

بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از مراکز آموزشی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۹

زهرا کرمانشاهی^۱، لیلا آلیلو*^۲، مولود رادفر^۳، حمیدرضا خلخالی^۴، بهزاد بوشهری^۵

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۵/۳۱ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۴/۰۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: خودکشی و اقدام به خودکشی از مهم‌ترین شاخص‌های بهداشت روانی افراد جامعه به حساب می‌آید که معلول فاکتورهای متعددی بوده و افسردگی از مهم‌ترین عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی است. روان‌درمانی بر پایه شناخت درمانی، یکی از روش‌های مؤثر برای افراد داری افکار خودکشی است که می‌تواند بر علائم افسردگی مؤثر باشد. لذا مطالعه‌ای باهدف تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از مراکز آموزشی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت.

مواد و روش کار: این مطالعه نیمه تجربی یک‌سو کور بر روی ۶۰ نفر از افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از مراکز درمانی در شهر ارومیه، ایران در سال ۱۳۹۹ انجام شد. با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۶۰ نفر از افراد اقدام کننده به خودکشی انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و گروه مداخله ۳۰ نفره تخصیص داده شدند. فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه دموگرافیک برای جمع‌آوری داده‌ها در قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله استفاده شد. پکیج آموزشی برای گروه مداخله طی ۸ جلسه ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای، به صورت دو جلسه در هفته برگزار شد. برای گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای انجام نشد. داده‌های جمع‌آوری شده توسط افزار SPSS نسخه ۲۲ از طریق تست آماری کای اسکور، تست دقیق فیشر و Repeated Measure ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در روند میانگین نمرات افسردگی افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از مراکز درمانی، تفاوت معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل وجود داشت ($P < 0/001$). نتایج مقایسات دوتایی بر اساس آزمون به ون فرونی نشان داد که در ارتباط با نمره افسردگی افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از مراکز درمانی در گروه کنترل در بازه‌های زمانی قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P = 0/001$). با این حال، در گروه مداخله بین بازه‌های زمانی قبل از مداخله، بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: در این پژوهش اثربخشی درمان شناختی رفتاری در گروه مورد مداخله مشاهده گردید و علائم افسردگی به‌طور معناداری بهبود یافته‌اند. بنابراین می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری می‌تواند بهبود قابل توجهی در تقلیل افکار خودکشی و ناامیدی داشته باشد. علاوه بر این، این درمان می‌تواند تأثیر مثبتی بر رفتارهای فرد داشته باشد و بهبود کیفیت زندگی فرد را ایجاد کند. با این حال، برای اندازه‌گیری اثربخشی دقیق، مطالعات بیشتری نیاز است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، افسردگی، بیماران، افکار خودکشی، خودکشی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۶۴، خرداد ۱۴۰۲، صص ۱۸۳-۱۷۴

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. تلفن: ۰۴۴۸۵۳۳۵۳۰

Email: zahrakermanshahi13@yahoo.com

مقدمه

همه مواردی است که شخص با انجام یک عمل انهدامی و تخریبی، صدمه‌ای به خود وارد می‌کند که منجر به مرگ می‌شود. اقدام به خودکشی شامل آن دسته اقداماتی است که شخص به‌منظور از بین

خودکشی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت روانی-اجتماعی افراد در یک جامعه محسوب می‌گردد. خودکشی انجام یافته شامل

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، روانپرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۲ دانشیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استاد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ استاد آمار زیستی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۵ دانشیار پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

افسردگی با ۵۸ درصد بالاترین میزان خطر اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده است (۹).

افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم‌های بیولوژیک همراه است (۱۰).

رفتارهای خودکشی گرایانه از مشکلات جدی در بهداشت عمومی هستند و به شکل مشکلی بسیار پیچیده در عرصه خدمات بهداشت روان در آمده‌اند (۱۱)، مداخلات سودمند در چنین جمعیت‌هایی اندک هستند (۱۲). به علاوه عدم موفقیت تکنیک‌های رایج در رویکرد شناختی - رفتاری سنتی به تنهایی مانند تکنیک «حل مسئله» برای افراد خودکشی گرا گزارش شده است (۱۳). از طرفی روان‌درمانی نوعی تعامل اجتماعی است که در آن یک فرد متخصص به بیمار کمک می‌کند تا رفتارهای و احساسات خود را تغییر دهد. یکی از انواع روان‌درمانی شناخت درمانی می‌باشد و اساس این روش بر پایه مسائل و مشکلات جاری و حل آن‌ها می‌باشد و این روش هم به صورت فردی و هم گروهی کاربرد دارد.

درمان‌های زیست شناختی و غیر زیست شناختی مختلفی برای درمان اختلالات روانی وجود دارد و بیش از ۷۵ درصد از این بیماران به کمک دارو درمانی و روان‌درمانی بهبود می‌یابند، متداول‌ترین این درمان‌ها عبارتند از: درمان دارویی- روان‌درمانی- شناخت درمانی (۱۴). اغلب این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خانواده نه تنها تأثیر مهمی بر روی اختلال افسردگی دارد، بلکه کارکرد خانواده با عواملی چون اقدام به خودکشی، میزان عود افسردگی و دوره‌های پس از بهبود افسردگی نیز مرتبط می‌باشد (۱۵). عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد و در خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضا و تعاملات داخل خانواده براساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است، همه اعضا نسبتاً علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند (۱۶). به علاوه عملکرد خانواده معیار پیش‌بینی کننده مناسبی برای سلامت روانی است (۱۷).

