

اثربخشی مداخله یکپارچه نگر در ناامیدی و بد تنظیمی هیجانی به عنوان تعیین کننده گرایش به خودکشی نوجوانان و جوانان شهر ایلام

حمیرا سلیمان نژاد^۱، حمید پورشریفی^{۲*}، جهانشا محمدزاده^۳، کورش سایه میری^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۵/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۹/۱۲

خلاصه

مقدمه: ناامیدی و بدتنظیمی هیجانی از مهم‌ترین عوامل گرایش به خودکشی بوده که امروزه اکثر جوامع با آن مواجه هستند. از این رو، طراحی بسته آموزشی جهت کاهش گرایش به خودکشی حائز اهمیت است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله یکپارچه‌نگر در کاهش ناامیدی و بدتنظیمی هیجانی به عنوان تعیین کننده گرایش به خودکشی نوجوانان و جوانان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی آموزشی می‌باشد. در یک طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، ۴۰ نفر از نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. پرسشنامه‌های نگرش به خودکشی، ناامیدی و نظم‌جویی شناختی هیجان توسط آنها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل شد. گروه آزمایش مورد مداخله قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با روش تحلیل کواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد تفاوت معنی‌داری در نمرات دو گروه وجود دارد داد ($p=0/001$). در متغیرهای ناامیدی ($p<0/013$)، ملامت خود ($p=0/003$)، نشخوارگری ($p=0/031$)، فاجعه‌سازی ($p=0/016$)، ملامت دیگران ($p=0/001$)، تمرکز مجدد مثبت ($p=0/005$)، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی ($p=0/003$) و ارزیابی مجدد مثبت ($p=0/019$) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد. در متغیرهای پذیرش ($p=0/368$) و دیدگاه‌گیری ($p=0/730$) تفاوت معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد یکپارچه‌نگری در کاهش ناامیدی و بدتنظیمی هیجانی نوجوانان و جوانانی که گرایش به خودکشی داشته‌اند، مؤثر بود. آموزش برنامه‌هایی از قبیل حل مسئله، تنظیم هیجان و ذهن آگاهی به روانشناسان، والدین، نوجوانان، متخصصان حوزه سلامت و آسیب‌شناسی اجتماعی می‌تواند جهت کاهش و جلوگیری از خودکشی نوجوانان اثربخش باشد.

واژه‌های کلیدی: مداخله یکپارچه‌نگر، ناامیدی، بد تنظیمی هیجان، گرایش به خودکشی، نوجوانان

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: poursharifh@gmail.com، تلفن: ۰۹۱۸۸۴۱۰۶۷۲

۳- دانشیار، گروه علوم انسانی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران.

۴- دانشیار، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی- اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

مقدمه

تجارب و پژوهش‌های بالینی نشان می‌دهند تعداد بسیار زیادی از نوجوانان دارای مشکلات یا آسیب‌های روانی آشکاری هستند [۱]. نگرش به خودکشی (Attitudes towards suicide) در نوجوانان یکی از مشکلات عمده سلامت روانی محسوب می‌شود. به این معنی که درک چگونگی رفتار خودکشی، پیش‌بینی و پیش‌گیری از وقوع آن یکی از چالش‌های اساسی بهداشت روانی است [۲]. در سال‌های اخیر شاهد روند رو به رشد میزان خودکشی نسبت به سال‌های گذشته در میان اقشار مختلف مردم به خصوص قشر جوان و نوجوان بوده‌ایم. در این شرایط، جامعه نه تنها نیروی مولد خود را از دست می‌دهد بلکه باید به دلیل بیماری‌ها، معلولیت‌ها و آسیب‌های روانی - اجتماعی ناشی از این معضل هزینه‌های نگهداری و ارائه مراقبت‌های خاص را نیز برای سال‌های طولانی بپذیرد [۳]. عوامل متعددی در گرایش افراد به خودکشی دخیل هستند. ناامیدی یکی از مهم‌ترین این عوامل است که با افکار خودکشی در ارتباط است. بر اساس نظر بک (Beck)، ناامیدی یک خصوصیت افسردگی است و در واقع اتصالی بین افسردگی و خودکشی می‌باشد. بسیاری از بیماران خودکشی را وسیله‌ای برای مبارزه با افسردگی تحمل‌ناپذیر و احساس ناامیدی می‌دانند. ناامیدی عبارت است از این انتظار که اتفاقات مطلوبی اتفاق نخواهد افتاد و پیامدهای بسیار ناراحت‌کننده‌ای رخ خواهد داد و موقعیت را هم نمی‌توان تغییر داد که خود به تنهایی می‌تواند دلیلی برای علائم افسردگی باشد [۴]. ناامیدی یا انتظارت منفی در مورد آینده، به یک حالت هیجانی اطلاق می‌شود که زیر مجموعه هیجان اصلی غم است [۵]. پژوهشگران معتقدند ناامیدی به عنوان یک عامل شناختی که با انتظارات منفی ارتباط دارد در تلاش و اقدام برای خودکشی نقش قابل‌ملاحظه‌ای ایفا می‌کند [۶]. همچنین گفته شده است که ناامیدی با افسردگی، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، روابط اجتماعی ضعیف و فقدان عزت‌نفس همبستگی دارد [۷]. مجموعه اطلاعات و پژوهش‌های موجود، حاکی از آن است که عوامل شناختی همچون منفی‌گرایی و ناامیدی به همراه دیدگاهی بدبینانه درباره آینده، باور به نقص و ناکارآمدی خود و انزوای اجتماعی می‌توانند آسیب‌پذیری فرد را در برابر

خودکشی افزایش دهند [۸]. افراد خودکشی کننده، احساس می‌کنند که گرفتاری اخیرشان غیرقابل تحمل است و اعتقاد دارند که امیدی به تغییر آن نیست. بنابراین، منفی‌گرایی و ناامیدی درباره آینده به همراه دیدگاهی بدبینانه درباره خود، دنیا و دیگران عامل مهمی است که موجب اقدام به خودکشی فردی می‌شود که دارای اختلال افسردگی است و پیامد این شیوه اندیشیدن، خودکشی به عنوان تنها راه حل به ذهن آن‌ها خطور می‌کند [۹].

