

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال پانزدهم شماره ۵۹ پاییز ۱۳۹۹

مقایسه اثربخشی درمان شناختی مذهب محور و درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی دانشجویان

زهرا هاشمی*

استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه. ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۰۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۷/۲۸

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب محور با درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی دانشجویان بود. این پژوهش در چارچوب طرح‌های آمیخته اجرا شد. از جامعه دانشجویان دارای افکار خودکشی در دانشگاه مراغه، تعداد ۶ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو موقعیت درمان شناختی مذهب محور و درمان فراشناختی قرار گرفتند و بیماران هر دو موقعیت، به مدت ۱۰ جلسه درمان‌های مربوط به خود را دریافت نمودند. ابزارهای پژوهش شامل افسردگی، افکار خودکشی بک، نگرانی و نشخوار فکری در سه نوبت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط بیماران تکمیل شد و داده‌ها به صورت انفرادی و گروهی تحلیل گردید. در تحلیل انفرادی از شکل‌ها، تحلیل دیداری و درصد بهبودی و در تحلیل گروهی داده‌ها از تحلیل واریانس با یک عامل بین گروهی (گروه درمانی) و یک عامل درونی (زمان آزمون‌ها) استفاده شد. میانگین درصد بهبودی در متغیر افکار خودکشی نشان می‌دهد هر دو درمان (۵۴ و ۵۲ درصد) به صورت تقریباً یکسان و معنادار موجب کاهش افکار خودکشی شد. نتایج نشان داد درمان فراشناختی به دلیل تمرکز بیشتر در نگرانی و نشخوار فکری، اندکی بهبودی بیشتر در این متغیرها ایجاد کرد ولی در کاهش اندیشه خودکشی هر دو درمان به یک اندازه بهبودی ایجاد کردند. می‌توان نتیجه‌گیری کرد هر دو درمان شناختی رفتاری مذهب محور و درمان فراشناختی در کاهش افکار خودکشی موثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری مذهب محور؛ درمان فراشناختی؛ افکار خودکشی

مقدمه

خودکشی یکی از معضلات بهداشت روان بوده و بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی خودکشی سومین علت شایع مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۴۴ سالم است (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۱۰). هر ساله یک میلیون نفر بر اثر خودکشی می‌میرند (گراوا و همکاران، ۲۰۰۹). میزان خودکشی در طی ۵۰ سال اخیر سیر صعودی داشته است و پیش بینی می‌شود که به ۱/۵۳ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ برسد. هر چند مقوله خودکشی در کشورهای توسعه یافته مورد توجه بیشتری واقع شده است ولی در کشورهای در حال توسعه مورد بی‌توجهی قرار گرفته و در مورد وضعیت خودکشی در بیش از نیمی از کشورهای جهان آماری وجود ندارد (مراد، ۲۰۰۵). در آمریکا از هر ۶ جوان یک نفر در طی زندگی‌اش به خودکشی فکر کرده اند (گاینس^۲، ۲۰۰۴). از طرفی، دیده شده مرگ در اثر خودکشی یک خطر شغلی عمده برای پزشکان به شمار می‌رود و افزایش این خطر ممکن است در طی تحصیل در دانشگاه آغاز شود (فرنیهو همکاران^۳، ۲۰۱۶) در حال حاضر خودکشی عامل ۱۲ درصد مرگ و میرهای نوجوانان، دومین عامل در افراد ۲۵ تا ۳۷ سال و سومین عامل مرگ در افراد ۱۵ تا ۲۴ سال در آمریکا است (زردخانی و همکاران^۴، ۲۰۰۹).

دلبستگی به خداوند با معناداری زندگی و تاب‌آوری همبستگی مثبت معنادار دارد. معنویت، ایمان و مذهب به افراد مشکل دار و ناتوان کمک می‌کند تا معنا و هدفی در زندگی پیدا کنند و معنویت را پشتوانه‌ای برای هویت و پایه‌ای برای مقابله با تغییرات قرار دهند (تقی‌زاده، میرعلایی، ۱۳۹۲)، پژوهش حاضر، به دو دلیل از درمان شناختی- رفتاری مذهب محور استفاده نمود: اول اینکه روش های شناخت درمانگری، با هدف تغییر نگرش های غلط (ناکارآمد) بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی (کارآمد) عمل می‌کنند با این توضیح که از نظر ایس ریشه بسیاری از ناراحتی‌ها و اختلالات رفتاری و روانی انسان در انواع عقاید و باورهای غیرمنطقی که در مورد جهان پیرامون خود دارد نهفته است. نظریه عقلانی - عاطفی - رفتاری ایس یکی از نظریه‌های شناختی است که اشاره دارد، انواع باورهای غیرمنطقی، عامل اصلی مشکلات انسانی است. باورهای غیرمنطقی باورهایی هستند که بر روان فرد سلطه داشته و عامل تعیین کننده چگونگی تعبیر و تفسیر و معنا دادن به رویدادها و تنظیم کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف‌اند. باورهای غیرمنطقی حقیقت نداشته و با واقعیت منطبق نبوده، باید و حکم برای فرد می‌آورند، تعادل فرد را از بین برده، از ایجاد نظم جلوگیری کرده و از مواجهه موفقیت‌آمیز با حوادث تحریک کننده جلوگیری می‌کنند. دوم اینکه، از مزایای دیگر این روش که شامل موارد ذیل است استفاده نماید: طی جلسات درمانگری به بیمار کمک می‌شود، تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. به علاوه توکل به خدا و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود امید به زندگانی افزایش یابد. در جلسات روان درمانگری این باورداشت در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد بی‌فایده نبوده بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توام است. با ایجاد چنین طرز فکری بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد. در این رویکرد درمانی استناد به آیات قرآن کریم، احادیث و تاثیر آن‌ها در درمان تمرکز می‌شود. در رویکرد مذهبی این باورداشت، که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده خالق هستی برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد بیماران به اینکه خالق هستی بزرگترین حافظ و تکیه گاه است در آن‌ها تقویت می‌شود (تقی‌زاده و میرعلایی، ۱۳۹۲).

درمان شناختی مذهبی با هدف تغییر نگرش های غلط بیمار و تبدیل افکار خودآیند منفی به افکار منطقی عمل میکنند. از نظر ایس ریشه بسیاری از ناراحتی‌ها و اختلالات روانی و رفتاری انسان در انواع عقاید و باورهای غیرمنطقی که در مورد جهان پیرامون

1. Word Health Organization

2. Gaynes

3. Fernieh

4. Zardkhane

خود دارد نهفته است. نظریه عقلانی- عاطفی - رفتاری ایس یکی از نظریه های شناختی است که اشاره دارد، انواع باورهای غیر منطقی، عامل اصلی مشکلات انسانی است.