از آنجا که تجربه فکر خودکشی احتمال اقدام به خودکشی و رخداد خودکشی کامل را افزایش می‌دهد، شناسایی فرآیندهای شناختی که به فکر خودکشی منجر می‌شود می‌تواند در غربال کردن، پیشگیری، ارزیابی و درمان خودکشی مؤثر باشد. مرور مطالعات نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر روی (بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی/ بیماران مبتلا به صرع / نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی/ جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از تروما) اعمال و بررسی شده و موجب (بهبود اضطراب و ناامیدی / دوره‌های تغییر خلق کمتر و کوتا‌هتر / بهبود علائم اضطراب / بهبود افکار خودآیند

بردن خود انجام می‌دهد، لیکن منجر به مرگ نمی‌شود (۱). وازه افکار خودکشی به اشتغالات ذهنی اشاره دارد که دامنه آن از افکار زودگذر نسبت به بی‌ارزش بودن زندگی و آرزوی مرگ تا طرح‌های عملی برای نابودی خود را در برمی‌گیرد (۲). از این رو افکار خودکشی خود یک عامل خطر برای خودکشی محسوب می‌شود (۳).

بروز خودکشی طی سال‌های اخیر روند افزایشی به خود گرفته، که نه تنها موجب افزایش تنش و نگرانی در بین جوامع گردیده است بلکه جهان را تحت تأثیر خود قرار داده است (۴). در سال ۲۰۱۹، خودکشی دهمین علت مرگ در میان افراد بالای ۱۸ سال (بزرگسالان) بود. در آن سال، ۴۵۸۶۱ بزرگسال در نتیجه خودکشی جان خود را از دست دادند و برآورد می‌شود که ۳۸۱۲۹۵ بزرگسال به دلیل جراحات غیرکشنده و خودساخته به بخش‌های اورژانس بیمارستان مراجعه کردند (۵) و رفتار خودکشی‌گرایی با خطر قابل توجه اقدامات چندگانه، افزایش هزینه‌های مربوط به مراقبت از سلامت و رنج و عذاب نوجوان و خانواده رابطه دارد. جدیدترین آمار سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که فراوانی خودکشی ۱۱/۶ نفر در هر صد هزار نفر است و بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۱۵-۲۹ سال است. اگرچه در بعضی تحقیقات نشان داده شده که افراد بالای ۶۵ ساله و بالاتر، نسبت به سایر گروه‌های سنی بیشتر در معرض خطر خودکشی هستند. در بعضی از کشورها آمار خودکشی نسبت به ۴۵ سال پیش ۶۰ درصد افزایش داشته است (۶).

در ایران بر اساس اعلام سازمان پزشکی قانونی کشور مجموع تلفات خودکشی‌ها در سال ۱۳۹۶، ۴ هزار و ۶۲۷ نفر بوده که نسبت به سال ۹۵ افزایش ۵ درصدی را نشان می‌دهد. در مردان ۳ هزار و ۲۶۲ نفر و در زنان هزار و ۳۶۵ نفر گزارش گردید و باین حال آمار خودکشی در ایران به نسبت جهان، میزان کمتری را نشان می‌دهد؛ به‌طوریکه این رقم در ایران حدود پنج نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر بوده است و نیز نسبت به کشورهای غربی پایین‌تر ولی از سایر کشورهای خاورمیانه بالاتر است (۷). در سال ۱۳۹۸ مرگ پنج هزار و ۱۴۳ نفر بر اثر خودکشی ثبت شده که اظهار کردند این رقم در مقایسه با سال ۹۷، ۰.۸ درصد رشد داشته است (۸).

خودکشی و اقدام به خودکشی از مهم‌ترین شاخص‌های بهداشت روانی افراد جامعه به حساب می‌آید که معلول فاکتورهای متعددی بوده و مواردی هم چون سن، جنس، وضعیت تأهل، عوامل اقتصادی، بعد خانواده، سوء مصرف مواد، کشمکش و طلاق بین والدین، عدم حمایت اجتماعی، بیکاری، بیماری جسمی و روانی به‌ویژه افسردگی و افکار خودکشی همگی از عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی می‌باشند. در بین اختلال‌های روان پزشکی،

فرزندان خانواده، وضعیت درآمد، سطح تحصیلات، شغل، سابقه بیماری جسمی، سابقه خودکشی، زمان خودکشی و نحوه خودکشی) و فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک^۱ جمع‌آوری شد. در این فرم ۱۳ ماده‌ای چندین گروه جمله وجود دارد که هر جمله بیانگر حالتی در فرد است و فرد باید جمله‌ای را که بهتر از همه طرز احساس او را در آن لحظه می‌رساند انتخاب کند. در این فرم، برخلاف فرم اصلی، ترتیب مواد در هر مقوله از لحاظ درجه وخامت افسردگی به‌صورت متنازل است. حداکثر نمره در این فرم ۳۹ است و تفسیر آن به این ترتیب است:

۰ تا ۴: هیچ یا کمترین حد، ۵ تا ۷: خفیف، ۸ تا ۱۵: متوسط و ۱۶ به بالا: وخیم (۱۹). بر اساس مطالعه بک و استیر^۲، پایایی مقیاس افکار خودکشی بک با استفاده از روش الفای کرونباخ ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون - بازآزمون، ۰/۵۴ می‌باشد (۲۰).