از سویی، بد تنظیمی هیجان (emotion dysregulation) یکی از مواردی است که با نگرش به خودکشی افراد در ارتباط است. نظم‌جویی هیجان فرآیندی هدف‌مدار است که به منظور اثرگذاری بر شدت، مدت و نوع هیجان تجربه شده صورت می‌گیرد [۱۰]. به عبارتی، نظم‌جویی هیجان، فرآیندی است که افراد از طریق آن هیجان‌های خود را به صورت هشیار و ناهشیار تعدیل می‌کنند [۱۱]. بد تنظیمی هیجان در ادبیات پژوهشی سلامت روان، به پاسخ‌های هیجانی اشاره دارد که به شکلی ضعیف تنظیم می‌شوند و در دامنه پاسخ‌های هیجانی که به شکل سنتی پذیرفته شده‌اند، قرار نمی‌گیرند. بد تنظیمی هیجانی را می‌توان به خلق ناپایدار یا نوسانات خلقی نیز اطلاق کرد [۱۲]. هیجان‌ات نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات و رویدادهای تنیدگی‌زا ایفا می‌کنند، اگر این هیجان‌ات بد تنظیم شوند می‌توانند باعث مختل شدن زندگی نیز شوند [۱۳]. هر چند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند، اما افراد قادرند بر شیوه‌هایی که این هیجان‌ها را ابراز می‌کنند، تأثیر بگذارند. نظم‌جویی هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود [۱۴]. از این رو مدیریت هیجان‌ات به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد [۱۵].

یکی از متداول‌ترین روش‌ها برای تنظیم هیجان‌ات استفاده از راهبردهای شناختی است [۱۶]. راهبردهای نظم‌دهی

می‌خورد. رویکرد درمانی یکپارچه‌نگر با تأکید بر یکپارچه‌نگری نظری، به‌گزینه‌ش و عوامل مشترک رویکردهای درمانی به حل و فصل مشکل مراجعان می‌پردازد [۲۶]. از این رو با توجه به نرخ خودکشی در میان نوجوانان و جوانان کشور به‌ویژه در استان ایلام، اولاً تهیه و طراحی پروتکل درمانی مداخله‌گرایانه با هدف پیشگیری از طیف رفتار خودکشی ضروری به نظر می‌رسد، ثانیاً تاکنون مطالعات زیادی به بررسی عوامل مؤثر بر خودکشی، شیوع، آمار و روند آن پرداخته‌اند اما پژوهش‌های اندکی با رویکرد پیشگیری به خودکشی در داخل کشور انجام شده است. بنابراین، هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی مداخله یکپارچه‌نگر در کاهش ناامیدی و بد تنظیمی هیجانی به‌عنوان تعیین‌کننده‌گرایش به خودکشی نوجوانان و جوانان می‌باشد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، کلیه افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ بودند. در ابتدا ۳۰۰ نفر با توجه به فرمول کرجسی و مورگان به روش خوشه‌ای از ۳ منطقه (شهر ایلام به ۳ منطقه شمال، مرکز و جنوب تقسیم‌بندی شد) انتخاب شدند. این ۳۰۰ نفر از طریق دوستان و آشنایان نزدیک این افراد به پژوهشگر معرفی شدند. به منظور انتخاب نمونه، پرسشنامه نگرش به خودکشی در بین ۳۰۰ نفر اجرا شد، افرادی که نمره نگرش به خودکشی آن‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بودند، انتخاب شدند. تعداد این افراد ۷۵ نفر بود. سپس این ۷۵ نفر مورد مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر قرار گرفتند. ۳۵ نفر که گرایش به خودکشی آن‌ها نسبت به بقیه کمتر بوده از مجموع افراد کنار گذاشته شدند. قابل ذکر است که کلیه افراد در مرکز مشاوره دانشگاه ایلام مورد مصاحبه قرار گرفتند. در مرحله بعد تعداد ۴۰ نفر بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه 3 G Power و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر انتخاب شدند. اندازه اثر = ۰/۳۳؛ ضریب آلفا = ۰/۰۵؛ توان آزمون = ۰/۹۵؛ تعداد گروه‌ها = ۲؛ ۳ = Noncentrality parameter Repetitions ۱۷/۱۲۸۰۰۰۰؛ Critical F = ۳/۲۴۲۳۳۱۷؛ df = ۲؛ Numerator = ۳۷؛

شناختی هیجان‌فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده به کار می‌گیرند و بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند [۱۷]. این راهبردها به افراد کمک می‌کنند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند، این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد [۱۸]. نظم‌جویی هیجان و خصوصاً راهبرد مثبت باز ارزیابی شناختی هیجان‌ها، باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می‌شود [۱۹]. در نتیجه ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی‌منطق و نادرست، فرد راهبرد شناختی خود را برای رو به رو شدن با موقعیت تنیدگی‌زا برمی‌گزیند [۲۰]. از طرفی، بروز مشکل در تنظیم هیجان مرتبط با اختلال‌های روانی است [۲۱] تا حدی که تنظیم مشکل‌دار هیجان در الگوهای مختلف آسیب‌شناسی روانی اختصاصی مانند اختلال شخصیت مرزی [۲۲]، اختلال افسردگی اساسی [۲۳] مطرح می‌شود.

آمارهای منتشرشده خودکشی بر شیوع بالا در برخی مناطق غربی کشور دلالت دارد، به طوری که بالاترین نرخ خودکشی مردان به استان همدان با ۱۳/۵ خودکشی به ازای هر صد هزار نفر و در زنان به استان‌های ایلام با ۱۵/۵ و کرمانشاه با ۱۳/۵ به ازای هر صد هزار نفر تعلق دارد [۲۴]. این پژوهش از چند منظر دارای اهمیت است. ابتدا اینکه بسیاری از معضلات اجتماعی که ریشه در گرایش به خودکشی دارند را می‌توان شناسایی و رفع کرد. جنبه دیگر از منظر اقتصادی بوده که با طراحی این پروتکل (یکپارچه‌نگر برای کاهش میزان خودکشی) می‌توان در کمترین زمان و با هزینه مناسب از بروز خودکشی جلوگیری و آن را رفع کرد. علیرغم تلاش‌های اساسی که در جوامع مختلف صورت گرفته است، همچنان این سؤال اساسی پیش می‌آید که کدام مداخلات مؤثر برای پیشگیری از خودکشی باقی مانده است، حدود ۳۴ نوع مداخله پیشگیرانه خودکشی در بازنگری مطالعات منتشر شده به چشم می‌خورد که تمامی طیف تلاش‌های پیشگیرانه از خودکشی از درمان تا نگهداری را پوشش می‌دهد [۲۵]. در مطالعات پیشین سه رویکرد درمانی برای پیشگیری از خودکشی شامل درمان‌های شناختی - رفتاری، روان‌پویشی و رویکرد راه‌حل‌گرا به چشم