باورهای غیرمنطقی باورهایی هستند که بر روان فرد سلطه داشته و عامل تعیین کننده چگونگی تعبیر و تفسیر و معنادار شدن به رویدادها و تنظیم کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف اند. باورهای غیر منطقی حقیقت نداشته و با واقعیت منطبق نبوده، و حکم باید برای فرد می آورند، تعادل فرد را از بین برده، از ایجاد نظم جلوگیری کرده و از مواجهه موفقیت آمیز با حوادث تحریک کننده جلوگیری میکنند. از طرفی از مزایای دیگر این روش شامل موارد ذیل است: طی جلسات درمانگری به بیمار کمک میشود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. به علاوه توکل به خدا و اعتقاد به امداد الهی سبب می شود امید به زندگی افزایش یابد

در جلسات روان درمانگری این باور داشت در بیمار ایجاد میشود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ میدهد بی فایده نبوده بلکه بازتاب پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی است. با ایجاد چنین طرز فکری بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می یابد. در این رویکرد درمانی استناد به آیات قرآن کریم، احادیث تاثیر آن ها در درمان تمرکز می شود. در رویکرد مذهبی این باورداشت که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده خالق هستی برگی از درخت نمی افتد و اعتقاد بیماران به اینکه خالق هستی بزرگترین حافظ و تکیه گاه است در آنها تقویت می شود (حمید، ۱۳۸۸).

درمان شناختی- رفتاری مذهب محور مطابق با پروتکل درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزه های اسلام است. به عبارت دیگر، در درمان شناختی- رفتاری مذهب محور علاوه بر شناخت درمانگری که هدف آن تغییر باورهای غلط فرد و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلساتی که برگزار میگردد به افراد کمک می شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت نمایند و به نظم هستی وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نمایند. بنابراین به طور کلی پروتکل درمان شناختی- رفتاری مذهب محور بر اساس پروتکل درمان شناختی- رفتاری بک و استفاده از احادیث و آیات قرآن کریم تدوین شده است.

از طرفی، به این دلیل به درمان فراشناختی پرداخته شد زیرا انتقاداتی به مدل شناختی مطرح شده است مبنی بر اینکه این مدل فقط با یک سطح شناخت سرو کار دارد و افکار منفی پیش از اینکه پیش آیند اختلال باشند ممکن است نتیجه آن باشند نیازمند این هستیم که به نظام پردازش اطلاعات به صورت جامع توجه کنیم (ولز^۱، ۲۰۰۹).

درمان فراشناختی روی فهم علت های نشخوار فکری تمرکز دارد و درمان شامل راهبردهایی است که مستقیماً نشخوار فکری را هدف قرار می دهند. درمان مشتمل بر آموزش توجه با هدف قطع افکار منفی تکرار شونده و کسب مجدد کنترل انعطاف پذیر بر روی شیوه های تفکر می باشد تکنیک های چالش با باورهای فراشناختی منفی که در مورد غیر قابل کنترل بودن افکار افسرده کننده هستند و همچنین چالش با باورهای مثبت که در مورد ضرورت انجام نشخوار فکری برای مقابله و یافتن پاسخ می باشند و با تکنیک های آموزش توجه ترکیب می شود. این درمان روی کاهش فرایندهای شناختی غیر سودمند و تسهیل سبک های فراشناختی پردازش تمرکز دارد. درمان بیمار را به گسیختن نشخوارهای ذهنی، کاهش تمایلات خود کنترلی و ایجاد سبک های سازگارانه بیشتر قادر می سازد. یک مولفه مهم درمان اصلاح عقاید فراشناخت مثبت و منفی در مورد نشخوار ذهنی است (ولز، ۲۰۰۸). درمان فراشناختی که برای افکار خودکشی افراد به کار گرفته می شود همان چارچوب درمان افسردگی است با این تفاوت که ناامیدی را عامل مهمی در اندیشه خودکشی به حساب می آورد، از این رو ناامیدی است که باید مورد توجه قرار گیرد (ولز، ۲۰۰۹). در درمان فراشناختی ناامیدی به عنوان تظاهر آشکار نشخوار فکری درباره موضوعی که نمی توان آن را تغییر داد و بیمار درباره آن احساس ناتوانی می کند مفهوم سازی می شود. درمانگر توجه بیمار را به این موضوع، به عنوان تظاهر دیگری از نشخوار فکری معطوف و از بیمار می خواهد که

¹. Wells

نشخوار فکری را متوقف کند (فیشر^۱ و ولز ۲۰۰۸) از بیماران خواسته می‌شود که توجه‌شان را از نشخوار فکری دور ساخته و به فعالیت‌های دیگری مانند برداشتن گام‌های خاص برای حل مسایل یا سازمان دادن ابعاد مهم زندگی‌شان که ممکن است مورد بی-توجهی قرار گرفته باشند، معطوف سازند (موسوی و همکاران، ۱۳۸۴).

کالینان، جانسون و ولز (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند تکنیک آموزش توجه در درمان فراشناختی منجر به انعطاف‌پذیری هیجانی در بیماران دارای افکار ناامیدی می‌شود. فرگوس و باردن (۲۰۱۶) و فیشر (۲۰۱۲) نشان دادند درمان فراشناختی منجر به تنظیم هیجانی و کاهش افکار ناامیدی در افراد افسرده می‌شود.

فیسچر، آمی، فری و هاسلم^۲ (۲۰۱۰) رابطه بین هویت مذهبی و راهبردهای مقابله‌ای ترجیح داده شده بین فردی و درون-فردی در افراد مسلمان و مسیحی را سنجیدند و بیان کردند که وابستگی‌های معنوی که برای کمک به کنار آمدن افراد با مشکلات و رویدادهای استرس‌زا کمک کننده می‌باشند در مورد مسیحیان و مسلمانان هر دو صدق می‌کند و هویت معنوی انواع گوناگون روش-های مقابله‌ای را پرورش می‌دهند.

در پژوهشی تقی‌زاده و میرعلایی (۱۳۹۲) به این نتیجه رسیدند که معنویت درمانی گروهی در افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به ام‌اس به طور چشمگیری موثر است. همچنین در پژوهشی آقاعلی، زندی پور واحمدی (عقالی و همکاران، ۱۳۹۰) به این نتیجه رسیدند که با اجرای رویکرد معنویت درمانی گروهی و به دلیل افزایش معنویت طی اجرای این رویکرد مولفه‌های اضطراب، افسردگی، توانایی نگرش مثبت و کنترل رفتار مقابله‌ای با مشکلات جسمی در پرسشنامه سلامت روان در افراد گروه افزایش قابل ملاحظه‌ای یافته‌اند. همچنین محقق و یعقوبی (۱۳۸۹) نشان دادند دانشجویانی که در عمل به آموزه‌های دینی نمرات بالاتری کسب کردند، در شاخص-های بیماری به طور معناداری نمرات پایین‌تری بدست آوردند.