انیسی و همکاران در پژوهشی تحت عنوان ارزیابی اعتبار و پایایی مقیاس افکار خودکشی بک در سال ۱۳۸۴ روی ۱۳۳ آزمودنی مرد با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۹ سال که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، روایی و پایایی مقیاس افکار خودکشی بک را مورد ارزیابی قرار دادند. پایایی^۲ مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۹۵ درصد و از روش دو نیمه ۸۸ درصد به دست آمد. بنابراین پایایی این مقیاس مورد قبول است.

یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که مقیاس مقیاس افکار خودکشی بک قادر به تشخیص افکار خودکشی است و سئوالات افکار خودکشی با تعاریف از خودکشی انطباق دارد و می‌تواند به‌عنوان یک مقیاس معتبر در این زمینه بکار گرفته شود. بنابراین روایی^۴ این مقیاس نیز مورد قبول است (۲۱).

۶۰ نفر از افراد واجد شرایط که دارای معیارهای ورود به مطالعه باشند به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه‌ها از بین افراد اقدام کننده به خودکشی موقع ترخیص از بیمارستان انتخاب شدند. بر روی ۳۰ عدد کارت حرف A (گروه مداخله) و تعداد ۳۰ کارت حرف B (گروه کنترل) نوشته شد، و در داخل پاکت‌ها قرار داده شد. پژوهشگر ضمن معرفی خود به نمونه‌هایی که واجد معیارهای ورود به مطالعه هستند و دادن اطلاعات در مورد اهداف پژوهش و اخذ رضایت‌نامه‌ی آگاهانه از آن‌ها، اقدام به پژوهش نمود. از نمونه‌های پژوهش خواسته شد که یک پاکت را به‌صورت تصادفی انتخاب کنند و بر اساس کارت A و B در گروه کنترل یا مداخله قرار گرفت. با توجه به اینکه نمونه‌ها تک تک انتخاب شدند لذا برای ایجاد گروه به محض اینکه تعداد به ۳۰ نفر رسید مداخله شروع شد.

منفی / کاهش نا امیدی و افزایش عزت نفس / افزایش کنترل هیجان) شده است. ولی مطالعه‌ای به‌طور مستقیم به بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی افراد اقدام کننده به خودکشی نپرداخته است. اگرچه این مطالعات نقاط قوت بسیاری داشته‌اند اما از انتقادات وارده به اکثر مطالعات، تعداد نمونه کم استفاده شده است، که در این تحقیق سعی شده با تعداد نمونه ۶۰ فرد اقدام کنندگان به خودکشی، این مشکل تا حدودی برطرف شود. همچنین طبق بررسی‌های انجام شده مطالعات در زمینه تأثیر درمان شناختی رفتاری بر اقدام کنندگان به خودکشی اندک بود. بنابراین با توجه به افزایش اقدام به خودکشی و پیچیدگی‌های ناشی از آن، این مطالعه باهدف تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی افراد اقدام کنندگان به خودکشی ترخیص شده از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۹۹ طراحی گردید.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد. در مرحله اول محقق بعد از تصویب در شورای پژوهشی دانشکده و اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه (با کد اخلاق IR.UMSU.REC.1399.321)، به محیط پژوهش که مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد، مراجعه کرد و هماهنگی لازم با مسئولین مربوطه به عمل آورد. حجم نمونه حجم نمونه با استفاده از مطالعه محیادینی و همکاران (۱۸) با در نظر گرفتن میانگین و انحراف معیار در گروه مداخله و کنترل به ترتیب (۳/۴۹ ± ۱۱/۶۲) و (۳/۲۷ ± ۱۵/۴۹) و فاصله اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۵ درصد ۲۴ نفر برای هر گروه محاسبه شد. با احتساب ریزش حدود ۲۰٪ تعداد ۳۰ نمونه برای هر گروه و در مجموع ۶۰ نمونه وارد مطالعه می‌شوند.