سنی ۱۵ تا ۲۴ سال، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، رضایت و تعهد به شرکت در تمام جلسات مداخله، گرایش به خودکشی بر اساس نمره تست خودکشی و مصاحبه به عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش بودند. شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر و داشتن بیش از ۲ جلسه غیبت به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش تعیین شدند. در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی با روش تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و سطح معنی‌داری $p < 0/05$ به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری شامل: ۱- مداخله یکپارچه‌نگر:

df Denominator=۴۰؛ Total sample size=۴۰؛ Pillai V = ۰/۳۱۷۲۰۱۸؛ Actual power=۰/۹۳۵۱۱۴۲ در ادامه ۲۰ نفر از افراد به صورت تصادفی ساده به عنوان گروه آزمایش و ۲۰ نفر باقیمانده به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. گروه آزمایش به مدت ۳۵ روز (۱۰ جلسه) و هر هفته ۲ جلسه تحت آموزش یکپارچه‌نگر قرار گرفت و برای گروه کنترل مداخله‌ای اجرا نشد. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. پس‌آزمون در جلسه آخر انجام شد و بنا بر دلایل و محدودیت‌های پژوهشگر و برخی آزمودنی‌ها پیگیری صورت نگرفت. رضایت آگاهانه مشارکت در پژوهش، سطح تحصیلات حداقل سیکل (سوم راهنمایی)، دامنه

جدول ۱- خلاصه مداخله درمانی مبتنی بر رویکرد یکپارچه‌نگری برای نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر ایلام در سال ۱۳۹۷

جلسه	عنوان جلسه	توضیحات
اول و دوم	ذهن آگاهی	پس از معارفه نوجوانان و اجرای پیش‌آزمون در دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به تعریف و بررسی ذهن آگاهی برآمده از رویکرد درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به فرد آموزش داده شد. دو برنامه تمرینی در داخل جلسه درمان و دو برنامه تمرینی مابین جلسات برای فرد در نظر گرفته شد که فرد طی هفته حداقل ۲ ساعت و روزانه ۱۵ تا ۲۰ دقیقه این تمرینات را انجام می‌داد.
سوم	تنظیم هیجان	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد در این جلسه تکنیک‌های تنظیم هیجان بر اساس رویکرد درمان مبتنی بر تنظیم هیجان جهت تنظیم خلق انجام شد. تکنیک‌های مورد استفاده طی یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در جهت تنظیم هیجان‌های نوجوانان آموزش داده شد.
چهارم، پنجم و ششم	تأیید هیجانی	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد در این سه جلسه تکنیک‌های تأیید هیجانی بر اساس درمان دیالکتیکی مورد استفاده قرار گرفت. مدت زمان اجرای هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. این تکنیک جهت کاهش تکانه‌های خودکشی و سایر رفتارهای خود تخریبی بکار گرفته شد.
هفتم	حل مسئله	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد در طی یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مهارت حل مسئله به فرد آموزش داده شد و درمانگر به شناسایی و رفع مشکلات فرد در گام‌های مختلف این فرایند پرداخت.
هشتم	شفاف‌سازی ارزش‌ها	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد در این جلسه تکنیک شفاف‌سازی ارزش‌ها برآمده از درمان مبتنی بر ارزش و تعهد جهت شناسایی ارزش‌های فردی و با هدف ارتقای انگیزه و امید نوجوانان و همچنین انجام رفتارهایی در راستای هویت فردی انجام گرفت. تکنیک مورد استفاده در این روش تکنیک دارت هریس بود. تکنیک فوق طی یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای استفاده شد.
نهم	فعال‌سازی رفتاری	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد در این جلسه تکنیک فعال‌سازی رفتاری طی ۹۰ دقیقه انجام گرفت. فعال‌سازی رفتاری جهت بازگشت فرد به جریان زندگی بعد از افت خلق شدید و مبتنی بر تکنیک شفاف‌سازی ارزش‌ها صورت گرفت.
دهم	پذیرش و تعهد	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد در این جلسه تکنیک برآمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده گردید و از طریق استعاره و یک تمرین تجربی منجر به ارتقا تمایل فرد جهت مواجهه با رفتارهای درونی (افکار، احساسات بدنی، هیجان‌ها، خاطرات) ناخوشایند شد. این تکنیک بر اساس تکنیک لوما انجام گرفت و مدت زمان آن ۹۰ دقیقه بود. در انتهای این جلسه پس‌آزمون در بین آزمودنی‌ها اجرا شد.

یک طیف ۵ گزینه‌ای از هرگز=۱، گاهی=۲، مرتباً=۳، اغلب=۴ و همیشه=۵ قرار دارد. این مقیاس شامل ۹ خرده مقیاس است که هر کدام یک راهبرد خاص از راهبردهای شناختی را ارزیابی می‌کند. خرده مقیاس‌ها عبارت از: ملامت خود (۱)، ۱۰، ۱۹ و

۲- آزمون نظم‌جویی شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) توسط Garnefski et al ساخته شده است. این آزمون دارای ۳۶ آیتم می‌باشد که نظم‌جویی شناختی هیجان را اندازه‌گیری می‌کند. ابزار بر روی

استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/54$ گزارش شده است [۳۰].
 ۴- پرسشنامه گرایش به خودکشی: مقیاس گرایش به خودکشی استفاده شده در این پژوهش فرم ایرانی پرسشنامه بالینی نوجوانان میلون بوده که توسط Mehrahi (۱۳۸۹) تهیه و تدوین شده است. مقیاس دارای ۲۷ گویه بوده که گرایش به خودکشی را به صورت سازه‌ای تک عاملی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ‌دهی به گویه‌های این مقیاس در قالب یک طیف لیکرت سه گزینه‌ای شامل بله=۲، تا حدودی=۱ و خیر=۰ می‌باشد. دامنه نمرات از ۰ تا ۵۴ است که نمرات بالاتر به معنی رفتارهای خودکشی‌گرایانه بیشتر می‌باشد. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/71$ و با روش بازآزمایی بعد از ۱۰ روز $0/73$ گزارش شده است [۳۱].