در زمینه درمان فراشناخت، پژوهش‌های زیادی اثربخشی این درمان را نشان داده است. به عنوان مثال ولز و همکاران (ولز، ۲۰۰۷) در پژوهشی به منظور بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در افسردگی مزمن و عودکننده این درمان را بر روی افسرده‌ها مورد پژوهش قرار دادند این بررسی به صورت موردی بر روی ۴ نفر و با پیگیری ۶ تا ۳ ماهه صورت گرفت، درمان همراه با بهبود معنی دار گسترده‌ای در علائم افسردگی، نشخوار و عقاید فراشناخت بود و این مزیت‌ها بیشتر از زمان پیگیری نیز باقی ماندند. همچنین هیمادال^۳ و همکاران (۲۰۱۶) پژوهشی با عنوان عقاید فراشناخت در مورد نشخوار ذهنی در افسردگی عمده عودکننده انجام دادند که این پژوهش شواهدی برای این تأکید که افراد با افسردگی عودکننده عقاید مثبت و منفی در مورد نشخوارهای افسرده‌کننده را حفظ می‌کنند؛ مهیا کرده است. در زمینه‌ی اندیشه خودکشی در اختلال افسردگی اساسی شواهد مقدماتی در مورد اثرات درمان فراشناختی فراهم آمده است. ولز و پاپاگریو بیمار مبتلا به افسردگی اساسی که گرایش خودکشی داشتند، را با استفاده از طرح A-B همراه با پیگیری و تکرار مستقیم، درمان کرد و در پیگیری‌ها نیز کاهش افکار خودکشی ادامه داشت. میزان متوسط بهبودی در علائم، بر اساس مقیاس اثر رویدادها ۸۵ درصد بود (هاتون و همکاران، ۲۰۱۴).

هیچ دوره‌ای از تاریخ بشر را نمی‌توان یافت که موارد خودکشی در آن ثبت نشده باشد خودکشی غالباً مخفیانه طرح ریزی و اقدام می‌شود و بدین سبب فهم علل آن همواره دشوار خواهد ماند. در سال‌های اخیر افزایش خودکشی در کودکان، نوجوانان و دانشجویان این معما را پیچیده‌تر کرده است. ادوین اشتاین خودکشی را همیشه به صورت درد روانی توجیه کرد که در مردان به مفهوم جریحه دار شدن احساسات، تشویق، سوز دل، بی‌تابی و غصه است. درد روانی همان شرم، احساس گناه، تحقیر، تنهایی، فقدان، بیم و هراس پیری یا بد مردن است که وجود این نوع درد را کسی نمیتواند منکر شود. اشتاین اعتقاد دارد هر فردی می‌تواند

1. Papagorgiou

2. Fischer, Ami, Frey, & Haslam

3. Hjemdal

میزان این درد روانی را در طول هفته‌های اخیر زندگی خود ارزیابی کند و به خود بگوید در مقابل این درد چه عملی انجام داده است. آیا به خودکشی فکر کرده‌اید؟ آیا اقدام به خودکشی کرده‌اید؟ یا کدام رفتار شما با این درد و رنج مربوط بوده و آیا این درد و رنج خود به خود رفع شده است یا هنوز ادامه دارد؟ آیا می‌توان شدت آن را مشخص کرد و بالاخره این درد شبیه چیست؟ به نظر می‌رسد که در تمام خودکشی‌های جهان در وسوسه خودکشی اکثراً نوعی اختلال روان شناختی وجود دارد. بنابراین با توجه به بغرنج بودن مساله خودکشی و این که تغییر اندیشه خودکشی به اقدام خودکشی صدمات جبران ناپذیری برای فرد و جامعه همراه خواهد داشت و با توجه به شیوع بالای افکار خودکشی به ویژه در دانشجویان اهمیت برنامه‌ریزی برای شناسایی و درمان این اختلال دیده می‌شود به همین علت در این پژوهش به مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی مذهب‌محور و درمان فراشناختی بر دانشجویان دارای افکار خودکشی پرداخته می‌شود تا اثربخشی این دو درمان بر اندیشه خودکشی بررسی شود.

روش پژوهش

کلیه دانشجویان دارای فکر خودکشی در دانشگاه مراغه که از طریق ارزیابی سلامت روان غربال‌گری شده بودند، جامعه کلی این پژوهش را تشکیل میدادند، بنابراین نمونه این پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. و در مرکز مشاوره دانشگاه مراغه مورد بررسی قرار گرفتند. این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک‌موردی با استفاده از طرح آمیخته مورد بررسی قرار گرفت روانشناس براساس ملاک‌های ذکر شده، بیماران واجد شرایط را به درمانگر ارجاع داده و درمانگر بعد از کسب رضایت بیمار و امضای رضایت‌نامه کتبی، ۶ بیمار دارای افکار خودکشی را انتخاب کرده و به صورت تصادفی در درمان‌ها وارد کرد. مدل آماری در این پژوهش مدل آمیخته از اثرهای بین آزمودنی و درون آزمودنی است که از طریق طرح آمیخته انجام گرفت. لازم به ذکر است بخشی از سنجش هر جلسه صورت پذیرفت و بخش دیگر آن شامل سه اندازه‌گیری مکرر (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک ماهه) بود. برای تحلیل داده‌های این پژوهش از روش تحلیل واریانس با یک عامل بین‌گروهی (گروه درمانی) و یک عامل درونی (زمان آزمون‌ها) که شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است استفاده شد. فراز و فرود متغیر وابسته پایه داوری میزان تغییر به شمار می‌رود. افزون بر این از ملاک معناداری بالینی هم برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. در تحلیل انفرادی از شکل‌ها، تحلیل دیداری و درصد بهبودی و در تحلیل گروهی داده‌ها از تحلیل واریانس با یک عامل بین‌گروهی (گروه درمانی) و یک عامل درونی (زمان آزمون‌ها) استفاده شد. بر اساس درصد بهبودی (درصد بهبودی = نمره پیش‌آزمون - نمره پس‌آزمون/نمره پیش‌آزمون) ۵۰ درصد کاهش در علائم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵ درصد تا ۴۹ درصد به عنوان بهبودی اندک و کاهش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵ درصد به عنوان شکست درمان تلقی می‌شود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه نگرانی ایالت پن: پرسشنامه نگرانی ایالت پن، یک مقیاس ۱۶ گویه‌ای است و برای سنجش شدت نگرانی و کنترل ناپذیری، طراحی و تدوین شد. این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۶) و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی ۴ هفته (۰/۷۴ تا ۰/۹۳) گزارش شده است (مولینا، ۱۹۹۴) در ایران نتایج شیرین‌زاده و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که این مقیاس همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶) و پایایی بازآزمایی آن نیز به فاصله یک ماه خوب است (۰/۷۷ تا ۰/۹۰). پژوهش بخشی‌پور (۱۳۸۳) نیز نشان داد که این مقیاس همسانی درونی بسیار خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴) و پایایی بازآزمایی آن را نیز در طی ۲ ماه (۰/۹۰) گزارش کرده است.

پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم: این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده بود (بک و همکاران، ۲۰۰۴) این ویرایش ۲۱ سوالی است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. نتایج پژوهش بک و همکاران (بک و استیر ۱۹۹۱) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد

(ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۱) و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته (۰/۹۳) گزارش کرده‌اند. فتی (۱۳۸۲) نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است.