معیارهای ورود در مطالعه حاضر شامل داشتن سابقه‌ی حداقل یک بار اقدام به خودکشی، دامنه سنی ۱۸ سال و بالاتر، عدم اعتیاد به مواد مخدر و نداشتن اختلال دوقطبی، رضایت به شرکت در مطالعه، نداشتن مشکل جسمی یا معلولیت، شرکت نکردن در پژوهش مشابه قبلی، عدم ابتلا به اختلال روانپزشکی تشخیص گذاری شده توسط روان پزشک طبق پرونده پزشکی، داشتن توانایی برای گوش دادن و نشستن در جلسات درمان شناختی- رفتاری و داشتن توانایی برای پاسخ به سئوالات بود. عدم تمایل به ادامه کار، غیبت بیش از ۲ جلسه معیارهای خروج مطالعه بود. داده‌ها با استفاده پرسشنامه دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد

³ Reliability

⁴ Validity

¹ Beck

² Beck&Steer

برای تعیین نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. در قسمت آمار توصیفی از فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی و از میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی نرمال استفاده گردید. در قسمت آمار تحلیلی از آزمون کای دو و تست دقیق فیشر برای بررسی همگنی گروه‌ها استفاده گردید. برای مقایسات داخل گروهی در سه بازه زمانی از آزمون آنالیز واریانس تکرار شونده استفاده شد و سطح معنی‌دار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. آنالیز داده‌ها توسط پژوهشگری که نسبت به داده‌ها کور سازی شده بود، انجام گرفت.

یافته‌ها

نتایج پژوهش براساس آزمون کای اسکور حاکی از آن بود که اختلاف معناداری بین متغیرهای کیفی شامل جنس، وضعیت تأهل، وضعیت درآمد، سطح تحصیلات، شغل، سابقه بیماری جسمی، سابقه خودکشی، زمان خودکشی و نحوه خودکشی در دو گروه مداخله و کنترل دیده نشد و در واقع دو گروه از نظر متغیرهای کیفی مورد نظر همسان بودند ($P > 0/05$) (جدول ۱). همچنین نتایج براساس آزمون تی تست نشان داد که بین متغیرهای زمینه‌ای کمی و گروه‌های مورد مطالعه نیز ارتباط معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که گروه کنترل و مداخله از لحاظ متغیرهای زمینه‌ای کمی در نظر گرفته شده همگن هستند (جدول ۱).

قبل از اجرای مداخله فرم مشخصات دموگرافیک و فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک توسط دو گروه کنترل و مداخله تکمیل شد. پرسشنامه‌ها بدون نام بوده و این اطمینان به مشارکت کنندگان داده شد که اطلاعات افراد پاسخ دهنده به صورت محرمانه باقی می‌ماند و تنها در راستای اهداف پژوهش استفاده شد و در صورت تمایل نتایج مطالعه در اختیار آن‌ها قرار گرفت. پکیج آموزشی براساس کتاب مداخله در خودکشی مطابق با رویکرد شناختی- رفتاری از سجاد پناهی فر و شادی عرب نژاد تهیه شد. سپس درمان شناختی رفتاری در محل آمفی تئاتر بیمارستان امام خمینی طی ۸ جلسه ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای به صورت دو جلسه در هفته برای هر گروه مداخله برگزار گردید (در صورتی که هر فرد تا ۲ جلسه غیبت داشت، محتوای آن دو جلسه به صورتی فردی به آن فرد آموزش داده شد و اگر غیبت بیش از ۲ جلسه بود از مطالعه حذف گردید). برحسب نیاز و اظهار خود بیمار مشاوره‌های فردی نیز داده شد. برای گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای انجام نشد. اما پس از پایان مطالعه، محتوای جلسات درمان شناختی- رفتاری در قالب جزوه آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت. بلافاصله یک ماه و سه ماه بعد از اتمام مداخله آموزشی، پرسشنامه‌ی افسردگی بک توسط دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد.

داده‌های تمام ۶۰ نفر شرکت کننده توسط نرم‌افزار IBM SPSS_Statistics_ نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول (۱): مقایسه‌ی مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش بین دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه کنترل		گروه مداخله		آزمون کای دو
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	مرد	۱۴	۱۲	۴۰	$\chi^2=0/271$ $df=1$ $P=0/602$
	زن	۱۶	۱۸	۶۰	
تأهل	مجرد	۱۲	۱۳	۴۳/۳	$\chi^2=1/040$ $df=2$ $P=0/792$
	متأهل	۱۲	۱۲	۴۰	
	مطلقه	۶	۵	۱۶/۷	
تحصیلات	باسواد	۱۲	۱۱	۳۶/۷	$\chi^2=12/64$ $df=5$ $P=0/116$
	بی‌سواد	۱۸	۱۹	۶۳/۳	
شغل	شاغل	۱۵	۱۷	۵۶/۷	$\chi^2=5/75$ $df=5$ $P=0/357$
	غیر شاغل	۱۵	۱۳	۴۳/۳	
درآمد	پایین	۱۴	۸	۲۶/۷	$\chi^2=2/69$ $df=2$
	متوسط	۱۴	۲۰	۶۶/۷	

آزمون کای دو	گروه مداخله		گروه کنترل		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$P=0/260$	6/6	2	6/6	2	بالا
$\chi^2=2/05$	20	6	36/7	11	دارد
$df=1$					بیماری
$P=0/152$	80	24	63/3	19	ندارد
$\chi^2=1/11$	33/3	10	46/7	14	بله
$df=1$					سابقه خودکشی
$P=0/292$	66/7	20	53/3	16	خیر
$\chi^2=1/78$	16/7	5	23/3	7	صبح
$df=2$	46/7	14	30	9	عصر
$P=0/411$	36/7	11	46/7	14	شب
نتیجه آزمون تی تست	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
$t=-0/724$					سن
$df=58$	29/26	9/07	27/7	7/23	
$P=0/472$					

میانگین نمرات افسردگی قبل، یک ماه بعد و سه ماه بعد از مداخله در گروه مداخله، روند رو به پایین داشته است (جدول ۲). افسردگی تفاوت معنی داری بین گروه مداخله و کنترل وجود دارد ($P < 0/05$) (جدول ۳).