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۳ نفر دختر ($5/57$) و ۱۷ پسر ($5/42$) شرکت نمودند. میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها $19/40 \pm 2/54$ بود. میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان عبارت بود از: سیکل (۴ نفر، ۲ نفر گروه آزمایش و ۲ نفر گروه کنترل)، دیپلم (۸ نفر، ۴ نفر گروه آزمایش و ۴ نفر گروه کنترل)، فوق‌دیپلم (۱۴ نفر، ۷ نفر گروه آزمایش و ۷ نفر گروه کنترل) و لیسانس (۱۴ نفر، ۷ نفر گروه آزمایش و ۷ نفر گروه کنترل). میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

۲۸، ملامت دیگران (۹، ۱۸، ۲۷ و ۳۶)، پذیرش رخداد (۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹)، توجه مجدد بر برنامه‌ریزی (۵، ۱۴، ۲۳ و ۳۲)، توجه مجدد مثبت (۴، ۱۳، ۲۲ و ۳۱)، نشخوار فکری (۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰)، باز ارزیابی مثبت (۶، ۱۵، ۲۴ و ۳۳)، رسیدن به یک دورنما (۷، ۱۶، ۲۵ و ۳۴) و مصیبت‌بار تلقی کردن (۸، ۱۷، ۲۶ و ۳۵) می‌باشند. نمره پایین در این مقیاس و هر کدام از خرده مقیاس‌ها نشان‌دهنده بد تنظیمی هیجان است. برای هر خرده مقیاس نمره در دامنه ۴ تا ۲۰ قرار دارد. جمع کل نمرات در دامنه ۳۶ تا ۱۸۰ است [۲۷]. پایایی ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ $0/91$ و $0/93$ گزارش کردند. این ابزار در ایران رواسازی شده و میزان آلفا برای کل مقیاس $0/89$ و برای زیر مقیاس‌ها در دامنه $0/75$ تا $0/88$ گزارش شده است [۲۸].

۳. پرسشنامه ناامیدی: در این پژوهش برای سنجش ناامیدی از پرسشنامه ناامیدی کودکان و نوجوانان Kazdin, et al (Children's Hopelessness Scale) استفاده باشد. ابزار دارای ۱۷ آیتم و سه خرده آزمون توصیف تجارب درونی (۲، ۳، ۶، ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۶ و ۱۷)، توجه و تمرکز آگاهانه (۵، ۱۰، ۱۲ و ۱۵) و ارزیابی و قضاوت در مورد تجارب درونی (۱، ۴، ۷، ۹ و ۱۱) است. آزمودنی‌ها باید به سؤالات به دو صورت صحیح یا غلط پاسخ دهند. بالاترین نمره در این مقیاس ۱۷ نشان‌دهنده بالاترین حد ناامیدی و پایین‌ترین نمره صفر می‌باشد که نشان‌دهنده پایین‌ترین سطح ناامیدی فرد است. پایایی ابزار با استفاده از روش همسانی درونی و به کمک آلفای کرونباخ $0/97$ و به روش دو نیمه کردن $0/96$ گزارش شده است [۲۹]. ضریب اعتبار این ابزار در جامعه ایرانی با

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمره متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ (تعداد هر گروه ۲۰ نفر)

متغیر	گروه	آزمون	انحراف معیار \pm میانگین
توجه و تمرکز	آزمایش	پیش‌آزمون	$19/90 \pm 2/60$
		پس‌آزمون	$17/62 \pm 2/05$
	کنترل	پیش‌آزمون	$18/88 \pm 2/25$
		پس‌آزمون	$18/83 \pm 2/50$
ملاصت خود	آزمایش	پیش‌آزمون	$11/11 \pm 2/50$
		پیش‌آزمون	$11/76 \pm 1/80$
	کنترل	پس‌آزمون	$11/70 \pm 2/35$
		پیش‌آزمون	$11/37 \pm 2/50$
پذیرش	پس‌آزمون	$11/85 \pm 2/30$	
	پیش‌آزمون	$12/00 \pm 2/50$	

۱۲/۸۰±۲/۵۵	پس آزمون	کنترل	
۱۳/۱۰±۲/۱۷	پیش آزمون		
۱۲±۲/۰۰	پس آزمون	آزمایش	
۱۰±۲/۷۳	پیش آزمون		نشخوار گری
۱۲/۶۵±۲/۷۴	پس آزمون	کنترل	
۱۲/۵۵±۱/۸۸	پیش آزمون		
۱۳/۸۰±۲/۲۸	پس آزمون	آزمایش	
۱۶/۲۰±۱/۷۶	پیش آزمون		تمرکز مجدد مثبت
۱۳/۱۰±۲/۶۵	پس آزمون	کنترل	
۱۳/۸۵±۱/۸۱	پیش آزمون		
۱۲/۵۵±۱/۸۸	پس آزمون	آزمایش	
۱۶/۱۵±۲/۱۸	پیش آزمون		تمرکز مجدد برنامه‌ریزی
۱۱/۷۰±۲/۶۰	پس آزمون	کنترل	
۱۲/۵۵±۲/۴۶	پیش آزمون		
۱۴/۵۵±۲/۲۶	پس آزمون	آزمایش	
۱۶/۱۵±۲/۲۱	پیش آزمون		ارزیابی مجدد مثبت
۱۴±۲/۸۸	پس آزمون	کنترل	
۱۴/۴۵±۲/۴۲	پیش آزمون		
۱۵/۶۵±۲/۶۲	پس آزمون	آزمایش	
۱۷/۱۰±۱/۶۸	پیش آزمون		دیدگاه گیری
۱۶±۲/۴۲	پس آزمون	کنترل	
۱۶/۹۵±۲/۹۴	پیش آزمون		
۱۲/۷۵±۲/۶۳	پس آزمون	آزمایش	
۹/۹۵±۳/۱۰	پیش آزمون		فاجعه سازی
۱۴/۲۵±۲/۷۹	پس آزمون	کنترل	
۱۲/۷۰±۲۸/۶۲	پیش آزمون		
۱۴/۴۵±۲/۲۶	پس آزمون	آزمایش	
۱۱/۲۵±۲/۶۱	پیش آزمون		ملاطمت دیگران
۱۴/۷۵±۳/۳۷	پس آزمون	کنترل	
۱۴/۱۵±۱/۹۸	پیش آزمون		