پرسشنامه نشخوار فکری: مقیاس پاسخ‌های نشخواری مقیاسی ۲۲ ماده‌ای است که ماده‌های آن بر روی یک مقیاس ۴ نقطه-ای از ۱ (تقریباً "هرگز") تا ۴ (تقریباً "همیشه") نمره گذاری می‌شود. این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ دارد که نشان دهنده پایایی درونی بالای این مقیاس است. همبستگی درون طبقه‌ای برای ۵ بار اندازه‌گیری ۰/۷۵ گزارش شده است (موسوی و همکاران، ۱۳۸۴) همچنین همبستگی بازآزمایی برای شدت بیشتر از ۱۲ ماه ۰/۶۷ گزارش شده است (نولن هوکسما ۱۹۹۹). آلفای کرونباخ به دست آمده در نمونه‌ی ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده است (منصوری، ۱۳۸۸).

پرسشنامه افکار خودکشی بک: مقیاس افکار خودکشی بک در سال توسط بک ساخته شد. این مقیاس مشتمل بر ۱۹ ماده است که توسط بالینگر بر روی یک مقیاس سه نقطه‌ای از صفر تا ۲ درجه بندی می‌شود. پنج ماده‌ی اول میل آزمودنی به زنده بودن یا مردن را غربالگری می‌کند و از این مدت زمان اجرا در افراد فاقد میل خودکشی کاهش می‌دهد. تنها افرادی که آرزوی انجام اقدام فعالانه یا منفعلانه خودکشی را گزارش می‌کنند در مواد ۶ تا ۱۹ درجه بندی می‌شوند این مواد به طول مدت و فراوانی افکار خودکشی‌گرایانه، طرح و برنامه خودکشی، میزان آرزوی مردن، احساس کنترل بر آرزوهای گرایانه، وسیله و فرصت روش خودکشی، نیرومندی آرزوی زنده ماندن و آرزوی مردن، بازدارنده‌های درونی و بیرونی و سابقه‌ی اقدامات قبلی خودکشی مربوط می‌شود. اعتبار و پایایی مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک در پژوهش‌های گوناگون تایید شده است. برای مثال بک، ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابان آن را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرد (بک و استیر، ۱۹۹۱).

ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارتند از داشتن افکار خودکشی به تشخیص روانشناس بالینی یا روانپزشک، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی قبل از ورود به پژوهش، در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگهداشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی و ملاک‌های خروج نمونه از پژوهش عبارتند از داشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد، دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور II، وجود مخاطراتی برای بیمار.

خلاصه جلسات درمان شناختی - رفتاری مذهب محور: در این رویکرد علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن تغییر باورداشت‌های غلط مراجع و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است طی جلسات درمانگری به فرد کمک می‌شود تا اعتقادهای معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. همچنین محتوای جلسات شناخت درمانی مذهب محور به شرح زیر می‌باشد: جلسه‌ی اول تا سوم شامل: معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت‌ها، آموزش تشخیص هیجان‌های ناخوشایند، رویدادهای برانگیزاننده‌ی منفی، افکار ناخوشایند، فرم مثبت رویدادها، هیجان‌ها، افکار منفی به عنوان تکلیف خانگی. محتوای جلسات سوم تا پنجم: مروری بر افکار منفی و چالش با آنها، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره‌ی حل مشکلات و مواجهه‌ی صحیح با رویدادها، تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار، نیایش و تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی. محتوای جلسات پنجم تا هشتم: مروری کوتاه بر جلسات قبلی و بررسی تکالیف منزل، آموزش فن توجه برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به بهبودی، فعال سازی رفتار، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث در کنار فنون شناختی - رفتاری به منظور به چالش کشیدن افکار منفی و غیر منطقی. محتوای جلسات هشتم تا دهم: آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه، تجسم ذهنی بر پدیده‌های مختلف هستی جهت کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، بررسی افکار به کمک مراجعان و جایگزینی افکار منفی با افکار منطقی، مروری بر هیجان‌ات و

رفتار منطقی و خوشایند به دنبال افکار منطقی. محتوای جلسات دهم تا دوازدهم: بیان احساسات توسط مراجعان و بحث در مورد آنها بررسی تغییراتی که مراجعان در وضعیت خود اخذ کرده اند، ادامه‌ی تکلیف منزل، اطمینان خاطر مشاور به مراجعان نسبت به اینکه با به کارگیری آنچه را که یاد گرفته‌اند مشکلی برای آنها پیش نخواهد آمد.

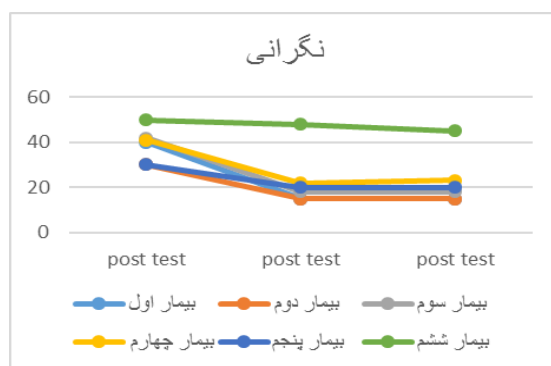
خلاصه جلسات درمان فراشناختی: درمان فراشناختی در غالب ۱۰ جلسه با استفاده از تکنیک‌های زیر اجرا شد. فرمول‌بندی کلی مراجع، معرفی مدل، شناسایی دوره‌های نشخوار ذهنی (افزایش فراشناخت)، تمرین تکنیک افزایش توجه، معرفی و تمرین ذهن آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نشخوار ذهنی چالش با فراشناخت‌های غیر قابل کنترل، بررسی سطوح فعالیت و سبک‌های مقابله‌ای غیر سودمند. چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی. شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی، نوشتن طرح‌های جدید (کامل کردن فرم خلاصه و دادن یک کپی از آن به بیمار)، کشف و اصلاح ترس‌های عود کننده، پیشگیری از عود و کار روی عقاید فراشناختی باقیمانده.

یافته‌ها

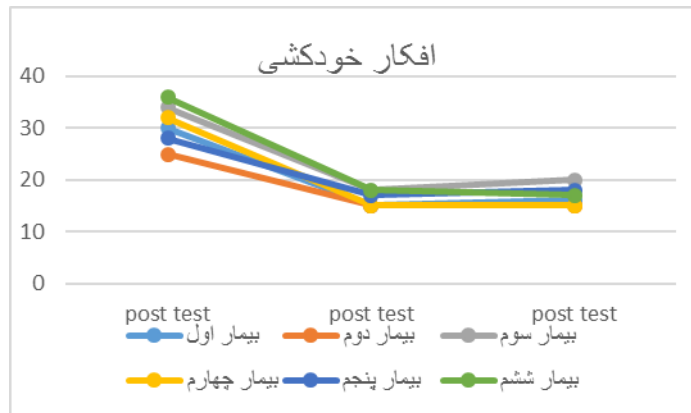
پژوهش حاضر باهدف مقایسه درمان فراشناختی و درمان شناختی-رفتاری انجام شده است. به این منظور به بررسی تغییرات نمرات دو گروه در متغیرهای افکار خودکشی، نشخوارفکری، نگرانی و افسردگی بک پرداخته‌ایم. جدول ۱ روند کلی این تغییرات را نشان می‌دهد.