جدول (۲): میانگین نمره افسردگی شرکت کنندگان مطالعه در دو گروه کنترل و مداخله

گروه	قبل از مداخله		یک ماه بعد از مداخله		سه ماه بعد از مداخله	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	19/53	6/09	19/73	7/31	21/30	7/39
مداخله	17/44	6/1	8/40	2/60	4/29	2/39

جدول (۳): جدول آنالیز اندازه گیری مکرر نمرات افسردگی در ۳ مقطع زمانی بین دو گروه مداخله و کنترل

نمره (توجه به ارزش ها و اهداف)	مجموع مربعات خطا	درجه آزادی	میانگین مربعات خطا	F	p-value
اثر اصلی (زمان)	857/49	1	857/49	30/71	<0.001
اثر متقابل (با مداخله)	1473/72	1	1473/72	52/78	<0.001
مؤلفه خطای (زمان)	1424/01	51	27/92		
اثر اصلی (مداخله)	4087/98	1	4087/98	91/17	<0.001
مؤلفه خطای (مداخله)	2286/58	51	44/83	-	-

با توجه به اینکه اثر متقابل زمان و مداخله معنی دار است، بنابراین مقایسه میانگین افسردگی در بین دو گروه مداخله و کنترل برحسب زمان های مختلف به عنوان اثر مداخله ارزیابی می شود. که خلاصه نتایج آن به روش مقایسه چندگانه بونفرونی در جدول ۴ آمده است. نتایج نشان داد که قبل از مداخله میانگین افسردگی در دو گروه تفاوت معنی داری نداشتند. ولی در تفاضل میانگین نمرات افسردگی یک ماه بعد و سه ماه بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد ($P < 0/05$) (جدول ۴).

همچنین نتایج نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمرات خودکشی قبل با یک ماه بعد و سه ماه بعد از مداخله با یکدیگر اختلاف معناداری داشتند ($P < 0/05$) و همچنین نمرات یک ماه بعد با سه ماه بعد از مداخله باهم اختلاف معناداری داشتند ($P > 0/05$). در گروه کنترل میانگین نمرات افسردگی قبل از مداخله با یک ماه بعد از مداخله تفاوت معنی داری با هم نداشتند ($P > 0/05$). یعنی در گروه مداخله، بعد از مداخله نمرات افسردگی به صورت نزولی کاهش داشته است. بنابراین مداخله مؤثر واقع شده است (جدول ۵).

جدول (۴): میانگین نمرات افسردگی بین دو گروه مداخله و کنترل برحسب زمان‌های مختلف

زمان	گروه	تفاضل میانگین	تفاضل انحراف معیار	P-value
قبل از مداخله	مداخله-کنترل	۲/۰۹	۱/۶۷	۰/۲۱۸
یک ماه بعد از مداخله	مداخله-کنترل	۱۱/۳۲	۱/۴۹	<0.001
سه ماه بعد از مداخله	مداخله-کنترل	۱۷/۰۱	۱/۴۹	<0.001

جدول (۵): مقایسه میانگین نمرات افسردگی درون گروهی در گروه مداخله و کنترل

گروه	زمان	تفاضل میانگین	تفاضل انحراف معیار	P-value
کنترل	قبل با یک ماه بعد از مداخله	-۰/۱۹	۱/۳۵	۱/۰۰۰
	قبل با سه ماه بعد از مداخله	۱/۷۶-	۱/۴۶	۰/۶۹۹
	یک ماه بعد با سه ماه بعد از مداخله	۱/۵۷-	۱/۴۱	۰/۸۰۹
مداخله	قبل با یک ماه بعد از مداخله	۹/۰۳	۱/۳۳	<0.001
	قبل با سه ماه بعد از مداخله	۱۳/۱۴	۱/۴۳	<0.001
	یک ماه بعد با سه ماه بعد از مداخله	۴/۱	۱/۳۸	۰/۰۱۴

بحث

این مطالعه باهدف تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی افراد اقدام کننده به خودکشی ترخیص شده از مراکز آموزشی درمانی ارومیه انجام شد. یافته‌ها نشان داد که دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی‌های دموگرافیک که می‌توانند بر نتایج مطالعه تأثیر داشته باشند از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند، لذا می‌توان گفت که وجود تفاوت معنادار در متغیرهای وابسته در گروه‌های مداخله قبل و بعد از درمان شناختی رفتاری ناشی از تأثیر مثبت اجرای آن بوده است.