ابتدا داده‌های پرت تک متغیری بررسی شد و نتایج نشان داد که هیچ داده پرت تک متغیری وجود ندارد. سپس از تحلیل کوواریانس استفاده شد. مداخله یکپارچه‌نگر به‌عنوان متغیر مستقل، نمرات در پس‌آزمون ناامیدی و بد تنظیمی هیجانی، متغیر وابسته و نمرات آن‌ها در پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی یا هم‌پراش در نظر گرفته شدند. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد (جدول ۳). همه متغیرهای پژوهش در دو گروه و در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارای داده‌های نرمال بودند. از دیگر شرایط آزمون کوواریانس وجود ارتباط خطی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر مورد پژوهش است. نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است. نتایج آزمون باکس برای یکسانی ماتریس کوواریانس نیز نشان داد که این مفروضه برقرار

است ($p=0/127$ ، $F=1/221$ و $M=94/044$). علاوه بر آن پیش‌شرط دیگر برابری واریانس‌های خطاست. نتایج این آزمون نشان داد که این مفروضه برای همه متغیرهای پژوهش برقرار است. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری تفاوت معنی‌داری را در ترکیب خطی متغیرهای پژوهش با توجه به گروه نشان داد ($p=0/001$ ، $F=5/664$ و $\lambda=0/251$ لامبدای ویلکز). سایر اثرات مربوط به تحلیل کوواریانس چندمتغیری شامل ($p=0/001$ ، $F=5/664$ و $\lambda=0/749$ اثر پیلائی؛ $p=0/001$ ، $F=5/664$ و $\lambda=2/981$ اثر هتلینیسگ و $p=0/001$ ، $F=5/664$ و $\lambda=2/981$ بزرگترین ریشه‌روی) حاکی از معنی‌دار بودن این اثرات بود. برای بررسی الگوهای تفاوت در هر کدام از متغیرهای

گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. به این معنی که آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد یکپارچه‌نگری بر بد تنظیمی هیجانی افراد نمونه اثربخش بوده است و می‌توان گفت نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیرهای ملامت خود، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران کاهش، و در متغیرهای تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد برنامه‌ریزی افزایش یافته است. در متغیرهای پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری این تفاوت معنی‌دار نبوده است.

وابسته از تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد (جدول ۳). نتایج نشان می‌دهد که بین نمرات ناامیدی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به این معنی که با ارائه آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد یکپارچه‌نگری در نوجوانان، میزان ناامیدی افراد کاهش یافته است. میانگین ناامیدی گروه آزمایش نیز در نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافت. از سویی، در همه مؤلفه‌های بد تنظیمی هیجان به استثنای متغیرهای پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری بین دو

جدول ۳- نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها روی نمرات ناامیدی و مؤلفه‌های تنظیم هیجان در دو گروه نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر ایلام در سال ۱۳۹۷

متغیرهای پژوهش	منبع	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	مقدار P	اندازه اثر
ناامیدی	پیش‌آزمون	۵/۲۷۹	۱	۵/۲۷۹	۰/۳۳۹	۰/۵۶۴	۰/۰۰۹
	گروه	۱۰۶/۵۴۵	۱	۱/۵۴۵	۶/۸۴۳	*۰/۰۱۳	۰/۱۶۰
ملامت خود	پیش‌آزمون	۰/۰۱۱	۱	۰/۰۱۱	۰/۰۰۲	۰/۹۶۱	۰/۰۰۱
	گروه	۴۷/۳۶۰	۱	۴۷/۳۶۰	۱۰/۴۱۲	*۰/۰۰۳	۰/۲۲۴
پذیرش	پیش‌آزمون	۰/۱۲۹	۱	۰/۱۲۹	۰/۰۲۲	۰/۸۸۴	۰/۰۰۱
	گروه	۴/۹۳۸	۱	۴/۹۳۸	۰/۸۳۰	۰/۳۶۸	۰/۰۲۳
نشخوارگری	پیش‌آزمون	۸/۴۹۸	۱	۸/۴۹۸	۱/۸۱۹	۰/۱۸۶	۰/۰۴۸
	گروه	۲۳/۴۲۷	۱	۲۳/۴۲۷	۵/۰۱۶	*۰/۰۲۱	۰/۱۲۲
تمرکز مجدد مثبت	پیش‌آزمون	۱/۰۷۷	۱	۱/۰۷۷	۰/۳۲۵	۰/۵۷۲	۰/۰۰۹
	گروه	۳۰/۲۶۳	۱	۳۰/۲۶۳	۹/۱۲۶	*۰/۰۰۵	۰/۲۰۲
تمرکز مثبت برنامه‌ریزی	پیش‌آزمون	۰/۳۷۹	۱	۰/۳۷۹	۰/۰۶۷	۰/۷۹۸	۰/۰۰۲
	گروه	۵۸/۴۲۵	۱	۵۸/۴۲۵	۱۰/۲۷۵	*۰/۰۰۳	۰/۲۲۲
ارزیابی مجدد مثبت	پیش‌آزمون	۲۱/۰۷۰	۱	۲۱/۰۷۰	۴/۲۲۶	۰/۰۴۷	۰/۱۰۵
	گروه	۳۰/۰۳۵	۱	۳۰/۰۳۵	۶/۰۲۴	*۰/۰۱۹	۰/۱۴۳
دیدگاه‌گیری	پیش‌آزمون	۵/۶۵۵	۱	۵/۶۵۵	۱/۵۵۴	۰/۲۲۱	۰/۰۴۱
	گروه	۰/۴۴۱	۱	۰/۴۴۱	۰/۱۲۱	۰/۷۳۰	۰/۰۰۳
فاجعه‌سازی	پیش‌آزمون	۱/۵۴۹	۱	۱/۵۴۹	۰/۱۸۰	۰/۶۷۴	۰/۰۰۵
	گروه	۵۴/۶۳۴	۱	۵۴/۶۳۴	۶/۳۳۱	*۰/۰۱۶	۱۵۰
ملامت دیگران	پیش‌آزمون	۱۳/۰۵۶	۱	۱۳/۰۵۶	۲/۴۵۸	۰/۱۲۶	۰/۰۶۴
	گروه	۷۵/۰۷۴	۱	۷۵/۰۷۴	۱۴/۱۳۲	*۰/۰۰۱	۰/۲۸۲
	خطا	۱۹۱/۲۴۳	۳۶	۵/۳۱۲			