جدول (۱): نمرات دو گروه در متغیرهای افکار خودکشی، نشخوار فکری، نگرانی و افسردگی بک

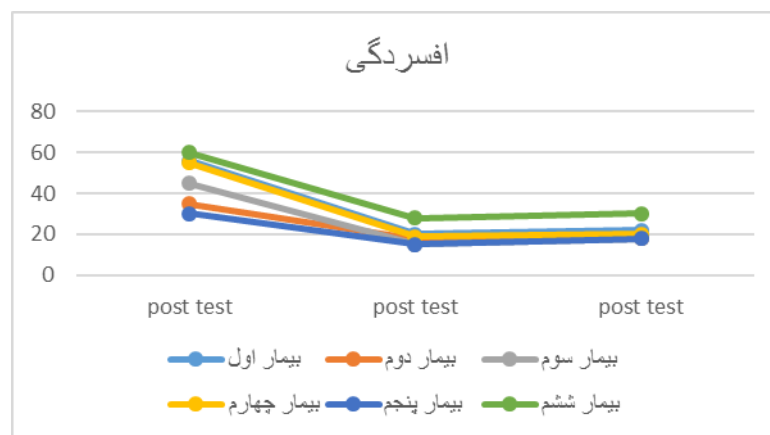
نگرانی	نشخوار فکری	افسردگی	افکار خودکشی		
۴۰	۸۰	۵۶	۳۰	پیش آزمون	بیمار اول
۱۵	۳۰	۲۰	۱۵	پس آزمون	
۱۵	۳۲	۲۲	۱۶	پیگیری	
۳۰	۴۴	۳۵	۲۵	پیش آزمون	بیمار دوم
۱۵	۱۹	۱۸	۱۰	پس آزمون	
۱۵	۲۲	۱۸	۱۲	پیگیری	
۴۲	۷۶	۴۵	۳۴	پیش آزمون	بیمار سوم
۱۸	۳۲	۲۵	۱۵	پس آزمون	
۱۸	۳۵	۲۰	۱۶	پیگیری	
۴۱	۷۹	۵۵	۳۲	پیش آزمون	بیمار چهارم
۲۲	۴۵	۱۹	۱۳	پس آزمون	
۲۳	۴۴	۲۰	۱۳	پیگیری	
۳۰	۴۸	۳۰	۲۸	پیش آزمون	بیمار پنجم
۲۰	۲۵	۱۵	۱۳	پس آزمون	
۲۰	۳۰	۱۸	۱۳	پیگیری	
۵۰	۸۵	۶۰	۳۶	پیش آزمون	بیمار ششم
۲۸	۴۰	۲۸	۱۸	پس آزمون	
۲۵	۴۴	۳۰	۱۷	پیگیری	



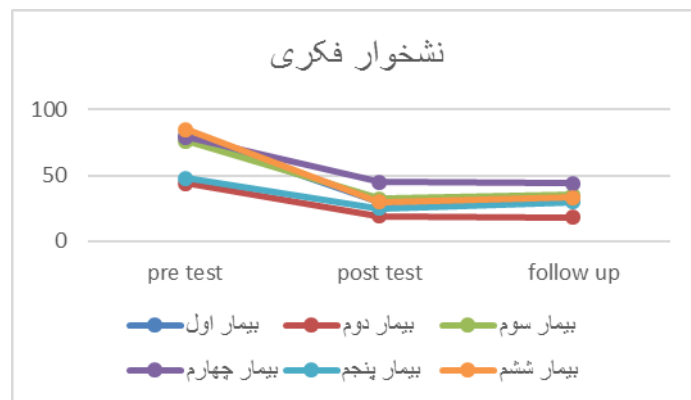
شکل (۱): تغییرات نمرات نگرانی در بیماران دو گروه درمانی



شکل (۲): تغییرات نمرات افکار خودکشی در بیماران دو گروه درمانی



شکل (۳): تغییرات نمرات افسردگی در بیماران دو گروه درمانی



شکل (۴): تغییرات نمرات نشخوار فکری در بیماران دو گروه درمانی

همانطور که در جدول ۱ و اشکال ۱ تا ۴ نشان داده است، روند کلی تغییرات در علایم در هر دو درمان کاهش یافته است و نمرات پس از آزمون و پیگیری حاکی از کاهش نمرات در متغیرهای پژوهش است. در ادامه به منظور بررسی دقیق تر درصد بهبودی دو درمان در کاهش تک تک متغیرهای پژوهش بررسی می‌شود. بر اساس فرمول درصد بهبودی، ۵۰ درصد تغییر یا بیشتر در بررسی‌های

موردی، معنادار است. همچنین زمانی که نمره فرد پس از مداخله کمتر از نقطه برش باشد، این میزان تغییر به لحاظ بالینی معنادار در نظر گرفته می‌شود.

جدول (۲): درصد بهبودی بیماران در متغیرهای پژوهش در مراحل پس از آزمون و پیگیری

بیمار ششم	بیمار پنجم	بیمار چهارم	بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	مراحل ارزیابی	متغیر پژوهش
۵۰ درصد	۵۳ درصد	۵۳ درصد	۴۷ درصد	۶۶ درصد	۵۰ درصد	بعد از درمان	افکار خودکشی
۵۲ درصد	۵۳ درصد	۵۳ درصد	۴۱ درصد	۶۶ درصد	۴۶ درصد	پیگیری	
۵۳ درصد	۵۰ درصد	۶۵ درصد	۴۴ درصد	۴۸ درصد	۶۴ درصد	بعد از درمان	افسردگی
۵۰ درصد	۴۰ درصد	۶۳ درصد	۵۵ درصد	۴۸ درصد	۶۰ درصد	پیگیری	
۴۴ درصد	۳۳ درصد	۴۶ درصد	۵۷ درصد	۵۰ درصد	۶۲ درصد	بعد از درمان	نگرانی
۵۰ درصد	۳۳ درصد	۴۳ درصد	۵۷ درصد	۵۰ درصد	۶۲ درصد	پیگیری	
۵۲ درصد	۴۷ درصد	۴۳ درصد	۵۷ درصد	۵۶ درصد	۶۲ درصد	بعد از درمان	نشخوار فکری
۴۸ درصد	۳۷ درصد	۴۴ درصد	۵۳ درصد	۵۲ درصد	۶۰ درصد	پیگیری	

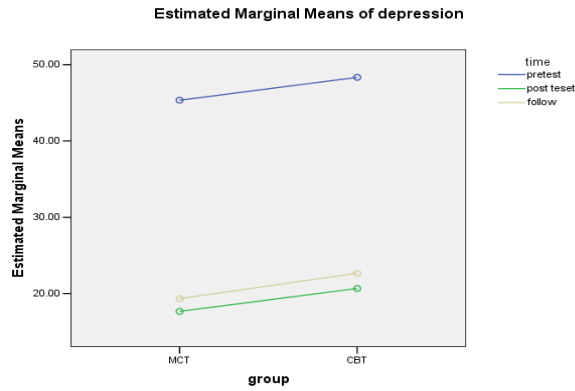
همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین درصد بهبودی در متغیر افکار خودکشی نشان می‌دهد هر دو درمان (۵۴ و ۵۲ درصد) به صورت تقریباً یکسان و معنادار موجب کاهش افکار خودکشی شده است. در علایم افسردگی میانگین درصد بهبودی در درمان MCT، ۵۲ درصد و در درمان CBT، ۵۶ درصد، در متغیر نگرانی میانگین درصد بهبودی در درمان MCT، ۵۶ درصد و در درمان CBT، ۴۱ درصد و در متغیر نشخوار فکری میانگین درصد بهبودی در درمان MCT، ۵۸ درصد و در درمان CBT، ۴۷ بود.

