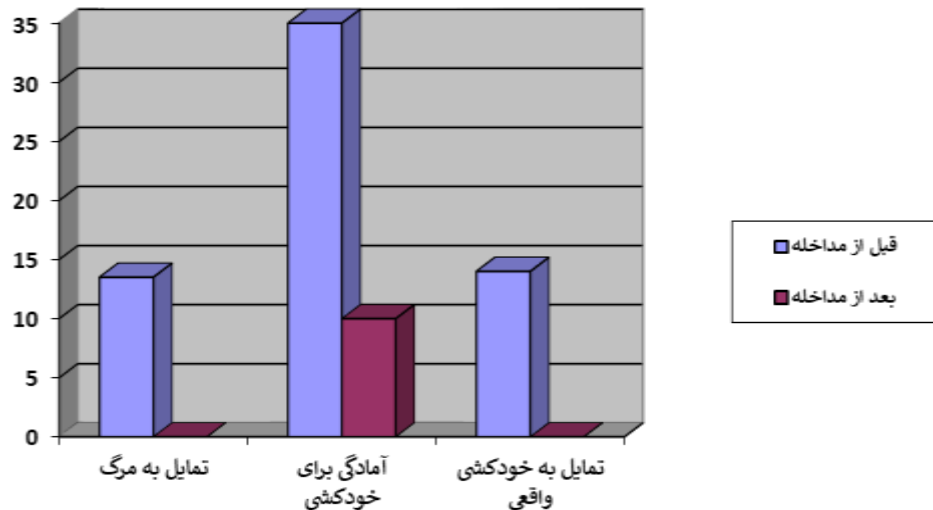
نمره دانش آموز در این پرسشنامه ۴ می باشد. نمره او در زیر مقیاس تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی ۴ و تمایل به خودکشی ۰ می باشد که نشان دهنده کاهش قابل توجه افکار خودکشی و تمایل او به مرگ است.

اعتبار سنجی

برای اطمینان از اجرای راه حل های انتخابی و کسب اعتبار بیشتر قبل از اجرای راه حل ها، پرسشنامه افکار خودکشی بک توسط دانش آموز تکمیل گردید و همین پرسشنامه نیز بعد از اجرای راه حل ها مجدداً توسط دانش آموز تکمیل شد. نتایج به

دست آمده از پرسش نامه قبل از اجرا و همچنین نتایج به دست آمده بعد از اجرای راه حل ها در نمودار ۱ قابل مشاهده می باشد.

نمودار (۱): نتایج پرسشنامه افکار خودکشی بک قبل و بعد از مداخله



تفسیر نمودار: همانطور که در نمودار مشاهده می شود، میزان تمایل فرد به مرگ قبل از مداخله ۱۳/۵ درصد بوده که پس از مداخله به صفر رسیده است. همچنین آمادگی برای خودکشی از ۳۵ درصد به ۱۰ درصد کاهش یافته و در نهایت تمایل دانش آموز به خودکشی واقعی از ۱۴ درصد به صفر رسیده است.

نتیجه گیری

از آنجایی که نوجوانی دوره ای حساس و پرتنش است و افراد با ورود به این دوره دست به کارهای بزرگ و عجیبی می زنند، چاره اندیشی برای حل مشکلات نوجوانان امری ضروری است. پژوهشگر در این پژوهش علل خودکشی و راهکارهای پیشگیری از آن را مورد بررسی قرار داده و تلاش کرده با استفاده از راه حل های مختلف، خطر اقدام به خودکشی دانش آموز مورد نظر را کاهش داده و افکار خودکشی او را مهار نماید. از آنجایی که بسیاری از افراد اقدام کننده به خودکشی نگرش های ناکارآمد و باورهای غیر منطقی دارند، در هنگام مواجهه با شرایط و موقعیت های مختلف زندگی، این باورها باعث به وجود آمدن هیجانات و احساسات منفی در آنها می شود و همین احساسات مهمترین محرک تمایل به خودکشی است لذا می توانیم با استفاده از مداخلات موثر روش جدیدی از فکر کردن را به آنها بیاموزیم تا بدین وسیله احساسات مطلوب تری داشته باشند و نیاز کمتری برای پناه بردن به خودکشی و فرار از موقعیت های زندگی احساس کنند. لذا پژوهشگر تلاش کرده تا با انتخاب راه حل های مناسب مانند مشاوره سوگ، ایجاد شبکه حمایتی در خانواده و دوستان و اجرای برنامه درمان شناختی رفتاری مختصر برایان و راد (۲۰۱۸) افکار خودکشی دانش آموز مورد نظر را مهار کرده و او را به زندگی امیدوار کند و در نهایت به وضعیت مطلوب دست