* $p < 0.05$

در چند دهه اخیر پرداختن به عوامل تعیین‌کننده

بحث

خودکشی در بین جوانان و نوجوانان و اجرای مداخلات بالینی در این حوزه مهم قلمداد شده است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین نمرات ناامیدی در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به این معنی که با ارائه آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد یکپارچه‌نگری، میزان ناامیدی افراد کاهش یافته است. از سویی، در همه مؤلفه‌های بد تنظیمی هیجان به استثنای متغیرهای پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. به این معنی که آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد یکپارچه‌نگری بر بد تنظیمی هیجانی افراد نمونه اثربخش بوده است و می‌توان گفت نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیرهای ملامت خود، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران کاهش یافته است و در متغیرهای تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد برنامه‌ریزی افزایش داشته است. در حالی که در متغیرهای پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری این تفاوت معنی‌دار نبوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین Lövving-Gupta و همکاران [۶]، Bottomley و همکاران [۷]، [۸] Zhou و Chen و Jackson و [۹] Dritschel، [۱۰] Kraaij و [۱۱] Duarte و همکاران [۱۲] همسو بوده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، ناامیدی به عنوان یک عامل شناختی که با انتظارات منفی ارتباط دارد در تلاش و اقدام برای خودکشی نقش قابل‌ملاحظه‌ای ایفا می‌کند [۶]. همچنین پژوهشگران نشان داده‌اند ناامیدی با افسردگی، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، روابط اجتماعی ضعیف و فقدان عزت‌نفس همبستگی دارد [۷].

مجموعه اطلاعات و پژوهش‌های موجود، حاکی از آن است که عوامل شناختی همچون منفی‌گرایی و ناامیدی به همراه دیدگاهی بدبینانه درباره آینده باور به نقص و ناکارآمدی خود و انزوای اجتماعی می‌توانند آسیب‌پذیری فرد را در برابر خودکشی افزایش دهند [۸]. افراد دارای گرایش به رفتارهای خودکشی، احساس می‌کنند گرفتاری اخیرشان غیرقابل تحمل است و اعتقاد دارند که امید به تغییر آن نیست. بنابراین، منفی‌گرایی و ناامیدی درباره آینده به همراه دیدگاهی بدبینانه درباره خود، دنیا و دیگران عامل مهمی است که موجب اقدام به

خودکشی فردی می‌شود که دارای اختلال افسردگی است [۹]. نتایج مربوط به نظم‌جویی شناختی هیجان نشان می‌دهد، هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلال‌های روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد. بنابراین می‌توان گفت که نظم‌جویی هیجان، عامل کلیدی و تعیین‌کننده بهزیستی روانی، کارکرد اثربخش، سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی و کیفیت زندگی است و متعاقباً بد تنظیمی هیجان نیز این موارد را با اختلال مواجه خواهد کرد. از این رو، مدیریت هیجان‌ها به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق اهداف او بر عهده دارد و هرگونه نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد [۱۵].

مطالعات پیشین نشان می‌دهند که استفاده از راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان بدون شناخت، با ایده‌پردازی خودکشی همبستگی مثبتی دارد. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مقیاس خودکشی با راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای رابطه منفی دارد. بنابراین در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد زمانی که با شناخت و آگاهی کامل روی افکارشان، راهبردهای مثبت به کار می‌گیرند با شناخت هیجانی صحیح، افکار مثبت را جایگزین ایده‌پردازی خودکشی می‌کنند. یعنی افرادی که بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه (ملامت خود، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران) بدون شناخت هیجانی استفاده می‌کنند بیشتر مستعد ایده‌پردازی خودکشی هستند. در واقع، رابطه منفی راهبردهای مثبت با خودکشی به این دلیل است که وقتی فرد رویدادی منفی را در ذهن خود با این راهبردهای مثبت ارزیابی می‌کند با نگاه مثبت‌تری به این رویداد می‌نگرد و جنبه‌های مثبت احتمالی کوتاه‌مدت و بلندمدت آن را مورد نظر قرار می‌دهد، در نتیجه افسردگی و ناامیدی کمتری را تجربه می‌کند و کمتر مستعد ایده‌پردازی خودکشی می‌باشد [۳۲].

این پژوهش خالی از محدودیت نبوده است. نخستین محدودیت مطالعه حاضر مربوط به قلمرو مکانی و زمانی مطالعه می‌باشد. این مطالعه بر روی نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله

نوجوانان و جوانانی که گرایش به خودکشی داشتند، مؤثر بود. از این رو آموزش برنامه‌هایی از قبیل حل مسئله، تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی به روانشناسان، والدین، نوجوانان، متخصصان حوزه سلامت و آسیب‌شناسی اجتماعی جهت کاهش و جلوگیری از خودکشی نوجوانان می‌تواند اثربخش واقع شود. همچنین با توجه به برجسته بودن نقش گرایش به خودکشی در افزایش بهزیستی زندگی افراد، برنامه‌هایی از قبیل سخنرانی، جلسات آموزش ویژه و زمینه‌سازی آن در همه افراد جامعه می‌تواند اثرگذار باشد. با توجه به اثربخش بودن این برنامه پیشنهاد می‌گردد به منظور کاهش ناامیدی، گرایش به خودکشی و بد تنظیمی هیجانی این آموزش و سایر آموزش‌های مرتبط به عنوان بخشی از برنامه‌های آموزشی نوجوانان و جوانان در مدارس و دانشگاه در نظر گرفته شود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

سهم نویسندگان

حمید پورشریفی نگارش چکیده و بحث و نتیجه‌گیری، جهان‌شا محمدزاده نگارش بیان مسئله، کورش سایه‌میری تحلیل داده‌های آماری و حمیرا سلیمان نژاد جمع‌آوری داده‌ها و نگارش روش پژوهش را بر عهده داشتند. اصلاح نهایی مقاله بر عهده حمیرا سلیمان نژاد بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام مصوب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایلام به شماره IR.MEDILAM.REC.1397.29 می‌باشد. پژوهشگران از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش به خاطر صبر و بردباری و از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایلام کمال تشکر و قدردانی را دارند.