جدول (۳): خلاصه آماره‌ها و نتایج تحلیل واریانس چندعاملی برای دو گروه

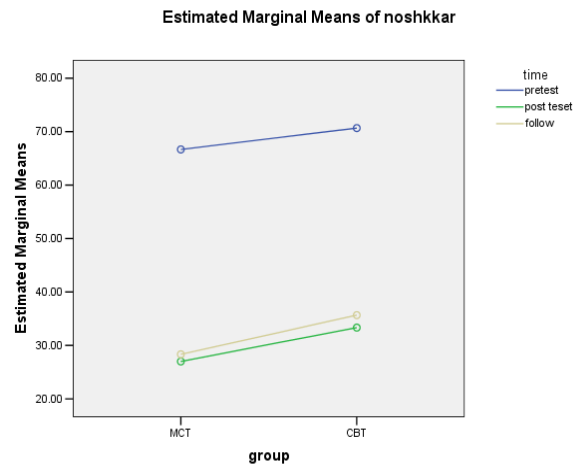
اثر متقابل گروه و زمان	اثر گروه		اثر زمان		گروه CBT n-3		گروه MCT n-3		متغیرها	
	Df	F	Df	F	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱	۱	۰/۲۸۸	۰/۰۰	۱/۲۳	۰/۰۰	۴/۰	۳۲	۴/۵	۲۹/۶	زمان اندازه‌گیری
		۰/۱۱۵	۰/۰۰	۲	۰/۰۰	۲/۸	۱۴/۴	۲/۵	۱۲/۶	پیش از آزمون
		۰/۸۹۲	۰/۰۰	۲	۰/۰۰	۲/۳	۱۴/۳	۸/۷	۱۳/۶	پس از آزمون
۲	۱	۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۵۶	۰/۰۰	۱۶/۰۷	۴۸/۳	۱۰/۵	۴۵/۳	پیش از آزمون
		۰/۴۶۸	۰/۰۰	۱	۰/۰۰	۶/۶	۳۰/۶	۲/۵	۱۷/۶	پس از آزمون
		۰/۹۹	۰/۰۰	۲	۰/۰۰	۶/۴	۲۲/۶	۲	۱۴	پیگیری ۱
۳	۱	۰/۳۷	۰/۰۰	۰/۸۶	۰/۰۰	۱۹/۸	۷۰/۶	۱۹/۷	۶۶/۶	پیش از آزمون
		۰/۹۹	۰/۰۰	۲	۰/۰۰	۱۰/۴۰	۳۳/۳	۷	۲۷	پس از آزمون
		۰/۰۱	۰/۰۰	۲	۰/۰۰	۷/۳	۳۵/۶	۹/۰۷	۲۸	پیگیری ۱
		۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۱	۰/۰۰	۱۰/۰۱	۴۰/۳	۶/۴	۳۷/۳	پیش از آزمون
		۰/۰۱	۰/۰۰	۲	۰/۰۰	۱۵/۶	۳۰	۱/۷	۱۶	پس از آزمون

					۱۳/۶	۲۹	۱/۷	۱۶	پیگیری ۱	۴
	۰/۰۴۹	۱	۴/۷	۰/۰۲	۲	۵/۲۱				
			۰/۵۶	۲	۰/۵۹					

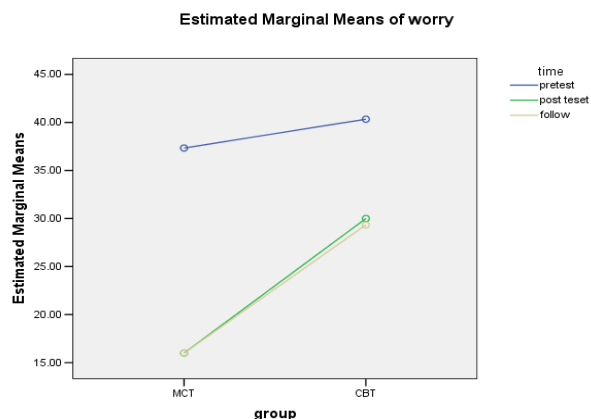
۱-خودکشی ۲- افسردگی ۳- نشخوار ۴- نگرانی



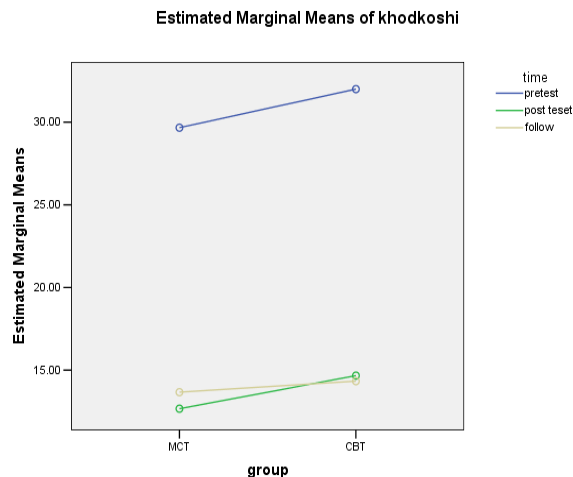
شکل ۵: مقایسه‌ی دو گروه در نمره‌ی افسردگی در زمان‌های اندازه‌گیری



شکل ۶: مقایسه دو گروه در نمره‌ی نشخوار فکری در زمان‌های اندازه‌گیری



شکل ۷: مقایسه‌ی دو گروه در نمره نگرانی در زمان‌های اندازه‌گیری



شکل ۸: مقایسه‌ی دو گروه در نمره‌ی خودکشی در زمان‌های اندازه‌گیری

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین تفاوت اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب محور با درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی دانشجویان بود. نتایج نشان داد بیماران در هر دو درمان میزان اندیشه خودکشی کمتری را گزارش نمودند. در متغیرهای نگرانی و نشخوار فکری درمان فراشناختی اندکی بیشتر باعث بهبودی در بیماران شد. همچنین برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندعاملی استفاده شد. نتایج نشان داد اثر زمان در تمام متغیرهای خودکشی، افسردگی، نشخوار فکری و نگرانی معنادار است. البته اثر گروه نیز در متغیر نگرانی معنادار است اما اثر متقابل گروه و زمان در هیچ کدام از متغیرها معنادار نبود. روند تغییرات در علائم در هر دو درمان کاهش یافته و نمرات حاکی از کاهش علائم خودکشی، افسردگی، نشخوار فکری و نگرانی در بیماران بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت اندیشه خودکشی به افکار تکرار شونده و راجعه در خصوص بی‌ارزشی زندگی، بی‌ارزشی خود و پایان دادن به زندگی تعریف می‌شود که با توجه به برنامه دار بودن آن خطرناک فرض می‌شود (دادستان ۲۰۰۶). در اندیشه خودکشی افکار نا امیدکننده پیرامون زندگی، ارزش بقا و باقی ماندن دائماً در حال تکرار شدن است که نوعی نشخوار فکری محسوب می‌گردد. همانطور که پژوهش‌ها نشان داده اند نشخوار فکری موجب تداوم اندیشه‌ی خودکشی پس از تجارب استرس‌زای زندگی می‌شود (پاپاچرجیو ۲۰۰۴) درمان