یابد. نتایج پژوهش کیان زاد و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که درمان شناختی رفتاری مختصر می تواند افسردگی، افکار خودکشی و راهبردهای سازش نیافته تنظیم شناختی هیجان را به طور معناداری کاهش دهد.

پیشنهادهای پژوهش

بر اساس نتایج پژوهش پیشنهادهایی ارائه می گردد.

برگزاری جلسات کارگاهی برای دانش آموزان در خصوص مهارت های حل مسئله، تنظیم هیجان و مدیریت بحران های زندگی و نحوه مقابله با شرایط دشوار.

جلسات آموزشی برای والدین در خصوص نحوه تعامل با نوجوان و شناخت نیازها و مسائل نوجوانان برگزار شود.

ثبت تغییرات رفتاری دانش آموزان توسط دبیران و مدیر مدرسه و ارجاع به مشاور مدرسه

شناسایی دانش آموزانی که با موارد خاصی چون فوت والدین، جدایی یا اعتیاد والدین و... مواجه می شوند توسط مشاور مدرسه و یا مدیر مدرسه و ارجاع، انجام کار تخصصی و پیگیری وضعیت آنها

منابع

ایزائلو، ه؛ شهابی زاده، ف؛ حجت، ک؛ بحرینیان، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر نشخوار و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر تکانشگری و ناامیدی نوجوانان دختر افسرده اقدام کننده به خودکشی. نشریه مدیریت ارتقای سلامت. ۵۰-۷۰. (۵)۱۰.

ایزائلو، ه؛ شهابی زاده، ف؛ حجت، ک؛ بحرینیان، ع. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی بر خودارزیایی منفی و افکار خودکشی دختران افسرده ۱۴ تا ۱۹ سال، اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی؛ پیگیری دوماهه. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۱۱۰-۱۲۳. (۹۱)۱.

آل سعدی ثانی، ع. (۱۴۰۰). علل و ابعاد روانشناختی خودکشی نوجوانان. فصلنامه بین المللی قانون یار. ۴۹۵-۵۱۶. (۱۶)۴.

بابایی، ز؛ ثابت، م؛ منصوبی فر، م؛ برجعلی، م؛ مشایخ، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی و افکار خودکشی در نوجوانان دارای افکار خودکشی. مجله روانشناسی بالینی. ۴۱-۵۲. (۵۲)۴.

پارسا، ب؛ آریاپوران، س؛ حقایق، ع؛ قربانی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطوح خودانتقادی و افکار خودکشی در نوجوانان دارای خودزنی. مطالعات روانشناختی. ۲۴-۳۷. (۲)۱۹.

پروین، ا. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تروما بر افکار خودکشی و تحریف های شناختی افراد با سابقه خودکشی. فصلنامه پویایی روانشناختی در اختلال های خلقی. ۳۹-۴۶. (۲)۱.

رستمی، م؛ آزاد، ا؛ رحمتی، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش افکار خودکشی سربازان وظیفه. *مجله طب نظامی*. ۳۳(۶). ۴۹۹-۵۰۷.

رشیدی، ش؛ چوب فروش زاده، آ؛ متقی، ش. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر مولفه های خودتعیین گری و افکار خودکشی نوجوانان دختر دارای سابقه خودزنی. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*. ۱۷(۶۸). ۱۴۳-۱۳۳.

روبن زاده، ش و عابدین، ع. (۱۳۸۴). ارائه پروتکل روان پویایی شناخت درمانی گروهی کوتاه مدت در نوجوانان داغیده. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۶۱(۵)، ۱۱۳-۶۱۱.