شهر ایلام صورت گرفته، لذا بایستی تعمیم‌دهی نتایج آن به سایر نوجوانان و جوانان مناطق کشور با احتیاط صورت گیرد. دومین محدودیت این بوده که نتایج حاصل از طریق پرسشنامه بدست آمده است و مشخص نیست که نتایج تا چه حد به رفتارهای واقعی در زندگی روزمره مرتبط است. به این معنی که به صورت دقیق مشخص نیست مداخله درمانی آیا در واقعیت توانسته است میزان ناامیدی و بد تنظیمی هیجانی نوجوانان و جوانان دارای گرایش به خودکشی را کاهش دهد یا خیر. محدودیت دیگر این پژوهش عدم وجود دوره پیگیری می‌باشد. از سویی، این پژوهش از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای بوده و در آن روابط همبستگی بین متغیرها بیان نشده است. بر اساس این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود نمرات ناامیدی و بد تنظیمی هیجانی با اندازه‌های رفتار واقعی در زندگی روزمره همبسته شود. هنوز مشخص نیست که آیا نمرات بالا در این پژوهش توان اثربخشی برنامه یکپارچه‌نگری بر ناامیدی و بد تنظیمی هیجانی نوجوانان و جوانان را به صورت عملی دارد یا خیر؟ همچنین، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که با استفاده از رویکرد یکپارچه‌نگری بتوانند بر سایر متغیرهای دخیل در نگرش به خودکشی و یا خودکشی نوجوانان و جوانان فائق آیند و اثربخشی این درمان را بررسی نمایند. با توجه به این که پژوهش به صورت آزمایشی اجرا شده است، روابط همبستگی در آن مشخص نیست، لذا جهت کسب روابط پیشنهاد می‌شود ارتباط این متغیرها به صورت همبستگی نیز اجرا شود تا از این طریق دانش منسجمی در خصوص متغیرهای ذکر شده و روابط این سازه‌ها با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود این مطالعه بر روی نمونه‌های دیگر استان‌ها و سایر قشرهای آسیب‌پذیر درمان مبتنی بر رویکرد التقاطی طراحی و اجرا شود.

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد یکپارچه‌نگری در کاهش ناامیدی و بد تنظیمی هیجانی

Reference

1. Goodyer IM, Croudace T, Dunn V, Herbert J & Jones PB. Cohort profile: risk patterns and processes for

- psychopathology emerging during adolescence: the ROOTS project. *Inter J of epid* 2010; 39(2): 361-369.
2. Witte G, Van Orden S. Stoicism and sensation seeking: Male vulnerabilities for the acquired capability for suicide. *J of Res in Personality* 2012; 46(4): 384-392.
 3. Van Heeringen C, Bijttebier S, Godfrin K. Suicidal brains: a review of functional and structural brain studies in association with suicidal behavior. *Neuro & Bio behavior Rev* 2011; 35(3): 688-698.
 4. Taghavi S, Chaouni R, Tafakhori A, Azcona LJ, Firouzabadi SG, Omrani MD ... & Habibi SAH. A Clinical and Molecular Genetic Study of 50 Families with Autosomal Recessive Parkinsonism Revealed Known and Novel Gene Mutations. *Mol Neuro* 2018; 55(4): 3477-3489.
 5. Salk RH, Hyde JS & Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psycholo bulletin* 2017; 143(8): 783-800.
 6. Löfving-Gupta S, Lindblad F, Stickley A, Schwab-Stone M & Ruchkin V. Community violence exposure and severe posttraumatic stress in suburban American youth: risk and protective factors. *Social psych and psych epid* 2015; 50(4): 539-547.
 7. Bottomley JS, Abrutyn S, Smigelsky MA & Neimeyer RA. Mental health symptomatology and exposure to non-fatal suicidal behavior: factors that predict vulnerability and resilience among college students. *Archives of suicide res* 2018; 22(4): 596-614.
 8. Chen J & Zhou L. Savoring as a moderator between positive life events and hopelessness depression. *Social Behavior and Personality: an international J* 2017; 45(8): 1337-1344.
 9. Jackson SL & Dritschel B. Modeling the impact of social problem-solving deficits on depressive vulnerability in the broader autism phenotype. *Res in Au S Dis* 2016; 21(3), 128-138.
 10. Jazaieri H, Morrison AS, Goldin PR & Gross JJ. The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Cur psycho rep* 2015; 17(1): 531-542.
 11. Yuan J, Ding N, Liu Y & Yang J. Unconscious emotion regulation: Nonconscious reappraisal decreases emotion-related physiological reactivity during frustration. *Cog and Emo* 2015; 29(6): 1042-1053.
 12. Franklin JC, Jamieson JP, Glenn CR & Nock MK. How developmental psychopathology theory and research can inform the research domain criteria (RDoC) project. *J of Clinical Child & Ado Psycho* 2015; 44(2): 280-290.
 13. Bruggink A, Huisman S, Vuijk R, Kraaij V & Garnefski N. Cognitive emotion regulation, anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2016; 22(3): 34-44.
 14. Izard CE, Youngstrom EA, Fine SE, Mostow AJ & Trentacosta CJ. Emotions and developmental psychopathology. *Developmental Psychopathology: Volume One: Theory and Method* 2015; 24(2): 244-292.
 15. Garnefski N & Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cog and Emo* 2018; 32(7): 1401-1408.
 16. Schmidt RE, Gay P, d'Acremont M & Van der Linden M. A German adaptation of the UPPS Impulsive Behavior Scale: Psychometric properties and factor structure. *Swiss J of Psycho* 2008; 67(2): 107-112.
 17. Duarte AC, Matos AP & Marques C. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: gender's moderating effect. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2015; 165(2): 275-283.
 18. Cohen CI & Ryu HH. A longitudinal study of the outcome and associated factors of subsyndromal and syndromal depression in community-dwelling older adults with schizophrenia spectrum disorder. *The American J of Geriatric Psych* 2015; 23(9): 925-933.
 19. Balzarotti S, Biassoni F, Villani D, Prunas A & Velotti P. Individual differences in cognitive emotion regulation: Implications for subjective and psychological well-being. *J of Happiness Stu* 2016; 17(1): 125-143.
 20. Orgilés M, Morales A, Fernández-Martínez I, Melero S & Espada JP. Validation of the short version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for Spanish children. *J of Child Health Care* 2019; 23(1): 87-101.
 21. Narvaez D, Wang L & Cheng Y. The evolved developmental niche in childhood: Relation to adult psychopathology and morality. *Applied Develop Science* 2016; 20(4): 294-309.
 22. Linehan MM, Korzlund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A... & Murray-Gregory AM. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry* 2015; 72(5): 475-482.
 23. Rottenberg J, Hindash AC. Emerging evidence for emotion context insensitivity in depression. *Current Opinion in Psycho* 2015; 4(2): 1-5.