فراشناختی به عنوان نوعی درمان که بر فهم علل نشخوار فکری متمرکز است و در این راه تکنیک‌هایی نظیر آموزش توجه استفاده میکند که سودمندی آن به لحاظ تجربی نشان داده شده است (موسوی ۲۰۰۵)، میتواند بر کاهش اندیشه خودکشی موثر و مفید واقع شود. در پژوهش حاضر همانطور که ولز درباره مقابله با اندیشه و رفتار خودکشی ذکر نموده است (ولز ۲۰۰۹) ناامیدی به عنوان تظاهر آشکار نشخوار فکری درباره موضوعی که نمیتوان آن را تغییر داد و بیمار درباره آن احساس ناتوانی میکند مفهوم سازی شد و در این پژوهش نیز درمان فراشناختی هم در کاهش نشخوار فکری و هم افکار خودکشی تاثیر گذار بود. در خصوص اثربخشی درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی یافته‌های بسیار محدودی موجود است. یافته‌های پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها (پاپاگریو ۲۰۰۴)، (پاپاگریو و ولز ۲۰۰۱) و (ولز ۲۰۰۵) همخوانی دارد.

همچنین در تبیین اثربخشی درمان شناختی مذهب محور می‌توان گفت با توجه به اینکه دانشجویان به دلیل ناراضی‌تاری از وضع موجود مانند، سختی دوران تحصیل، هزینه تحصیل، دوری از خانواده، نگرانی در مورد شغل آینده، به شدت مایل بودند تا هر چه زودتر این شرایط تغییر کند، به همین دلیل در این پژوهش درمانگر با ارائه روش خاص، سعی کرد نگرش دانشجویان را تغییر دهد. میدانیم افراد متدین به هر نسبت که ایمان قوی و محکم داشته باشند از بیماری‌های روانی مصون‌تر هستند. از جمله آثار ایمان دینی آرامش خاطر است. ایمان دینی به حکم این که به انسان که یک طرف معامله است، نسبت به هیجان که طرف دیگر معامله است، اعتماد و اطمینان می‌بخشد، دلهره و نگرانی نسبت به رفتار جهان را در برابر انسان از میان می‌برد و به جای آن به او آرامش خاطر می‌دهد. یکی دیگر از دلایل نگرانی دانشجویان نسبت به آینده، این است که سرنوشت خود را محصول عوامل غیر ارادی یعنی جبرگرایی و محیط تصور میکنند. در حالی که در آموزه‌های دینی زندگی را بر پایه آزادی و اختیار تبیین میکنند. رابطه‌ی بین میزان دینداری و اصالت وجود افراد و میزان خودکشی اغلب در ارزیابی‌های کلینیکی نادیده گرفته می‌شود. اگرچه تحقیقات نقش بازدارنده دین و اصالت وجود در مقابل خودکشی را نشان داده است.

تحقیقات نشان داده است که میزان دینداری و مسئولیت‌پذیری مستقیماً با میزان خودکشی رابطه دارد و هراندازه که میزان دینداری و معنایابی از زندگی بیشتر باشد احتمال رفتار معطوف به خودکشی کمتر می‌شود. اطلاعات دینی و وجودگرایی بالینی مناسب می‌تواند به مشاوران کمک نماید تا این اطلاعات را به هنگام تدوین برنامه‌هایشان مورد استفاده قرار دهند.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که معنویت و مذهب موجب القاء امیدواری، هدف و معنی در زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود و انسجام اجتماعی را افزایش می‌دهد. علائم عمومی روان‌پریشی، افکار پارانوئیدی و حساسیت بین فردی را در آنها کاهش می‌دهد. این بیماران با نگرش مذهبی، نگرش مثبتی به زندگی داشته و از انزوای پرهیز می‌کنند. در واقع، مذهب می‌تواند کنار آمدن با بیماری را تسهیل کند. بیماران دارای گرایش مذهبی بالا دارای خشنودی بیشتری از زندگی هستند و شادمانی و نشاط بیشتری دارند. در مواجهه با رویدادهای رنج‌زای زندگی، پیامدهای روانی - اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند. درد روان شناختی و کیفیت زندگی پایین این بیماران به طور معناداری با باورهای معنوی بسیار پایین ارتباط داشته است. اعمال مذهبی سازمان یافته، علاوه بر احساس آرامش مربوط به ارتباط با خدا، نیازهای روابط بین فردی را نیز تامین می‌کند. هر چه جهت‌گیری مذهبی در افراد بالاتر باشد میزان مشکلات روانی در آن‌ها و حتی نشانگان بدنی آن‌ها کاهش خواهد یافت. با توجه به فشار روانی که بر زنان مبتلا به ام‌اس وارد می‌شود برقراری ارتباط معنوی با یگانه قدرت بی‌انتها به فرد این اطمینان را می‌بخشد که نیروی قوی حامی و پشتیبان اوست. از این روی فرد، رویدادها و پستی و بلندی‌های زندگی را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر طی کرده و کمتر دستخوش اضطراب و استرس شده و به تبع آن نسبت به آینده امیدوارتر و خوش‌بین‌تر خواهد بود (عسگری و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین قدرت فزاینده دین در تعدیل بحران‌های زندگی امری است انکارناپذیر که در تحقیقات متعدد نیز به اثبات رسیده است. درمان ترکیبی شناختی - رفتاری با تاکید بر مذهب و معنویت، باعث کاهش علائم بارز اختلال اضطراب‌سالمندان از قبیل نگرانی و نفع ثانویه ناشی از این اختلال در گروه آزمایش شده و بهبودی ناشی از درمان در مدت ۶ ماه نیز تداوم داشته است (باررا و همکاران، ۲۰۱۲)، کارآمدی مداخلات مبتنی بر معنویت در درمان اختلال اضطراب منتشر، بسیار بالا بوده، و کاهش معنادار نگرانی و علائم

اختلال اضطرابی در مبتلایان را به همراه داشته است (کوسزیسکی و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین درمانگران و مشاوران نباید اهمیت توجه به مسایل معنوی، وجودی و مذهبی در کمک به مراجعان را از نظر دور بدارند و از این روشهای های مذهبی و انسان‌گرایانه برای کمک به مراجعان مشکل دار و دردمند بهره گیرند، تا از این طریق اثربخشی مداخلات درمانی خود را افزایش دهند و وقوع خودکشی رو به تزداد در بین جوانان را کاهش دهند. از جمله محدودیت های این پژوهش به حجم نمونه و خودگزارشی بودن ابزار ارزیابی اشاره کرد لذا به محققان علاقمند در این حوزه پیشنهاد میشود به منظور بالا بردن اعتبار بیرونی از نمونه هایی با حجم بیشتر و در گروه های اجتماعی گوناگون استفاده کنند. همچنین علاوه بر استفاده از ابزارهای خودگزارشی که امکان سوگیری در آنها محتمل است توصیه می‌شود که از روش های پژوهشی دیگر مانند مصاحبه و مشاهده برای سنجش این متغیر استفاده شود تا سوگیری ها به حداقل کاهش یابد.