سالار زاده، ن. (۱۳۹۳). خودکشی دورکیم. تهران: انتشارات دانشگاه علامه، ص ۴۹۰.

سراج خرمی، ن. (۱۳۹۱). مقایسه ویژگی های روانشناختی، جو عاطفی خانواده و اندیشه پردازی خودکشی بین دختران فراری و عادی شهر اهواز. *مجله یافته های نوین در روانشناسی*. ۷(۲۳). ۱۴۸-۱۲۹.

سیمیر، م؛ گلغزار، س؛ علیزاده، ش و حاجی فقها، م. (۱۳۹۶). عوامل خطر خودکشی در نوجوانان در جهان: یک مرور روایتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۱۶. ۱۵۶-۱۶۸.

شوشتری، م؛ خانی پور، ح. (۱۳۹۳). مقایسه خودآسیب رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان: مرور نظام مند. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۲۰(۱). ۱۳-۳.

علی نقی، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر رفتار خودکشی نوجوانان اقدام کننده به خودکشی مبتلا به نشانگان شخصیت مرزی. *رساله دکتری روان شناسی سلامت*. دانشگاه خوارزمی.

کشاورزی، س. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی با آموزش خانواده بر مولفه های مرتبط با خودکشی در دختران/اقدام کننده به خودکشی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه کردستان.

کیان زاد، س؛ نشاط دوست، ح؛ مهرابی، ح؛ موسوی، غ. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مختصر بر افسردگی، افکار خودکشی و تنظیم شناختی هیجان در زنان اقدام کننده به خودکشی. *ماهنامه علوم روانشناختی*. ۲۰(۱۰۶). ۱۷۸۶-۱۷۶۷.

محمودی، ز. (۱۴۰۰). بررسی نقش میانجی گری افسردگی و تنظیم هیجان در رابطه بین حمایت اجتماعی و افکار خودکشی در نوجوانان دختر شهر ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام.

ملکی گلندوز، پ؛ سرداری، ب. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت گرا باتاکید بر آموزه های دینی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش آموزان دارای افکار خودکشی. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*. ۳(۲۳). ۵۱-۶۸.

ناطق، م؛ سهرابی، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار خودکشی و تکانشگری نوجوانان دارای اعتیاد به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*. ۱۱(۴۲). ۲۴۱-۲۲۸.

Aggarwal, S., Borschmann, R., & Patton, G. C. (2021). Tackling stigma in self-harm and suicide in the young. *The Lancet Public Health*, 6(1), e6-e7.

Ayar, D., & Sabanciogullari, S. (2021). The effect of a solution-oriented approach in depressive patients on social functioning levels and suicide probability. *Perspectives in psychiatric care*, 57(1), 235-245.

- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2018). Nonlinear change processes during psychotherapy characterize patients who have made multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, ۴۸(۴), ۳۸۶-۴۰۰.
- Ellis, A. (2013). Rational emotive therapy. In *Albert Ellis Revisited* (pp. 25-37). Routledge
- Esposito, C., Dragone, M., Affuso, G., Amodeo, A. L., & Bacchini, D. (2022). Prevalence of engagement and frequency of non-suicidal self-injury behaviors in adolescence: an investigation of the longitudinal course and the role of temperamental effortful control. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-16
- Hyde, J. S., & Mezulis, A. H. (2020). Gender differences in depression: biological, affective, cognitive, and sociocultural factors. *Harvard review of psychiatry*, 28(1), 4-13.
- Munoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Limonero, J. T., González-Blanch, C., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., & Cano-Vindel, A. (2022). The mediating role of emotion regulation in transdiagnostic cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: Secondary analyses of the PsicAP randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 303, 206-215.
- Palmer, S. (2007). Suicide: Strategies and interventions for reduction and prevention. City Insight Lecture given at City University, London, April.
- Papageorgiou, C. (2015). Group Metacognitive Therapy for Sever Antidepressant and CBT Resistant Depression. *Behavior Research and Therapy*. (39) 1.pp 14-22.
- Rathus, J., Miller, A. & Linhan, M. (2007). Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford Press.
- World Health Organization (2014). Available from: URL: <http://www.who.int/topics/suicide/en>