24. Sadri Damirchi E, Kiani A, Khakdal Ghojebeygloo S. The Relationship between Sense of Coherence and Cognitive Emotion Regulation with Suicidal Thoughts among Students at University of Mohaghegh Ardabili in 2017. *Com Health J* 2018; 11(3, 4): 56-64.
25. Rahimi N, Asadolahi Z. Relationship between Spiritual well-being and the Outbreak of Suicidal Thoughts among Nursing and Midwifery Students of Rafsanjan University of Medical Sciences, 2015. *Com Health J* 2016; 10(3): 28-35.
26. Vaziri Sh & Lotfi Kashani F. The four factor approach in psychotherapy: Foundations and Achievements. *J of Thought & Beha in Clinic Psycho* 2014; 9(35): 77-86.
27. Garnefski N, Kraaij V & Spinhoven Ph. Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Person and Indi Diff* 2001; 30: 1311-1327.
28. Hassani J. Psychometric properties of cognitive emotion regulation ordering questionnaire. *J of clinic psycho* 2010; 2(3): 73-83. [Persian].
29. Riele K. Philosophy of hope: Concepts and applications for working with marginalized youth. *J of Youth Stu* 2010; 13(1): 35-46.
30. Nejati V, Esmailian N & Amani O. Psychometric properties and factor structure of children and adolescents' hopelessness scale. *J of Thought & Beha in Clinic Psycho* 2015; 9(3): 67-76. [Persian].
31. Mehrabi HA. Eroning Millon Ergenleridagi TTM Celinical So'rovnomasini Standartlashtirish VA Guruh Terapiyasini Isfahon Reabilitatsiya markazining uy-joy materiallariga aloqador o'smirlarning psixologik profiliga ta'siri 2010. [Persian].
32. Laible D, Carlo G, Panfile T, Eye J, Parker J. Negative emotionality and emotion regulation: A person-centered approach to predicting socioemotional adjustment in young adolescents. *JRP*. 2010; 44(5): 621-629.

The Effectiveness of Integrative Intervention in Frustration and Emotion Dysregulation as the Determinants of Suicidal Tendencies among Youths and Adolescents in Ilam

Soleimannejad H¹, Poursharifi H², Mohammadzadeh J³, Sayehmiri K⁴

1- Ph.D Student. Dept of Humanistic Science, Faculty of Humane Science, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

2- Associate Prof, Dept of Psychology and Educational Science, Faculty of psychology in University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: poursharifih@gmail.com, Tel: 989188410672

3- Associate Prof. Dept of Humanistic Science, Faculty of Humane Science, Ilam University, Ilam, Iran.

4- Associate Prof. Dept of Medical Science, Faculty of school of medicine psychosocial injuries research center, Ilam, Iran.

Received: 25 June 2019 Accepted: 3 December 2019

Introduction: Frustration and emotion dysregulation have been among the most factors contributing to suicidal tendencies faced currently by societies. Therefore, developing a training program to decrease such tendencies seems necessary. This study aimed to investigate the effectiveness of an integrative intervention in decreasing frustration and emotion dysregulation as determinants of suicidal tendencies among adolescents and young people.

Materials and Methods: The present study is an experimental trial with a pretest-posttest design and control group and was conducted on 40 adolescents and young persons aged 15-25 who were selected through the random cluster sampling in 2018-19 in Ilam. All of the participants completed the Suicide Attitude Questionnaire, Children's Health Locus of Control Scale(CHLC), and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-P). The experimental group received an integrative intervention, while the control group received no intervention. Upon the completion of the intervention and collecting the data, they were analyzed using multivariate covariance analysis (MANCOVA) and by SPSS_{V22} software.

Results: The results of multivariate analysis of variance showed that there is significant difference in the scores of the two groups (Wilks' lambda=0.251, F=5.664, p=0.001) in terms of despair (F=6.843, p=0.013), self-blame (F=10.412, P=0.003), rumination (F=5.016, p=0.031), catastrophizing (F=6.331, p=0.016), blaming others (F=14.132, p=0.001), positive re-focus (F=9.126, p=0.005), planning re-focus (F=10.275, p=0.003), and positive re- evaluation (F=6.024, p=0.019). However, there was no significant intergroup difference in terms of acceptance (F=0.830, p=0.368) and perspective taking (F=0.121, p=0.730).

Conclusion: Organizing training programs based on an integrative approach has been effective in decreasing despair and emotion dysfunction among the adolescents and young people with suicidal tendencies. Conducting training programssuch as problem- solving, emotional, regulation, mindfulness, etc. for psychologists, parents, adolescents, health professionals, and social pathologists can be effective in decreasing and preventing suicide among adolescents.

Keywords: Integrative Intervention, Despair, Frustration, Emotion Dysregulation, Suicidal Tendencies, Adolescents

Please cite this article as follows:

Soleimannejad H, Poursharifi H, Mohammadzadeh J, Sayehmiri K. The Effectiveness of Integrative

Intervention in Frustration and Emotion Dysregulation as the Determinants of Suicidal Tendencies among Youths and Adolescents in Ilam. Community Health journal 2019; 13(3): 32-43.

Funding: personal funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Ilam University of Medical Sciences approved the Study. (IR.MEDILAM.REC.1397.29).