سپاسگذاری

از همکاری صمیمانه مسئولین و دانشجویان دانشگاه مراغه که در این پژوهش شرکت داشتند قدردانی می‌شود.

منابع مالی

این مقاله مستخرج از طرح به شماره مصوب طرح: ۹۸/د/۳۳۸۲ می‌باشد و هزینه آن را دانشگاه مراغه پرداخته است.

منابع

- آقاعلی، فاطمه؛ زندی پور، طیبیه؛ و احمدی، محمدرضا (۱۳۹۰). مطالعه تاثیر مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تاکید بر اندیشه های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام اس استان قم، **روان شناسی و دین**، ۴(۱)، ۱-۱۲.
- بشارت، محمد علی؛ عباس پوردوپلانی، طاهره (۱۳۸۹). رابطه راهبردهای فراشناختی و خلاقیت با تاب آوری در دانشجویان، **یافته های نو در روان شناسی**، ۵(۱۴)، ۱۱۱-۱۲۴.
- تقی زاده، محمد احسان؛ میرعلایی، مرضیه (۱۳۹۲). مطالعه اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب آوری زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان، **فصلنامه علمی پژوهشی روان شناسی سلامت**، ۲(۲)، ۲۰-۳۲.

- Beck, A.T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). Manual for Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX, Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R. A. (1991). Relationship between the Beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorder*, 5(3), 213-223.
- Callinan, S., Johnson, D., & Wells, A. (2015). A randomized controlled study of the effects of the attention training technique on traumatic stress symptoms, emotional attention set shifting and flexibility. *Cognitive therapy and research*, 39(1), 4-13.
- Dadsetan, P. (2006). Suicidal ideation among medical student. *Archive Suicide Research*, 13(1), 230-246.
- Fergus, T., Bardeen, J. (2016). The attention training technique: A review of a neurobehavioral therapy for emotional disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(4), 502-516.
- Fisher, P. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression. *Behavior Research and Therapy*, 50(6), 367-373.
- Fernie, B., Murphy, G., Wells, A., Nikcevic, A. & Spade, M. (2016). 'Treatment outcome and metacognitive change in CBT and GET for chronic fatigue syndrome', *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 44(4), 397-409.
- Fisher, P & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(1), 117-132.

- Fischer, P., Aydin, N., Frey, D., Haslam, S. (2010). The relationship between religious identity and preferred coping strategies: An examination of the relative importance of interpersonal and intrapersonal coping in Muslim and Christian faiths. *Review of General Psychology*, 14(4), 365-371.
- Gaynes, B., West, S., Ford, C., Frame, P., Klein, J, Lohr, K. (2004). Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the US preventive services. *International Medicine*. 140(1), 822-835.
- Grzywa, A., Kucmin, A, & Kucmin, T. (2009). Suicidi problems epidemiology, factors, motives and prevention. Part I, *Journal of The Learning Sciences*, 27(1), 432-436.
- Hutton, P., Morrison, A., Wardle, M., & Wells, A. (2014). Metacognitive therapy in treatment-resistant psychosis: A multiple-baseline study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 42(2), 166-185.
- Hjemdal, O., Hagen, R., Solem, S., Nordahl, H., Kennair, L., Ryum, T., Nordahl, H., & Wells, A. (2016). Metacognitive therapy in major depression: An open trial of comorbid cases. *Cognitive and Behavioral Practice*, 42(1), 121-132.
- Murad, M. (2005). Suicide prevention and developing countries. *Science Medicine*, 98(1), 459-463.
- Nolen hoksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality Social Psychology*, 5(77), 1061-1072.
- Papagorgiou, C., & wells, A. (2001). Metacognition beliefs about rumination in recurrent major depression. *Journal of Cognitive and Research*, 27(2), 267-269.
- Papagorgiou, C., & Wells, A. (2004). Depressive rumination, nature, theory and treatment. New York: John wileys.
- Shirinzadeh, S., Godarzi, M., Ghanizadeh, A., & Taghavi, M. (2008). Comparing metacognitive beliefs and responsibility in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, General anxiety disorder, and normal individuals. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology of Iran*, 14(1), 46-55.
- Talaei, A., Toufani, H., Hojjat, S.K., Jami-Alahmadi, Z. (2006). Effect of familiarizing the patient with the personnel and operating room on the day before surgery for preoperative anxiety. *Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences*, 92(2), 191-198.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2004). Metacognitive therapy for depressive rumination. Depressive. Rumination: Nature, theory and treatment. Chichester, UK: Wiley, 45-67.
- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational Emotion Cognitive Behavior Therapy*. 23(4), 337-355.
- Wells, A. (2009). Practical Guide to Metacognitive Therapy Anxiety and Depression, Translation by Shahram Mohammad khani, Tehran. Varay danesh.
- Wells, A (2008). Metacognitive Therapy: A Practical Guide. New York, Guilford Press.
- Zardkhane, S., Jafari, S., Dolatshahi, B., Mamaghanie, M. (2009). Suicide relationship with personality traits and life events. *Journal of Behavioral Sciences*, 2(1), 151-157.

Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Based on Religious Attitudes and metacognitive Therapy in Students with Suicidal Thoughts

Hashemi, Z*

*Ph.D, Assistant Professor, Psychology, Faculty of Humanities, Maragheh University, Maragheh, Iran

Email: zhashemi1320@gmail.com (Corresponding Author)

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of religious-based cognitive behavioral therapy with metacognitive therapy on students' suicidal ideation. This study was conducted within a mixed design. Among students with suicidal ideation at Maragheh University, 6 subjects were selected.. The samples were randomly divided into two groups: religious-based cognitive therapy and metacognitive therapy Patients in both groups received their own treatment for 10 sessions. They were assessed through depression, suicidal thoughts, worry and rumination questionnaires in pre-test, post-test and follow-up. Data were analyzed individually and in groups. Individual analysis of graphs, visual analysis and percentage of improvement and group analysis of data used one-way analysis of variance (A treatment group) and one internal factor (time of tests). The mean percentage of improvement in suicidal ideation variable showed that both treatments (54% and 52%) reduced suicidal ideation almost equally and significantly. The results showed that metacognitive therapy caused a slight improvement in these variables due to more emphasis on worry and rumination, but both treatments had an equal effectiveness in reducing suicidal ideation. It can be concluded that both religious-based cognitive behavioral therapy and meta-cognitive therapy are effective in reducing suicidal ideation.

Key words: Cognitive Behavioral Therapy; Metacognitive Therapy; Suicidal Thoughts