همسو با مطالعه حاضر، زمستانی و همکاران در سال ۱۳۹۴ در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی همراه با آموزش خانواده بر مؤلفه‌های مرتبط با خودکشی در دختران اقدام کننده به خودکشی نشان دادند که گروه درمانی شناختی رفتاری همراه با آموزش خانواده اثر معنی داری بر کاهش علائم افسردگی، افکار خودکشی گرا و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان داشته است (۱۰). همچنین همسو با مطالعه ما، عباسپور و همکاران در سال ۱۳۹۳ در مطالعه‌ای تحت عنوان اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری خانواده محور و راه حل محور بر افکار خودکشی

گرایانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق پذیری خانوادگی اقدام کنندگان به خودکشی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری خانواده - محور در کاهش افکار خودکشی - گرایانه و علائم افسردگی و افزایش پیوستگی اثر معناداری داشت و درمان راه حل - محور فقط در کاهش افکار خودکشی گرایانه معنادار بود. در نهایت نتیجه گرفتند که هر دو درمان بر هدف‌های درمان تأثیر داشته‌اند، اما درمان شناختی رفتاری خانواده محور موفق تر بود (۲۲). رجیبی و همکاران در سال ۱۳۹۷ نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری یک روش درمان مؤثر در کاهش نشانه‌های افسردگی و کارآمدی دانش آموزان دختر است (۲۳).

در پژوهشی دیگر اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و فراشناختی را بر افسردگی، اندیشه‌پردازی خودکشی و پرخاشگری خودآزارگرانه افراد با نشانه‌های پیش‌بالینی اختلال بدیختی بدن مورد مقایسه قرار داده شدو نتایج نشان داد که هرچند روش‌های شناختی رفتاری و فراشناختی بر بهبود علائم افسردگی، اندیشه‌پردازی خودکشی و پرخاشگری خودآزارگرانه اثربخش بودند، اما درمان شناختی رفتاری اثربخشی بیشتری در کاهش افسردگی داشته است (۲۴). نتایج این پژوهش با نتایج دیگر پژوهشگران (۲۵-

در تعمیم پذیری نتایج پژوهش حاضر می‌گردد. همچنین، با توجه به روش نمونه‌گیری این پژوهش که از نوع نمونه‌گیری در دسترس بود، تعمیم نتایج به دست آمده به جامعه بایستی با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر، در سایر مقطع‌های زمانی دیگر به‌منظور افزایش اعتبار نتایج مطالعه انجام شود.

نتیجه‌گیری

هدف شناخت درمانی آن است که با کمک به بیمار در شناسایی و آزمودن شناخت‌های منفی، دوره‌های افسردگی را تسکین و تخفیف دهد، از عود آن‌ها پیشگیری و راه‌های دیگری برای اندیشیدن پیدا کند که انعطاف پذیر و مثبت باشند و سرانجام، واکنش‌های جدید شناختی و رفتاری را تمرین کند. در این پژوهش نیز اثربخشی درمان شناختی رفتاری در گروه مورد آزمایش مشاهده گردید و علائم افسردگی به‌طور معناداری بهبود یافته‌اند. می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند اثربخشی درمانی را افزایش دهد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بر گرفته از پایاننامه کارشناسی ارشد است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی ارومیه همچنین مسئولین و مربیان محترم دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، بیماران شرکت کننده در این پژوهش تقدیر و تشکر نماید.

References:

1. Shpigelman CN, HaGani N. The impact of disability type and visibility on self-concept and body image: Implications for mental health nursing. *J Psych Ment Health Nurs* 2019;26(3-4):77-86.
2. Janghorbani M, Bakhshi, S. The Relationship of Mental Health and Suicidal Ideation with Health-Related Quality of Life and Its Dimensions among Students of Isfahan University of Medical Sciences, Iran, in 2014-2015. *J Res Behav Sci* 2017;14(4):444-54.

۲۶) همسو بود. تأکید اصلی این درمان بر بهبود و توسعه مهارت‌های فردی، استقلال، تصمیم‌گیری، داشتن اعتماد به خود، تعهد و حس مسئولیت‌پذیری، توانمندسازی فردی، خود مهارگری، پذیرش واقعیت و مراقبت است که از مولفه‌های اصلی فرایند درمان شناختی رفتاری هستند. در طی فرایند مداخله‌های درمانی شناختی رفتاری تکنیک ذهن‌آگاهی، مهار و اداره کردن هیجانات مربوط به ابعاد جسمی و ذهنی، هم‌زمان مورد توجه قرار می‌گیرند و به فرد یاد داده می‌شود نسبت به افکار و احساسات خود، آگاهی داشته باشد و آن‌ها را بدون قضاوت پذیرفته و با دیدی گسترده‌تر به آن‌ها نگاه کنند (۲۷). زمانی که فرد علاوه بر آگاهی از افکار و احساسات و پذیرش آن‌ها در وضعیتی آرام و با تمرکز قرار می‌گیرد و توانایی مهار افکار و احساساتش را به دست می‌آورد، این توانایی باعث می‌شود که فرد احساس مهار بیشتری در امور زندگی داشته باشد و به جای ارائه پاسخ‌های منفی در موقعیت‌های تنش‌آور مانند رویارویی با آینه یا سطحی انعکاسی با مهارگری و حفظ آرامش و آگاهی بیشتری با مشکلاتش مقابله کند و با آن‌ها کنار بیاید (۲۴). محرمی و همکاران در سال (۱۳۹۵) نشان دادند با توجه به اینکه ناامیدی پیش بین خودکشی و از علامت‌های کلیدی افسردگی است، درمان شناختی- رفتاری بر اساس مدل بک، اثربخش و مفید می‌باشد. این درمان در کاهش افسرده مؤثر نبود (۲۸).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به پاندمی کووید ۱۹ اشاره کرد که بر روند اجرای مطالعه تأثیر داشت و بسیاری از شرکت کننده‌ها از مبتلا شدن به کووید ۱۹ نگران بودند که در این ارتباط به‌منظوری پیشگیری از ابتلا به کووید ۱۹ اجرا پژوهش به‌صورت حداقل جلسات ممکن انجام شد. اندک بودن حجم نمونه مطالعه اشاره کرد که به دلیل محدود بودن جامعه پژوهش و عدم دسترسی محقق به تعداد بیشتری از شرکت کنندگان باشد که باعث احتیاط

3. Kang C, Zheng Y, Yang L, Wang X, Zhao N, Guan TF, et al. Prevalence, risk factors and clinical correlates of suicidal ideation in adolescent patients with depression in a large sample of Chinese. *J Affect Disord* 2021;290:272-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.073>.
4. Baziar J, Delpisheh A, Sayehmiri K, Esmacilnasab N. Epidemiology of self-immolation in Ilam Province in the years 2011 to 2015. *Sci J Ilam Univ Med Sci* 2016;24(5):109-17. <https://doi.org/10.18869/acadpub.sjimu.24.5.109>

5. Ivey-Stephenson AZ, Crosby AE, Hoenig JM, Gyawali S, Park-Lee E, Hedden SL. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥ 18 Years-United States. *MMWR Surveillance Summaries*. 2015;71(1).
<https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7101a1>
6. Kim YT, Cha C, Lee MR. Comparison of causes for suicidal ideation and attempt: Korean Longitudinal Survey of Women and Families. *Arch Womens Ment Health* 2021;24(1):107-17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-020-01048-6>.
7. Mahdavi SA, Rezaeian S, Rostami M. Profile of fatal suicide in Iran: a report from the Iranian forensic medicine between 2016 and 2018. *Acta Medica Iranica* 2020:508-12.
<https://doi.org/10.18502/acta.v58i10.4913>
8. Fakhari A, Farahbakhsh M, Esmacili ED, Azizi H. A longitudinal study of suicide and suicide attempt in northwest of Iran: incidence, predictors, and socioeconomic status and the role of sociocultural status. *BMC Pub Health* 2021;21(1):1-1.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-11527-9>
9. Zemestani M, Yousefi N, Keshavarzi S. The effectiveness of group cognitive behavioral therapy with family education on suicide-related components in girls attempting suicide. *Fam Counsel Psychother* 2015;5(3):107-20.
10. Talebiazar N, Choobianzali B, Hassanpour A, Goli R, Shakorzadeh S, Ghalandari M. The effect of hypnotherapy on the hospital anxiety in three children with cancer: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2022;93(106961):106961.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.106961>.
11. Parizad N, Goli R, Mirzaee R, Baghaie R, Habibzadeh H. Satisfaction with nursing care and its related factors in patients with COVID-19: A descriptive correlational study. *J Educ Health Promot* 2021;10:437.
http://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp_79_21.
12. Heidari S, Parizad N, Goli R, Mam-Qaderi M, Hassanpour A. Job satisfaction and its relationship with burnout among nurses working in COVID-19 wards: A descriptive correlational study. *Ann Med Surg (Lond)* 2022;82(104591):104591.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104591>.
13. Talebiazar N, Choobianzali B, Hassanpour A, Goli R, Shakorzadeh S, Ghalandari M. The effect of hypnotherapy on the hospital anxiety in three children with cancer: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2022;93(106961):106961.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.106961>
14. Lagzi N, Bateni A, Goli R, Talebiazar N. The effect of multivitamins on anxiety and depression in patients undergoing methadone maintenance treatment: A double-blind randomized controlled trial. *Int J Psychiatry Med* 2023;912174231179320.
<http://dx.doi.org/10.1177/00912174231179320>.
15. Wiegand-Grefe S, Sell M, Filter B, Plass-Christl A. Family functioning and psychological health of children with mentally ill parents. *Int J Env Res Pub Health* 2019;16(7):1278.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16071278>
16. Tramonti F, Bonfiglio L, Bongioanni P, Belviso C, Fanciullacci C, Rossi B, et al. Caregiver burden and family functioning in different neurological diseases. *Psychol Health Med* 2019;24(1):27-34.
<http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2018.1510131>
17. Mohyadini H, Sadeghi Z, Aghamohammadian Shaer Baf H. The effect of cognitive-behavioral therapy group over desperation in women suicidal despair. *J Res Health* 2015;5(3):366-71.
18. Scogin F, Beutler L, Corbishley A, Hamblin D. Reliability and validity of the short form Beck Depression Inventory with older adults. *J Clin Psychol* 1988;44(6):853-7.
19. Beck A. Beck Scale for Suicide Ideation, BSS, Q-global Digital Manual, 0150180039. London, England: Psychological Corporation; 2020.

20. Anisi J., Fathi-Ashtiani A., Soltani Nejad A., Amiri M. Prevalence of Suicidal Ideation in Soldiers and its Associated Factors. *J Mil Med* 2006;8(2):113-8.
21. Abbaspour Z, Khojasteh Mehr R, Alipour, A Yousef Ali H, Rahmani A. The effectiveness of family-centered and solution-oriented cognitive-behavioral therapies on suicidal ideation, depressive symptoms, cohesion and family adaptation of those who commit suicide. *Fam Coun Psychother* 2014;4(2):185-227.
22. Rajabi G, Shamoni Ahwazi S, Amanollahi A. The effect of group cognitive-behavior therapy on depression symptoms decrease in adolescence girls. *J Edu Psych Stud* 2018;15(29):125-48.
23. Entezari S, Taher M, Aghaei H. The Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on Depression, Suicide Ideation, and Masochistic Aggression in Individuals with Subclinical Symptoms of Body Dysmorphic Disorder. *J Child Ment Health* 2021;7(4):1-18. <https://doi.org/10.52547/jcmh.7.4.2>
24. Ashouri A, Atef Vahid MK, Gharace B, Rasoulia M. Effectiveness of meta-cognitive and cognitivebehavioral therapy in patients with major depressive disorder. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2013;7(2):24- 34.
25. Mojtabaei M, Alavizadeh SM. Comparative Effectiveness of Meta-Cognitive Therapy (MCT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Decreasing Anxiety and Worry of Participants with Generalized Anxiety Disorder. *Psychol Res* 2017;20(1):37-52. <https://doi.org/10.25215/0202.021>
26. Nordahl HM, Borkovec TD, Hagen R, Kennair LEO, Hjemdal O, Solem S, et al. Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych Open* 2018;4(5):393-400. <http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2018.54>
27. Ramezani S, Mohammadi N, Sadri Damirchi E, Rahmani S. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on emotional control and signs of suicide in veterans with PTSD. *Iranian J War Pub Health* 2018;10(1):1-7. <https://doi.org/10.29252/ijwph.10.1.1>
28. Mahrami J, Abolqasemi A. Evaluation Effectiveness Cognitive-behavioral On disappointment Unpleasant of students with depression. *Cult Islamic Univ* 2016;6(3).

THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ON THE DEPRESSION OF SUICIDE ATTEMPTERS DISCHARGED FROM MEDICAL EDUCATION CENTERS IN URMIA, IRAN IN 2020

Zahra Kermanshahi¹, Leila Alilu^{*2}, Moulad Radfar³, Hamidreza Khalkhali⁴, Behzad Bushehri⁵

Received: 22 August, 2022; Accepted: 25 June, 2023

Abstract

Background & Aims: Suicide is among the most important indicators of the mental health of the people in a society, which is caused by several factors, and depression is one of the most critical factors related to suicide attempts. Cognitive psychotherapy is one of the effective methods for people with suicidal thoughts, which can be effective on depression symptoms. Therefore, a study aimed to determine the effect of cognitive behavioral therapy on the depression of people attempting to commit suicide who were discharged from medical education centers in Urmia in 2020.

Materials & Methods: This semi-experimental study was conducted on 60 participants who tried to commit suicide and were discharged from medical centers in Urmia City, Iran, in 2020. With the convenience sampling method, 60 people were selected from the suicide attempters and then randomly and equally assigned to control and intervention groups. The short form of Beck depression questionnaire and demographic questionnaire were used to collect data before the intervention, immediately after the intervention, and three months after the intervention. The training package for the intervention group was held during eight sessions of 60-90 minutes with a frequency of two sessions per week. No intervention was done for the control group. Data collected by SPSS software (22) were analyzed through Chi-square statistical test, Fisher's exact test and Repeated Measure ANOVA.

Results: The results showed that there was a significant difference between the intervention and control groups in the trend of depression scores of the suicide attempters discharged from the treatment centers ($P < 0.001$). The pairwise comparisons based on the Bonferroni test showed no statistically significant difference concerning the depression score of people attempting to commit suicide discharged from medical centers in the control group in the periods before and after the intervention ($p = 0.001$). However, there was a statistically significant difference between the periods before, after, and three months after the intervention in the intervention group ($P < 0.001$).

Conclusions: In this study, the effectiveness of cognitive behavioral therapy was observed in the intervention group, and the symptoms of depression improved significantly. Therefore, it could be concluded that cognitive behavioral therapy may have a significant improvement in reducing suicidal thoughts and despair. In addition, this treatment can positively affect a person's behavior and improve the quality of his/her life. However, more studies are needed to measure the exact effectiveness.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Depression, Patients, Suicidal Thoughts, Suicide

Address: Department of psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +98448533530

Email: zahrakermanshahi13@yahoo.com

This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ MSc, Department of psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Associate Professor of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Professor of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Professor of Biostatistics, Associate Professor of Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁵ Associate Professor of Forensic Medicine, Department of Forensic Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran